

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Psychické a sociální obtíže u nemocných se zhoubnými
nádory hlavy a krku**

Bc. Marie Skládalová

**Diplomová práce
2012**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marie Skládalová**
Osobní číslo: **Z10184**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Psychické a sociální obtíže u nemocných se zhoubnými nádory hlavy a krku**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky u nemocných se zhoubnými nádory hlavy a krku.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Konzultace o struktuře diplomové práce s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky.
5. Provedení výzkumu, sběr dat.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

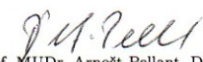
Seznam odborné literatury:

1. JANÁČKOVÁ, L. Základy zdravotnické psychologie. Praha : Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
2. KALVODOVÁ, L. a kol. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. Vnitřní lékařství. 2010, roč. 56, č. 6, s. 570-581. ISSN 0042-773X.
3. KLENER, P. Klinická onkologie. Praha : Galén, 2002. Nádory hlavy a krku, s. 363-372. ISBN 80-7262-151-3.
4. MASTILIAKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
5. MEJZLÍK, J.; VALENTOVÁ, M.; ŠKVRŇÁKOVÁ, J. Dispenzarizace chirurgicky nebo kombinovaně léčených onkologických nemocných. Florenc. 2008, roč. 4, č. 1, s. 20-21. ISSN 1801-464X.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích 22. 4. 2012

Bc. Marie Skládalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Janě Škvřňákové, Ph.D. za odborné rady a poskytnutí pomoci při zpracování práce. Současně děkuji celému týmu Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice a.s. za umožnění realizace výzkumu, poskytnutí cenných rad a za spolupráci při sběru dat. Dále bych ráda poděkovala panu Ing. Ondřeji Pruskovi, Ph.D. za pomoc při zpracování statistických dat.

SOUHRN

Předmětem diplomové práce bylo sledování psychických a sociálních obtíží u nemocných se zhoubnými nádory hlavy a krku. Výzkumné šetření probíhalo na klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku.

V teoretické části je kromě rozdělení nádorů v otorinolaryngologii, příznaků, diagnostiky a léčby důkladně popsáno sledování pacientů po léčbě. Součástí práce je přehled psychických a sociálních obtíží u pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku.

Výzkumná část je zaměřena na rozbor obtíží v oblasti psychické a sociální u výše jmenované skupiny respondentů za použití standardizovaných dotazníků hodnotících kvalitu života (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35).

KLÍČOVÁ SLOVA:

zhoubné nádory hlavy a krku, dispenzární péče, bio-psycho-sociální oblast, reakce na nemoc, psychika nemocných

TITLE:

Psychological and Social Difficulties of Patients with Malignant Tumors of the Head and Neck

ANNOTATION:

The subject of this diploma work was psychological and social problems of patients with malignant tumors of the head and neck. The survey took place at Department of Otorhinolaryngology and Head and Neck.

In addition to the theoretical classification of tumors in otorhinolaryngology, symptoms, diagnosis and treatment, monitoring of patients after treatment was thoroughly described. An overview of psychological and social problems of the patients with malignant tumors of the head and neck is mentioned in this work.

The research part is focused on evaluation of data from standardized globally recognized questionnaire for assessing quality of life (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35).

KEYWORDS:

malignant tumors of the head and neck, dispensary care, bio-psycho-social, reaction to illness, psychological state of the ill.

