

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

**Šárka Gallová**

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**VÝZNAM EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

PLZEŇ 2016

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 7. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji MUDr. Otto Kottovi, CSc. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Sabině Zděnkové a centru Mamma HELP za ochotnou a vřelou spolupráci při zpracování praktické části naší práce.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Gallová Šárka

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Význam edukace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

Počet stran – číslované: 87

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: edukace; karcinom prsu; chemoterapie; výživa

### **Souhrn:**

Bakalářská práce je zaměřena na význam edukace ve zdravotnictví. Především na význam edukace o výživě u onkologicky nemocných pacientů. Bylo zvoleno konkrétní onemocnění, a to karcinom prsní žlázy. Teoretická část je rozdělena na tři velké kapitoly. Na edukaci z obecného hlediska, edukaci ve zdravotnictví a edukaci pacientů s karcinomem prsní žlázy se zaměřením na výživu. Praktická část je zpracována formou rozhovorů s deseti respondenty s diagnózou karcinomu prsní žlázy. Naším záměrem bylo zjistit míru informovanosti o jejich onemocnění, kdo jim informace poskytl a zda byli informováni o výživě vzhledem ke své diagnóze.

## **Annotation**

Surname and name: Gallová Šárka

Department: Rescue services and technical fields

Title of thesis: Importance of education in health care

Consultant: MUDr. Otto Kott, CSc.

Number of pages – numbered: 87

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 32

Keywords: education; breast cancer; chemotherapy; nutrition

### Summary:

The bachelor thesis is focused on the importance of education in health care, primarily on the importance of education about nutrition of oncology patients. It was chosen specific disease, breast cancer. The teoretical part is divided into three big chapters. The firs one is about education in general, the second one is about education in health care and the last one is about education of onkology patients with breast cancer focusing on nutrition. The practical part is in the form of interviews with ten respondents with breast cancer. Our intention was to determine the level of awareness about their disease, who gave them the informations and if they informed about nutrition due to their diagnosis.

# OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 EDUKACE .....	13
1.1 Pojmy v edukaci.....	13
1.2 Dělení edukace.....	14
1.2.1 Základní edukace.....	14
1.2.2 Reedukační edukace .....	15
1.2.3 Komplexní edukace .....	15
1.3 Didaktické formy edukace .....	15
1.3.1 Individuální edukace.....	15
1.3.2 Skupinová edukace .....	15
1.3.3 Hromadná edukace .....	15
1.4 Edukační cíle.....	16
1.5 Komunikace .....	16
1.5.1 Verbální komunikace.....	17
1.5.2 Nonverbální komunikace.....	17
1.6 Učení.....	18
1.7 Metody edukace .....	19
1.7.1 Přednáška.....	20
1.7.2 Vysvětlování.....	20
1.7.3 Instruktaž a praktické cvičení .....	20
1.7.4 Rozhovor .....	20
1.7.5 Konzultace .....	20
1.7.6 Brainstorming .....	21
1.7.7 Práce s textem.....	21
1.7.8 E-learning .....	21
2 EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	22
2.1 Vývoj ošetřovatelství a edukace .....	22
2.2 Druhy edukace v ošetřovatelství.....	23
2.2.1 Primární prevence.....	23
2.2.2 Sekundární prevence.....	24
2.2.3 Terciální prevence .....	24
2.3 Pravidla sdělování informací nemocným .....	24
2.4 Edukační proces .....	25
2.5 Faktory ovlivňující edukaci .....	27

2.6	Bariéry v edukaci .....	28
2.7	Chyby v edukaci .....	28
3	EDUKACE PACIENTŮ S DIAGNÓZOU KARCINOMU PRSNÍ ŽLÁZY .....	30
3.1	Co je nádorové, onkologické onemocnění? .....	30
3.2	Karcinom prsní žlázy .....	31
3.3	Příčiny vzniku karcinomu prsu a rizikové faktory.....	32
3.4	Možnosti prevence rakoviny prsní žlázy a její včasný záchyt.....	33
3.4.1	Samovyšetření .....	33
3.4.2	Screening .....	34
3.5	Příznaky .....	34
3.6	Diagnostika karcinomu prsní žlázy.....	34
3.7	Léčba rakoviny prsní žlázy .....	35
3.7.1	Chirurgická léčba.....	36
3.7.2	Radioterapie.....	36
3.7.3	Hormonální léčba .....	36
3.7.4	Chemoterapie.....	37
3.8	Cytostatika .....	38
3.8.1	Alkylační cytostatika .....	38
3.8.2	Antimetabolity .....	38
3.8.3	Protinádorová antibiotika .....	38
3.8.4	Rostlinné alkaloidy .....	39
3.8.5	Nežádoucí účinky cytostatické léčby .....	39
3.9	Význam výživy při nádorovém onemocnění .....	41
3.9.1	Malnutrice.....	43
3.10	Strava onkologicky nemocných.....	44
3.10.1	Doporučení při nechutenství.....	45
3.10.2	Doporučení při nevolnosti a zvracení.....	45
3.10.3	Doporučení při průjmech.....	45
3.10.4	Doporučení při zácpě.....	46
3.10.5	Doporučení při suchosti v ústech.....	46
3.10.6	Doporučení při hubnutí.....	47
3.10.7	Doporučení pro nemocné s potlačenou imunitou .....	47
3.10.8	Rizikové potraviny při nádorovém onemocnění .....	48
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	49
4	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	49
4.1	Formulace problému .....	49
4.2	Cíle výzkumu .....	49

4.3	Metodika výzkumu .....	50
4.4	Vzorek respondentů .....	50
4.5	Organizace výzkumu .....	51
5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	52
5.1	Respondentka č. 1 .....	52
5.2	Respondentka č. 2 .....	56
5.3	Respondentka č. 3 .....	60
5.4	Respondentka č. 4 .....	64
5.5	Respondentka č. 5 .....	68
5.6	Respondentka č. 6 .....	71
5.7	Respondentka č. 7 .....	75
5.8	Respondentka č. 8 .....	78
5.9	Respondent č. 9 .....	82
5.10	Respondentka č. 10 .....	86
	DISKUZE .....	90
	ZÁVĚR .....	98
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
	SEZNAM OBRÁZKŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	



## ÚVOD

Téma naší bakalářské práce „Význam edukace ve zdravotnictví“ se týká všech oblastí zdravotnictví. Kromě toho, že je edukace často probíranou problematikou napříč všemi zdravotnickými obory, je tato oblast velice obsáhlá a lze ji uchopit a zpracovat různými způsoby. V našem případě jsme zvolili oblast edukace, o jejíž aktuálnosti a významu, není v dnešní době pochyb. Zaměřili jsme se na význam edukační činnosti zdravotníků u onkologických pacientů, konkrétně na význam informovanosti o oblasti výživy při diagnostikovaném karcinomu prsní žlázy a probíhající chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě.

Výživa hraje důležitou roli v životě člověka. Může být na jedné straně pomocníkem pro předcházení onemocnění, tedy může působit preventivně, za podmínek, že se řídíme pravidly zdravého stravování a zdravého životního stylu. Ale na straně druhé může být i rizikovým faktorem, který zapříčiní vznik onemocnění. Mezi onemocnění, na jejichž prevenci, vzniku, ale i průběhu se podílí vliv výživy, jednoznačně onkologická onemocnění patří. Jelikož patří Česká republika mezi země s častým výskytem nádorových onemocnění, dokonce jsou na druhém místě v příčinách úmrtí, domníváme se, že přikládání významu edukace v této oblasti a především v oblasti výživy, je na místě.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří hlavních oblastí. První oblast teoretické části pohlíží na proces edukace obecněji z pedagogického hlediska, přibližuje pojmy s ní související, rozděluje ji na různé druhy, seznamuje s formami edukace, s jejími cíli a metodami. Druhá oblast teoretické části specifikuje edukaci ve zdravotnictví. Vyzdvihuje především důležitost poskytování informací pacientům o jejich zdravotním stavu ze strany zdravotnického personálu. Rozebírá například jednotlivé fáze edukačního procesu či pravidla sdělování informací. Třetí, poslední oblast teoretické části je zaměřena na edukaci pacientů s karcinomem prsní žlázy.

Praktická část mapuje informovanost v oblasti výživy u pacientů s karcinomem prsní žlázy, kteří podstoupili chemoterapeutickou nebo radioterapeutickou léčbu, snaží se vyzdvihnout význam již zmíněné výživy u onkologických pacientů a poukázat tak na problematiku malnutrice, čili podvýživy, při nádorovém onemocnění a na důležitost správné edukace pacienta o výživě.

Důvod, proč jsme se zaměřili právě na pacientky s diagnózou karcinomu prsní žlázy, je ten, že toto nádorové onemocnění je u žen nejčastější a velké procento žen na tuto diagnózu zemře. Proto je velice důležitá edukace těchto pacientek ve všech oblastech.

Důvodem našeho zaměření na edukaci ohledně výživy je, že si myslíme, že podávání informací o této problematice není dostatečné, ne-li vůbec žádné, což je velký nedostatek vzhledem k četnosti a závažnosti tohoto onemocnění. Touto prací bychom proto chtěli na tento nedostatek poukázat a vytvořením výstupného informačního materiálu význam výživy dostat do povědomí všech pacientů s onkologickou diagnózou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 EDUKACE

Tento pojem vznikl odvozením z latinského slova *educare*, jehož význam je vést vpřed nebo také vychovávat. Edukaci tedy chápeme jako proces vzdělávání a výchovy jedince. V rámci již zmíněného vzdělávání si klade za cíl získávání a šíření nových vědomostí, poznatků nebo schopností a v rámci výchovné činnosti působí na osobnost jedince a snaží se ovlivnit jeho postoje, hodnoty, motivaci, jeho citovou stránku a vůli. Proces edukace je nerozlučně spojen s člověkem již od narození a provází ho celým životem. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

*„Pojmem edukace se rozumí souhrn působení (činností) sloužících k formování (rozvíjení a změně) životních způsobilostí (kompetencí) člověka.“*

*„Souhrnem působení (vlivů) označujeme jak vlivy vědomé či nevědomé, institucionální i individuální, systematické nebo nesystematické, záměrné či nahodilé. Systematické působení a plánované působení se uskutečňuje např. ve škole. Nesystematické a nahodilé působení zaznamenáváme např. v interakcích vrstevníků, vlivech kultury i literárních dílech.“* (MALACH, 2007 str. 45)

### 1.1 Pojmy v edukaci

Kromě vzdělávání a výchovy, což jsou pojmy, o kterých se zmiňuji v předchozím odstavci a vysvětluji i rozdíl mezi nimi, patří k základním pojmům *edukační proces*. Jedná se o proces, při kterém dochází prostřednictvím lidské činnosti k učení jedince a rozvoji jeho osobnosti.

*Edukant* je ta osoba v edukačním procesu, která je vzdělávána a vychovávána, jedná se tedy o žáka.

Dále *edukátor*. To je naopak osoba, která vede proces edukace a řídí výchovu a vzdělávání. Můžeme ho také nazvat učitelem. Společnost klade na člověka v roli edukátora stále vyšší nároky a proto se od něj očekává určité chování a měl by disponovat správnými předpoklady. Především předpoklady charakterovými, mezi které patří vlastnosti jako zodpovědnost, důslednost, tolerance nebo trpělivost. Dále jsou důležité předpoklady intelektové. Ty zahrnují dovednosti, díky kterým je edukátor schopný rozpoznat a charakterizovat edukační potřeby osoby, u které má edukaci provádět a díky kterým je schopný navrhnout nějaké operativní řešení problému, je-li třeba. S intelektovými dovednostmi souvisí i odborné znalosti a dovednosti z oboru, ale i z oblasti edukace.

Například znát formy a metody edukace a umět je využít v praxi. Senzomotorické vlastnosti, jako například obratnost a zručnost. V neposlední řadě se jedná o předpoklady sociální, díky kterým by měl edukátor umět komunikovat a přistupovat pozitivně k lidem. A předpoklady autoregulační. Ty si můžeme představit jako umění se přizpůsobit.

*Edukační prostředí* je místo, kde proces edukace probíhá. Je velice důležitou složkou, protože zde může existovat mnoho faktorů, které zásadním způsobem ovlivní kvalitu našeho učení. Jsou to především fyzikální faktory, jako světlo, hluk, teplota, může to být ale i barva místnosti, nábytek, samotná velikost prostoru a v neposlední řadě nás ovlivňují lidé, kteří jsou, kromě nás, přítomni u edukačního procesu a tedy i samotná atmosféra edukace.

Kvalitu prováděné edukace ovlivňují různé dokumenty, jako jsou zákony, předpisy, plány, edukační materiály a také edukační standardy. Souhrnně se nazývají *edukační konstrukty*.

Při edukaci by se vždy mělo postupovat dle závazných norem, které mají za úkol udržovat kvalitu edukace na požadované úrovni. Tyto normy se nazývají *edukační standardy*. Určují minimální požadavky, které bychom při edukaci měli splnit, jsou závazné pro každého v roli edukátora, ovlivňují samotnou kvalitu edukace a umožňují zpětné hodnocení edukace.

Součástí standardů jsou takzvané *audity*, které slouží ke zhodnocení, zda jsme splnili kritéria, která jsou ve standardu stanovena či ne. Zmíněná kritéria nám zaručí splnění standardu a dělíme je na *kritéria strukturální*, která nám říkají, kdo bude edukovat, co a jaké pomůcky budeme k edukaci potřebovat, kdy a kde budeme edukaci provádět a kam provedeme o edukaci záznam. *Procesuální kritéria* popisují postup, kterým bychom měli edukovat a *kritéria výsledku* nám stanovují, jaký má být výsledek naší edukace, tedy čím edukanta obohatíme v oblasti vědomostí, dovedností nebo postojů.

Dalším pojmem úzce souvisejícím s edukací je *pedagogika*. Je to věda, která se zabývá problematikou výchovy a vzdělávání z obecného hlediska. Využívá poznatků zejména z psychologie nebo sociologie. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (SVĚŘÁKOVÁ, 2012)

## **1.2 Dělení edukace**

### **1.2.1 Základní edukace**

Podstatou této edukace je předávání nových, pro edukanta dosud neznámých informací. Ten tak nabývá nových vědomostí a dovedností, které ho motivují k přehodnocení svého žebříčku hodnot a postojů.

### **1.2.2 Reedukační edukace**

Tato edukace spočívá v navázání na již získané znalosti a dovednosti edukanta. Cílem je další prohlubování již načerpaných vědomostí, zdokonalování dovedností a upevňování postojů.

### **1.2.3 Komplexní edukace**

Uplatňuje se nejčastěji v kurzech, při kterých jsou jedinci předávány již ucelené vědomosti, klade se důraz na budování dovedností a postojů a zdraví prospěšných opatření, která vedou k udržení nebo dokonce zlepšení zdraví. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

## **1.3 Didaktické formy edukace**

Uplatňují se při realizaci určitého vzdělávacího procesu. Zahrnují různá organizační opatření a způsoby uspořádání vzdělávacího procesu. Formy edukace můžeme rozdělit podle časového uspořádání, vyučovacího prostředí, interakce edukátora k posluchači nebo například dle organizačního uspořádání studujících. Poslední dvě uvedené formy, tedy interakce edukátora k posluchači a forma edukace dle organizačního uspořádání studujících, jsou nejčastější formy využívané ve zdravotnictví a dělíme je na následující části.

### **1.3.1 Individuální edukace**

Už z názvu vyplývá, že se jedná o edukaci, která je zaměřena na jednu konkrétní osobu. Jednou z jejích výhod je snazší navození spolupráce edukátora s edukantem. Dalším pozitivem je fakt, že edukátor má možnost měnit edukační plán podle aktuální situace, ve které se edukant ocitne. Může měnit způsoby a postupy edukace, kvantitu, kvalitu, druh a množství informací, které chce edukantovi předat a tím tak přizpůsobovat edukaci novým nastalým skutečnostem. Její nevýhodou je však časová a finanční náročnost.

### **1.3.2 Skupinová edukace**

Na rozdíl od individuální edukace vyžaduje naprosto odlišný přístup edukátora, tentokrát ne k jednomu edukantovi, ale ke skupině edukantů, 3-5 osob. Spočívá v řízené diskuzi mezi účastníky. Úkolem edukátora je mít diskuzi pod kontrolou, přizpůsobit sdělení informace tak, aby bylo pochopitelné pro všechny edukanty, vyrovnávat rozdíly v učení mezi nimi a v neposlední řadě by se měl snažit, aby všichni zúčastnění byli do procesu aktivně zapojeni.

### **1.3.3 Hromadná edukace**

Zaměřuje se na větší skupinu lidí, než je tomu u edukace skupinové. Nevýhodou je, že sdělujeme stejný obsah informací všem edukantům a nebereme tak v potaz možné

rozdíly v chápání a učení mezi nimi. Edukanti nejsou aktivně zapojeni do procesu edukace, není možný ani individuální přístup ke každé edukované osobě a proto nemůžeme očekávat ani zpětnou vazbu ze strany edukantů. Nejpoužívanější metodou je přednáška. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (KUBEROVÁ, 2009)

## 1.4 Edukační cíle

Formulací edukačního cíle si stanoví edukátor výsledek, kterého chce v rámci edukačního procesu dosáhnout. Tedy jakých kvalitativních a kvantitativních změn chce u edukanta docílit. Na konci edukace by měl být rozdíl mezi stanoveným cílem a samotným výsledkem edukace co nejmenší. Cíle edukačního procesu určují následný výběr obsahu učiva, výběr optimálních metod, organizačních forem a podpůrných materiálů pro edukaci. Správně stanovený cíl by měl splňovat podmínku komplexnosti, jednoznačnosti, konkrétnosti a kontrolovatelnosti.

Podle psychických procesů můžeme rozdělit cíle na *kognitivní*, které při vzdělávání převažují a zahrnují oblast intelektu, vědomostí, paměti, vnímání, myšlení či tvořivosti.

*Afektivní cíle* zahrnují oblast hodnot, postojů, citů a oblast sociálně-komunikačních dovedností.

*Cíle psychomotorické*, které bývají součástí praktických cvičení, se zaměřují na oblast motorických dovedností, kterými jsou například používání pomůcek a zařízení, obsluha přístrojů. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (KUBEROVÁ, 2009)

## 1.5 Komunikace

Obecně řečeno znamená komunikace dorozumívání. Je to proces výměny informací mezi dvěma nebo i více lidmi. Tvoří velmi důležitou část edukačního procesu. Umožňuje navázání vzájemného kontaktu a působení mezi účastníky. Samotný způsob a úroveň komunikace má na efektivitu edukace zásadní vliv.

K tomu aby mohla komunikace vůbec probíhat, musí být přítomen *mluvčí*, což je edukátor, který vysílá určité sdělení posluchači. *Posluchač*, což je edukant, musí sdělení takzvaně dekodovat. Pokud na sdělenou informaci edukant nezareaguje, pouze ji dekoduje, hovoříme o *jednosměrné komunikaci*. Pokud na sdělení edukant nějakým způsobem zareaguje, jedná se o *komunikaci oboustrannou*. Nedílnou součástí procesu komunikace je také prostředí a situace, za kterých komunikace probíhá. Hovoříme o *situačním kontextu*. Při komunikaci může dojít ke zkreslení sdělované informace nebo může dojít k jejímu špatnému dekodování. Takovéto narušení toku informací způsobují takzvané *komunikační*

*šumy*. Příkladem může být příliš hlučné prostředí, neschopnost edukanta se soustředit nebo případné bolesti, které mohou edukanta sužovat.

### **1.5.1 Verbální komunikace**

Tento způsob komunikace se uskutečňuje pomocí slov a symbolů. Je úzce spjata s myšlenkovými procesy a emočními projevy člověka. Dobře ovládat mluvené slovo je jednou z důležitých vlastností edukátora. Informaci by měl být schopen sdělit jednoduše, výstižně, měl by ji umět přizpůsobit schopnostem a znalostem edukanta a měl by být schopen ji správně načasovat. Vhodné je hovořit spisovnou mluvou, dbát na gramatiku a minimalizovat odborné termíny. Je důležité, aby sdělení edukanta zaujalo a proto by mělo být co nejvíce srozumitelné, ne příliš zdlouhavé a především logicky uspořádané.

Existují prostředky řeči, kterými můžeme kvalitu komunikace ovlivnit. Patří mezi ně *hlasitost*. Příliš velká i naopak příliš malá hlasitost vede dříve nebo později k únavě edukanta a ztrátě jeho pozornosti a soustředění. Dále *rychlost řeči*. Je důležité během sdělování informace měnit tempo řeči. Udržíme si tak pozornost na straně edukanta. Příliš rychlá nebo naopak pomalá řeč poté může vyvolat opačný efekt, a to ztrátu pozornosti a následnou únavu edukanta. Svou roli hraje také *výška tónu* řeči. Avšak tento prostředek nelze ovlivnit, výšku a barvu hlasu máme každý jinou a individuální. Obecně platí, že posluchači hůře snáší vysoké tóny hlasu, naopak hlubší jsou pro ně příjemnější. Edukátor by se měl vyvarovat příliš dlouhému sdělení a vždy ho přizpůsobit věku, vzdělání, zdravotnímu stavu a schopnostem edukanta. Nežádoucí jsou takzvaná *embolická slova* (slovní parazité, například tedy, ééé, tudíž, vlastně).

### **1.5.2 Nonverbální komunikace**

Slouží jako doplněk komunikace verbální. Touto komunikací dáváme najevo svou náladu, emoce, postoje a tím zesilujeme účinek mluveného slova. K nejčastějším druhům neverbální komunikace patří *pohledy z očí do očí*. Měli bychom dodržovat pravidlo, že oči edukátora i edukanta by měly být ve stejné výšce. Navodíme tak příjemnější a přátelštější atmosféru. Součástí každého kontaktu účastníků edukace by mělo být podání ruky. Toto gesto řadíme do skupiny komunikace pomocí doteků, tedy *haptiky*. *Mimika* je komunikace prostřednictvím výrazu tváře. Sdělujeme jí především emoce a mnohdy nám prozradí psychický stav člověka (například radost, smutek, štěstí). Mluvené slovo bývá doprovázeno také gesty. *Gestika* je tedy komunikace prostřednictvím pohybů horních končetin. V některých případech mohou gesta mluvené slovo dokonce nahrazovat, například při znakové řeči. Dalším typem neverbální komunikace je *proxemika*. Jedná se o komunikaci, která závisí na vzdálenosti mezi komunikujícími. Tyto vzdálenosti se dělí do

několika zón. *Veřejná zóna* se nejčastěji využívá při skupinové výuce, je zcela neosobní. Edukátor je od edukantů vzdálený 360 až 760 cm. U *společenské zóny* se vzdálenost komunikujících pohybuje v rozmezí 120 až 360 cm. V této zóně probíhá sdělování neosobních informací, lidé si nejsou nijak blízcí. Své spolupracovníky a přátele necháváme vstoupit až do své *osobní zóny*. Vzdálenost se pohybuje od 30 do 120 cm a je ideální pro vedení edukace. Rozmezí *intimní zóny* se pohybuje do 10 až 30 cm od těla. Takto blízko si člověk pustí jen nejbližší přátele a rodinné příslušníky. V případě, že bychom neměli na výběr a museli vstoupit do intimní zóny edukanta, musíme mu své počínání vysvětlit, případně si vyžádat souhlas. *Posturologie*, jakožto další druh neverbální komunikace, se uskutečňuje pomocí postoje a polohy těla. Z lidského postoje můžeme vyčíst případný zájem či nezájem o sdělovanou informaci nebo jeho reakci na obsah sdělení. Velice o člověku také vypovídá *úprava zevnějšku*. Patří také k druhům neverbální komunikace a je důležitá proto, že vypovídá o naší image a často zanechává v druhých dlouhodobý dojem.

Komunikace plní v procesu edukace několik funkcí. Nejen, že slouží k výměně informací, zkušeností, emocí, motivů a postojů, ale umožňuje i navazování vzájemných kontaktů mezi účastníky a jejich vzájemné působení. Je předpokladem k uskutečnění edukace. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

## 1.6 Učení

Znalost jednotlivých mechanismů, postupů a zákonitostí učení je důležitá pro správné vedení procesu edukace. Se schopností učení se člověk narodí, úzce souvisí s ovládním mechanismů řeči a pamětních funkcí.

Širší pojetí vysvětluje učení jako „*proces, v němž organismus získává individuální zkušenosti. Učí se přizpůsobovat novým životním podmínkám a učí se novým formám chování. Probíhá nestále, spontánně.*“ Užší vysvětlení pojmu zní, že se jedná o „*činnost edukanta záměrně navozená soustavou požadavků z vnějšku. Výsledkem je osvojení nejen vědomostí, dovedností a návyků, ale také utváření postojů a získávání určité hierarchie hodnot.*“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010 str. 13)

Dle formy můžeme rozdělit učení na *záměrné*, které má svůj cíl, daný obsah, probíhá v organizovaných podmínkách. A na učení *bezděčné*, které probíhá neúmyslně, bez záměru a cíle.

Existuje mnoho druhů učení. Příkladem může být *učení senzomotorické*. Díky němu si osvojujeme předpoklady k různým činnostem a výsledkem je osvojení si senzomotorických dovedností. Příkladem je jízda na kole, kreslení, plavání. *Verbální učení*



se řadí mezi nejrozšířenější druhy, jedná se o vytváření nových spojení a asociací mezi slovy. Důležité je, aby jedinec pochopil myšlenku učeného obsahu, nejde jen o memorování. Jako příklad může být učení definic, básní. *Sociálním učením* si člověk osvojuje dovednosti, návyky, postoje, morální zásady, etické normy společnosti. Toto učení probíhá při kontaktu s druhými lidmi či sociálními skupinami. Formují se jím rysy osobnosti. Například to, zda bude člověk individualistický či kolektivní, zda bude mít smysl pro spolupráci a další. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (SVĚRÁKOVÁ, 2012)

Proces učení je ovlivněn celou řadou faktorů. Největší vliv má *motivace*, což je souhrn různých činitelů, které člověka podněcují k aktivitě, ovlivňují jeho rozhodování a chování. Vnitřní motivací člověka je na příklad vlastní zájem změnit své jednání nebo naučit se novým věcem. Vnější motivátorem může být sám edukátor, který v nás bude vzbuzovat neustálý zájem o učení nebo jím mohou být přátelé či rodinní příslušníci. Dalším faktorem je *osobnost* edukanta. Konkrétně jeho fyziologické, psychické a sociální možnosti. Fyziologickými předpoklady se rozumí zdravotní stav nebo výkonnost paměti a psychickými předpoklady emoce, úzkost nebo strach. *Zpětná vazba*. Především pak pozitivní zpětná vazba, jako je pochvala, odměna, mají velký vliv na učení. Opačný efekt má negativní zpětná vazba, která proces učení může brzdit. V neposlední řadě patří mezi faktory ovlivňující učení *rozsah látky* a způsob jejího *opakování*. Čím rozsáhlejší je látka, tím méně informací si zapamatujeme. K osvojení veškerého obsahu potřebujeme delší časový úsek a důležité je soustavné opakování.

Učení má i své zásady. Učit bychom se měli především s chutí a radostí, svědomitě, soustavně, v prostředí, kde je nám příjemně, měli bychom znát cíl učení, dodržovat pitný režim a dbát na pravidelnou stravu, opakovat obsah učení, kombinovat mentální aktivitu s pohybovou aktivitou pro odreagování a spoustu dalších zásad, které mnohdy bývají individuální. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

## 1.7 Metody edukace

Slovo metoda pochází z řeckého slova *methodos* a jeho význam je cesta k něčemu. V případě edukace znamená cestu k dosažení cíle, kterého chceme dosáhnout v rámci edukačního procesu. Jedná se o způsob, který zvolíme pro předávání vědomostí a dovedností edukantovi.

Metody mohou být teoretické, teoreticko-praktické či pouze praktické. Při volbě metody je důležité zohlednit edukantovu osobnost, jeho dosavadní znalosti, zkušenosti a zdravotní i psychický stav. Je důležité, aby zvolená metoda byla v praxi použitelná a pokud

možno pro edukanta zajímavá aby byl edukátor schopen udržet déle jeho pozornost, případně aby vzbudil zájem o danou problematiku.

### **1.7.1 Přednáška**

Předávání vědomostí probíhá prostřednictvím uceleného, souvislého projevu o daném tématu. Výklad by měl být chronologicky uspořádán, srozumitelný, případně doplněný o poznatky z praxe, a pokud se v obsahu vyskytují pro posluchače neznámé termíny, měl by být vysvětlen jejich význam. Výhodou této metody je, že edukátor předává informace velké skupině edukantů najednou a nevýhodou je nízká aktivita účastníku a tím pádem malá zpětná vazba. Aktivitu edukantů může edukátor zvýšit například zařazením diskuze. Diskuze také slouží k upevňování a procvičování vědomostí edukantů.

### **1.7.2 Vysvětlování**

Využití této metody je vhodné zvolit v případě, může-li se edukátor opřít o již získané vědomosti edukantů. Slouží k objasnění podstaty problému, k úplnému pochopení problematiky sdělovaného obsahu. Pomůckou mohou být edukátorovi názorné ukázky fotografií, grafů, schémat či modelů.

### **1.7.3 Instruktaž a praktické cvičení**

Instruktaž je teoretická příprava, která předchází praktické činnosti. Vede k osvojení psychomotorické dovednosti edukanta. Po instruktaži, tedy sdělení pracovního postupu, je edukátorovým úkolem ukázka praktické činnosti, která přímo navazuje na teoretické znalosti edukantů. Při praktickém nácviku by měl edukátor dbát zejména na to, aby nevznikaly v pracovním postupu chyby a dostatečně motivoval edukanty.

### **1.7.4 Rozhovor**

Základem této metody je kladení otázek, čímž dochází k výměně informací. Otázky může mít edukátor již dopředu připravené a pořadí jejich kladení v průběhu rozhovoru nemění, potom hovoříme o rozhovoru standardizovaném. Takzvaný polostandardizovaný rozhovor spočívá také v předem připravených otázkách, avšak během probíhajícího rozhovoru je edukátor nucen zařadit nějakou doplňující otázku. Nestandardizovaný rozhovor je charakteristický tím, že edukátor má sice určený cíl rozhovoru, kterého chce dosáhnout, ale kladené otázky přizpůsobuje okolnostem. Edukátor by měl při rozhovoru dodržovat pravidla správné komunikace.

### **1.7.5 Konzultace**

Znamená setkání s odborníkem. Většinou probíhá v přímém kontaktu edukanta s edukátorem za účelem prodiskutování problému, vyjasnění si různých okolností, termínů, situací a zkonzultování doporučení.

### **1.7.6 Brainstorming**

Využití této metody je vhodné ve skupině, přičemž je před edukanty postaven problém a úkolem každého z nich je projevit svou kreativitu, sdělovat ostatním nápady a navrhnout řešení problému. Úkolem edukátora je následně provést analýzu všech návrhů, jejich vyhodnocení a shrnutí konečného řešení zadaného problému. Obdobou této metody je brainwriting. Rozdíl tkví v tom, že edukanti zapisují své návrhy řešení problémů na papír. Úkolem edukátora je opět pouze stanovení problému a následný výběr nejvhodnějšího řešení ze všech sepsaných.

### **1.7.7 Práce s textem**

Velice častá metoda užívaná pro edukaci. Písemný materiál má nejčastěji podobu letáků, brožur, plakátů, knih nebo článků v časopisech. Pro názornost je dobré, aby byl text proložen obrázky. Měl by ale sloužit pouze jen jako podpůrný edukační materiál, ne jako hlavní zdroj informací pro edukanta. Vhodné je doplnit písemný edukační materiál například konzultací.

### **1.7.8 E-learning**

Tato metoda vzdělávání probíhá většinou formou počítačových kurzů, které mohou být rozděleny do několika lekcí, přičemž jsou kombinovány s výkladovým textem, grafikou, animacemi, videem a elektronickými testy, které jsou pro edukátora zpětnou vazbou. Výhodou pro edukanta je skutečnost, že si může sám rozložit výuku dle svých možností a potřeb. Nevýhodou mohou být vysoké vstupní náklady na vybavení a bariérou počítačová negramotnost či nemožnost přístupu k počítači. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (SVĚRÁKOVÁ, 2012)

## 2 EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

V oblasti zdravotnictví si edukaci můžeme představit jako výchovu pacientů, která hraje významnou roli v ošetrovatelském procesu. Prostřednictvím edukačního procesu bychom měli pacientům předávat nové informace a poznatky ohledně jejich zdravotního stavu, pomáhat osvojit si činnosti sebezpečí, posílit vůli a ovlivňovat emoce. Celkově vlivem edukace působíme na osobnost pacientů s cílem ovlivnit jejich chování natolik pozitivně, aby samotná léčba onemocnění byla co možná nejúspěšnější. Základem edukační činnosti jsou poznatky z oblasti pedagogiky a dalších vědních oborů, jako je psychologie. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (SVĚRÁKOVÁ, 2012)

Edukace se mnohdy stává namáhavým a časově náročným procesem. Je tomu tak především proto, že úkolem zdravotnického personálu je na základě určité diagnózy změnit pacientovo chování. Navození jakékoliv změny chování není jednoduché, zvláště u dospělého pacienta, který má již určité vzorce chování pevně zafixované a těžko se jich zbavuje. Proto je důležité, aby zdravotník pacienta dostatečně motivoval. Avšak pozitivní a velmi žádoucí zpětnou vazbou bývá dobrá kompenzace zdravotního stavu pacienta. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (Edukace jako nedílná součást edukačního procesu, 2009)

Proces edukace nemusí znamenat vždy jen poučování pacientů o jejich zdravotním stavu a onemocněních. Je jakýmsi symbolem aktivního přístupu k životu, zdravému životnímu stylu, je zaměřena nejen na pacienta jako jednotlivce, ale i na osvětu veškerého obyvatelstva, na výchovu a podporu zdraví a také na předcházení vzniku onemocnění v rámci celé populace.

Efektivní vzdělávání a výchova pacientů má vliv i na ekonomickou stránku zdravotnického systému. Pacientův aktivní přístup k léčbě obvykle znamená úspěšnější léčbu, rychlejší rekonvalescenci a tím dochází ke snížení nákladů na zdravotní péči. (SVĚRÁKOVÁ, 2012)

### 2.1 Vývoj ošetrovatelství a edukace

Oblast ošetrovatelství prošla od posledních desetiletí minulého století do současnosti významnými změnami. Technický pokrok můžeme zaznamenat v podobě zdokonalování diagnostických a léčebných metod a přístrojů, vývoj farmaceutického průmyslu v podobě výroby nových léčiv a stále se rozšiřuje i nabídka zdravotnických prostředků. Kromě toho došlo k výraznému posunu v přístupu zdravotnického personálu k pacientovi a ke změně role pacienta v ošetrovatelském a léčebném procesu. Dřívější

paternalistický model, který spočíval v tom, že zdravotnický personál byl pro pacienta autoritou a ten se zachoval dle příkazů ze strany zdravotnického personálu, aniž by znal důvody, se změnil na model spolupráce pacienta a zdravotnického personálu, přičemž pacient přebírá část odpovědnosti za své zdraví, ovšem za předpokladu, že mu bude poskytnuto dostatek potřebných informací o jeho zdravotním stavu.

Hranice se posouvaly i v oblasti komunikace zdravotnického personálu s pacienty s onkologickým a jiným závažným onemocněním. Důvodem byl především pokrok v léčebných postupech, který umožnil lékařům sdělovat pozitivnější a příznivější prognózy.

V 70. letech minulého století byla výchova a vzdělávání pacientů zajišťována v Ústavu zdravotní výchovy a krajských a okresních odděleních zdravotní výchovy. Proces výchovy a vzdělávání spočíval v distribuci informačních materiálů, letáků, brožurek o konkrétních diagnózách na jednotlivá lůžková oddělení a do čekáren ordinací, kde byly pacientům volně k dispozici.

Počátek 80. let zaznamenal v oblasti edukace pokrok a to především ve výchově a vzdělávání diabetiků. Byly rozpracovány podrobné edukační plány pro diabetiky a zdravotnický personál absolvoval školení a další různé vzdělávací akce. Obecně se začal více prosazovat význam edukace a důležitost uspokojování potřeb pacientů.

90. léta jsou charakteristická zejména tím, že se pacient začíná aktivně podílet na ovlivňování svého zdraví. Celkově dochází ke změně chápání zdraví. Lidé jej začali brát jako prostředek k dosažení životního úspěchu a určité socio-ekonomické úrovně. Tento fakt byl navíc podpořen nastolením legislativních změn týkajících se nemocenského pojištění, tedy výše poskytování nemocenských dávek. (SVĚŘÁKOVÁ, 2012)

## **2.2 Druhy edukace v ošetrovatelství**

Výchova a vzdělávání pacientů či rizikových skupin obyvatel je rozdělena do několika oblastí. Oblast primární, sekundární a terciální prevence.

### **2.2.1 Primární prevence**

Zahrnuje takové činnosti zdravotníků, které vedou k předcházení vzniku onemocnění. Jedná se o realizaci projektů, které se týkají prevence výskytu a rozvoje civilizačních onemocnění, například prevence kardiovaskulárních či onkologických onemocnění. Konkrétněji spočívá primární prevence v předcházení rizikových faktorů, které prokazatelně ovlivňují vznik a vývoj onemocnění. Předcházet jim můžeme doporučením racionálních stravovacích návyků, pohybových aktivit, zdůrazněním

závažnosti kouření, upozorněním na odpovědné sexuální chování a prevenci HIV infekce nebo také vyzdvižením důležitosti očkování proti infekčním onemocněním.

### **2.2.2 Sekundární prevence**

Je souborem výchovných a vzdělávacích činností, které jsou zaměřené na pacienty trpící nějakým onemocněním. Jejím cílem je dospět k vyléčení onemocnění, zabránit dalšímu rozvoji onemocnění či komplikacím a zajistit úspěšnou rekonvalescenci. Jedná se tedy o edukaci pacientů s konkrétní diagnózou. V rámci sekundární prevence učí zdravotník pacienta takovému chování, které povede k jeho uzdravení. Spočívá i v nácviku některých praktických ošetrovatelských úkonů jako je aplikace inzulínu, ošetření stomie či nácvik správného bandážování dolních končetin.

### **2.2.3 Terciální prevence**

Je zaměřena na řešení následků prodělaného onemocnění či úrazu. Týká se především pacientů trpících chronickými onemocněními, která nejsou léčitelná nebo například pacientů dlouhodobě invalidních. Spočívá v takových opatřeních, která zabrání opakování některých příhod, která souvisejí s onemocněním, která zabrání zhoršování zdravotního stavu či ztrátě soběstačnosti pacienta. Za terciální prevenci je považována oblast ergoterapie či fyzioterapie. (SVĚŘÁKOVÁ, 2012)

## **2.3 Pravidla sdělování informací nemocným**

Především by měl sdělovanému obsahu pacient rozumět. Zdravotnický personál by neměl používat mnoho odborných termínů, složitých vět a informace by měl přizpůsobit rámci chápání pacienta. Důležité je, aby edukátor zhodnotil úroveň vědomostí edukanta před samotnou edukací a přizpůbil ji potřebám nemocného i jeho rodiny. Záleží především na kvalitě podané informace, ne na kvantitě.

Cílem edukace není pacienta zastrašit sdělováním nejrůznějších komplikací, které souvisejí s jeho zdravotním stavem či poukazování na mnohdy až fatální následky špatných návyků jeho chování. Důležité je, aby se edukátor přesvědčil, zda měla edukace na klienta nějaký efekt. Na konci rozhovoru i v jeho průběhu by měl mít pacient možnost dotázat se edukátora na případné nejasnosti. Význam také má ponechat klientovi prostor pro zopakování podaných informací jeho vlastními slovy, čímž si zdravotnický personál ověří množství informací, které byl schopen klient přijmout a to, zda jim správně porozuměl.

Edukátorovým nejtěžším úkolem je získat si klientovu důvěru a navodit mezi nimi jakýsi přátelský vztah. Důvěra je totiž předpokladem pro úspěšnou edukaci. Edukátor by

při svém počínání měl být trpělivý, vstřícný a měl by projevit opravdový zájem o klienta a jeho potřeby.

Zvolení metody a způsobu poskytování informací je na edukátorovi, který bude edukaci provádět. Rozhoduje se na základě nejrůznějších okolností. Jednou z možností edukace je také uskutečnění schůzky s jiným pacientem, který má zkušenosti s edukovanou problematikou a má zájem podpořit druhého klienta. (HARRISON, 1994)

## 2.4 Edukační proces

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení je velmi specifický. Přizpůsobuje se systémům a metodám péče daného zdravotnického zařízení. Je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Jedná se o cílevědomý, záměrný, strukturovaný a plánovaný proces, jehož pečlivá příprava je velice důležitá. Jednak usnadní práci sestry a také motivuje pacienta. Probíhá v 5 fázích. Jsou jimi posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

*Fáze posuzování.* Při ní se edukátor zabývá získáváním údajů o pacientovi. Tyto informace může získat například formou rozhovoru s nemocným, jeho rodinou nebo ošetřujícím personálem, dále může být zdrojem dokumentace pacienta a důležité informace může edukátor získat i na základě pozorování. Nejprve je potřeba zjistit základní údaje, kterými jsou věk, pohlaví, vzdělání či zaměstnání. Dále je nezbytné posoudit klientův zdravotní stav, jeho zdravotní problémy a edukační potřeby. Důležité je zajímat se o pacientovy názory na hodnotu vlastního zdraví, do jaké míry je připravený a ochotný učit se a jak silné je jeho odhodlání být přístupný doporučeným změnám chování a životního stylu. Na základě těchto získaných poznatků by měl být schopen edukátor vyhodnotit i vhodný způsob motivace pacienta. Do jisté míry je nutné znát klientovu socio-ekonomickou situaci. Zejména tehdy, není-li ekonomická situace klienta uspokojivá, je na místě aby edukátor projednal s pacientem možnost žádosti o sociální dávky. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (SVĚŘÁKOVÁ, 2012) (KUBEROVÁ, 2009)

*Diagnostická fáze.* Spočívá ve stanovení edukační diagnózy. Edukační diagnózou není nic jiného, než vymezení problémů a potřeb pacienta, stanovení příčin, projevů a důsledků těchto problémů a také charakteristika faktorů, které tyto problémy ovlivňují. Za edukační diagnózu můžeme považovat například nedostatek edukantových vědomostí, dovedností, špatných návyků a postojů k jeho zdraví. Je potřeba, aby edukační diagnóza byla přesně definována a zapsána v edukační dokumentaci. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

*Plánování.* V této fázi dochází k tvorbě edukačního plánu. Měl by se vyznačovat především flexibilitou, která zajistí přizpůsobení k aktuálnímu fyzickému a psychickému stavu pacienta. Edukátor by se měl zamyslet nad požadovanými změnami, kterých chce u klienta dosáhnout, jaké formy a metody k edukaci použije, co vůbec bude obsahem edukace, v jakém prostředí bude edukace probíhat a jak ji bude zpětně hodnotit. Určuje se počet schůzek, čeho se jednotlivé schůzky budou týkat a jak budou časově náročné. Jedním z důležitých kroků této fáze je stanovení cílů edukace. Je důležité, aby se na stanovených cílech edukátor s edukantem shodli. Celý proces plánování a přípravy probíhá ve spolupráci edukátora s klientem. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (KUBEROVÁ, 2009)

*Fáze realizace* by měla vycházet z připraveného edukačního plánu a směřovat k cílům, které si edukátor a klient stanovili. Prvním důležitým krokem je motivace pacienta, vnitřní či vnější. Následuje sdělování teoretických informací a předávání praktických dovedností ze strany edukátora. Ideální je aktivní zapojení edukanta do procesu kvůli lepší fixaci nově získávaných poznatků. Již zmíněná fixace je dalším krokem a může být zajištěna soustavným procvičováním či opakováním. Důležité je, aby edukátor prováděl kontrolu, zda edukant všemu rozumí, zda správně chápe souvislosti a zda je schopen získané vědomosti a dovednosti aplikovat v praxi. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

*Fáze vyhodnocení* a kontroly je fází průběžnou a zároveň závěrečnou. Jde o vyhodnocení výsledků nejen edukovaného pacienta, ale i výsledků edukátora. Předmětem hodnocení je především to, zda bylo dosaženo vytyčených edukačních cílů, do jaké míry se změnilo chování klienta a jakým dovednostem se naučil. Důležitá skutečnost je, aby se edukátor přesvědčil o tom, že pacient dostatečně pochopil cíle edukace a že režim, kterému se v rámci edukačního procesu naučil, je schopen dodržovat i mimo zdravotnické zařízení. Součástí hodnocení by mělo být shrnutí pozitivních a negativních skutečností a na základě nich navrhnout případná řešení. Vyhodnocení může edukátor provést buď formou rozhovoru, dotazováním v diskusi s klientem, zadáváním řešení problémových úkolů či pozorováním pacienta při provádění praktické činnosti. K ověření výsledků edukace mohou sloužit také objektivní ukazatele, kterými jsou laboratorní výsledky (hladina cholesterolu, atd.), změna tělesné hmotnosti, zlepšení či zhoršení hybnosti končetin a podobně. (JUŘENÍKOVÁ, 2010) (SVĚŘÁKOVÁ, 2012) (KUBEROVÁ, 2009)

Veškeré informace o edukační činnosti edukátora je nutno zaznamenat do dokumentace, která by měla být součástí edukačního plánu. Slouží jako zdroj informací pro všechny členy ošetřujícího týmu a zároveň jako ochrana edukátora před případnými stížnostmi na neposkytnutí informací. Dokumentace by měla obsahovat záznamy o konání



jednotlivých lekcí, témata lekcí, popis dosažených výsledků na straně pacienta a například i charakteristika reakcí pacienta na edukaci. (SVĚŘÁKOVÁ, 2012)

## **2.5 Faktory ovlivňující edukaci**

Stejně jako je různými faktory ovlivňován vznik a průběh onemocnění, je různými skutečnostmi ovlivňován i edukační proces. Jsou jimi pohlaví, věk, zaměstnání, dosažené vzdělání, již výše zmíněná motivace, hierarchické uspořádání hodnot klienta, jeho sebedůvěra, stav a úroveň smyslového vnímání, kulturní zvyklosti a míra soběstačnosti klienta.

Co se týká pohlaví, vnímavější ke svému zdraví jsou ženy. Věnují sobě větší péči, příkládají větší význam zdravému životnímu stylu, jsou přístupnější informacím ze strany zdravotnického personálu a tím se snáze navracejí ze stádia nemoci do běžného života. Naopak u mužů je proces edukace komplikován jejich od přírody daným pocitem odolnosti a nezlomnosti. Radám ze strany personálu jsou méně přístupní a jsou méně ochotni přizpůsobit své chování zdravotnímu stavu. Z toho důvodu bývá nutná u mužů zpravidla delší hospitalizace a následná rekonvalescence.

Z hlediska věku si musí být edukátor vědom, že je třeba přizpůsobit edukaci jak dítěti, dospělému, tak seniorovi. Věkové rozmezí mezi jednotlivými obdobími znamená rozdílný vývojový stupeň kognitivních funkcí, rozdílnou úroveň vědomí a myšlení. Každý stupeň vývoje vyžaduje individuální přístup.

Uspořádání žebříčku hodnot a sebedůvěra úzce souvisí s motivací pacienta. Je důležité aby edukátor navodil v pacientovi potřebu zlepšit svůj zdravotní stav. Díky tomu, že pacientovi na svém životě bude záležet, bude mít větší zájem na dodržování léčebného režimu a jeho návrat do běžného života bude rychlejší.