Obsah

Úvod	9
Cíl práce.....	10
I Teoretická část.....	11
1 Zhoubné nádory hlavy a krku.....	11
1.1 Rozdělení zhoubných nádorů v otorinolaryngologii.....	11
1.1.1 Výskyt.....	14
1.1.2 Etiologie, rizikové faktory.....	14
1.1.3 Diagnostické postupy.....	16
1.1.4 Léčba.....	16
1.1.4.1 Chirurgická léčba.....	16
1.1.4.2 Radioterapie.....	17
1.1.4.3 Chemoterapie.....	17
1.1.4.4 Komplikace léčby nádorů hlavy a krku.....	17
1.1.4.5 Dispenzární péče.....	19
1.1.5 Prevence.....	20
1.1.6 Prognóza.....	22
2 Psychosociální oblast.....	23
2.1 Bio-psycho-sociální přístup k nemoci a nemocnému.....	23
2.1.1 Bio-psycho-sociální jednotka.....	24
2.1.2 Pochopení nemocného.....	24
2.2 Reakce na nemoc.....	25
2.2.1 Subjektivní prožívání nemoci.....	26
2.2.2 Psychologické reakce na nádorové onemocnění.....	27
3 Náhled na problémy onkologicky nemocných.....	29
3.1 Kvalita života.....	29
3.2 Historie psychických projevů onkologických pacientů.....	30
3.3 Vliv nemoci na psychiku.....	31
3.4 Situace v péči o psychické potřeby onkologicky nemocných.....	31
3.5 Výskyt psychických symptomů a poruch v onkologii.....	32
3.6 Vliv nemoci na sociální vazby.....	33
3.7 Biopsychosociální potíže u nemocných s nádory hlavy a krku.....	34
3.8 Psychosociální a socioekonomické důsledky.....	36
II Výzkumná část.....	38
4 Výzkumné otázky a testované hypotézy.....	38
5 Metodika výzkumu.....	39
5.1 Organizace výzkumného šetření.....	39
5.2 Sběr dat.....	40
5.2.1 Dotazník – všeobecné informace.....	40
5.2.2 Standardizované dotazníky.....	41
5.2.3 Zdravotnická dokumentace.....	41
5.3 Charakteristika souboru respondentů.....	42
6 Prezentace výsledků.....	44
6.1 Otázky vztahující se k všeobecným informacím v dotazníku.....	44
6.2 Otázky vztahující se k dotazníku QLQ-C30.....	50
6.3 Otázky vztahující se k dotazníku QLQ-H&N35.....	64
6.4 Prezentace výsledků zjištěných ze zdravotnické dokumentace.....	78

6.5	Testování hypotéz	84
6.5.1	Dvouvýběrový Wilcoxonův test.....	84
6.5.2	Testovaná hypotéza 1	85
6.5.3	Analýza rozptylu	86
6.5.4	Testovaná hypotéza 2	87
	Diskuze.....	89
	Závěr	92
	Soupis bibliografických citací.....	94
	Seznam zkratk	99
	Seznam tabulek	101
	Seznam obrázků	103
	Seznam příloh.....	104
	Přílohy.....	105

Úvod

Zhoubná onemocnění hlavy a krku se v četnosti výskytu řadí na šesté místo mezi zhoubnými nádory na celém světě (Humphris a Ozakinci, 2008). Otázka léčby a následné péče je velmi aktuální zvláště z hlediska rizika mutilujících léčebných výkonů. Výzkumná šetření mapující změny a obtíže v psychické a sociální oblasti u pacientů se zhoubným onemocněním hlavy a krku za použití standardizovaných dotazníků kvality života v České republice publikovány nebyly. Proto proběhlo výzkumné šetření hodnotící kvalitu života za použití standardizovaných dotazníků (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35). Data získaná v tomto výzkumu byla podkladem pro vypracování diplomové práce, která je zaměřena na psychické a sociální obtíže u nemocných se zhoubnými nádory hlavy a krku. Do výzkumného šetření byli zapojeni všichni aktivně dispenzarizovaní pacienti, kteří byli zváni na kontroly do specializované onkologické poradny v prvních pěti letech po léčbě. Psychické a sociální obtíže, které nemocní prožívají, ovlivňují jejich kvalitu života a zároveň mají vliv i na léčbu a zvládání obtíží spojených s léčebnými postupy. Uspokojování psychosociálních potřeb po léčbě je z velké části ovlivňováno jejich osobnostními vlastnostmi a rysy před vypuknutím zhoubného onemocnění, dále jejich momentálním fyzickým stavem, rozdílnými životními zkušenostmi, odlišným systémem životních hodnot a prognózou onemocnění. Významnou úlohu zde hraje sociální prostředí (partner, rodina, přátelé atd.). K nejzávažnějším změnám pro nemocného patří bezpochyby ztráta hlasu, narušená verbální komunikace a někdy i trvalé tracheostoma, tyto změny mají vliv na oblast psychickou a socio-ekonomickou, proto je důležité se touto problematikou zabývat.

Cíl práce

Zmapování a vyhodnocení psychických a sociálních obtíží u nemocných se zhoubnými nádory hlavy a krku pomocí standardizovaných dotazníků kvality života.

Dílčí cíl 1:

- Zjistit zda potíže mluvit s ostatními lidmi byly stejné mezi pacienty s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou a bez ní. Tento dílčí cíl se týkal pouze respondentů s nádorovým onemocněním hrtanu.