Zvláštní přístup vyžadují i pacienti s různými smyslovými vadami. V nemocničním prostředí se těchto klientů vyskytuje mnoho. Povinností zdravotnického personálu je zjistit úroveň smyslového vnímání, především zraku a sluchu, které jsou pro proces edukace nejpodstatnější.

V neposlední řadě musí edukátor zohlednit soběstačnost klienta. Některá onemocnění vyžadují upoutání pacienta na lůžko a proto je velice důležité, aby edukátor zhodnotil edukantův zdravotní stav a poté rozhodl, zda vůbec je vhodné mu sdělovat nějaké informace o jeho zdravotním stavu a dalších režimových opatřeních. (HARRISON, 1994)

## 2.6 Bariéry v edukaci

Překážek v procesu edukace může nastat mnoho. Je důležité, aby edukátor tyto překážky včas identifikoval, dokázal je odstranit a zabránil tak komplikacím, které by mohly negativně ovlivnit proces výuky.

Překážky ze strany zdravotnického systému jsou nepříjatelným jevem, který se ale bohužel v praxi běžně vyskytuje. Jedná se například o ignorování potřeb pacienta zdravotnickým personálem, nelidský přístup ošetřujícího týmu, nevhodný způsob komunikace s pacientem, negativní vlivy prostředí, jakými jsou například ztráta soukromí či sociální izolace, nedostatek času na proces edukace a v neposlední řadě i nedostatečné zařazení edukace do vzdělávacích programů sester.

Překážky ze strany rodiny pacienta a pacienta samotného mohou vyplývat z kulturní, rasové či etnické odlišnosti, překážkou může být i jazyková bariéra, osobnostní rysy pacienta, nízká motivace pacienta, jeho špatný zdravotní stav a s ním související stres, bolest a emoce. (SVĚŘÁKOVÁ, 2012)

## 2.7 Chyby v edukaci

Pokud se zdravotnický personál dopustí některé z následujících chyb, které zmíním, stává se proces edukace zbytečným a neefektivním.

Prvním, velmi závažným pochybením je vytyčení edukačních cílů bez souhlasem edukanta. Výše, v popisu fází edukačního procesu, jsem se zmínila o skutečnosti, že na stanovení edukačního cíle se podílejí edukátor s edukantem společně a to z důvodu pozitivnějšího přístupu edukanta k učení. V tomto případě se tedy zdravotnický personál neřídí správným postupem vytváření edukačního plánu.

Další chybou bývá nedostatečné opakování naučené látky nebo situace, kdy se naučená látka opakuje pouze s klienty, o kterých edukátor ví, že si látku nepamatují, ale opomíjí ostatní klienty.

Negativní vliv má také poskytování příliš velkého množství informací s myšlenkou, že si klient pro sebe vyčlení jen ty základní a nejdůležitější. Efekt je však ve skutečnosti takový, že pacient je spíše zmatený, v přemíře informací se špatně orientuje a nepamatuje si ani ty nejzákladnější poznatky.

Při edukaci často používá zdravotnický personál odbornou terminologii a těžko se jí dá ve výkladu tématu z lékařského prostředí vyhnout. Chybou je skutečnost, že si zdravotnický personál neuvědomuje, že ne všem termínům klient rozumí. Mnohdy se

pacient bojí na význam slov zeptat, aby na něj nepohlížel zdravotnický personál jako na nevzdělaného člověka.

Velkou chybou je také špatné načasování edukace. Především když edukátor naplňuje edukaci bez klientova vědomí. Pacient vnímá mnohdy zdravotnický personál jako autoritu a bojí se odmítnout.

Za největší prohřešek ovšem považuji často nedostatečné vzdělání o problematice daného onemocnění. Ze strany zdravotnického personálu v roli edukátora je posléze předáváno nedostatečné množství informací či jsou dokonce předané informace mylné.

Zdravotník by se za všech okolností měl chovat jako profesionál. Neměl by se nechat ovlivňovat náladami, neměl by své pocity přenášet na pacienta a žádoucí není ani nešetrná komunikace. Za všech okolností by měl zdravotník v roli edukátora respektovat soukromí a práva pacienta a projevit dávku potřebné empatie. (HARRISON, 1994)

## 3 EDUKACE PACIENTŮ S DIAGNÓZOU KARCINOMU PRSNÍ ŽLÁZY

V této části práce bych se ráda věnovala nejen charakteristice zvoleného onkologického onemocnění, ale ve větší míře i problematice nutriční podpory onkologicky nemocných pacientů a edukaci pacientů ohledně výživy při onkologickém onemocnění ze strany zdravotnického personálu.

### 3.1 Co je nádorové, onkologické onemocnění?

Tělesné buňky jsou regulovány různými signály přicházející ze zevního prostředí. Skutečnost, že je buňka schopna na tyto signály reagovat, ovlivňuje další osud buňky, jako je životnost či její zánik. Nádorové onemocnění je charakteristické nekontrolovaným a neregulovaným množením buněk tkání. Postižená tkáň tak roste, zasahuje do okolních tkání, utlačuje je či dokonce narušuje. Nádorová neboli onkologická onemocnění jsou považována za onemocnění genetická. Důsledkem působení mnoha zevních faktorů neboli mutagenů může docházet ke změně genetického materiálu buňky, tedy k mutaci a následnému rozvoji nádoru. Mezi tyto zevní faktory, takzvané kancerogenní faktory, patří například ultrafialové záření, rentgenové záření, některé těžké kovy jako kadmium, beryllium nebo kobalt a také některé viry či bakterie. (KLENER, 2002)

Nádory se rozdělují na *benigní*, které obvykle nemají závažnější dopad na lidský organismus. Vyznačují se ne příliš expanzivním růstem, jejich růst je ohraničený a nevytváří metastáze, což znamená, že tento typ nádoru se z místa svého vzniku dále nešíří po těle do jiných orgánů či tkání. *Maligní* nádory jsou charakteristické svým rychlým růstem, svou schopností pronikat do okolních tkání, utlačovat je, poškozovat a dokonce ničit jejich funkci. Dalším charakteristickým znakem je, že vytvářejí metastázy, čili jsou schopné se ze svého místa vzniku šířit do okolí a vytvářet další a další ložiska. Pokud zůstane maligní nádor neléčen, způsobí až smrt organismu. (VORLÍČEK, 2006)

Onkologické choroby tvoří skupinu onemocnění, která představují celospolečenský problém. Jejich výskyt se rok od roku zvyšuje. Zaujímají druhé místo v příčinách úmrtí a jsou také jedním z nejčastějších důvodů pracovní neschopnosti či invalidity. V České republice tomu není jinak, zaujímá přední místo ve výskytu rakoviny tlustého střeva, a to dlouhodobě. U mužů je nejčastějším vyskytujícím se nádorovým onemocněním rakovina plic a průdušek, u žen je to rakovina prsní žlázy.

Je důležité neustále rozvíjet preventivní metody, které zajistí včasné odhalení nádorového onemocnění a tím zlepšit prognostické vyhlídky pro pacienta. Pozornost je třeba věnovat i neustálému zdokonalování protinádorové léčby a ošetřování nemocných. I přes to, že dnešní doba nabízí převratné pokroky v léčbě rakoviny, měl by se každý člověk snažit vyhnout rizikovému chování, které by mohlo vzniknout nádorového onemocnění podpořit.

Onkologičtí pacienti netrpí pouze fyzickými problémy, ale i problémy psychickými a sociálními. Péče o nemocné s touto závažnou diagnózou vyžaduje především všestrannou spolupráci jak lékařského týmu, tak spolupráci rodiny a dalších blízkých osob pacienta. Základem by měla být otevřená a empatická komunikace ze strany zdravotnického personálu o diagnóze i léčebných postupech a o vyhlídkách průběhu onemocnění a efektivitě léčby v budoucnu, čili prognózách. Důsledkem diagnózy nádorového onemocnění se mění i pacientovi sociální role. Není schopen vydělávat, částečně či úplně ztrácí soběstačnost, dochází k jeho sociální izolaci a více či méně je závislý na pomoci druhého člověka. Proto pacient i jeho nejbližší vyžadují sociální podporu a poradenství zejména o možnostech státní sociální podpory, způsobech pečovatelské a ošetrovatelské péče v domácím prostředí a o dostupnosti hospicové péče. (ADAM, 2003) (TOMÁŠEK, 2015)

### **3.2 Karcinom prsní žlázy**

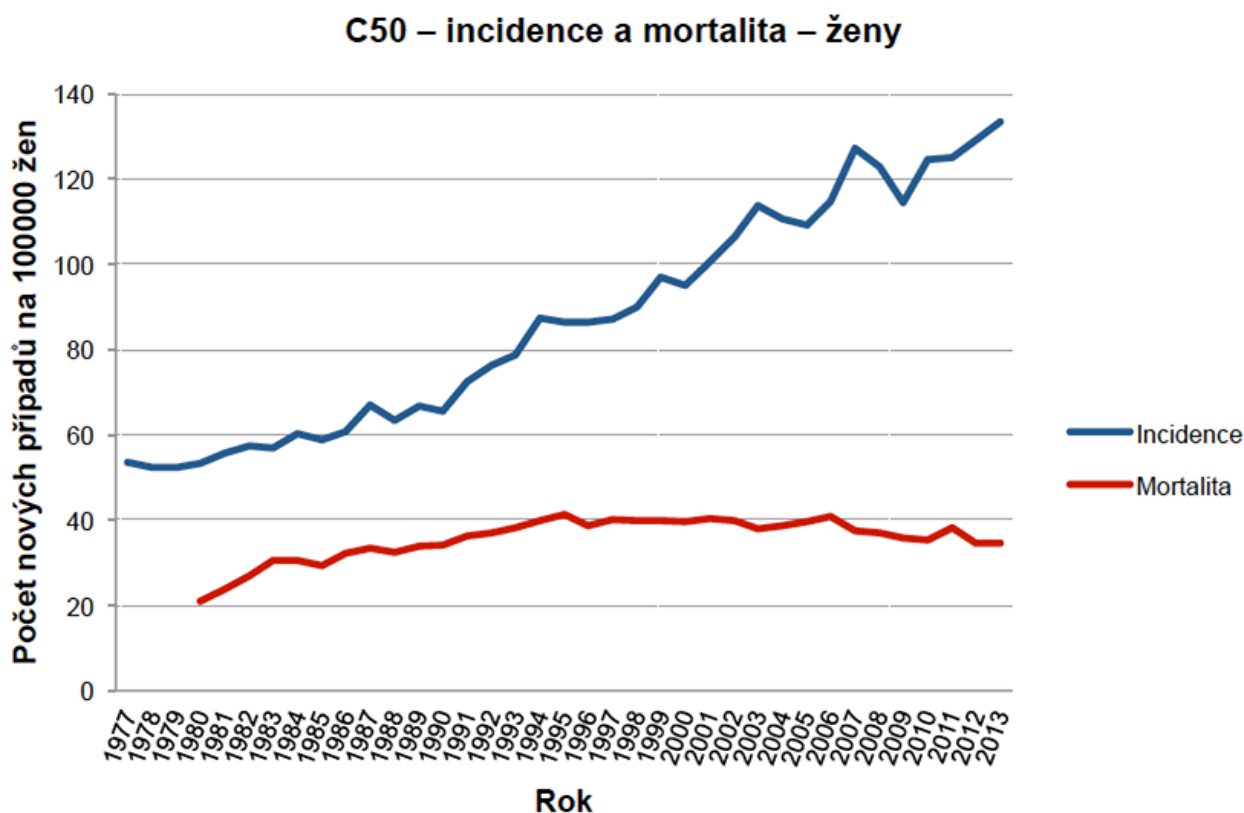
Karcinom prsní žlázy je onemocnění s dlouholetou historií a obecně platí, že se jedná o nejčastěji se vyskytující nádorové onemocnění u žen. Incidence rakoviny prsní žlázy stále stoupá a jinak tomu není ani s úmrtností, avšak mortalita nestoupá tak rapidním tempem. Riziko vzniku karcinomu prsní žlázy se zvyšuje s věkem. Před 20 rokem je výskyt tohoto onemocnění spíše vzácný, každých 10 let se riziko vzniku rakoviny prsní žlázy zdvojnásobuje až do nástupu menopauzy. Nejrizikovější období je překročení hranice 50 let, kdy je zaznamenáván statisticky nejprudší růst incidence tohoto karcinomu.

Vzácně může karcinom prsní žlázy postihnout i mužskou část populace. Tvoří necelé 1 procento výskytu ze všech zhoubných nádorů u mužů. Typově se karcinom prsní žlázy u žen i mužů velice podobají. Shodují se i ve znaku, kterým je rodinná forma výskytu. Stejně jako je tomu u žen, i u mužů riziko vzniku karcinomu stoupá spolu s věkem, avšak s maximem okolo 60 let věku.

Alarmující údaje o nádorových onemocněních svědčí především o tom, že se týkají každého člověka v populaci. Nemusí se nás dotýkat přímo, ale může postihnout kohokoliv

z našeho příbuzenstva a nejbližších. (VORLÍČEK, 2006) (ABRAHÁMOVÁ, 2009) (PECHA, 2010)

Obrázek 1 Incidence a mortalita karcinomu prsu – ženy



Zdroj: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>

### 3.3 Příčiny vzniku karcinomu prsu a rizikové faktory

Etiopatogeneze tohoto onemocnění není jasná. I přes pokrokové studie nádorových onemocnění nejsou odborníci schopni jednoznačně určit, které ženy jsou vznikem karcinomu ohroženy a u kterých naopak vznik onemocnění nehrozí. Jednou z možností pochopení příčin vzniku jsou studie rizikových faktorů. Znalost rizikových faktorů je důležitá i z důvodu možnosti organizace preventivních opatření.

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří například *genetické predispozice*. Konkrétněji výskyt malignit v rodinné anamnéze. Možností, jak zjistit, zda právě my máme v genetické informaci zapsanou pravděpodobnost vzniku karcinomu prsní žlázy, je indikace ke genetickému vyšetření na výskyt mutace predispozičních genů BRCA - 1 a BRCA - 2. Tyto geny jsou považovány za takzvané tumor supresorové a zapříčiňují větší

náchylnost organismu ke vzniku nádorových onemocnění, zvláště ke vzniku karcinomu prsní žlázy. (NOVOTNÝ, 2003)

Další jsou *gynekologické a hormonální faktory*, jako dřívější nástup menstruace, vyšší věk nástupu menopauzy, zvýšené riziko vzniku karcinomu prsní žlázy hrozí bezdětným ženám a ženám s prvním těhotenstvím až po 30. roce věku a protektivní účinek má u žen větší počet porodů, akt kojení a samotná délka kojení. Zvýšené riziko vzniku nádorového onemocnění prsních žláz hrozí ženám, které užívají hormonální přípravky za účelem hormonální léčby či z důvodu antikoncepce.

Mezi další rizika patří *faktory životního stylu*. Přímý vztah mezi kouřením a vznikem karcinomu prsní žlázy nebyl prokázán, avšak stále musíme mít na paměti, že karcinogenní látky v tabákovém kouři mohou vznik nádorového onemocnění podpořit. Zvýšená konzumace alkoholu a vznik karcinomu prsní žlázy už ovšem přímou souvislost mají. To samé platí i pro stravovací návyky. Složení potravy a zastoupení jednotlivých složek, jako jsou tuky, vláknina a ovoce a zelenina, hrají roli ve vzniku veškerých maligních onemocnění. Špatné stravovací návyky a nedostatek fyzické aktivity souvisejí se vznikem obezity jakožto dalšího rizikového faktoru pro vznik karcinomu prsní žlázy.

Vznik tohoto onemocnění závisí i na skutečnostech související s *osobní anamnézou*. Jsou jimi rasa, více se karcinom prsu vyskytuje u bělošské populace nežli u rasy černošské nebo u Asiatické. Geografická oblast, kdy největší výskyt tohoto onemocnění je ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky a země Dálného východu vykazují pětikrát nižší incidenci než země západního světa. A také již výše zmíněný věk.

*Ostatními faktory* může být vzdělání, bydliště, životní prostředí a psychologické aspekty, jelikož někteří odborníci řadí onkologická onemocnění mezi psychosomatické nemoci. (ABRAHÁMOVÁ, 2009) (ABRAHÁMOVÁ, 2003)

### **3.4 Možnosti prevence rakoviny prsní žlázy a její včasný záchyt**

Primární prevence karcinomu prsní žlázy se v praxi velmi špatně realizuje, mnohdy ani nelze, a proto je třeba zaměřit se na prevenci sekundární, která vede ke včasnému odhalení rozvíjejícího se onemocnění.

#### **3.4.1 Samovyšetření**

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o vyšetření prsu, které si žena provádí sama. Je to nejjednodušší metoda, která při správném a pravidelném provádění může odhalit narůstající novotvar.

Důležitá je edukace žen v oblasti samovyšetřování prsu. Každému lékaři a zdravotní sestře by měl být znám postup a správné provádění samovyšetření prsu. V gynekologických ordinacích by mělo být vyšetření prsu a nácvik správné techniky samovyšetření součástí každé běžné prohlídky.

Je však třeba zdůraznit, že samovyšetřením prsu nelze nahmatat velmi malé léze a nemůže nahradit mamografické screening. (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

### **3.4.2 Screening**

Obecně se jedná o aktivní vyhledávání onemocnění a jeho cílem je včasný záchyt onemocnění v jeho počátečních stádiích. Cílem screeningu je odhalit karcinom prsní žlázy ve stádiu, kdy je velmi malý a ještě se nestihl krevním řečištěm rozšířit a také snížení úmrtnosti na toto onemocnění.

Pomocí mamografie, která je od roku 2002 v České republice pro ženy od 45 let ve dvouletém intervalu bezplatná, se úspěšně snižuje mortalita žen na toto onemocnění. Od roku 2014 jsou ženy na mamografické vyšetření adresně zvány v rámci programu screeningu zhoubných nádorů. Cílem tohoto programu je neustálé snižování mortality na toto onemocnění.

Probíhá také preventivní vyhledávání nositelek mutace genů BRCA-1 a BRCA-2. (VORLÍČEK, 2006) (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

### **3.5 Příznaky**

Z počátku se onemocnění neprojevuje vůbec, není bolestivé ani nezpůsobuje žádné jiné komplikace. Až v pokročilejším stádiu, když nádor roste, dochází k určitým změnám.

Můžeme na prsu pozorovat různé nepravidelnosti bradavek, sekreci z bradavek změnu struktury kůže ve smyslu drobných nerovností, může docházet ke vtahování kůže nebo k tvorbě důlků. Velice nápadným znakem může být asymetrie prsů, zarudnutí a oteplení tkáně prsu. (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

### **3.6 Diagnostika karcinomu prsní žlázy**

Dnešní doba nabízí velké množství diagnostických metod. Základním krokem je klinické vyšetření, které spočívá v odebrání osobní i rodinné anamnézy a v provedení celkového fyzikálního vyšetření, zaměřeného především na vyšetření prsu. Důležitou roli hraje diagnostika pomocí zobrazovacích metod. Nejzásadnější postavení má mamografie, jako doplňková metoda k ní slouží ultrasonografie. Pomocí počítačové tomografie lze odhalit přítomnost a rozsah metastáz a využívána je také magnetická rezonance. Provádí se



biochemické vyšetření na stanovení nádorových ukazatelů z důvodu možnosti kontroly průběhu onemocnění a hematologické vyšetření, které je důležité pro odhad reakce pacienta na protinádorovou léčbu. Rozhodující pro stanovení diagnózy je bioptické vyšetření. Jedná se o odběr tkáně jehlou. Následné provedení histologického vyšetření odebrané tkáně s jistotou stanoví, zda se jedná o zhoubný nádor či nikoliv a určí i o jaký typ karcinomu jde. (KLENER, 2002) (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

### **3.7 Léčba rakoviny prsní žlázy**

Na základě zjištění rozsahu onemocnění pomocí diagnostických metod se určuje způsob léčby nádorového onemocnění. Rozhodnutí o léčbě by měl provést celý tým odborníků, do kterého mimo jiné spadá chirurg, rentgenolog, klinický onkolog, radiační onkolog a patolog. Následná léčba je již v režii klinického onkologa. Jeho úkolem je sdělit pacientce všechny možnosti léčby, které připadají v úvahu a zdůraznit výhody a nevýhody každé z nich aby se pacientka mohla pro jednu z nich rozhodnout. Úkolem lékaře je co nejsrozumitelněji přiblížit všechny skutečnosti, které se zvolené léčby týkají. Pacientka má na toto vysvětlení právo, stejně tak na přiměřený čas, který by měl být ze strany lékaře v rámci edukace pacientce poskytnut. Při sdělování léčebného plánu smí být přítomna i rodina či přátelé pacientky, je-li to jejím přáním. (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

Při včasném záchytu lze toto onemocnění řešit lokální léčbou, kterou je chirurgická léčba a radiační terapie. Pro řešení pokročilejších stádií není vhodné samostatné použití ani jedné ze zmíněných metod, jelikož karcinom prsu je považován za systémové onemocnění a řešení pouze lokálního charakteru by bylo nedostačující. Proto musí odborníci přistupovat k léčbě systémové, tedy chemické a hormonální. Kombinací jednotlivých metod lze docílit vyššího účinku léčby.

Léčba se dělí i na základě jejího cíle. Jedná se o *léčbu protinádorovou*, jejíž cílem je likvidace a smrt nádorových buněk. Využívá k tomu chirurgických, radioterapeutických a medikamentózních metod. *Podpůrná léčba*, která usiluje o zlepšení kvality života pacienta i rodiny po dobu trvání onkologického onemocnění tím, že mírní zdravotní obtíže způsobené tímto onemocněním a snaží se i o psychickou a sociální podporu. *Paliativní léčba* je jistým druhem léčby podpůrné, avšak je zaměřena na pacienty s pokročilým stádiem nemoci, kteří se nacházejí v posledních fázích života. (KLENER, 2002) (VORLÍČEK, 2006)

### 3.7.1 Chirurgická léčba

Tato léčebná metoda patří mezi nejstarší a v minulosti patřila i mezi jedinou možnost, jak nádor prsu odstranit. Výkon může být radikální, což pro pacientku znamená amputaci prsní žlázy či jen částečný neboli konzervativní, při kterém zůstane prs zachován. Součástí zákroku je i odstranění podpažních uzlin. Neradikální zákrok vyžaduje následnou radioterapii z důvodu prevence lokálního návratu onemocnění. Pacientky, kterým byla provedena amputace prsu a 2 až 5 let se u nich neprojevil návrat nádorového onemocnění, mohou podstoupit takzvanou rekonstrukční operaci, jejíž podstatou je vytvarování prsu buď z tkáně pacientce vlastní či s použitím syntetických implantátů. Oboustranná amputace prsních žláz je indikována i z preventivních důvodů u žen nosiček genů BRCA-1 a BRCA-2, o nichž se zmiňují výše, a u žen s pozitivní rodinnou anamnézou. (KLENER, 2002) (VORLÍČEK, 2006)

### 3.7.2 Radioterapie

Spočívá v léčbě zářením. Paprsky ozařovacích přístrojů působí na nádor tak, že jeho buňky ihned zahubí nebo ztratí schopnost se množit a zaniknou postupem času. Tyto poškozující účinky bohužel neplatí jen pro nádorové buňky, ale záření působí i na okolní zdravé tkáně. Cílem ozařování je zničit co nejvíce nádorových buněk, ale naopak co nejméně buněk zdravých. Důležitá je proto přesnost ozařovacího plánu. Tento způsob léčby je ideální pro doplnění léčby chirurgické, nemůže ji však nahradit. Indikací pro radioterapii je například léčba malých nádorů v počátečním stádiu onemocnění, léčba po amputaci prsu s nádorem v pokročilejším stádiu, který je větší než 4-5 centimetrů, jelikož u těchto nádorů je možnost návratu onemocnění i po odstranění prsu a v neposlední řadě se ozařování provádí v případě, jsou-li postiženy podpažní uzliny. (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

### 3.7.3 Hormonální léčba

Jedná se o léčbu se systémovým účinkem. Jejím cílem je potlačit působení hormonu, který může mít vliv na rozvoj nádoru. V případě karcinomu prsní žlázy se jedná o estrogenery. Nejjednodušším postupem je odstranění žláz produkujících tento hormon nebo potlačení funkce těchto žláz, takzvaná *ablativní léčba*. Používanou metodou je například ovariectomie, čili chirurgické odstranění vaječnicků. Druhým způsobem může být podání antiestrogenů, takzvaná *kompetitivní léčba*, která spočívá v tom, že zabrání hormonu působit na své cílové tkáně, například podávání antiestrogenů. *Inhibiční léčba*, která má za cíl přerušit proces vedoucí k vytvoření aktivního hormonu. Příkladem je podávání látek, které ruší účinek aromatázy, což je enzym, díky němuž vznikají ze steroidních hormonů

estrogeny. Další možností je *aditivní léčba*, jejíž podstatou je podávání farmakologických dávek přirozených hormonů, tedy i podávání estrogenů. (KLENER, 2002)

### 3.7.4 Chemoterapie

„*Chemoterapie se děje formou infúze do žíly a trvá asi hodinu. Nejhorší pocity naštěstí brzy pomínou a pak zbývá jen trpělivě čekat, než dokape poslední lahvička.*“ (VOJÁČKOVÁ, 2003 str. 42)

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o léčbu nádorových onemocnění chemickými sloučeninami. V oblasti onkologie se jedná o podávání takzvaných *cytostatik*, které se vyznačují schopností zabíjet buňky, mají takzvaný *cytotoxický účinek*. Původně se jednalo pouze o doplňkovou léčebnou metodu, ale postupem času nabyla na významu, stala se jednou ze základních léčebných metod a posunula se na stejnou úroveň spolu s chirurgickou léčbou a radioterapií. Léčba cytostatiky má za cíl zasáhnout DNA nádorových buněk a tak je poškodit.

Nejčastěji se léčba aplikuje nitrožilně, čili *intravenózně*, ve formě injekcí či infuzí. Možná je také aplikace do podkoží, čili *subkutánní aplikace*, či svalu, tedy intramuskulární aplikace. Tento způsob podávání chemoterapeutik je však ojedinělý. Další možností je injekční aplikace do tělesných dutin, například do dutiny břišní či hrudní, takzvaná *intrakavitární chemoterapie*, ale tento způsob je v dnešní době využíván zřídka. Nejjednodušší způsob aplikace je podávání léčebné látky ústy, jedná se o *perorální podání*. Tato chemoterapeutika nesmí dráždit sliznici trávicího traktu a musejí prokazovat takové vlastnosti, aby jejich účinek nebyl při průchodu trávicím traktem nijak ovlivněn. (VORLÍČEK, 2006) (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

Existuje několik typů chemoterapeutické léčby. *Adjuvantní chemoterapií* se rozumí podávání cytostatik pacientům, kterým byl nádor chirurgicky odstraněn. Aplikují se tedy do již zdravé tkáně za účelem zničení nádorových buněk, které unikly účinku předešlé léčby. *Neoadjuvantní chemoterapie*. V tomto případě se cytostatika podávají před operací nádoru za účelem lokálního zmenšení pokročilého stádia nádoru před chirurgickou léčbou. Jejím cílem je tedy z neoperabilního tumoru učinit operabilní. Dále také *paliativní chemoterapie*, jejíž podstatou je snaha o zlepšení kvality života a prodloužení života nemocného. Dochází ke zmenšení nádoru, zmírnění příznaků souvisejících s nádorem, avšak ne k vyléčení. (KLENER, 2002)

### 3.8 Cytostatika

Jak jsem se již zmínila výše, cytostatika mají schopnost zastavovat dělení buněk a ničit je tím, že poškozují jejich genetickou informaci. V současné době existuje nejméně čtyřicet cytostatik, které lze použít pro léčbu rakoviny prsní žlázy. Účinek jejich působení lze navýšit jejich vzájemnou kombinací, což se v praxi běžně provádí. Posílení účinku cytostatik lze dosáhnout i ochranou normálních buněk organismu takzvanými *antidoty*, která zeslabují účinek cytostatik a takzvanými *chemoprotektivy*, která zvyšují odolnost normálních buněk k cytostatikům.

Účinkem cytostatik se samozřejmě nepoškozují pouze buňky nádorové, ale i buňky zdravých tkání. Avšak nádorové buňky se dělí rychleji, než zdravé a proto jsou cytostatickými účinky léků postiženy více.

Problémem cytostatik je, že na každý lidský organismus působí jiným způsobem, způsobuje jinou odezvu metabolismu. Stejná dávka může u jednoho z pacientů vyvolat nežádoucí účinky neslučitelné se životem a druhý člověk vše ustojí bez větších obtíží. Je proto velmi důležité, aby podávané dávky byly vždy individuálně upraveny dle proporcí člověka, a přihlížet se musí také k funkci jater a ledvin.

Dalším důležitým aspektem účinné léčby je podávat cytostatika v intervalech, mezi kterými nedojde ke zpětnému nárůstu většího množství nádorové tkáně. Po každé podané dávce by se měl počet nádorových buněk postupně snižovat. (KLENER, 2002) (VORLÍČEK, 2006)

#### 3.8.1 Alkylační cytostatika

Tyto cytostatika poškozují buňky, které jsou v takzvaném klidovém stádiu, tedy nemnoží se, ale i množící se buňky. Jejich nežádoucím účinkem je karcinogenní účinek, tedy podporují vznik nového nádorového onemocnění, a teratogenní účinek, což znamená, že poškozují rostoucí plod.

#### 3.8.2 Antimetabolity

Jejich účinek spočívá ve schopnosti znemožnit vybudování genetické informace, tím pádem znemožní nádorovým buňkám růst. Nemají tak výrazný karcinogenní účinek.

#### 3.8.3 Protinádorová antibiotika

Je skupina léků, která byla izolována, stejně jako antibiotika působící proti bakteriím, z mikroorganismů. Jejich účinkem je poškození maligních buněk, ale i buněk zdravé tkáně.

### 3.8.4 Rostlinné alkaloidy

Není příliš početnou skupinou léčiv. Jedná se o látky s protinádorovým účinkem izolované z rostlin. (VORLÍČEK, 2006)

### 3.8.5 Nežádoucí účinky cytostatické léčby

„Doma všichni čekáme, až mi začne být špatně. Naštěstí marně. Kéž by to vydrželo! Léky proti nevolnosti asi opravdu zabírají tak, jak slíbil pan doktor.“ (VOJÁČKOVÁ, 2003 str. 43)

Vzhledem k tomu, na jakém principu je založeno působení cytostatik, jsou vedlejší nežádoucí účinky časté a doprovázejí každou chemoterapeutickou léčbu. Mimo rychle se množících nádorových buněk poškozují i buňky zdravých tkání, především ty s rychle se množícími buňkami. Takovou tkání je například kostní dřeň, sliznice zažívacího traktu, pohlavní buňky či vlasové folikuly. Charakteristické nežádoucí účinky vznikají i ve spojitosti s různými skupinami cytostatik. Tento fakt je způsoben různým chemickým složením jednotlivých léčiv.

Bezprostředně po aplikaci léčiva se může dostavit *nevolnost, zvracení, horečka a zimnice spojená s třesem*. Současné preventivní metody ovšem nabízejí celou řadu možností, jak nevolnosti a zvracení předcházet. Lékař může indikovat nitrožilní infuze, tablety či čípky a těmto obtížím tak předejít. Tyto léky se aplikují před zahájením chemoterapie, v jejím samotném průběhu při domácím ošetření nemocného a i preventivně několik dnů po chemoterapii. To samé platí i pro řešení horečky a zimnice. Běžně stoupá teplota u pacientů podstupujících chemoterapeutickou léčbu nad 38 stupňů Celsia. Úkolem lékaře je indikovat pacientovi odpovídající lék pro zmírnění obtíží. Další bezprostřední komplikací může být *reakce v místě vpichu infuze*. Vyznačuje se zarudnutím místa vpichu, otokem a bolestivostí. Dochází také k *alergickým reakcím* na podaná cytostatika. Alergická reakce se projevuje zarudnutím obličeje, či výsev červených skvrn po celém těle spojený se svěděním, otokem a vyrážkou v podobě krupice. Důsledky mohou vést k dechovým potížím, dušnosti až k poruše dýchání či vědomí. Dalším bezprostředním projevem může být *porucha srdečního rytmu*, která může vyústit až v srdeční selhání. Projevuje se bušením srdce, dušností až bolestí za hrudní kostí.

Po dnech až týdnech způsobují cytostatika snížení počtu bílých krvinek, takzvanou *leukopenii*, a z toho plynoucí *infekce*. Jak již bylo řečeno, kostní dřeň, tkáň, ve které vznikají krevní buňky, tedy i bílé krvinky čili leukocyty, je tkáň s rychle se množícími buňkami a cytostatiky bývá snadno poškozena. Léčba chemoterapie je rozdělena do cyklů s přestávkami dvou, tří či čtyř týdnů, mezi kterými je důležitá kontrola stavu počtu bílých

krvinek, která se provádí opakovanými odběry krve a vyšetřením krevního obrazu. Nízký počet leukocytů způsobuje náchylnost organismu ke vzniku infekcí, snižuje obranyschopnost pacienta. Opomenutí kontrolního odběru může mít za následek ohrožení pacienta infekcemi a v krajních případech jeho smrt. Infekce se mohou projevovat bolestí při močení, polykání, chrapotem, dušností, průjmem či bolestí břicha, celkovou slabostí, únavou, příznaky podobné chřipce, teplotou až horečkou a s tím spojenou zimnicí a třesavkou. Dochází i k *úbytku krevních destiček* díky čemuž je pacient náchylný ke krvácivým stavům, často se mu tvoří modřiny a malé rány krvácejí více než u zdravého člověka. K nejznámějším vedlejším účinkům, zejména pro veřejnost, patří *alopecie* čili vypadávání vlasů. Při intenzivní chemoterapii, podávání vysokých dávek cytostatik může dojít k vypadávání ochlupení, obočí i řas. Dalším vedlejším účinkem projevujícím se v řádu dnů či týdnů je takzvaná *stomatitida* neboli zánět sliznice v ústech. Projevuje se zarudnutím a otokem sliznice, může docházet ke krvácení a k tvorbě malých vřidků neboli aftů. Tato komplikace znemožňuje nemocnému konzumaci tuhé potravy, stravuje se pouze kašovitými pokrmy. V těžkých případech není schopen konzumovat potraviny ústy vůbec. *Zánět střevní sliznice, průjem a zácpa*, jakožto další vedlejší účinky chemoterapeutické léčby způsobují bolestivost břicha a pocity nadmutí. Může nastat až neprůchodnost střeva, avšak častěji bývá průjem. Postižena může být i kůže a nehty. Projevem je zarudnutí kůže, její vysychání, svědění, povrch je drsný a mohou se tvořit puchýřky. Při opakovaném podání vyšší dávky léku může dojít i k *poruše sluchu*, kdy cytostatika poškozují buňky ve vnitřním uchu. Přímo také chemoterapeutika působí na *ledviny* a způsobují jejich poškození. Tento stav může vyústit až v úplné zastavení tvorby moči. Prevencí je podávání velkého množství tekutin.

Po týdnech až měsících dochází k úbytku červených krvinek, takzvané *anémii* z čehož plynou projevy jako únava, slabost, dušnost při námaze i v klidu, závratě i chvilkové ztráty vědomí. Stejně jako se sleduje stav bílých krvinek, sleduje se i počet červených krvinek průběžnými krevními testy. Poškození jaterní tkáně. Jedná se o takzvaný *hepatotoxický účinek* chemoterapeutik. Při běžné chemoterapii se hepatotoxické účinky objevují spíše vzácně a po ukončení léčby se funkce jater obnoví. Cytostatika mají také *toxický účinek na plíce*. Vyvolávají v plicích neinfekční zánět, který může vyústit až v plicní fibrózu, tedy změnu funkční plicní tkáně ve vazivo. Pacient má většinou problémy s dýcháním a tíží ho dráždivý kašel. Do skupiny těchto nežádoucích účinků patří i *kardiotoxicita*. Cytostatika poškozují srdeční buňky a mohou způsobovat zánětlivé změny v srdečním svalu. Nejzávažnějším stavem je, když srdeční buňky odumřou, srdce přestane

plnit svou funkci a začne selhávat. *Neurotoxicita* cytostatik se projevuje po působení na nervový systém člověka. Projevuje se ztrátou vědomí, zmateností, závratí, třesem, křečemi a také poruchami cití v oblasti konečků prstů.

Pozdní nežádoucí účinky jsou ty, které se mohou projevit až po letech od ukončení chemoterapeutické léčby. Jedním z nich je *neplodnost* čili sterilita. Pohlavní žlázy jsou také bohužel orgány, které cytostatika poškozují. V případě mužů ovlivňuje chemoterapie počet spermií. V průběhu chemoterapie se snižuje počet spermií a dochází k omezení jejich funkčnosti. Neplodnost nemusí být ovšem trvalá, může trvat jen po dobu probíhající léčby a určitou dobu po ukončení. U žen je neplodnost způsobena ovlivněním hormonální produkce vaječníků. Po dobu chemoterapie nemenstruují a stejně jako u mužů je tento stav buď jen přechodný, nebo trvalý. Dalším pozdním účinkem je *růst druhotných zhoubných onemocnění*, takzvaných sekundárních malignit. Cytostatika patří mezi látky, které mají potencionální karcinogenní účinek, tedy mají nežádoucí schopnost vyvolat tvorbu nového nádorového onemocnění. Nejčastější jsou nádory vycházející z krevetvorné tkáně, tedy kostní dřeně. Leukémie a lymfomy. (ADAM, 2003) (ABRAHÁMOVÁ, 2009)

### **3.9 Význam výživy při nádorovém onemocnění**

*„Výživa je zásadní proměnnou ovlivňující fyzický stav pacienta. Péče o dobrou výživu onkologických pacientů by měla být nedílnou součástí podpůrné péče v onkologii. Víme, že výživa má nesporný význam pro kvalitu života našich pacientů, pro toleranci onkologické léčby, pro výskyt infekčních komplikací a v neposlední řadě může mít zásadní dopad na prognózu onkologického onemocnění. Z těchto důvodů by hodnocení stavu výživy pacienta a péče o výživu měly být zahrnuty do standartních algoritmů onkologické péče.“* (Proč se zúčastním nutričního dne v onkologii?, 2015 str. B2)

Skutečnost, že výživa má velký vliv na naše zdraví je dnes už všeobecně známá. Stále se ale dopouštíme pochybení týkající se zejména skladby stravy, vyváženosti, množství či biologické hodnoty. V případě probíhajícího onemocnění bývají tato pochybení o to častější a mají negativní vliv na průběh nemoci a její léčbu. Výjimkou není ani nádorové onemocnění. Onkologičtí pacienti se dopouštějí spousty chyb v oblasti výživy. Vina často bývá na straně zdravotnického personálu, protože neposkytnou pacientům dostatek informací o této problematice, neseznámí je s významem výživy a výživovými doporučeními týkající se jejich onemocnění. Přitom vyvážený podíl složek potravy, plnohodnotnost a energeticky dostatečná strava je nezbytná pro správný průběh

léčby nádorového onemocnění a pro zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta. (STARNOVSKÁ, 2007)

Onkologické onemocnění s sebou přináší velké množství problémů. Jedním z nich je i porucha výživy, takzvaná malnutrice, čili podvýživa, a to ve formě nádorové kachexie. Tento stav se projevuje charakteristickou nádorovou anorexií, kdy člověk ztrácí tělesnou hmotnost, slábne, klesá jeho výkonnost, upadá do depresí, následně špatně spolupracuje při léčbě a kvalita jeho života se značně snižuje. Problematika nutriční podpory onkologických pacientů ovšem postupně nabývá na významu jak v očích odborníků, tak v očích laické veřejnosti. Stále však není situace zdaleka ideální. Pozitivní skutečností je, že poslední léta přinesla rozvoj nutriční péče pacientů, zvýšila se dostupnost této péče a zavedl se systém vzdělávání týkající se této problematiky. Při větších nemocnicích vznikly specializované nutriční ambulance, které pokrytí nutriční péče jen posílily. Počet onkologických pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje podporu nutriční péče je však vysoký a kapacity těchto ambulancí nejsou zdaleka dostačující. Každé onkologické centrum by mělo disponovat nutričním terapeutem, nebo ještě lépe, nutričními terapeuty. Ve většině zdravotnických zařízení tito zdravotničtí pracovníci opravdu jsou, avšak na všechny pacienty nemají dostatek času a nutriční péče je proto povrchní a nerespektuje individuální potřeby pacientů. Cílem je proto navýšit počet odborníků ve zdravotnických zařízeních, kteří budou schopni poskytnout pacientům nutriční poradenství a poučit je o výživě vzhledem k jejich onemocnění.

V České republice vznikla v rámci onkologických onemocnění odborná společnost, která se tématem nutriční péče zabývá, snaží se o zvýšení kvality poskytované nutriční péče a o zlepšení dostupnosti informací o této problematice veřejnosti. (TOMÁŠEK, 2015) (Dobrý onkolog se musí zabývat nutriční, 2015)

Nejblíže mají pacientům zdravotní sestry, díky pravidelnému a častému kontaktu. Právě ony mají za úkol sdělování mnohdy těch nejpodstatnějších informací pacientům a měly by být schopny nejlépe porozumět potřebám nemocného. Jednou ze základních potřeb je právě výživa. Sestry by měly být schopny zhodnotit výživový stav pacienta a také vysledovat, jakým směrem se jeho výživový stav ubírá. O nutriční stav pacienta by se měl ovšem automaticky zajímat každý onkolog. V praxi to ne vždy tak bývá. Asi tou největší chybou je, že i po odebrání anamnézy pacienta, především té nutriční, nejsou identifikováni ti pacienti, u kterých hrozí potencionálně vysoké riziko vzniku malnutrice. Zdravotník by měl být schopný toto riziko odhalit a zajistit, aby ke stavu malnutrice, jakožto důležitého faktoru pro pozdější vývoj zdravotního stavu pacienta, vůbec nedošlo.



Pokud se lékaři a další zdravotnický personál zabývá nutricí pacienta, má to příznivý efekt i na ekonomickou stránku této problematiky. Díky správné nutriční podpoře zvládá pacient lépe léčbu a je odolnější vůči vzniku nejrůznějších komplikací, které mohou vlivem radioterapie či chemoterapie vznikat. Z toho plyne, že se snižují náklady na následnou péči.

O oblast výživy onkologických pacientů nejeví odborníci v rámci sběru dat pro statistická šetření příliš zájem. Těchto dat je nedostatek. 29. dubna 2015 proběhl v onkologických ambulancích po celé České republice nutriční screening s názvem Nutriční den v onkologii. Toto šetření si kladlo za cíl především získat data o nutričním stavu pacientů, odhalit pacienty s malnutricí a v případě potřeby tento zdravotní stav zlepšit. (Dobrý onkolog se musí zabývat nutricí, 2015)

### **3.9.1 Malnutrice**

Jedná se o nepoměr příjmu a potřeby energie organismu. V souvislosti s nádorovým onemocněním může být tento nepoměr zapříčiněn například postižením trávicího traktu nemocného či již zmíněnými poruchami jako je nechutenství, nevolnost, zvracení nebo nesnášenlivost některých potravin.

K tomu aby vůbec došlo k diagnostice malnutrice je za potřebí na ni především myslet. Mezi používané metody pro diagnostiku patří antropometrie, čili měření a rozbor tělesných znaků. Měří se zejména tělesná výška, hmotnosti, svalové síly a velikosti takzvané kožní řasy. Pomocná bývají i laboratorní vyšetření.

Pro odhalení pacientů s rizikem vzniku malnutrice je mnou již zmíněný nutriční screening, který spočívá v aktivním vyhledávání těchto pacientů zejména v ambulantní péči při přijímání k hospitalizaci a i během hospitalizace. Výchozím zdrojem informací jsou pro odborníky anamnestické údaje o příjmu potravy v minulosti a nyní, o chuti k jídlu, o případném hubnutí za určitý časový úsek a o dalších faktorech, které ovlivňují příjem a využití živin v těle. Příkladem mohou být různé infekce.

Pro zjištění podrobnějších informací se provádí u pacientů s rizikem výskytu malnutrice takzvané nutriční hodnocení. Je prováděno nutričním terapeutem či nutricionistou a vede k sestavení plánu nutriční péče. Je k tomu zapotřebí opětovně odebrat anamnestické údaje, provést nejrůznější vyšetření včetně těch laboratorních. Na základě výsledků se hodnotí možné důsledky podvýživy na tělo a také funkce celého trávicího systému.

Léčit stav malnutrice je o moc složitější, než se snažit tomuto stavu předcházet. Mnohdy bývá malnutriční stav pacienta natolik pokročilý, že nastalé změny nelze vrátit do

původního stavu a proto je snaha zaměřena alespoň na udržení současného stavu. Je léčena nutriční podporou. Ta může mít podobu takzvané enterální výživy, při níž pacient přijímá potravu ústy, čili perorálně, v podobě sippingu, což je popíjení tekutých, výživově bohatých přípravků. Dalším způsobem enterální výživy je příjem potravy výživovou sondou, která je zavedena přímo do žaludku pacienta. Parenterální výživa je výživa podávaná mimo zažívací trakt pacienta nitrožilním vstupem. Je volena v případě, že pacient není schopen přijímat stravu ústy a nefunguje ani způsob enterální. (TOMÁŠEK, 2015)

### **3.10 Strava onkologicky nemocných**

Nádorové onemocnění jako takové nevyžaduje žádné zvláštní dietní omezení. Prakticky se stravování řídí pravidly zdravé výživy. Důležité je rozdělit jídlo do nejméně pěti denních dávek, dbát na vyváženost stravy a dostatečný příjem všech složek potravy. Počínaje bílkovinami (maso, ryby či mléčné výrobky), přes sacharidy (obiloviny, luštěniny, brambory, kukuřice, rýže či těstoviny), tuky, vitaminy (ovoce, zelenina) a příjem minerálních látek konče. Nezbytné je také dodržovat dostatečný příjem tekutin. Existují pouze doporučení při stravování v případě, že se u pacienta s onkologickým onemocněním vyskytne některý z nežádoucích účinků související buď přímo s nádorem, nebo jeho léčbou (nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem či naopak zácpa, hubnutí, pocity sucha v ústech spojené s poruchou polykání či snížená imunitní ochrana organismu). A právě tyto nežádoucí účinky často zapříčiňují nedostatečný příjem potravy. Úkolem zdravotnického personálu je především zdůraznit pacientovi význam výživy při nádorovém onemocnění a seznámit ho s důsledky, které by mohly nastat, pokud by se nad stravováním při jeho zdravotním stavu nezamyslel a nepřístupoval by k němu zodpovědným způsobem.

Největším mýtem, který se na štěstí již mezi lidmi nevyskytuje tak často jako v minulosti, je, že se nádor musí nechat vyhladovět. Opak je pravdou. Pokud pacient přestane přijímat potravu, jeho tělo začne po výživové stránce strádat a ztrácet tak energii na tolik potřebný boj s nádorovým onemocněním. Nejen že se nedostatečný příjem živin projeví již zmíněnou malnutricí a kachexií, ale i protinádorová léčba se může minout účinkem. Celý léčebný proces se tak prodlouží a pro pacienta se nádor ve spojení s nedostatkem energie k boji proti němu stane ještě nebezpečnější. (STARNOVSKÁ, 2007)

### **3.10.1 Doporučení při nechutenství**

Zajímavý je poznatek, že velké porce jídla snižují chuť k jeho konzumaci. Je proto důležité jíst po malých dávkách spíše častěji během dne, beze spěchu a v klidu, časové rozvržení stravování není potřeba. Zvýšit chuť k jídlu může také kousek ovoce, jehož další výhodou je snadná stravitelnost. Obzvláště důležité je, především u pacientů s rizikem vzniku malnutrice, konzumace stravy bohaté na bílkoviny a energetickou hodnotu a vyhýbat se nízkoenergetickým výrobkům s nízkým obsahem tuku. Chuť k jídlu může podpořit obměna receptů, příprava pacientova oblíbeného jídla, fyzická a duševní aktivita během dne, časté větrání kuchyně z důvodu nepříjemných pachů, lákavý vzhled pokrmů či samotná atmosféra při stravování, konzumace malého množství alkoholu (sklenička vína či piva), avšak pouze po konzultaci s lékařem a s jeho svolením z důvodu možnosti interakce s užívanými léky. Lépe jsou snášeny pokrmy studené a sladká jídla. Při nechutenství vůči masu je důležité využívat kvalitních náhradních zdrojů bílkovin, jako jsou tvarohy, mléko, sýry, vejce, luštěniny či například tofu.