Dílčí cíl 2:

- Zhodnotit vliv stádia nemoci dle TNM na psychické obtíže respondentů.

Dílčí cíl 3:

- Zjistit zda pacienty trápil jejich vzhled po ukončení léčby.

Dílčí cíl 4:

- Zhodnotit zda jsou respondenti omezeni ve své práci, nebo při výkonu každodenních činností po ukončení léčby.

I Teoretická část

1 Zhoubné nádory hlavy a krku

Jedná se o skupinu malignit tvořící 2-3% všech zhoubných nádorů v naší republice. Otázka diagnostiky, léčby a následné péče je velmi aktuální zvláště z hlediska rizika mutilujících léčebných výkonů. Podle údajů z Národního onkologického registru jsou nejčastěji hlášeny nádory laryngu a orofaryngu. Evidence zhoubných nádorových onemocnění byla v České republice zavedena již v roce 1951 (Šlampa, 2008, Nechanská a Srb, 2011, Národní onkologický registr, 2011).

1.1 Rozdělení zhoubných nádorů v otorinolaryngologii

Nádory obličejové části

Mezi nádory obličejové části se zahrnují nádory rtů a tváře, nádory dutiny ústní a jazyka.

- *Karcinom rtu*

Jedná se o nejčastější nádor v oblasti dutiny ústní. V 90% je postižen dolní ret, nejčastější výskyt je u mužů 6. a 7. dekády. Většina nádorů dolního rtu jsou dobře diferencované dlaždicobuněčné karcinomy. Bazaliomy se mohou objevit na horním rtu a na nosních křídlech. Vzniku nádoru může předcházet keratóza a leukoplakie. Začíná nenápadně jako nehojící se zduření, později krustou krytá ulcerace, mnohdy krvácející (Hybášek, 1999, Klener, 2002).

- *Karcinom dutiny ústní*

Dutina ústní obsahuje přední 2/3 jazyka, spodinu ústní, tvářové sliznice, tvrdé patro, zubní lůžka a retromolární oblasti. Výskyt zhoubných nádorů v této lokalizaci se zvyšuje po 40. roce věku častěji u mužů (poměr 3:1). Dlaždicobuněčný karcinom je nejčastěji se vyskytujícím histologickým typem. Při progresi nemoci je nejčastějším příznakem bolest, polykací obtíže a ztížená řeč (Klener, 2002, Petruželka a Konopásek, 2003).

Nádory dutiny nosní a paranazálních sinů

Nádory v této oblasti jsou vzácné, s incidencí méně než 1 případ na 100 000 obyvatel. Nádory vznikají 2krát častěji v čelistní dutině než v dutině nosní. Histologicky jsou nejčastější dlaždicobuněčné karcinomy, většinou dobře diferencované s pomalým růstem. V horní části dutiny nosní se mohou vyskytnout adenokarcinomy a esthesioneuroblastomy, v paranazálních dutinách adenokarcinomy, adenoidně cystické karcinomy a mukoepidermoidní karcinomy. Vzácné jsou odontogenní tumory, teratokarcinomy, nádory kostí, sarkomy a lymfomy. Příznaky připomínají zánětlivou sinusitidu. Objevuje se místní bolest, zduření, bolesti zubů v horní čelisti, případně i jejich uvolňování, nosní neprůchodnost nebo projevy zánětu s páchnoucí sekrecí a příměsí krve (Hybášek, 1999, Klener, 2002).

Nádory faryngu

Hltan se skládá ze tří částí: *nazofaryngu, orofaryngu a hypofaryngu*.

- *Karcinom nazofaryngu*

Strop nosohltanu tvoří tělo kosti klínové a spodinu kost týlní. Více než polovinu karcinomů nosohltanu tvoří anaplastické karcinomy. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se rozeznávají tři histologické varianty: a) diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom, b) nekeratinizující dlaždicobuněčný karcinom a c) nediferencovaný karcinom, který má značnou příměs lymfocytů, bývá nazýván lymfoepitelový nediferencovaný karcinom. Nádory nazofaryngu se často manifestují ztíženým dýcháním nosem, vleklou rýmou často s hemoragickou sekrecí, mohou být i příznaky z postižení mozkových nervů (n. V., VI., IX. až XII.).

- *Karcinom orofaryngu*

Orofarynx má 4 části: měkké patro, tonzilární oblast, baze jazyka, zadní stěna faryngu. V otorinolaryngeální (ORL) oblasti je to druhá nejčastější lokalizace zhoubných novotvarů. Nejčastěji jsou zde lokalizovány dlaždicobuněčné karcinomy. Resekce patra a kořene jazyka přináší deglutinační a artikulační potíže. Klinický obraz bývá zpočátku necharakteristický, z tohoto důvodu jsou nádory orofaryngu často diagnostikovány až ve stadiu III nebo IV, kdy se projeví polykacími obtížemi, bolestí a poruchou fonace.

- *Karcinom hypofaryngu*

Vyskytují se 12krát častěji u mužů. Nejčastější lokalizací bývá pyriformní sinus. U pokročilého nádoru jsou nejčastějšími příznaky odynofagie, dysfagie nebo otalgie, při prorůstání do laryngu chrapot (Klener, 2002, Petruželka a Konopásek, 2003)

Nádory laryngu

Je nejčastějším zhoubným nádorem v otorinolaryngologii (ORL). Vyskytují se ve třech základních formách – supraglotické, glotické a subglotické. Nejčastější je glotická lokalizace, nejméně častá je subglotická lokalizace. V 95% se jedná o dlaždicobuněčné karcinomy. V glotické oblasti dominují dobře nebo středně diferencované dlaždicobuněčné karcinomy. Méně diferencované formy se vyskytují více v supraglotické nebo subglotické lokalizaci. Verukózní karcinom je vzácnou variantou, tvoří 1-2% karcinomů hlasivek. Jedním z prvních příznaků nádoru laryngu bývá chrapot, který mohou způsobit i zcela drobné hlasivkové nádory. Nádory hrtanového vchodu působí odynofagii, u nádorů vestibulárních řas a u nádorů subglotických je častá dyspnoe se stridorem (Hybášek, 1999, Klener, 2002).

Nádory slinných žláz

Mezi nádory slinných žláz patří pouze nádory velkých slinných žláz, tj. nádory žlázy příušní, podčelistní a podjazykové. V dospělosti je 80% zhoubných nádorů lokalizováno v příušní žláze. Mezi maligními nádory převažují karcinomy, které se vyskytují pod různým histologickým obrazem:

- a) mukoepidermoidní – převážně nižšího stupně malignity,
- b) adenokarcinom,
- c) smíšené formy,
- d) adenoidně cystické – rostou pozvolna, dlouho neohraničeně,
- e) acinární karcinomy,
- f) nediferencované a dlaždicobuněčné.

Z nádorů jiné histogeneze jsou relativně časté lymfomy. Přítomnost nádoru se projeví zduřením, které je dlouho nebolestivé, zanedlouho fixované. Pronikne-li nádor příušní žlázy pouzdrem, může způsobit parézu n. VII. Někdy mohou být prvním příznakem až regionální metastázy (Hybášek, 1999, Klener, 2002).

Nádory ucha

Ze zhoubných nádorů jde v 80% o bazocelulární a z 20% spinocelulární karcinom. Ve středním uchu se vyskytuje chemodektom, mezi méně obvyklé patří karcinom. Ve vnitřním uchu je nejčastěji neurinom akustického nervu. Příznaky jsou – bolest v uchu, přetrvávající výtok nebo krvácení z ucha (Hybášek 1999, Petruželka a Konopásek, 2003).

1.1.1 Výskyt

Ročně je ve světě diagnostikováno více než půl milionu nových případů zhoubného onemocnění hlavy a krku, čímž se v četnosti výskytu řadí na šesté místo mezi zhoubnými nádory. V roce 2005 bylo v České republice hlášeno 947 nádorů hlavy a krku u mužů a 317 případů u žen. Nádory nosohltanu se u nás vyskytují velice málo na rozdíl od např. Dálného Východu, kde jsou tyto nádory nejčastější příčinou úmrtí u mladých mužů do 25 let. Riziko vzniku stoupá s věkem, většina nádorů je zachycena po 50. roce věku, s největší četností výskytu kolem 60. roku (Konopásek 2004, Salzman 2006, Humphris a Ozakinci, 2008, Pála 2010).

Karcinom hrtanu je nejčastějším zhoubným nádorem, u mužů patří mezi deset nejčastějších malignit ve světě. V České republice je jeho incidence zhruba 10 nových tumorů na 100 000 mužů ročně. Oproti minulosti se statisticky nepatrně zvyšuje výskyt karcinomu hrtanu u žen (Dušek a kol., 2005, Hanh a kol. 2007).