### **3.10.2 Doporučení při nevolnosti a zvracení**

Opět je důležité jíst malé porce, častěji během dne, pomalu, potravu důkladně rozžvýkat z důvodu lepšího trávení a vyvarovat se zbytečnému přejídání. Opět je doporučeno vyvarovat se nepříjemným pachům větráním, příliš kořeněným, aromatickým, sladkým a tučným pokrmům. Pokud pacient trpí ranními nevolnostmi, doporučuje se konzumace malého množství suchého jídla (sušenky, trvanlivé slané pečivo) před vstáváním. Příznivý účinek mají netučné, lehce stravitelné pokrmy (ovoce, jogurty, tvarohy, brambory, rýže, těstoviny, bílé pečivo), popíjení chlazených nápojů během dne (neperlivé vody i ředěné šťávy, mírně oslazený zelený čaj), cucání například mražených kousků ovoce, odpočinek po jídle, poslech oblíbené hudby během jídla, pravidelná relaxace a také odvedení pozornosti od zdravotních potíží komunikací s rodinou či spolupacienty v případě hospitalizace. Vhodnější je při jídle poloha v sedu, konzumace pokrmů pokojové teploty i chladnějších a konzumace nápojů dvě až tři hodiny po jídle. Pokud pacient pociťuje nevolnost při chemoterapii či radioterapii, měl by se vyvarovat konzumaci jídla minimálně 2 hodiny před začátkem těchto procedur.

### **3.10.3 Doporučení při průjmech**

Problémem přetrvávajícího průjmu je možná ztráta tekutin, vitaminů, minerálních látek a také stopových prvků. Je proto důležité zvýšit příjem tekutin (mírně slazené čaje, bezkofeinové nápoje, ovocné a zeleninové šťávy, neperlivé nápoje, nevhodné jsou nápoje perlivé, s vysokým obsahem cukru a alkohol). Vhodná je konzumace potravin bohatých na

draslík a sodík (hovězí či kuřecí vývar, rybí a kuřecí maso, šunka, brambory, mrkev, rýže, banán a také meruňky v podobě kompotu a ovocné přesnídávky). Opět zde platí pravidlo jíst během dne malé porce po dvou až třech hodinách. Vyřadit by se měla strava, která nadýmá a je špatně stravitelná (zelí, kapusta, paprika, květák, rajčata, cibule, hrášek, kukuřice a veškeré luštěniny). Mezi další nevhodné potraviny patří nezralé ovoce, kyselé ovoce (rybíz, kiwi), ovoce, které obsahuje malá zrníčka (například jahody, maliny, ostružiny), plísňové, zrající a smetanové sýry, šlehačka, mléko z důvodu přítomnosti laktózy, která může být při vlivu léčby nádorového onemocnění špatně trávena, tučné uzeniny, tučná masa (vepřový bůček, kachna, husa, skopové, zvěřina, slanina, vnitřnosti, paštiky a další), míchaná a smažená vejce a smažená jídla a přepálené tuky. Nevhodné je také používání ostrého koření. Naopak mezi vhodné potraviny patří vařená a dušená zelenina (mrkev, celer, petržel, zelené fazolky, dýně), rajský protlak, dobře vyzrálé ovoce, které nenadýmá (strouhaná jablka, banán, kompotované loupané broskve, meruňky), bílé pečivo (housky, rohlíky, bílý toastový chléb, netučná vánočka), nízkotučný tavený sýr, nízkotučný tvrdý sýr, tvaroh a jogurt, kuřecí, rybí, krůtí maso, vařená vejce a malé množství másla či rostlinného oleje. Z koření lze bez problémů použít kopr, pažitku, petržel, majoránku či citronovou šťávu.

#### **3.10.4 Doporučení při zácpě**

Zácpa může být příčinou několika faktorů. Kromě samotného nádorového onemocnění mohou tuto poruchu způsobit například užívané léky proti bolesti, nedostatek pohybové aktivity, strava chudá na vlákninu a tekutiny či psychické vypětí. Vyprazdňování lze zlepšit zvýšeným příjmem tekutin, minimálně 2,5 litru denně (ovocné šťávy a džusy či bylinné a ovocné čaje), stravování v pravidelnou dobu pro navození pravidelného vyprazdňování a zvýšit příjem vlákniny v potravě (zelenina, ovoce, kukuřičné lupínky, semena, ovesné vločky, celozrnné potraviny). Jelikož vláknina má nepříznivý efekt nadýmání, je vhodné se z počátku vyhnout nadýmavým potravinám (květák, luštěniny, perlivé nápoje a další). Důležitá je pravidelná fyzická aktivita a cvičení. Co se týče projímadel, o jejich užívání je vždy nutné se poradit s lékařem.

#### **3.10.5 Doporučení při suchosti v ústech**

Při výskytu tohoto nežádoucího účinku napomáhá zvýšení produkce slin. Toho lze dosáhnout například žvýkáním žvýkaček bez cukru i intenzivnějším žvýkáním jídla, cucáním kyselých bonbónů či kostek ledu, avšak toto doporučení není vhodné při zvýšené citlivosti sliznice v dutině ústní. Obecně konzumace kyselých jídel zvyšuje tvorbu slin, avšak není vhodná pro nemocné s porušenou sliznicí uvnitř dutiny ústní, způsobuje jim

bolest. Pozitivně působí také časté popíjení malého množství vody a pití mléka a nápojů a výrobků z něj (mléčné koktejly, acidofilní mléko, mražené mléčné výrobky, jogurty, tvaroh, sýry a další). Vhodná je konzumace jídla s dresinky, omáčkami, masovými šťávami a zapíjení jídla tekutinami kvůli snadnějšímu polykání. Naopak nevhodná je konzumace suchých jídel a jídel kořeněných. Úlevu může přinést zvláčňování rtů různými mastmi a balzámy a udržovat tím jejich vlhkost a důležité je také dodržovat správnou hygienu dutiny ústní, zejména pravidelným čištěním zubů měkkým kartáčkem a používáním vhodné ústní vody bez alkoholu (alkohol má tu vlastnost, že vysušuje sliznice). Existuje také možnost užívání náhražek slin a tablet pro zvýšení tvorby slin.

### **3.10.6 Doporučení při hubnutí**

O tom, jaké důsledky může mít nedostatečný příjem stravy nebo strava ochuzená o některé její složky, jsem se již zmiňovala. Tělo čerpá energii ze svých zásob a samo se tím oslabuje. Především pak nedostatek bílkovin oslabuje schopnost obrany organismu proti infekcím a zhoršuje funkčnost svalů. Základem je zvýšení energetické hodnoty stravy. Toho lze docílit přidáváním rostlinných a živočišných tuků či olejů do hotových pokrmů. Zdrojem tuků může pro nemocného být i smetana, kterou lze přidat do kávy či jiných nápojů, kysaná smetana, šlehačka, sýry, mléko a mléčné výrobky s vyšším obsahem tuku. Energetickou hodnotu stravy lze navýšit i slazením (med, hroznový cukr) či konzumací sušeného ovoce, které je mimo jiné i zdrojem minerálních látek a vlákniny. Důležité je zvýšit příjem bílkovin ve stravě a to jak rostlinných, tak živočišných. Kromě mléka, mléčných výrobků a vajec se proto doporučuje i konzumace všech druhů masa, ryb, ořechů a luštěnin. Existují také potravinové doplňky s vyšším obsahem bílkovin, které se v určitém dávkování přidávají do pokrmů. V případě hubnutí při nádorovém onemocnění platí, čím více a lépe nemocný doplňuje během dne energii a živiny stravou, tím lépe. Proto je vhodné mít neustále po ruce svačinu v jakékoliv podobě pro případ, že nemocný pocítí chuť k jídlu. Tyto svačinky mohou mít opět podobu výživových doplňků ve formě speciálně upravených nápojů s vysokou výživovou hodnotou.

### **3.10.7 Doporučení pro nemocné s potlačenou imunitou**

Ke snížení schopnosti organismu se bránit proti infekcím dochází vlivem chemoterapeutické či radioterapeutické léčby. O tomto jevu se zmiňuji v části o nežádoucích účincích cytostatické léčby. Příčinou vzniku infekce nemusí být nutně jen bakterie, viry, plísňe a parazité, které se vyskytují v prostředí, ale i špatná strava a nedostatečné dodržování hygienických pravidel. Každá potravina by měla být vhodně skladována (neuchovávat potraviny v igelitových sáčkách, kde hrozí vznik plísňe či

neponechávat hotový pokrm na plotně), nejlépe při chladničkových teplotách. Není doporučena konzumace výrobků s prošlým datem spotřeby, s obsahem mikroorganismů a konzumace plísňových sýrů. Konzumace vajec je vhodná po jejich dostatečné tepelné úpravě. Ovoce a zeleninu je důležité před konzumací důkladně omýt. Základním návykem by pak měla být hygiena rukou, která by měla následovat po každém použití toalety, po příchodu z veřejných prostor či jakékoliv manipulaci například s penězi.

### **3.10.8 Rizikové potraviny při nádorovém onemocnění**

Existují také potraviny, kterým by se měl pacient s diagnózou onkologického onemocnění vyhnout úplně. Patří mezi ně syrové mléko (nepasterizované kravské, kozí, ovčí), mléčné výrobky obsahující mikroorganismy, plísňové sýry i uzeniny s plísní na povrchu, domácí uzené výrobky, uzeniny, které se vyrábí sušením syrového masa (Herkules, Poličan), uzené ryby, syrové i polosyrové maso (tatarský biftek, steak), hotová sekaná či tlačěnka (tyto výrobky se snadno zkaží a mohou kontaminovat ostatní potraviny), syrová a nedostatečně tepelně upravená vejce (majonéza, dresinky), syrová zelenina (česnek, hlávkový salát), zelenina konzervovaná kvašením (například zelí) a veškeré špatně skladované potraviny, které vlivem nesprávného uskladnění mohou obsahovat plísně. Další riziko představuje studniční voda nebo voda z přírodních zdrojů a koření, které nebylo tepelně zpracováno společně s pokrmem. Při stravování v restauraci by si měl být onkologický pacient jistý tím, že mu bude naservírován dostatečně tepelně upravený pokrm a především čerstvý, ne ohříváný z předchozího dne. (STARNOVSKÁ, 2007)

Sdělení veškerých těchto stravovacích doporučení a upozornění na rizikové potraviny by mělo být součástí edukačního plánu každého onkologicky nemocného pacienta. Dobře edukovaný pacient o výživové oblasti si je více vědom významu správného stravování, při výskytu některého z nežádoucích účinků souvisejících s onemocněním nebo léčbou pohotověji zareaguje, a ví, které potraviny mu pomohou potíže zmírnit a které mu mohou naopak uškodit. V neposlední řadě je kvalitně provedená edukace účinnou prevencí případného stavu malnutrice.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4.1 Formulace problému

Pojem edukace je ve zdravotnictví široce rozšířen. Rozhodli jsme se zaměřit pozornost na pacienty s diagnózou karcinomu prsní žlázy, konkrétněji na jejich informovanost ohledně výživy při tomto onemocnění a probíhající chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě. Domníváme se, že edukace týkající se problematiky výživy onkologických pacientů není ze strany zdravotnického personálu dostatečná. Důkazem je stále velmi vysoké procento pacientů trpících v souvislosti s nádorovým onemocněním malnutricí. Vzhledem k významu výživy v rámci léčby onemocnění je podstatné informovat pacienta o důležitosti správného stravování a sdělit doporučení konzumace konkrétních potravin při objevení se některých z nežádoucích účinků vyvolaných nádorovým onemocněním či léčebným procesem. Pacienti trpící touto závažnou diagnózou mnohdy informace o svém onemocnění musejí dohledávat v nejrůznějších, často i neodborných zdrojích, a mohou se k nim tak dostat nesprávné informace, které jejich stav ve výsledku velmi nepříznivě ovlivní. A právě správnost a odbornost sdělených informací podané pacientovi v dostatečném množství a srozumitelnou formou, má za úkol zdravotnický ošetřující personál a lékaři, kteří by tuto povinnost neměli zanedbávat.

### 4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části je zmapovat informovanost pacientů s karcinomem prsní žlázy o tomto onemocnění, o chemoterapii a radioterapii a významu výživy při nádorovém onemocnění.

Nejdůležitější výzkumnou otázkou je, zda se pacienti cítí být dostatečně edukováni ze strany zdravotnického personálu ohledně jejich onemocnění a zda to byl vůbec zdravotnický personál, kdo jim informace o jejich zdravotním stavu poskytl, či byli nuceni využít jiný zdroj informací.

#### Dílčí cíle:

Vzhledem k rozsáhlé oblasti zaměření hlavního cíle jsme pro bližší upřesnění stanovili následující dílčí cíle.

- Zjistit, zda zdravotnický personál (lékař, sestra, nutriční terapeut či jiný odborník) informuje pacienty o zásadách stravování a výživových doporučeních vzhledem k jejich diagnostikovanému onemocnění a následné léčbě.
- Zjistit, zda pacienti znají zásady správného stravování při onkologickém onemocnění.
- Zjistit, zda jsou si pacienti vědomi významu výživy při probíhající chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě.
- Zjistit, z jakých zdrojů získali pacienti informace o svém zdravotním stavu.

#### **Výzkumné otázky:**

**Výzkumná otázka č. 1:** Informuje zdravotnický personál (lékař, sestra, nutriční terapeut či jiný odborník) pacienty o zásadách stravování a výživových doporučeních vzhledem k jejich diagnostikovanému onemocnění a následné léčbě?

**Výzkumná otázka č. 2:** Znají pacienti zásady správného stravování při onkologickém onemocnění?

**Výzkumná otázka č. 3:** Jsou si pacienti vědomi významu výživy při probíhající chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě?

**Výzkumná otázka č. 4:** Odkud pacienti získali informace o svém diagnostikovaném onemocnění?

### **4.3 Metodika výzkumu**

Ke sběru dat byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, přičemž data byla nashromážděna formou polostrukturovaného rozhovoru.

Rozhovor umožnil zaměřit se na námi stanovené cíle. Spoustu informací bylo také možné vypořádat z neverbální komunikace respondentů, která ve výsledku podpořila a posílila jejich vyjádření k dané otázce, což se odrazilo i ve vyhodnocování výsledků naší práce.

Před každým rozhovorem byla respondentka poučena a podepsala souhlas se zaznamenáním jejich odpovědí a jejich použitím za účelem zpracování bakalářské práce.

### **4.4 Vzorek respondentů**

Jelikož jsme naši pozornost zaměřili na pacienty s diagnózou karcinomu prsní žlázy, zejména na jejich informovanost o tomto onemocnění a informovanost o významu výživy, tvoří zkoumaný vzorek deset respondentů, kterým bylo výše zmíněné onemocnění



diagnostikováno. Dalším kritériem pro výběr byla následná chemoterapeutická nebo radioterapeutická léčba.

#### **4.5 Organizace výzkumu**

Rozhovory s respondenty proběhly v osmi případech v centru Mamma HELP v Plzni, v den, kdy sem respondenti docházeli na jejich pravidelné setkávání při hodinách tvoření. Zbylé dva rozhovory jsem zaznamenala po vzájemné domluvě s respondenty na osobní schůzce na námi stanoveném místě. Při každém rozhovoru bylo respektováno soukromí respondentů a byla zachována intimita. Sběr dat proběhl v měsíci březnu.

## 5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### 5.1 Respondentka č. 1

Respondentce č. 1 je 62 let. Byla léčena pro duktální invazivní karcinom. Onemocnění jí bylo diagnostikováno před dvěma lety při pravidelném mamografickém vyšetření. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo zhoubný nález. Pacientka podstoupila chirurgický zákrok, který pro ni znamenal ablaci levého prsu, tedy odstranění celé prsní žlázy a lymfatických uzlin v podpaží. Následovalo šest cyklů chemoterapeutické léčby a léčba ozařováním. Onkologické onemocnění bylo zaznamenáno v rodinné anamnéze, matka zemřela na rakovinu tlustého střeva. Žena žije s manželem v bytě. Má syna, který je zdravý. Je nekuřačka, alkohol konzumuje pouze příležitostně. Je si vědoma alergie na prach a pyl, není sledována pro jiné onemocnění a neužívá žádné léky. Dříve pracovala jako zdravotní sestra na infekčním a plicním oddělení, nyní je v důchodu.

#### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Oslavila jsem šedesátku, nic jsem netušila a za měsíc jsem se to dozvěděla.“*

#### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Lékař.“*

#### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Moc znalostí jsem asi neměla. Jsem zdravotník, takže samozřejmě jsem věděla, že se to řeší operativně a dál pak chemoterapií a ozařováním. Ale nevěděla jsem, co se bude týkat mě. To mi řekl pan doktor.“*

#### 4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?

*„Ano.“*

**5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?**

*„To si myslím, že bylo.“*

**6. Cítíte se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Ano cítím. Myslím, že jsem nepostrádala nic.“*

**7. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„To určitě ano.“*

**8. Zajímali se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ano, zajímali se. Nešetkala jsem se s lhostejným přístupem.“*

**9. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„O stravování jsme určitě nehovořili, ale o léčbě a dalším průběhu jsem po operaci dostala informace.“*

**10. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne.“*

**11. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Vyložení mě na to neupozornili. Asi jsem se jim nejevila jako riziková.“*

**12. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**13. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu chemoterapeutické a radioterapeutické léčby?**

*„Ne.“*

**14. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášela?**

*„Měla jsem jich celkem šest a snášela jsem je špatně. Při prvních třech mi bylo opravdu hrozně špatně. Bylo mi zle od žaludku, neměla jsem chuť k jídlu. Všechno jsem měla hořké. Jediné, co jsem mohla, bylo sladké. Když už jsem začala pociťovat, že bych něco snědla, muselo to být něco sladkého. Když jsem jedla normální jídlo, vůbec mi nechutnalo. Při dalších třech chemoterapiích jsem zase měla strašné bolesti kloubů, svalů, kostí a taky teda nechut k jídlu. Ale ty bolesti byly mnohem horší. Opravdu týden jsem nevyšla ven, jen jsem ležela.“*

**15. A byly Vám doporučeny nějaké potraviny, které by Vám chuť k jídlu podpořily?**

*„Ne.“*

**16. Užívala jste nějaké léky, které by nežádoucí účinky chemoterapie měly potlačovat?**

*„Ano, brala jsem něco proti zvracení a musím říci, že pomohly.“*

**17. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Nezhubla jsem. Asi jsem to doháněla tím sladkým. Když jsem věděla, že jsem tři dny do sebe nic nedostala, tak jsem se snažila něco sníst, protože vím, že není dobře, abych hubla.“*

**18. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Ano, jednou za půl roku. Tohle jsem nikdy nezanedbávala.“*

**19. Jak se cítíte v současné době?**

*„Cítím se dobře, ale jsem často unavená. Chvillemi je to dobré, ale pak mě přepadne únava. Pravidelně usínám odpoledne při filmu, když manžel pustí.“*

**20. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Ano.“*

**21. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Já jsem byla spokojená.“*

## 5.2 Respondentka č. 2

Respondentce č. 2 je 66 let. Její diagnóza zněla – duktální karcinom in situ. V roce 1996 si žena sama vyhmatala útvar v oblasti pravého prsu. Po provedených vyšetřeních byl označen za nezhoubný a byl odoperován. Zhoubný nález byl diagnostikován v roce 2006 při pravidelném mamografickém vyšetření. Následné sonografické a histologické vyšetření z bioptického materiálu potvrdilo diagnózu. Karcinom zachycen v počátcích s rozměrem dva milimetry. Respondentka ihned podstoupila chirurgické odstranění zhoubného útvaru a regionálních uzlin v oblasti levého prsu. Následovalo dvacet devět cyklů radioterapeutické léčby a léčba medikamentózní. Celkem léčba trvala pět let. V rodinné anamnéze se vyskytuje rakovina slinivky břišní, na kterou zemřela respondentčina matka. Žije s manželem v bytě, má jednu dceru, která je zdravá a má dvě vnoučata. Dříve kuřačka (kolem pěti cigaret denně), alkohol konzumuje pouze příležitostně, například při oslavách. Neuvádí žádnou alergii, není sledována pro jiné onemocnění. Užívá antidepresiva. Dříve pracovala jako mechanička slaboproudé výroby, nyní je v důchodu.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Už je to celkem deset let.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Lékař z vojenské nemocnice. Spíš mi to jen potvrdil, já jsem to na něm poznala. Pořád chodil kolem horké kaše, tak jsem se ho zeptala na rovinu, jestli je to zhoubné a on na to řekl, že ano.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Něco málo jsem věděla.“*

### 4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?

*„To rozhodně ano.“*

**5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?**

*„Já bych řekla, že tenkrát o tom moc nemluvili. Řekli, přijďte na operaci, tak jsem šla na operaci. Tenkrát to ještě nebylo takové jako teď. Tenkrát jsem ještě nevěděla, že Mamma HELP vůbec je. Kdybych to věděla, neváhala bych, protože jsem ty začátky prožívala hrozně.“*

**6. Co na tom sdělení bylo tedy nesrozumitelné?**

*„Vůbec mi o tom nic neřikali. Řekli, že mám rakovinu a půjdu na operaci. Víc se o tom nikdo nebavil.“*

**7. Cítila jste se dostatečně informována?**

*„To ne.“*

**8. Jakým způsobem jste dohledávala informace?**

*„Jakým? Žádným v podstatě. Než jsem nastoupila do Mamma HELPU. Až tady jsem o tom začala mluvit a to bylo před třemi lety. Až tady jsem se o tom dozvěděla opravdu hodně.“*

**9. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Já bych řekla, že ne.“*

**10. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„Já nevím. Možná jen o léčbě, ale o stravování ne. Nebyly mi doporučeny ani lázně, vůbec nic.“*

**11. Byla jste upozorněna na vhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Jen doporučená strava co se týká oranžových a červených potravin. Že prý je to proti rakovině.“*

**12. Dodržovala jste tato doporučení?**

*„Ano, to já jsem jedla. Dělá si dodnes takový koktejl, četla jsem ho v knize. Je tam červená řepa, mrkev, celer, černá ředkev a brambor. To všechno se odšťavní. Není to sice dobré, ale člověk si říká, aspoň něco.“*

**13. Byla jste upozorněna na nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne.“*

**14. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Ne.“*

**15. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**16. Jak jste snášela léčbu ozařováním?**

*„Bez problémů. Ani chuť k jídlu jsem neztratila. Možná jsem jedla jen o trochu méně, ale snažila jsem se jíst to, co mi řekli. Nijak špatně mi nebylo. A na štěstí mi neslezly vlasy, když jsem neměla tu chemoterapii.“*

**17. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Ano. Sice mě už chtěli vyloučit, protože to trvá už 10 let, ale já se nedala. Jsem pod kontrolou každý rok.“*



**18. Jak se cítíte v současné době?**

*„Tak abych pravdu řekla, celkem dobře. Ale jsou dny, kdy ten červíček tam je.“*

**19. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Ale ano. Teď už ano. Když se zeptám, tak mi všechno řeknou a na dotazy odpoví, to určitě.“*

**20. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Teď, když se zeptám, tak ano, je to výborné. Ale ten začátek, když jsem onemocněla, nebylo ani s kým si povídat. Prostě mě odoperovali, pak jsem podstoupila léčbu a tam jsem se s lékaři moc nestýkala. Dali vás tam na lehátko a jen okolo vás někdo běhal a tím to skončilo. Ale potom, když jsem přišla na onkologii a měla jsem dotaz, tak pan doktor mi řekl všechno, co jsem chtěla vědět.“*

### 5.3 Respondentka č. 3.

Respondentce č. 3 je 64 let. Byla léčena pro duktální invazivní karcinom s metastázemi v lymfatických uzlinách. Onemocnění jí bylo diagnostikováno v měsíci dubnu, před čtyřmi lety při pravidelném mamografickém vyšetření. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo zhoubný nález. Pacientka podstoupila chirurgický zákrok, který pro ni znamenal provedení totální mastektomie s odstraněním podpažních uzlin. Následovalo šest cyklů chemoterapeutické léčby a dvacet pět ozařování. Onkologické onemocnění bylo zaznamenáno v rodinné anamnéze jak u matky, která zemřela na rakovinu plic, tak u otce, který zemřel na rakovinu tlustého střeva. Žena žije s manželem v bytě. Má dva syny a dceru, jsou zdraví. Je nekuřačka, alkohol konzumuje pouze příležitostně. Není si vědoma žádné alergie, není sledována pro jiné onemocnění a neužívá žádné léky. Dříve pracovala jako úřednice, nyní je v důchodu.

#### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Před čtyřmi lety“*

#### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Má lékařka z poradny.“*

#### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Věděla jsem, že rakovina prsu existuje i jsem si prováděla samovyšetření, ale nepoznala jsem nic.“*

#### 4. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?

*„Bylo. A musím říct, že jsem počítala s tím, že přijdu o prsa, ale bylo mi to jedno, protože jsem si říkala, že si jdu pro zdraví. Prvních čtrnáct dní člověk pláče, říká si, proč zrovna já, ale pak se zdravě naštvete a začnete bojovat.“*

**5. Cítíte se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Ano. Nemůžu říct křivé slovo. Ať už na chirurgii, tak na onkologii. Všude velice vstřícný a milý personál.“*

**6. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ano, měla. Odpověděli mi na vše, co jsem chtěla vědět, kdykoliv a ochotně.“*

**7. Zajímá se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ano.“*

**8. Čerpala jste si informace o Vašem onemocnění ještě z jiných zdrojů?**

*„Ne, protože jsem se raději zeptala lékaře. Každý na to má jiný názor. Já šla vždycky raději za odborníkem.“*

**9. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„Byly. Řekli mi, že můžu jíst všechno, akorát se mám vyhnout fermentovaným salámům a sýrům.“*

**10. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ano, i jsem dostala letáček.“*

**11. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Vždycky, když jsem šla na chemoterapii, tak se ptali, jestli jím. Váha mi šla na štěstí nahoru. A na to mi bylo panem doktorem řečeno, pro nás silný pacient, zdravý pacient, nechceme, abyste hubli. Určitě ne v průběhu léčby.“*

**12. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ano. I teď je možnost kdykoliv navštívit poradnu s výživovým poradcem.“*

**13. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu chemoterapeutické a radioterapeutické léčby?**

*„Ano.“*

**14. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášela?**

*„Snášela jsem to dobře, ale každý to štěstí nemá. Já jsem nezvracela. První dva nebo tři dny jsem byla taková povadlá a vím, že mi strašně pomohl vychlazený broskvový kompot a zakysané výrobky. Chuť k jídlu jsem taky měla a žádné jiné potíže mě netrápily.“*

**15. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Přibrala jsem.“*

**16. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Ano, každých půl roku chodím.“*

**17. Jak se cítíte v současné době?**

*„Výborně. Člověk si změni režim, přehodnotí si přístup k životu a hlavně, když jste unavená a jde práce odložit, tak jí odložte. Naučila jsem se poslouchat své tělo, což mnohdy člověk nedělá. Asi ta nemoc měla na něco poukázat a zastavit vás.“*

**18. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Ano.“*

**19. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Na výbornou.“*

## 5.4 Respondentka č. 4

Respondentce č. 4 je 61 let. Byla léčena pro duktální invazivní karcinom. Onemocnění jí bylo diagnostikováno v roce 1998 při pravidelném mamografickém vyšetření, na které docházela od svých 45 let z důvodu výskytu brzkého nástupu menopauzy v rodině. Nález byl velikosti čtyř milimetrů, bez metastáz. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo zhoubný nález. Respondentka podstoupila chirurgický zákrok, který pro ni znamenal celkovou ablaci prsu. Následovalo šest cyklů chemoterapeutické léčby a dvacet pět ozařování, celkem léčba trvala dva roky. Onkologické onemocnění nebylo v rodinné anamnéze zaznamenáno. Žena žije s manželem v bytě. Má dva syny, kteří jsou zdraví. Dříve kuřačka (pět cigaret za den), odpůrkyně tvrdého alkoholu, žádnou alergii neuvádí. Sledována pro vrozenou vadu ledvin, ale žádné léky neužívá. Dříve pracovala jako ekonomka, nyní je v důchodu.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Osm let je to.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„To základní určitě lékař. Před chirurgickým zákrokem mi pan doktor všechno nastínil, řekl, co se musí udělat. Ve směru co bude, mi říkali všechno. I na onkologii, kam jsem přišla vyděšená a nevěděla jsem, do čeho jdu, jsem po vstupním pohovoru byla klidnější a spokojená.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Tenkrát moc velké ne.“*

### 4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?

*„Ano, byla jsem opravdu spokojená.“*

**5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?**

*„Úplně všem termínům jsem samozřejmě nerozuměla, ale vše podstatné mi vysvětlili tak, abych to pochopila.“*

**6. Cítala jste se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Myslím, že ano, nic mi nechybělo.“*

**7. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ano, všechny bez problémů.“*

**8. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ano, zpětná vazba byla skvělá“*

**9. Čerpala jste si informace o Vašem onemocnění ještě z jiných zdrojů?**

*„Ne, tak tohle jsem si zakázala. Já tvrdím, že hledáním na internetu lidi se slabší povahou může jakákoliv špatná informace odradit a tím pádem se budou hůře léčit.“*

**10. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„O stravování ne, ale jinak určitě všechno.“*

**11. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne, to určitě ne. Tyhle informace jsem dostávala spíš od známých. Jako že mam jíst ostružiny, maliny, červenou řepu a podobně, abych měla v pořádku krev.“*

**12. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Ne, nic konkrétního. Jen, že není dobré výrazně přibírat ani hubnout. Ale já jsem nepřibrala, ani nezhubla.“*

**13. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**14. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu chemoterapeutické a radioterapeutické léčby?**

*„Ne, to si myslím, že ne.“*

**15. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášela?**

*„Co se týká léčby celkově, tak všechno navazovalo, jak mělo. Měla jsem totiž dobré výsledky krve. Ale chemoterapii konkrétně jsem hodně špatně snášela. Ta první byla opravdu otrěsná. Zvracela jsem hrozně moc. Třicet šest hodin po třech minutách, bylo to urputný. První dva dny po chemoterapii jsem ani neměla chuť, ale pak se mi třetí den vrátila a jedla jsem vesměs normálně. Tělo si řekne, to zastávám. V mém případě jediné, co jsem do sebe dostala, byla voda z kyselého zelí. To je jediné, na co jsem měla chuť“*

**16. A byly Vám doporučeny nějaké potraviny, které by Vám chuť k jídlu podpořily?**

*„Ne.“*

**17. Užívala jste nějaké léky, které by nežádoucí účinky chemoterapie měly potlačovat?**

*„Ano, léky proti zvracení. Trochu pomohly, ale jen tak, že jsem nezvracela po třech minutách, ale po půl hodině.“*



**18. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Tím, že jsem už 5 let po zákroku, chodím na kontroly dvakrát ročně.“*

**19. Jak se cítíte v současné době?**

*„Ted' výborně. Jsem stálá optimistka.“*

**20. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„To určitě, nedám na ně dopustit. To, co člověk chtěl vědět, to mu bylo sděleno.“*

**21. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Za mě na výbornou. Měla jsem ale asi štěstí.“*

## 5.5 Respondentka č. 5

Respondentce č. 5 je 66 let. Byla léčena pro duktální invazivní karcinom. V roce 2006 byl respondentce diagnostikován nezhoubný fibroadenom v levém prsu, následně odoperován. Zhoubné onemocnění bylo diagnostikováno v roce 2011 při pravidelném mamografickém vyšetření. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo zhoubný nález. Pacientka podstoupila následně chirurgický zákrok, čtyři cykly chemoterapie a třicet tři ozařování. Onkologické onemocnění bylo zaznamenáno v rodinné anamnéze, otec zemřel na rakovinu plic. Žena žije s manželem v bytě. Má dvě dcery, jsou zdravé, a čtyři vnoučata. Je kuřáčka, ale pouze příležitostná (ke kávě). Alkohol nekonzumuje téměř vůbec. Není si vědoma žádné alergie, je sledována pro hypertenzi, díky níž užívá kompenzační léčbu. Dříve pracovala jako projektantka, konstruktérka, nyní je v důchodu.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Před pěti lety.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Lékař. Ale potom hlavně můj syn, pracuje jako chirurg.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Něco jsem věděla. Ale netušila jsem, že se to bude týkat přímo mě. Byl to šok.“*

### 4. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?

*„Ano. A když jsem něco nechápala, můj syn mi to doma vysvětlil.“*

### 5. Cítila jste se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?

*„Cítila. Co jsem potřebovala vědět, to mi řekli.“*

**6. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ano, všichni byli moc ochotní.“*

**7. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Myslím, že se zeptali, jestli mi je vše jasné.“*

**8. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„To ani ne, abych řekla pravdu. Spíš jsem tohle řešila se svou kamarádkou. Řekla bych, že na to tam ani nebyl čas.“*

**9. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„To ne. Vůbec. Až sami s kamarádkou jsme si dohledávaly informace.“*

**10. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Ne, v té době mě nikdo s ničím takovým neseznámil.“*

**11. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**12. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášela?**

*„Oproti ostatním jsem ji snášela dobře. Nezvracela jsem. Nebylo to příjemné samozřejmě, pocit na zvracení byl, ale vyloženě jsem nezvracela. Chuť k jídlu jsem taky neztratila a žádné jiné potíže mě až tak netrápily. Jen mi nebylo dobře a byla jsem slabá.“*

**13. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Přibrala jsem dokonce. Šest kilo, představte si!“*

**14. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Samozřejmě, po půl roce.“*

**15. Jak se cítíte v současné době?**

*„Celkem dobře. Já jsem takový nezmar. Mám ráda sport, a když jsem nebyla unavená, hrála jsem každý týden volejbal“*

**16. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Ano. Nemyslím si, že by mě zanedbali.“*

**17. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Já si myslím, že jsem byla informována velmi dobře. Až tedy na tu oblast stravování, o té opravdu ne. Tam bych uvítala více pozornosti. Hlavně u těch lidí, kterým by to mohlo opravdu pomoci, protože já jsem měla to štěstí a žádné velké potíže jsem při léčbě neměla, a proto jsem žádná velká doporučení ani nepotřebovala. Těm, kterým dělá chemoterapie velké problémy, by jakékoliv informace, které by jim ve finále ulevily, jistě uvítali.“*

## 5.6 Respondentka č. 6

Respondentce č. 6 je 66 let. Byla léčena pro duktální karcinom in situ. V roce 1997 našel respondentčin manžel bulku. Histologickým vyšetřením byl tento útvar identifikován jako nezhoubný a byl bez problémů odoperován. Zhoubné onemocnění bylo diagnostikováno v roce 2000 při pravidelném mamografickém vyšetření. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo nález zhoubného onemocnění. Pacientka podstoupila chirurgický zákrok, který pro ni znamenal odstranění zhoubného ložiska a odstranění podpažních uzlin. Následovala léčba ozařováním. Onkologické onemocnění nebylo v rodinné anamnéze zaznamenáno. Respondentka žije sama v bytě, ovdověla před třemi lety. Má dva syny, oba jsou zdraví. Je odpůrkyní kouření i pití jakéhokoliv alkoholu. Uvádí alergii na chlór a jód. Léčí se pro hypertenzi a pro poruchu štítné žlázy, kvůli čemuž užívá potřebné léky. Celý život pracovala s dostihovými koňmi, i v zahraničí, konkrétně v Anglii. Nyní je v důchodu.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Už je to dlouhých šestnáct let.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Můžu říci, že tenkrát žádné informace moc nebyly. Více jsem se dozvěděla na internetu a v Anglii. Tady to opravdu vážne. Bydlela jsem u Domažlic a bylo těžké sem dojíždět do nemocnice k lékaři. Tam u nás bylo informací hodně málo. Úplně nejvíce jsem se ale dozvěděla tady v Mamma HELPU. Sama jsem začala cvičit, protože se mi začala hromadit lymfa a otékat ruka. A když jsem to řekla svému onkologovi, tak se divil. I sestřička se divila, co za cviky na to cvičím, že mi pomáhají. Já vím, že oni nemají čas, aby vám to řekli.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„O tohle téma jsem se nikdy nezajímala.“*

**4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?**

*„Tenkrát vám k tomu toho tolik neřekli. Řekli jen, že to je rakovina a co bude dál, víc se k tomu nevyjadřovali.“*

**5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?**

*„To já jsem rozuměla, o co šlo a co se mnou bude, ale do podrobností nezacházeli. Byly mi nabídnuty lázně a prý jsem se tam měla všechno dozvědět, ale musela jsem je odmítnout, protože jsem se musela starat o manžela. Tím pádem jsem neměla informace od nikoho.“*

**6. Cítila jste se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Ne, určitě ne. Něco jiného by možná bylo, kdybych od začátku dojížděla sem do města, ale nemohla jsem.“*

**7. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ptala jsem se, ale tam na vás mají deset nebo patnáct minut a rozebrat bychom všechno nestihli. Mám teď v rodině další dvě rakoviny a oni si teď pro informace chodí ke mně. Taky bydlí v Domažlicích“*

**8. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ne, nikdo se nezajímal.“*

**9. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„O stravování určitě ne.“*

**10. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne.“*

**11. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„To jsem určitě nebyla upozorněna. Ale proto, že mi to potom zajímalo, dohledala jsem si vše sama nebo jsem vysledovala z televize“*

**12. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**13. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu radioterapeutické léčby?**

*„Ne.“*

**14. Jak jste radioterapeutickou léčbu snášela?**

*„Chyběla mi jenom chuť k jídlu. A to jsem nesla těžce, protože celý život vedu zdravý životní styl. Nikdy jsem nejedla nic špatného. Proto mám dojem, že tu nemoc mám ze stresu.“*

**15. A byly Vám doporučeny nějaké potraviny, které by Vám chuť k jídlu podpořily?**

*„Ne. Až má sestřenice mi doporučila rybí salát.“*

**16. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem radioterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Výkyvy váhy jsem neměla. Když jsem neměla chuť k jídlu, tak mi poradila sestřenice, že si mám vzít ten rybí salát a opravdu strašně mi pomohl. Měla jsem po něm o trochu lepší chuť a dohnala jsem ztráty.“*

**17. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Ano, chodím.“*

**18. Jak se cítíte v současné době?**

*„Výborně se cítím. Chodím na pochody a stále jsem aktivní.“*

**19. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Já myslím, že ano. Protože vím, že oni jsou časově omezení. Těch lidí na onkologii přibývá. A já si nemyslím, že je na lékaři aby mi řekl úplně vše. Měl by na to být nějaký specialista, který si na vás vyhradí čas. Kdybych měla porovnat období těch třinácti let mezi rakovinami, tak je to nyní o stokrát lepší. Jak léčba a všechny metody, tak přístup k pacientům.“*

**20. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Já si nebudu stěžovat. Myslím, že se o to má člověk zajímat sám a já se o to zajímala. Pro mě to, co mi řekli, bylo dostačující.“*



## 5.7 Respondentka č. 7

Respondentce č. 7 je 67 let. Byla léčena pro duktální karcinom in situ. Onemocnění jí bylo diagnostikováno v roce 2011 při pravidelném mamografickém vyšetření. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo zhoubný nález. Pacientka podstoupila chirurgický zákrok, který pro ni znamenal odstranění zhoubného ložiska. Následovala léčba ozařováním. Onkologické onemocnění bylo zaznamenáno v rodinné anamnéze, matka prodělala taktéž rakovinu prsu a otec zemřel na rakovinu slinivky. Žena žije v bytě se svým manželem. Má dva syny, oba jsou zdraví. Je kuřačka (deset cigaret za den), alkohol konzumuje pouze příležitostně. Žádnou alergii neuvádí, je léčena pro hypertenzi. Dříve pracovala jako zdravotní sestra u zubaře, nyní je v důchodu.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Ted' 29. března to bude pět let.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Určitě lékař.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Věděla jsem o něm poměrně dost, přeci jen si jím prošla i má matka. Ale nikdy jsem si nemyslela, že se může týkat přímo mě. I když to riziko bylo velké, když jsme tohle onemocnění měli v rodině. Asi jsem si to nechtěla připustit“*

### 4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?

*„O něco nejspíš ano.“*

### 5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?

*„Já myslím, že ano, bylo.“*

**6. Cítíte se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Ano cítím. Informace jsem si už jinde nedohledávala. Stačilo mi to, co mi řekli v nemocnici.“*

**7. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ano.“*

**8. Zajímá se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Spíše ne.“*

**9. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„To ne. Až tady v Mamma HELPU jsem se všechno dozvěděla.“*

**10. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Spíše jsem se o tom dočetla na internetu nebo v časopisech.“*

**11. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Stravování nebylo tématem ani jednoho rozhovoru s lékařem.“*

**12. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne. Ani žádná doporučení o zdravém životním stylu mi nikdo neřekl. Ale už si moc nevzpomínám na podrobnosti.“*

**13. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu radioterapeutické léčby?**

*„Ne.“*

**14. Jak jste radioterapeutickou léčbu snášela?**

*„Prakticky jsem neměla žádné potíže. Jen jsem byla slabá. Už si moc nevzpomínám. Je to pět let a já s tou nemocí nekamarádím a nechci na ní myslet.“*

**15. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Já se stravovala vcelku normálně, takže na váze nebyl znát žádný úbytek ani naopak nárůst. Je ale pravda, to si vzpomínám, že jsem začala jíst více ovoce a zeleniny v té době. Ale na hmotnosti se to nijak neodrazilo. Jen já se cítila lépe. Brala jsem to tak, že pro sebe dělám pozitivní věc.“*

**16. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Jednou za půl roku chodím.“*

**17. Jak se cítíte v současné době?**

*„Dobře, všechno je v pořádku.“*

**18. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Uvítala bych asi více času, ale na druhou stranu jsem se nijak zanedbávaná necítila. Co jsem potřebovala vědět, jsem si dohledala.“*

**19. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Trochu více informací by nebylo na škodu. Především v oblasti té výživy. Člověk se toho spoustu dozví na internetu, ale přeci jen je lepší to ústní sdělení.“*

## 5.8 Respondentka č. 8

Respondentce č. 8 je 54 let. Byla léčena pro duktální invazivní karcinom. Onemocnění jí bylo diagnostikováno před dvěma lety při mamografickém vyšetření, které podstoupila poté, co nahmatala při samovyšetření útvar v pravém prsu. Následovalo sonografické vyšetření a odběr bioptického vzorku pro histologické vyšetření, které potvrdilo zhoubný nález. Pacientka podstoupila chirurgický zákrok, který pro ni znamenal odstranění prsní žlázy a podpažních uzlin. Následovalo šest cyklů chemoterapeutické léčby a léčba ozařováním. Onkologické onemocnění bylo zaznamenáno v rodinné anamnéze, matce byla diagnostikována rakovina prsní žlázy taktéž. Žena žije s manželem v bytě. Má syna a dceru, kteří jsou zdraví. Je nekuřačka, alkohol konzumuje pouze příležitostně. Je si vědoma alergie na prach a pyl, podstoupila operaci štítné žlázy, kvůli níž užívá léky. Pracuje jako vedoucí prodejny.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„O tom, že mám rakovinu prsu, jsem se dozvěděla před dvěma lety, v roce 2014.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Informace jsem získala od svého lékaře - onkologa. Ale hodně také na internetu a v knížkách.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Věděla jsem o této nemoci, protože na ní zemřela moje máma, ale byla jsem ještě malá. Vůbec mi nenapadlo, že mohu touto nemocí onemocnět. Víc informací jsem získala od lékaře.“*

### 4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?

*„Ano, obohatily.“*

**5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?**

*„Informací bylo tolik, že jsem vyhledávala nesrozumitelnosti na internetu.“*

**6. Cítila jste se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Pár informací jsem se postupně dozvíдалa z okolí, od jiných žen, s touto nemocí. Takže spíše ne, necítila.“*

**7. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ano, lékařský personál byl vstřícný k mým otázkám.“*

**8. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ano. Vždy, když jsem navštívila lékaře.“*

**9. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„Informace jsem dostala jen o léčbě, lécích a jejich vedlejších účincích, ale o stravě při této nemoci mě nikdo neinformoval.“*

**10. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne, nebyla.“*

**11. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Ne, pouze mi řekli, že budu asi na některá jídla reagovat špatně.“*

**12. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne, nikdo se mnou o tom nemluvil. I když, je pravda, že jsem byla upozorněna na to, abych nijak výrazně nehubla, že by to na můj stav mohlo mít negativní důsledek.“*

**13. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu chemoterapeutické a radioterapeutické léčby?**

*„Ne, dodatečně jsem si sháněla informace na internetu a z knížek.“*

**14. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášela?**

*„Bohužel špatně. Zvracela jsem po každé návštěvě v nemocnici, prospala jsem celé dny, nebyla jsem vůbec nic schopná dělat. Ztratila jsem všechny chutě a tak jsem jedla po malých porcích. Spíš jsem snášela sladší jídla.“*

**15. A byly Vám doporučeny nějaké potraviny, které by Vám chuť k jídlu podpořily?**

*„Ne, musela jsem si vychytat, co mohu sníst a co ne a kdy to mohu sníst.“*

**16. Užívala jste nějaké léky, které by nežádoucí účinky chemoterapie měly potlačovat?**

*„Na zvracení jsem brala léky a pomohlo to.“*

**17. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Něco málo jsem zhubla, asi 5kg. Ale protože jsem korpulentnější postavy, nijak mě to podle lékaře neohrozilo.“*

**18. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„K lékaři docházím dvakrát do roka a pravidelně, musím, teď už ano.“*

**19. Jak se cítíte v současné době?**

*„Nejhorší je to na podzim a na jaře. V těchto období se cítím více unavená a často spím. Ale mám ráda sluníčko a tak se snažím nabít energii z něho procházkami v přírodě.“*

**20. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Snažili se mi odpovědět na každou moji otázku. Je ale pravda, že toho času na mě měli málo.“*

**21. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Řekla bych, že informace z lékařského hlediska byly dobré. Spoustu informací o tom jaký mám mít jídelníček, jak se budu asi cítit po chemoterapii a spoustu dalších drobností, jsem se dozvěděla postupně od jiných pacientek, z knih, z internetu. Je to vážná nemoc, která ochromí nejen vás, ale i vaše okolí a tak se snažíte hledat pomoc, kde to jen jde.“*

## 5.9 Respondent č. 9

Respondentovi č. 9 je 61 let. Byl léčen pro intraduktální karcinom prsní žlázy vlevo. V roce 2013 zjištěna rezistence na žláznatém tělese prsní žlázy. Byla provedena ablace na oddělení plastické chirurgie FN Lochotín, nebyla provedena peroperační biopsie. Histologie odebrané tkáně ukázala na malignitu. Následovala reoperace na chirurgickém oddělení, neboť první operace nebyla provedena lege artis. Po zhojení jizvy následovala chemoterapie ve čtyř cyklech. V roce 2014 pod jizvou objevena hráškovitá rezistence, byla provedena extirpace. Mikroskopicky byla prokázána stejná diagnóza. Následovala radioterapie ve dvaceti šesti cyklech a medikamentózní léčba – Tamoxifen. Jedná se o kuřáka (deset cigaret denně), alkohol konzumuje pouze příležitostně. Uvádí alergii na ajatin.