1.1.2 Etiologie, rizikové faktory

Na vzniku zhoubných novotvarů hlavy a krku se podílí více faktorů, se kterými přicházíme do styku při dýchání a polykání (tab. 1) (Pála, 2010).

Tab. 1 Etiologické faktory nádorů ORL a orofaciální oblasti podle primární lokalizace

	Etiologický faktor	Lokalizace
Tabákové výrobky	Kouření cigaret	Všechny lokalizace
	Kouření dýmky	Dutina ústní, ret
	Šňupání, žvýkání tabáku	Tvářová sliznice
Psychostimulancia	Betel	Dutina ústní
	Alkohol	Všechny lokalizace
Profesionální rizika	Azbest	Hrtan
	Opracování kovů	Hrtan
	Zpracování dřeva	Paranasální dutiny
	Zpracování kůže	Paranasální dutiny
	Nikl, chrom	Dutina ústní
Viry	EBV	Nosohltan
	Papiloma viry	Dutina ústní
	Herpes simplex	Dutina ústní
Dietní vlivy	Deficit vitamínu C, A a β-karotenu	Všechny lokalizace
	Plummer-Vinson syndrom	Dutina ústní, hrtan

Zdroj: Petruželka, L.; Konopásek, B. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum, 2003. s. 116.

Především kouření, zejména silní kuřáci více než 20 cigaret denně a více než 20 let. Podle šetření je v české populaci 24,5% denních kuřáků (30% mužů a 19% žen), 7,8% příležitostných kuřáků, 16,5% bývalých kuřáků a 51,1% osob, které nikdy nekouřili (Lachová, 2011). Tabakizmus je závislost na tabáku, jedná se o nemoc (je definovaná v MKN – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů), začínající nejčastěji jako závislost psychosociální. Dále konzumace koncentrovaných alkoholických nápojů je významným karcinogenem. Alkohol a tabák ovlivňují sliznici respiračního traktu, což vede k abnormalitám. Relativní riziko pro vznik karcinomu je u těžkých alkoholiků 2 až 6krát vyšší, zatímco u kuřáků je vyšší 5 až 25krát, což závisí na počtu vykouřených cigaret, pohlaví a věku. Dalšími významnými faktory jsou viry, genetické predispozice a zaměstnání. Značnou část nemocných tvoří lidé s nízkým sociálně ekonomickým standardem, s nízkou úrovní hygienických návyků a s negativním vztahem k péči o vlastní zdraví (Kostřica a kol., 2003, MKN-10, 2009).

1.1.3 Diagnostické postupy

Pečlivá anamnéza zaměřená na místní symptomatologii, celkové příznaky, profesionální rizikové faktory a sociální zvyklosti je výchozím bodem při podezření na nádor. Základními vyšetřovacími metodami jsou inspekce, palpace a endoskopické vyšetření. Endoskopie (flexibilní i rigidní) patří v současnosti do spektra standardně prováděných výkonů v ORL. Do ušní endoskopie patří otoskopie a otomikroskopie, endoskopie vedená nosem - rinoskopie, epifaryngoskopie, hypofaryngoskopie, laryngoskopie a tracheobronchoskopie. Třetím způsobem je endoskopie vedená ústy – rinoskopie retrográdní, epifaryngoskopie retrográdní, hypofaryngoskopie, laryngoskopie, mikrolaryngoskopie, tracheobronchoskopie a ezofagoskopie. Konečná diagnóza je stanovena na základně odebraného vzorku tkáně k histopatologickému vyšetření. Vyšetření počítačovou tomografií (CT) umožňuje přesné stanovení rozsahu nádorové léze. Pro topografii krčních uzlin a arteria carotis je užitečné vyšetření – nukleární magnetická rezonance (NMR). Ke zhodnocení stavu zvětšených uzlin může soužít ultrazvukové vyšetření (UZ) krku. Místo, které je vzdálenými metastázami ohroženo nejčastěji, jsou plíce. Proto by vyšetření plic pomocí rentgenového vyšetření (RTG) mělo být součástí vstupních vyšetření před zahájením léčby (Petruželka a Konopásek, 2003, Kříčková 2010, Pála, 2010).