**1. Kdy jste se dozvěděl svou diagnózu?**

*„V roce 2013.“*

**2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?**

*„Ambulantní chirurg.“*

**3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?**

*„Jsem lékař, znalosti dobré.“*

**4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?**

*„Ne.“*

**5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?**

*„Ano.“*



**6. Cítil jste se dostatečně informován, nepostrádal jste sdělení některých informací?**

*„Ano.“*

**7. Měl jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Ano.“*

**8. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ano, na Onkologické klinice FN Lochotín Plzeň.“*

**9. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„Bylo mi řečeno, že mám jíst, na co mám chuť.“*

**10. Byl jste upozorněn na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne.“*

**11. Byl jste seznámen s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„Ne.“*

**12. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**13. Byl jste informován o výživových doporučeních, kterými byste se měl řídit v průběhu chemoterapeutické a radioterapeutické léčby?**

*„Ne.“*

**14. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášel?**

*„Měl jsem čtyři a snášel jsem je špatně. Při první mi bylo opravdu hrozně špatně, hlavně od žaludku a neměl jsem chuť k jídlu. Všechno jsem měl hořké. Jediné, co jsem snesl, bylo kyselé. Nechutnala mi oblíbená tlačenka, jitrnice a jelita. Při dalších chemoterapiích jsem měl strašné bolesti svalů a nechutenství. Nevolnost a zvracení se objevilo vždy dvanáct hodin po chemoterapii.“*

**15. A byly Vám doporučeny nějaké potraviny, které by Vám chuť k jídlu podpořily?**

*„Ne.“*

**16. Užíval jste nějaké léky, které by nežádoucí účinky chemoterapie měly potlačovat?**

*„Ano, bral, medikament proti zvracení.“*

**17. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Nezhubl jsem. Proti zvracení mi pomáhala Coca Cola po lžičkách a čerstvá pomerančová šťáva.“*

**18. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Jednou za čtvrt roku na Onkologickou kliniku.“*

**19. Jak se cítíte v současné době?**

*„Cítím se dobře, ale jsem často unavený. Jsem náchylnější na virová onemocnění z důvodu snížené imunity.“*

**20. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Ano.“*

**21. Jak byste ohodnotil kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Byl jsem spokojený.“*

## 5.10 Respondentka č. 10

Respondentce č. 10 je 55 let. Byla léčena pro duktální invazivní karcinom vpravo. Diagnostika onemocnění proběhla v roce 2013 na základě nejistého nálezu při preventivním mamografickém vyšetření. Následovalo sonografické vyšetření a následně biopsie, která diagnózu karcinomu prsní žlázy potvrdila. Byla provedena ablace. Následovalo šest cyklů chemoterapeutické léčby a několik cyklů ozařování. Onkologické onemocnění bylo zaznamenáno v rodinné anamnéze, matka prodělala rakovinu plic. Žena žije s manželem v bytě. Má dvě dcery, které jsou zdravé. Je nekuřačka, alkohol konzumuje pouze příležitostně. Alergii neuvádí, je sledována pro hypofunkci štítné žlázy, užívá kompenzační léčbu. Pracuje na pozici účetní ve velkoobchodě.

### 1. Kdy jste se dozvěděla svou diagnózu?

*„Před třemi lety, v lednu.“*

### 2. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?

*„Nejvíce asi lékař na onkologii.“*

### 3. Jaké byly Vaše znalosti o tomto onemocnění před samotnou diagnózou?

*„Takové povrchní. Věděla jsem, že se jedná o vážnou věc a půjde do tuhého, jak se říká.“*

### 4. Obohatily Vás tedy informace od Vašeho lékaře o znalosti o tomto onemocnění?

*„Ano.“*

### 5. Bylo pro Vás veškeré vysvětlení informací srozumitelné?

*„Veškeré nejspíše ne, ale to nejpodstatnější ano. Případně jsem se hned ptala, čemu jsem nerozuměla.“*

**6. Cítila jste se dostatečně informována, nepostrádala jste sdělení některých informací?**

*„Je pravda, že návštěvy lékaře byly mnohdy hodně uspěchané a odcházela jsem se spoustou otázek, na které jsem se nestihla zeptat. Ale odpovědi jsem si bez problémů dohledala z jiných zdrojů. Dělali, co mohli.“*

**7. Jakým způsobem jste dohledávala informace?**

*„Internet, časopisy, knihy. Různě.“*

**8. Měla jste prostor a čas pro své dotazy a byly Vám zodpovězeny?**

*„Většinou tedy ano. Ale jak už jsem řekla, mnohdy na to nebyl čas.“*

**9. Zajímal se lékař či sestra, zda problematice rozumíte?**

*„Ano, jejich zpětná vazba mě kolikrát mile překvapila.“*

**10. Byly Vám poskytnuty informace o různých režimových opatřeních týkajících se Vaší nemoci? (možnostech léčby, stravování)**

*„O léčbě určitě, tu jsme probrali podrobně. Ale pokud vím, o stravování nikoliv.“*

**11. Byla jste upozorněna na vhodné či nevhodné potraviny ke konzumaci vzhledem k Vaší diagnóze?**

*„Ne.“*

**12. Byla jste seznámena s riziky a komplikacemi, které mohou nastat při nesprávném stravování a konzumaci nevhodných potravin? (například se stavem malnutrice)**

*„O žádných rizicích spojených se stravou řeč nebyla.“*

**13. Zdůraznil Vám někdo ze zdravotníků důležitost stravování a vhodnost výběru potravin při Vašem zdravotním stavu?**

*„Ne.“*

**14. Byla jste informována o výživových doporučeních, kterými byste se měla řídit v průběhu chemoterapeutické a radioterapeutické léčby?**

*„Ne.“*

**15. Jak jste chemoterapeutickou léčbu snášela?**

*„Můžu být ráda za to, jak jsem se s léčbou vyrovnávala. Byla pro mě jakž takž schůdná. Bylo mi nevolno, zvracela jsem a neměla chuť k jídlu, to ano, ale zdálo se mi, že ne v takové míře, jako ostatním pacientkám, se kterými jsem se znala z onkologie. Nejspíš jsem byla šťastlivec. První chemoterapie pro mě byla nejhorší.“*

**16. A byly Vám doporučeny nějaké potraviny, které by Vám chuť k jídlu podpořily?**

*„Ne. Ale sama jsem přišla na chuť sladkému a kyselému.“*

**17. Užívala jste nějaké léky, které by nežádoucí účinky chemoterapie měly potlačovat?**

*„Ano, nějaké léky proti zvracení jsem užívala. Měly pozitivní účinek.“*

**18. Změnila se nějakým způsobem Vaše tělesná hmotnost vlivem chemoterapeutické léčby? Nesnížila se nebo naopak nezvýšila?**

*„Nějaké to kilo jsem ztratila, ale výrazně jsem nezhubla.“*

**19. Docházíte pravidelně na kontroly Vašeho zdravotního stavu?**

*„Ano, jednou za čtvrt roku prozatím.“*

**20. Jak se cítíte v současné době?**

*„Poměrně dobře. Nejvíce je to znát na mém pracovním nasazení. Zdaleka to není to, co bývalo. Rychleji se unavím, práce s počítačem mě také zmáhá více a celkově mám pracovní dobu zkrácenou. Také jsem častěji nemocná. Přes to všechno se ale snažím být optimistická.“*

**21. Máte pocit, že Vám lékař či sestra věnovali dostatek času ke sdělení informací?**

*„Ano, myslím, že dělal svou práci a nijak mne neodbyl.“*

**22. Jak byste ohodnotila kvalitu podání informací týkající se Vašeho onemocnění?**

*„Když se na to celé podívám zpětně, jsem spokojená. Největším problémem je ale čas, kterým jsou lékaři omezeni a na nás jednotlivce pak nemají moc času.“*

## DISKUZE

Název naší bakalářské práce v sobě skrývá mnoho možností, jak danou problematiku uchopit a zpracovat. Rozhodli jsme se zaměřit na edukaci v jedné oblasti zdravotnictví, v onkologii. Statistická šetření mluví za vše. Onkologická onemocnění patří mezi velmi časté diagnózy a mezi druhé nejčastější příčiny úmrtí. Z tohoto důvodu je třeba věnovat těmto chorobám zvýšenou pozornost a především snaha zdravotníků by měla spočívat v šíření co nejvíce informací o těchto onemocněních za účelem prevence. I když toho primární prevence v boji proti vzniku nádorových onemocnění moc nezmůže, je důležitá zejména proto, že upozorní na rizikové faktory, které mohou ke vzniku těchto nemocí přispět a lidé se jich tak mohou snažit vyvarovat. Velký význam se přikládá prevenci sekundární, díky které jsou lékaři schopni nemoc včas rozpoznat na základě pravidelného preventivního screeningu rizikových osob a zahájit tak případně včasnou léčbu s příznivějšími prognostickými vyhlídkami pro pacienta. Předpokladem pro úspěch probíhajících screeningů je jednak informovanost veřejnosti, že takové možnosti existují a také je potřeba veřejnost přesvědčit o významu těchto preventivních opatření, že má smysl tato vyšetření pravidelně podstupovat. Nelze samozřejmě ovlivnit každého, ne všichni jsou přístupní medicíně a jejím postupům. Důležitá je ale vytrvalost odborníků v neustálém zdůrazňování závažnosti a aktuálnosti onkologických onemocnění a doplňování dalších a nových poznatků ve sdělování informací veřejnosti a to jak formou písemnou, tak formou ústního sdělení.

Jedním z nejčastěji se vyskytujících nádorových onemocnění, u ženské části populace, je karcinom prsní žlázy. Vzhledem k četnosti výskytu tohoto onemocnění jsme se rozhodli zaměřit pozornost právě na něj. Konkrétně na pacienty s touto diagnózou, kteří podstoupili chemoterapeutickou a radioterapeutickou léčbu.

V praktické části této práce jsme se snažili najít především odpověď na otázku, zda se pacienti cítili být dostatečně edukováni ze strany zdravotnického personálu o jejich onemocnění a zda to byli vůbec zdravotníci, kteří jim tyto informace poskytli či byli odkázáni na jiný zdroj informací. Dalším naším záměrem bylo zjistit, zda byli pacienti edukováni o výživě, která při jejich onemocnění hraje velký vliv. Zda byli upozorněni na potraviny, které by jim mohly uškodit nebo naopak pomoci a zda byli upozorněni na rizika, která plynou z nedostatečného nebo nesprávného stravování vzhledem k jejich diagnóze.

Pro získání těchto informací jsme zvolili formu polostrukturovaného rozhovoru. Vybrali jsme celkem deset respondentů s výše uvedenou diagnózou. Sedm z nich bylo



léčeno pro invazivní karcinom prsní žlázy. Podstoupili tedy léčbu chirurgickou, následovala chemoterapie a radioterapie v několika cyklech. U třech respondentů probíhala léčba pro karcinom prsní žlázy in situ. Ti podstoupili jen chirurgický zákrok a radioterapii. První část rozhovoru se skládala z otázek zaměřených na informovanost o jejich onemocnění obecně. Kdo jim informace o onemocnění poskytl, zda to bylo srozumitelnou formou a zda se setkali s pozitivní zpětnou vazbou od zdravotníků ve smyslu, zda se zajímali, jestli tomu oni jako pacienti rozuměli. Druhou část tvořili otázky zaměřené na již zmíněnou výživu při jejich onemocnění. Zda jim byly doporučeny potraviny či rituály, které by příznivým způsobem ovlivnily obtíže, které je sužovali v souvislosti s protinádorovou léčbou, například potraviny, které při nechutenství mají schopnost chuť opět navodit nebo potraviny, které by jim pomohly při zvracení. Zvracení a nechutenství byly dva nejčastější nežádoucí účinky protinádorové léčby, které se u našich respondentů vyskytly. Dále to byly různé bolesti svalů a kloubů a celková slabost. Mimo jiné byla do rozhovoru, zejména pro získání informací pro zpracování krátké kazuistiky každého respondenta, zařazena otázka, jakým způsobem jim byla nemoc diagnostikována. Zde se dostáváme k nezastupitelnému významu preventivního screeningu, o kterém jsem psala v prvním odstavci této diskuze. Sedmi respondentům z deseti bylo onemocnění včas diagnostikováno díky mamografickému vyšetření. Zbylí tři respondenti nahmatali neznámý útvar sami či v jednom případě, respondentčin manžel. Úplný závěr rozhovoru tvořilo vyjádření jednotlivých respondentů, kterým shrnuli jejich spokojenost s informovaností ve zdravotnických zařízeních.

**Výzkumná otázka č. 1** zní, zda informuje zdravotnický personál (lékař, sestra, nutriční terapeut či jiný odborník) pacienty o zásadách stravování a výživových doporučeních vzhledem k jejich diagnostikovanému onemocnění a následné léčbě.

**Respondentce č. 1** nebyly sděleny ohledně stravy ani konkrétních potravin, které by jí ulevily od nežádoucích účinků chemoterapeutické léčby, kterou podstoupila, vůbec žádné informace. Přesto, že snášela chemoterapeutickou léčbu špatně, trpěla nechutenstvím a zvracením. Užívala pouze medikament proti zvracení, který obtíže zmírnil. **Respondentce č. 2** byly doporučeny potraviny oranžové a červené barvy s odůvodněním, že působí proti rakovině. Respondentka toto doporučení dodržovala. Jinak se žádný odborník o stravě během léčby a trvání onemocnění nezmínil. **Respondentka č. 3** byla informována o výživových doporučeních a stravovacím režimu. Bylo jí doporučeno, že může jíst vše, ale má se vyhnout fermentovaným sýrům a salámům. Dokonce obdržela informační letáček a navštěvovala poradnu s výživovým poradcem. V době trvání

chemoterapie se lékař vždy zajímal, zda se stravuje a jak a byl jí zdůrazněn význam výživy slovy: pro nás silný pacient, zdravý pacient, nechceme, abyste hubli, určitě ne v průběhu léčby. **Respondentka č. 4** nebyla sdělena žádná režimová opatření týkající se stravování. Pouze fakt, že není dobré, aby hubla a naopak přibírala. Respondentka špatně snášela chemoterapeutickou léčbu, velmi často zvracela. Ani to nejspíše nebyl pro odborníky důvod ke sdělení užitečných rad ohledně stravy. Užívala pouze medikamenty proti zvracení. O tom, co je a není vhodné jíst při její diagnóze, se dozvíдалa od známých. **Respondentka č. 5** také nebyla seznámena s výživou při její diagnóze. Tento fakt zdůvodnila nedostatkem času zdravotníků. O stravovacích návycích a vhodných a nevhodných potravinách vzhledem k respondentčině diagnóze se dozvíдалa od své kamarádky a z jiných zdrojů. **Respondentka č. 6** se rovněž neseťkala se sdělením jakýchkoliv informací o výživě vzhledem k jejímu onemocnění. Na sníženou chuť k jídlu dostala doporučení až od své přítelkyně a to rybí salát. Stejný případ je i **respondentka č. 7**. Doslova řekla, že stravování nebylo tématem ani jednoho rozhovoru s lékařem. Informace o této problematice si přečetla v časopisech a na internetu. **Respondentka č. 8** byla upozorněna, že není dobré, aby hubla a také byla varována, že na některé potraviny může reagovat špatně. Konkrétněji o výživě a jejím významu informována nebyla. Sama si musela vytipovat potraviny, které jí dělali dobře a naopak, jelikož vedlejšími účinky chemoterapeutické léčby bylo zvracení a silné nechutenství. Užívala medikament proti zvracení. **Respondentovi č. 9** bylo řečeno, že má jíst to, na co má chuť. Jiná další doporučení a režimová opatření ohledně stravování nedostal, přesto, že ho sužovali vedlejší nežádoucí účinky chemoterapeutické léčby v podobě nevolnosti, zvracení a nechutenství. Užíval medikament proti zvracení. Poslední **respondentka s č. 10** rovněž nebyla informována o stravování během trvání jejího onemocnění a probíhající léčby. Až svou vlastní iniciativou přišla na pro ni vhodné a nevhodné potraviny ke zmírnění zvracení a nevolnosti po chemoterapeutické léčbě. Užívala i medikament proti zvracení.

Odpověď na tuto otázku tedy zní, většinou neinformuje. Minimálně nedostatečně. Pouze u respondentky č. 3 bychom mohli najít vyšší míru informovanosti o problematice stravování při diagnostikovaném onkologickém onemocnění a probíhající chemoterapeutické léčbě. Jako jediná obdržela informační letáček, byla upozorněna na některé nevhodné potraviny a navštěvovala poradnu s výživovým poradcem. Jako jediné jí také byl zdůrazněn význam výživy sdělením, že ke svému uzdravení potřebuje sílu, tudíž je třeba, aby se správně stravovala. Ostatním respondentům nebyly sděleny téměř žádné informace týkající se stravování při jejich onemocnění a během léčby. V několika málo

případech byli pouze upozorněni na nežádoucí vliv hubnutí a bylo jim sděleno doporučení, že mají jíst to, na co mají chuť.

**Výzkumná otázka č. 2** zní, zda znají pacienti zásady správného stravování při onkologickém onemocnění.

Tato otázka úzce souvisí s výzkumnou otázkou předchozí. Vzhledem k tomu, že z deseti respondentů byla pouze jedna respondentka, **respondentka č. 3**, edukována o výživových doporučeních a stravovacím režimu, lze z tohoto faktu usoudit závěr, že edukace ohledně výživy pacientů s onkologickým onemocněním má značné nedostatky. **Respondentky č. 6 a 7** se k informacím týkající se nejen stravování během jejich onemocnění a léčby, dostaly až prostřednictvím centra Mamma HELP v Plzni. Podobně na tom byla **respondentka č. 2**, která byla informována o potravinách, ovoci a zelenině červené a oranžové barvy, které mají mít příznivý vliv na průběh rakovinného onemocnění, ale dalšími podrobnostmi, týkající se stravy a výživových doporučení při tomto onemocnění a probíhající léčbě, ji obohatily až členky centra Mamma HELP. Žádný z devíti respondentů, kromě již zmíněné **respondentky č. 3**, nevěděli o zásadách stravování při jejich onemocnění téměř nic. Stravovali se dle chuti, jak v některých případech lékaři respondentům doporučili. Přitom se mohli stravovat potravinami, jejichž konzumace je vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nevhodná a mohly by jim spíše uškodit.

Odpověď na tuto otázku bude opět záporná. Kromě jedné respondentky, neznal žádný z ostatních respondentů zásady správného stravování vzhledem k jejich diagnóze. V zásadě se jedná o doporučení zdravého životního stylu, zásad zdravého stravování a doporučení pro pacienta vhodných či nevhodných potravin vzhledem k jejich onemocnění, což by mělo být součástí odbornosti každého lékaře či jiného kvalifikovaného nemocničního pracovníka, zvláště pak lékaře na onkologii.

**Výzkumná otázka č. 3** zní, zda jsou si pacienti vědomí významu výživy při probíhající chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě.

Význam výživy jako takové je znám nejspíše každému z nás. I námi osloveným respondentům. Avšak význam výživy při jejich diagnóze a léčbě je kapitola sama o sobě. Zátěž chemoterapeutickou a radioterapeutickou léčbou na tělo člověka je obrovská, a pokud není pacient dostatečně nutričně kompenzován vzhledem k energii, kterou tělo musí vynaložit pro boj s tak závažným onemocněním, ovlivní to jeho stav velmi negativně. Proto je důležité, aby byly pacienti edukováni o rizicích, které hrozí při nesprávné či nedostatečné výživě při probíhající léčbě jejich onemocnění.

U všech oslovených respondentů se objevily typické nežádoucí účinky v souvislosti s chemoterapeutickou či radioterapeutickou léčbou. Všechny tyto obtíže ve spojení se špatným psychickým stavem vedou, i když ne úmyslně či vědomě, ke snížení denního nutričního příjmu. Všichni tito pacienti by proto měli být individuálně posuzováni z hlediska rizikovosti vzniku podvýživy, čili malnutrice, a měli by být o tomto riziku vzniku a jeho možných následcích edukováni aby mu mohli předcházet. U všech respondentů, kromě **respondentky č. 3**, tomu tak nebylo. O stavu malnutrice a jeho možných negativních dopadů se žádný odborník nezmínil a význam výživy nezdůraznil. **Respondentka č. 1** dokonce uvedla, že ji na tenhle stav nikdo neupozornil, protože se jim asi nejevila jako riziková. Jediná sdělená informace, kterou jsem zaznamenala u **respondentek č. 1, 4 a 8**, týkající se negativního vlivu poklesu tělesné hmotnosti a tedy rizika nedostatečné nutriční kompenzace, byla, že je nežádoucí výrazné hubnutí člověka v průběhu onemocnění a léčby. Je ovšem pravda, že ani u jednoho z respondentů nebyl výrazný pokles tělesné hmotnosti zaznamenán. Pouze **respondentka č. 8** uvedla, že zhubla kolem pěti kilogramů, avšak vzhledem k její nadváze to nijak neohrozilo průběh léčby ani zdravotní stav. **Respondentka č. 10** také uvedla, že zhubla pár kilogramů, ale ne natolik významně, aby byla ohrožena. **Respondentky č. 3 a 5** dokonce zaznamenaly nárůst tělesné hmotnosti během léčby. U ostatních respondentů se výrazné výkyvy tělesné hmotnosti neobjevily. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že k edukaci o významu výživy, stavu malnutrice a rizicích z ní plynoucích, přistupují odborníci až ve chvíli, kdy pacienti začnou na váze ztrácet. Což už je mnohdy pozdě.

Odpovědí na tuto otázku je, že pouze malá část námi oslovených respondentů si je vědoma významu výživy při probíhající tak náročné léčbě nádorového onemocnění. To samé platí pro problematiku rizika vzniku malnutrice, která s výživou během chemoterapeutické a radioterapeutické léčby a samotného průběhu nádorového onemocnění úzce souvisí.

**Výzkumná otázka č. 4** zní, odkud pacienti získali informace o svém diagnostikovaném onemocnění.

Tuto otázku jsme zařadili spíše pro obecný pohled na edukaci ve zdravotnictví. Zároveň jsme tím získali odpověď na otázku, zda byly respondentům poskytnuty informace ze strany zdravotníků či byli nuceni informace čerpat z jiných zdrojů.