1.1.4 Léčba

Závisí na lokalizaci a klasifikaci nádoru, komorbiditě a v neposlední řadě na rozhodnutí pacienta. Zvolená volba léčby má vliv na kvalitu života, která se zhoršuje během a bezprostředně po skončení léčby a jen pomalu se vrací k hodnotám před léčbou (Ledebøer et al., 2005).

1.1.4.1 Chirurgická léčba

Léčebné možnosti jsou uspokojivé u raných forem bez postižení uzlin a bez prorůstání do okolních struktur. U lokalizovaných nádorů T₁ a T₂ jsou chirurgické postupy většinou kurativní léčbou, alternativou může být eventuelně kurativní radioterapie, jelikož chirurgické řešení může být velice mutilující. Vyžaduje následnou plastickou rekonstrukci nebo implantaci epitéz. Při operaci se odstraňuje nádor i s bezpečnostním lemlem okolní tkáně. U rozsáhlých nádorů je provedení chirurgického výkonu problematické jak pro jeho problematickou radikalitu, tak pro těžké následné funkční a estetické důsledky (Salzman 2006, Šlampa 2008, Pála 2010).

1.1.4.2 Radioterapie

Radioterapie je společně s chirurgickou léčbou základem léčebného přístupu u většiny zhoubných nádorů ORL oblasti. Při volbě léčebného postupu hraje velmi důležitou roli faktor kvality života. Výhodou je možnost likvidace nádoru bez většího funkčního a anatomického poškození postižených tkání. Kurativní alternativu chirurgického výkonu představuje radikální radioterapie. Limitem kurativní radioterapie je stejně jako v jiných lokalizacích, její toxicita. U rizikových nemocných se uplatňuje pooperační radioterapie. Celková dávka při pooperační radioterapii je v rozmezí od 55 do 65 grayů (Gy) během 5 – 7 týdnů. (Konopásek 2004, Šlampa 2008)

1.1.4.3 Chemoterapie

Léčebný záměr chemoterapie lokálně recidivujících nebo diseminovaných karcinomů hlavy a krku je paliativní. Záměrem je zmírnění symptomů, nelze očekávat dlouhodobý léčebný výsledek. Správně zvolený chemoterapeutický režim by měl splňovat tyto požadavky:

- dostatečný léčebný účinek s možností prodloužit období bez progresu onemocnění
- minimální toxicita
- snadný, nemocného nezatěžující způsob aplikace (Klener, 2002, Konopásek, 2004).

U pokročilejších onemocnění je indikována léčba kombinovaná radioterapie a chemoterapie. Biologické vlastnosti nádorů hlavy a krku umožňují konkomitantní podání chemoterapie nebo biologických preparátů současně s ozařováním. Kombinovaná léčba zlepšuje léčebné výsledky, jak v lokální kontrole, tak i v celkovém přežití. Používá se také indukční neadjuvantní chemoterapie s cílem zmenšení nádorové masy a tak zvýšení účinnosti následného chirurgického výkonu nebo radioterapie. Při interakci radioterapie a chemoterapie se nelze vyhnout současnému zvýšení nežádoucích účinků na zdravé tkáně a tak výsledný efekt balancuje mezi zvýšením terapeutického účinku a toxicitou (Petruželka a Konopásek 2003, Šlampa 2008).

1.1.4.4 Komplikace léčby nádorů hlavy a krku

Léčba nádorů hlavy a krku je zatížena vysokou nemocností (hospitalizace, nebo jiné kontakty se zdravotnickým zařízením) a její důsledky se projeví u každého léčeného pacienta. Nejčastějšími závažnými důsledky chirurgického výkonu mohou být trvalé obtíže s příjmem a zpracováním stravy, ztráta nebo zhoršení mluvy, nutnost trvalého zajištění dýchacích cest

kanylou, závažné narušení vzhledu operovaného. Při léčebném ozařování dochází vždy nejen k ozařování samotného nádoru, ale i okolních zdravých tkání. Rozsah a tíži nežádoucích účinků ovlivňují – celková dávka záření, frakcionace záření, energie záření, technika ozařování, velikost ozařované části, celkový stav pacienta, přidružená onemocnění, stav chrupu před zahájením radioterapie, kombinace záření s dalšími léčebnými modalitami (chirurgie, chemoterapie, cílená biologická léčba). Nežádoucí účinky radioterapie se projevují ve formě časných a pozdních změn (Hynková a Doleželová, 2008, Pála, 2010).