**Respondentce č. 1** poskytl informace o jejím onemocnění lékař. Přesto, že respondentčino povolání zdravotní sestry předpokládá základní vědomosti o karcinomu prsní žlázy, byly pro ni informace ze strany lékaře přínosné, obohacující a byly podány

srozumitelnou formou. Uvedla, že s lhostejným přístupem zdravotníků se nesetkala, jevíli zájem o to, zda všemu rozumí a ochotně zodpovídali její dotazy. Celkově byla s podáním informací ze strany lékaře spokojená. **Respondentka č. 2** získala informace o své diagnóze také od lékaře. Na rozdíl od předchozí respondentky, zdály se jí tyto podané informace nesrozumitelné a neúplné. Uvedla, že v době, kdy jí bylo onemocnění diagnostikováno, o tom lékaři moc nemluvili a informací se k ní dostalo velmi malé množství. Největším přínosem pro ni bylo centrum Mamma HELP, kde se dozvěděla nejvíce. Při celkovém hodnocení kvality podání informací týkající se jejího zdravotního stavu porovnávala dnešní dobu s dobou, kdy byla léčena a vyjádřila se pozitivně. V dnešní době je situace podávání informací příznivější a jde kupředu. **Respondentce č. 3** poskytla informace lékařka z poradny, kam pravidelně docházela. Byla pro ni zároveň jediným zdrojem informací, knížky, časopisy a internet neuznávala. Dala pouze na radu odborníka. Setkala se vždy s pozitivním a ochotným přístupem zodpovědět všechny dotazy a vysvětlit danou problematiku. Celkově ohodnotila kvalitu podání informací o jejím zdravotním stavu na výbornou. **Respondentka č. 4** byla také odkázána pouze na sdělení od lékaře. Dohledávání v jiných zdrojích, zejména na internetu pro ni bylo tabu. Se sdělením informací ze strany lékaře neměla sebemenší problém. Bylo srozumitelné, dostačující, na otázky jí bylo vždy odpovězeno. Setkala se i s pozitivní zpětnou vazbou ve smyslu, že zdravotníci jevíli zájem, zda vše chápe. Jako předchozí respondentka ohodnotila kvalitu podání informací o jejím zdravotním stavu na výbornou. **Respondentce č. 5** sdělil informace rovněž lékař. Cenným zdrojem, především vysvětlení nesrozumitelností, byl i její syn, který pracuje jako chirurg. Zkušenosti se sdělováním informací ze strany zdravotnického personálu měla jen dobré, setkala se s vřelým a ochotným přístupem, pokud přeci jen potřebovala vědět více, obrátila se na syna. Celkově by ohodnotila kvalitu poskytnutí informací o jejím zdravotním stavu jako velmi dobrou. **Respondentka č. 6** má se sdělováním informací ze strany zdravotníků špatné zkušenosti. Více se dozvěděla z internetu a ze zahraničí (z Anglie), kde často pobývala. Největším množstvím informací ji obohatilo až centrum Mamma HELP. Pokud jde ale o celkové hodnocení kvality podání informací o jejím zdravotním stavu, uvedla, že si nechce na nic stěžovat, jelikož se domnívá, že se o takové věci má člověk zajímat sám. Proto pro ni byly informace ze strany zdravotníků dostačující. Zdrojem informací pro **respondentku č. 7** byl lékař. Informace pro ni byly dostatečně srozumitelné, dotazy jí byly většinou zodpovězeny, a proto nebyla nucena využít jiný zdroj pro dohledávání informací. Při celkovém hodnocení kvality podání informací o jejím zdravotním stavu zdůraznila nedostatek informací v oblasti výživy. **Respondentce č. 8** sdělil informace převážně

onkolog. Informace pro ni byly mnohdy nesrozumitelné a neúplné a proto využívala možností internetu a knih. Setkala se s ochotou zodpovídat dotazy a s pozitivní zpětnou vazbou za účelem ujištění se, zda problematice rozumí. Celkově ohodnotila podané informace o jejím zdravotním stavu jako dobré. **Respondent č. 9** je lékař. Informace o jeho zdravotním stavu mu poskytl ambulantní chirurg, avšak nijak obohacující význam pro něj neměly. Informace měly srozumitelnou formu, dotazy byly vždy odpovězeny. I zpětná vazba, zda dané problematice rozumí, byla pozitivní. Celkově byl s podáním informací ohledně zdravotního stavu spokojený. **Respondentka č. 10** sdělil informace lékař onkologické kliniky. Byly pro ni přínosné a mile překvapena byla zpětnou vazbou ze strany zdravotníků, zda problematice opravdu rozumí. Sdělení bylo většinou srozumitelné, pokud ne, využila možnosti jiných zdrojů. Dotazy byly zodpovězeny s ochotou, ale respondentka uvádí, že mnohdy na ně nezbyl čas a odpovědi dohledávala na internetu, v knihách či časopisech. Při celkovém hodnocení kvality podání informací o jejím zdravotním stavu zdůraznila jako negativní poznatek nedostatek času lékařů a dalších zdravotníků ke sdělování informací, jinak byla spokojená

Odpovědí na tuto výzkumnou otázku je, že informace o svém zdravotním stavu získali respondenti od svých lékařů. Ať už se jednalo o onkologa či chirurga. Odlišnosti jsou v hodnocení spokojenosti podání informací ze strany zdravotnického personálu a ve způsobu získávání dodatečných informací z jiných zdrojů. Podání informací ohledně jejich zdravotního stavu hodnotí většina respondentů kladně. Pouze respondentky č. 2, 6 a 8 nebyly s poskytováním informací spokojeny, přičemž respondentky 2 a 6 opět vyzdvihly význam centra Mamma HELP v edukaci pacientů s diagnózou karcinomu prsní žlázy. Pokud respondenti využívali dalších zdrojů pro osvětlení problematiky a pro doplnění informací, šlo většinou o internet, knihy či časopisy, u respondentky č. 5 to byl její syn.

**Hlavní výzkumná otázka** zní, zda se pacienti cítili být dostatečně edukováni ze strany zdravotnického personálu o jejich onemocnění.

**Respondenti číslo 1, 3, 4, 5 a 9**, tedy polovina našich respondentů se cítila být dostatečně edukována a sdíleli i pocit, že jim zdravotníci věnovali dostatek času ke sdělení informací. **Respondentky č. 2 a 6** se necítily být dostatečně informovány. Vzhledem k tomu, že jim onemocnění byla diagnostikována před deseti (respondentka č. 2) a šestnácti (respondentka č. 6) lety, doba přeci jen pokročila a jejich aktuální pocity jsou kladné. Nyní nemají pocit, že by byly po stránce informovanosti zanedbávány. **Respondentka č. 7** se cítila být dostatečně informována, ale shledala nedostatek v krátkém časovém úseku, který zdravotníci mají na jednotlivé pacienty. **Respondentky č. 8 a 10**

sdílely podobné pocity. Dostatečně informovány se spíše necítily být. Důvodem podle nich bylo nedostatek času, který individuálně na pacienta zdravotníci měli. Domnívají se ale, že pro to, aby je dostatečně informovali, udělali maximum, obě ocenily jejich snahu.

Odpověď na tuto otázku je z poloviny kladná a z té druhé záporná. V případě, že respondenti odpověděli záporně, své vyjádření přisuzují nedostatku času, který je na pacienty vymezen. Informace si museli sami iniciativně dohledávat. Dalším důvodem, proč odpověděli záporně, byla skutečnost, že jim onemocnění diagnostikovali před deseti lety i více, tudíž se dá očekávat, že v té době nebyla informovanost pacientů zdaleka na takové úrovni, jako dnes.

Přínos naší práce vidím zejména v informacích získaných od respondentů, které poukazují na výrazné nedostatky v edukaci onkologických pacientů ohledně výživy během tohoto onemocnění a probíhající protinádorové léčbě. Na základě jejich odpovědí jsme nabyli dojmu, že je tato oblast edukace poněkud zanedbávána, i přes to, že by měla být nedílnou součástí léčby každého onkologického pacienta. Domníváme se, že je třeba na tuto problematiku upozornit a dostat ji do povědomí většího počtu lidí.

## ZÁVĚR

Význam edukace ve zdravotnictví je velký. Zvláště pak u onkologických pacientů, kteří podstupují náročnou léčbu, která s sebou nese celou řadu nežádoucích vedlejších příznaků, jejichž důsledky mohou negativně ovlivnit jejich zdravotní stav. Je důležité, aby pacienti s onkologickou diagnózou věděli, jakým způsobem mohou tyto obtíže do jisté míry ovlivňovat a jaké riziko hrozí, pokud ve svém počínání nabudou špatný směr. Správně provedená edukace je předpokladem pro dosažení pozitivních výsledků v léčbě.

Výživa je jedním z faktorů, kterým tyto příznaky mohou pacienti korigovat. Této problematice je věnována třetí oblast teoretické části bakalářské práce. Při správném stravování a konzumaci konkrétních potravin si mohou ulevit a kvalita jejich života tak bude na o něco vyšší úrovni. Navíc může konzumace správných potravin a dodržování zdravých stravovacích návyků působit preventivně na rozvoj dalšího přidruženého onemocnění. Naopak nesprávný stravovací režim a konzumace potravin, které se při onkologickém onemocnění vůbec nedoporučují ve spojení se špatným psychickým stavem člověka a obtížemi, které způsobuje protinádorová léčba, může dojít k malnutrici nemocného, která bohužel v některých případech končí i fatálně. O významu výživy tedy není při tomto onemocnění vůbec pochyb. To samé platí i pro edukaci v tomto směru. Informovanost pacientů o tom, jak se mohou a nemohou stravovat, jakým potravinám by se měli vyhnout a které si mohou bez problémů dopřát a jaké riziko hrozí při nesprávné a především nedostatečné nutriční, by měla být samozřejmostí. U námi zvolených respondentů tomu tak nebylo, což vrhá špatné světlo na odborníky, kteří by se touto edukací měli zabývat.

Hlavním cílem naší práce bylo zjistit míru informovanosti pacientů s diagnózou karcinomu prsní žlázy. Zda jsou informováni o onemocnění jako takovém, zda jim byly poskytnuty informace o léčbě, režimových opatřeních a v neposlední řadě o již zmíněném stravování. Ze získaných informací z rozhovorů s respondenty vyplývá, že co se týká onemocnění a léčby, tedy radioterapie či chemoterapie, byli informováni vcelku dostatečně. Nikdo z nich, až na výjimky, kdy se jedná o dvě respondentky, kterým byla rakovina prsní žlázy diagnostikována před deseti a patnácti lety, kdy informovanost pacientů byla na nižší úrovni, neměl pocit, že by byl po stránce sdělování informací zanedbáván. Poněkud nepříjemným zjištěním bylo, že tito onkologičtí pacienti nebyli edukováni o výživě, což potvrdilo naši domněnku, že tomu tak bude.



Touto prací bychom rádi poukázali na nedostatky v edukaci onkologických pacientů ohledně výživy a to zejména proto, že výživa má nezastupitelný vliv na průběh onkologického onemocnění a úspěšnost jeho léčby.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

**ABRAHÁMOVÁ, J. et al. 2009.** *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9.

**ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L. et al. 2003.** *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu.* Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0499-4.

**ADAM, Z., VORLÍČEK, J., KOPTÍKOVÁ, J. 2003.** *Obecná onkologie a podpůrná léčba.* Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.

**BENNER, P., LEONARD, V., SHULMAN, S. L., DAY, L., SUTPHEN, M. 2009.** *Educating nurses: A Call for Radical Transformation.* místo neznámé : Wiley, 2009. ISBN 0470457961.

**COY, J. F., FRANZOVÁ, M. 2010.** *Výživou proti rakovině.* Praha : Euromedia Group, k. s., 2010. ISBN 978-80-249-1450-3.

*Dobrý onkolog se musí zabývat nutricí.* **VORLÍČEK, J. 2015.** 9, Praha : Medical Tribune, 2015. ISSN 1214-8911.

*Edukace jako nedílná součást edukačního procesu.* **MÍČKOVÁ, I. 2009.** 12, Praha : Sestra, 2009. ISSN 1210-0404.

**GROFOVÁ, Z. 2007.** *Nutriční podpora.* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

**HARRISON, J., EDWARDS, J. 1994.** *Developing Health Education in the Curriculum.* London : David Fulton Publishers Ltd, 1994. ISBN 1-85346-277-2.

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

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

**KUBEROVÁ, H. 2009.** *Didaktika ošetrovatelství.* Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-684-1.

**MALACH, J. 2007.** *Pedagogika jako obecná teorie edukace.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-291-0.

**MLÝNKOVÁ, J. 2012.** *Pečovatelství 2. díl.* Praha : Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3185-8.

**NOVOTNÝ, J., KLEIBL, Z. 2003.** *Dědičně podmíněná nádorová onemocnění prsu a vaječníků.* Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-417-9.

*Proč se zúčastním nutričního dne v onkologii?* **HOLEČKOVÁ, P. 2015.** 7, Praha : Medical Tribune, 2015. ISSN 1214-8911.

**ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006.** *Interní ošetrovatelství II.* Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.

**STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D. 2007.** *Výživa při nádorovém onemocnění.* Praha : autor neznámý, 2007. ISBN 978-80-239-9055.

**SVĚRÁKOVÁ, M. 2012.** *Edukační činnost sestry.* Praha : Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

**ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2008.** *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* Praha : Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

**ŠPIRUDOVÁ, L. 2006.** *Multikulturní ošetrovatelství II.* Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1213-X.

**TOMÁŠEK, J. et al. 2015.** *Onkologie.* Praha : Axonite CZ, 2015. ISBN 978-80-88046-01-1.

**VOJÁČKOVÁ, Z. 2003.** *Kromě prsu mi nic nechybí.* Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-354-7.

**VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. et al. 2006.** *Klinická onkologie pro sestry.* Praha : Grada , 2006. ISBN 80-247-1716-6.

*Výživa onkologicky nemocných.* **PODBĚHLÁ, L. 2011.** 21, Praha : Sestra, 2011. ISSN 1210-0404.

**BUČKO, M. 2013.** Dietní systém neboli léčebná výživa. *Sestra.* [Online] 8. 7 2013. [Citace: 27. 2 2016.] <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/dietni-system-neboli-lecebna-vyziva-471143>.

**FORETOVÁ, L., VORLÍČEK, J. 2010.** Genetická rizika vzniku nádorů. *linkos.cz*. [Online] 1. 2 2010. [Citace: 20. 2 2016.] <http://www.linkos.cz/prevence/geneticka-rizika-vzniku-nadoru/>.

**KOMÁREK, L., TUČKOVÁ, P., 2015.** Samovyšetření. *Zdravaprsa.cz*. [Online] 2015. [Citace: 27. 2 2016.] <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>.

**MUŽÍK, J., ŠNAJDROVÁ, L., GREGOR J. 2007.** Epidemiologie karcinomu prsu v České republice. *Mamo.cz*. [Online] 2007. [Citace: 23. 2 2016.] <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>.

**PECHA, V. 2010.** Karcinom prsu u mužů. *Cssmweb.cz*. [Online] 9. 2 2010. [Citace: 19. 2 2016.] <http://www.cssmweb.cz/news/karcinom-prsu-u-muzu/>.

**PETRÁKOVÁ, K., VYZULA, R. 2006.** O nádorech prsu. *linkos.cz*. [Online] 10. 3 2006. [Citace: 20. 2 2016.] <http://www.linkos.cz/nadory-prsu-c50/o-nadorech-prsu/>.

**POLZ, J. 2012.** Bradavka. *Samclub.cz*. [Online] 7. 6 2012. [Citace: 27. 2 2016.] <http://www.samclub.cz/news/bradavka/>.

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

**Obrázek č. 1** - Incidence a mortalita karcinomu prsu – ženy (MUŽÍK, 2007)

**Obrázek č. 2** - Anatomie prsní žlázy (POLZ, 2012)

**Obrázek č. 3** - Samovyšetření prsu I. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 4** - Samovyšetření prsu II. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 5** - Samovyšetření prsu III. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 6** - Samovyšetření prsu IV. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 7** - Samovyšetření prsu V. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 8** - Samovyšetření prsu VI. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 9** - Samovyšetření prsu VII. (KOMÁREK, 2015)

**Obrázek č. 10** - Samovyšetření prsu VIII. (KOMÁREK, 2015)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** - Anatomie prsní žlázy

**Příloha č. 2** - Samovyšetření prsu

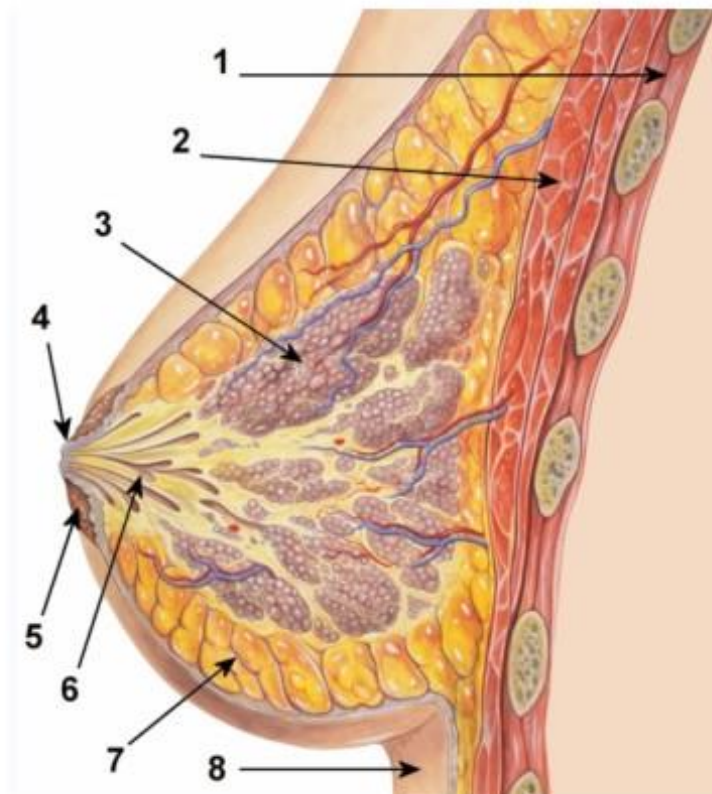
**Příloha č. 3** - Dietní systém

**Příloha č. 4** - Písemný souhlas s pořízením nahrávky rozhovoru

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Anatomie prsní žlázy

Obrázek č. 2 Anatomie prsní žlázy



1: hrudní stěna, 2: prsní sval, 3: lalůčky žlázové tkáně (alveoly),  
4: bradavka, 5: dvorec, 6: mléčný kanálek, 7: tuková a  
podpurná tkáň, 8: kůže

Zdroj: <http://www.samclub.cz/news/bradavka/>

## Příloha č. 2 – Samovyšetření prsu

**Obrázek č. 3 Samovyšetření prsu I.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Obě ruce jsou volně podél těla, sledují se změny tvaru prsou a jejich okolí, výskyt zduření, zda pokožka není svraštělá či zda není bradavka vtažena dovnitř.

**Obrázek č. 4 Samovyšetření prsu II.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Stejně pozorování provádíme následně i se zdviženýma rukama, otáčíme se při tom před zrcadlem zprava doleva a zleva doprava.



### **Obrázek č. 5 Samovyšetření prsu III.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Každý prs se po jednom uchopí a dlaněmi se každý prohmatává nejprve vodorovným a poté svislým klouzavým pohybem.

### **Obrázek č. 6 Samovyšetření prsu IV.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Levé rameno spustit dolů, pravou rukou se prohmatává levá bradavka. Jemným stlačením bradavky lze zkontrolovat, zda nevyteče mléčný či krvavý výtok. Tím samým způsobem se vyšetří druhý prs.

**Obrázek č. 7 Samovyšetření prsu V.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Poloha na zádech, podložené lopatky tak aby prso bylo ve vyvýšené poloze. Prohmatáním se vyšetří prs a jeho okolí na obou stranách.

**Obrázek č 8 Samovyšetření prsu VI.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Jemným tlakem vyšetříme krouživými pohyby prstů celý prs. Postupuje se z dolní vnější strany dokola směrem k bradavce. Tento pohyb se vykonává dvakrát, jednou s rukou připaženou k tělu a podruhé s rukou založenou za hlavu.

**Obrázek č. 9 Samovyšetření prsu VII.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Levá ruka založena pod hlavou a druhou rukou vyšetřujeme stejnými pohyby jako v předchozím případě podpaží. Stejným způsobem i pravou stranu.

**Obrázek č. 10 Samovyšetření prsu VIII.**



Zdroj: <http://www.zdravaprsa.cz/zdrava-prsa/samovysetreni/>

Poloha na zádech, levá ruka volně připažena k tělu. Pravá ruka vyšetří jamku nad klíční kostí jejím prohmatáním. Stejným způsobem vyšetřit i pravou stranu.

### Příloha č. 3 – Dietní systém

- **Dieta č. 1 (kašovitá)** - akutní stadium vředové choroby žaludku a dvanáctníku, změny v dutině ústní, při poleptání jícnu, stenóze jícnu, karcinomu jícnu, základem diety je nenadýmavá strava v kašovitě formě
- **Dieta č. 2 (šetřící)** - při funkční žaludeční dyspepsii, chronické gastritidě, vředové chorobě žaludku a dvanáctníku, při chronických chorobách jater, zánětu tlustého střeva v klidovém období bez průjmu, vleklé pankreatitidě a v pozdějším stadiu po prodělaném infarktu myokardu, strava měkká, bez nestravitelných zbytků a bez tvrdých kůrek
- **Dieta č. 3 (racionální)** - podává se pacientům, u kterých není potřeba žádného dietního omezení, jsou schopni přijímat normální stravu
- **Dieta č. 4 (s omezením tuků)** - odeznívání akutního stadia onemocnění slinivky břišní a při onemocnění jater, žlučníku, v období rekonvalescence žloutenky, dieta je plnohodnotná, lehce stravitelná, dlouhodobě užitelná, má snížený obsah tuku (55g v denní dávce)
- **Dieta č. 5 (bezezbytková)** - při akutním střevním kataru, při chronickém střevním kataru, vleklém zánětu tlustého střeva (v období zhoršení potíží), ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci, dieta je plnohodnotná, nenadýmavá, je zde velmi omezený výběr ovoce a zeleniny
- **Dieta č. 6 (nízkobílkovinová)** - při onemocnění ledvin, základem je snížení příjmu bílkovin na polovinu běžné dávky, přibližně 0,75 g na 1 kg váhy tělesné hmotnosti.
- **Dieta č. 7 (nízkocholesterolová, dieta již není v dietním systému od roku 2008)** - přestože tento typ diety již v dietním systému není zařazen, je v řadě zdravotnických zařízení doposud hojně využívána. Podává se pacientům při hyperlipoproteinemii, ateroskleróze, angině pectoris, po infarktu myokardu v pozdějším stadiu, po mozkové cévní příhodě.
- **Dieta č. 8 (redukční)** – obézním pacientům, vyloučeny potraviny, které obsahují volné koncentrované cukry (cukr, med, čokoláda...), omezují se dávky potravin, které obsahují škrob ve formě polysacharidů (mouka, knedlíky, ovesné vločky, krupice...), vyloučeny volné tuky, skryté tuky.
- **Dieta č. 9 (diabetická)** - je určena pacientům s onemocněním diabetes mellitus. Plnohodnotná, pestrá, správně načasovaná strava, omezení složených cukrů, sacharidů a koncentrovaných cukrů.

- **Dieta č. 10 (neslaná)** - při chorobách srdce a cév v období dekompenzace (při srdečném selhání), při zadržování tekutin v těle, např. v těhotenství, tvoří-li se otoky (těhotenská gestóza), při nefrotickém syndromu a hypertenzi (vysoký krevní tlak), zákaz potravin, u kterých byla použita při výrobě sůl.
- **Dieta č. 11 (výživná)** – při oslabené imunitě, při malnutrici, po infekčních chorobách, po ozařování a všude tam, kde je potřeba zvýšit váhu pacienta, strava šestkrát za den, servíruje se i druhá večeře, která se skládá pouze z lehčího studeného jídla, častější stravování během dne, bohatá strava na sacharidy a bílkoviny
- **Dieta č. 12 (batolecí)** - podává se dětem do tří let věku, více sladkých pokrmů ve formě sladkých kaší, jogurtů, sladkých smetanových krémů (Pacholík, Lipánek apod.), maso namleté
- **Dieta č. 13 (strava větších dětí)** - určena je dětem do patnácti let věku, jídlo pestré, chutné a obsahující dostatečné množství vápníku (Ca), z důvodu růstu a vývoje zařazujeme mléčné svačiny v podobě tvarohových krémů a mléčných pamlsků, dostatek ovoce a zeleniny
- **Dieta č. 14 (výběrová)** - v těžkých stavech, kdy pacient trpí nechutenstvím a netoleruje základní dietu, pacient si jídlo vybírá sám, podle toho, na co má chuť, také při potravinové alergii k individualizaci jídelního lístku  
(BUČKO, 2013)

## Příloha č. 4 – Písemný souhlas s pořízením nahrávky rozhovoru



### PÍSEMNÝ SOUHLAS

Já, ....., souhlasím s pořízením nahrávky rozhovoru se studentkou Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií, oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, Šárkou Gallovou. Dále souhlasím s použitím nahrávky a veškerých dat týkající se mé osoby ke zpracování bakalářské práce výše jmenované studentky. Byla jsem ujištěna o zachování anonymity a o ochraně všech mnou sdělených informací.

V ..... dne .....

Podpis respondentky .....