Časné změny po radioterapii

Nastupují krátce po zahájení léčby ozařováním. Časné změny po skončení léčby postupně slábnou a u většiny pacientů dochází k jejich ústupu do tří měsíců po skončení léčby.

Mezi časné změny patří:

- orální mukositida,
- infekce (bakteriální, virové, mykotické),
- narušení funkce slinných žláz – změna schopnosti rozpoznávat chuť, xerostomie,
- ztráta hlasu,
- kožní změny – radiační dermatitida,
- otok měkkých tkání v ozařované oblasti,
- otok hrtanu,
- otitidy a konjunktivitidy,
- atrofie, nekrózy, poškození mikrovaskulatury,
- nauzea, snížená chuť k jídlu (Hynková a Doleželová, 2008, Pála, 2010).

Pozdní důsledky radioterapie

Mohou vzniknout měsíce až roky po skončení léčby, může docházet k jejich postupnému zhoršování. Těžší změny mohou negativně ovlivnit kvalitu života. Léčebně je lze ovlivnit jen omezeně.

Mezi pozdní změny patří:

- atrofie a fibróza kůže a sliznic (obtížné otvírání dutiny ústní), nekróza a vřed měkkých tkání, zvýšená pigmentace kůže,
- poruchy funkce slinných žláz – vysychání sliznic, poruchy schopnosti rozpoznávat chuť, úplná ztráta chuti, poruchy polykání,

- svalová, podkožní fibróza, trismus, osteonekróza,
- chronická infekce,
- hypofunkce štítné žlázy,
- chronický otok hrtanu,
- neurologické změny, zhoršení sluchu, šedý zákal,
- anémie,
- expozice radioterapie může vyvolat vznik nádorové onemocnění (Hynková a Doleželová, 2008, Pála, 2010).

1.1.4.5 Dispenzární péče

Je povinností všech pracovišť, která onkologickou léčbu poskytují, zajistit pro nemocné dlouhodobou a komplexní dispenzární péči. Po provedené léčbě jsou pacienti v pravidelných intervalech zváni na kontroly do specializované onkologické poradny. Účelem sledování je zachytit případnou recidivu nádoru, pomoci nemocnému zvládnout jeho obtíže vyplývající z choroby, zjistit psychosociální obtíže, projevit zájem o jeho obtíže a získat jeho důvěru. K dalším prioritám patří kontakt s příbuznými a úzká spolupráce s dalšími odborníky při nutnosti další léčby. Při každém vyšetření se kromě anamnestických dotazů provádí detailní vyšetření, s důrazem na palpační vyšetření krční krajiny, z důvodu zjištění případných metastáz a dále kompletní ORL vyšetření. Pokud má lékař podezření na recidivu nebo metastázu indikuje nejčastěji UZ, CT nebo NMR. Je-li prokázáno znovu vzplanutí zhoubného nádoru, je nutné další léčení (Mejzlík, Valentová a Škvrňáková, 2008, Pála 2010).

Zlepšení kvality života je nedílnou součástí dispenzární péče. Stav výživy je hodnocen při každé návštěvě onkologické poradny zvážením pacienta a dotazováním na subjektivní pocity změn ve stavování (poruchy polykání, nechutenství, sucho v ústech, poruchy schopnosti rozpoznávat chuť). U pacientů se posuzuje míra zvládnutí náhradního způsobu komunikace a je jim nabídnuta možnost foniatrické pomoci ve specializovaných poradnách. U pacientů, kterým zdravotní stav nedovoluje návrat do zaměstnání je nabídnuta konzultace se sociálním pracovníkem, který edukuje o možnostech sociálních dávek (Mejzlík, Valentová a Škvrňáková, 2008, vlastní zkušenost).

Intervaly sledování se prodlužují s tím, jak klesá riziko recidivy. To nejvyšší je v prvních dvou letech po ukončení léčby – v tomto časovém období je proto četnost sledování nejvyšší, 1krát za 3 měsíce a další 3 roky po šesti měsících. Následují kontroly, jsou po jednom roce. Jednou ročně je nemocný odeslán na kontrolní RTG plic. Někteří nemocní se i přes snahu zdravotnických pracovníků na pravidelné kontroly nedostavují a tak se ztratí z evidence.

Důsledkem neakceptace dispenzární péče může být recidiva (Mejzlík, Valentová a Škvrňáková, 2008, Pála 2010, vlastní zkušenost).

I když je nemocný fyzicky asymptomatický, stále se zabývá strachem a obavami, že se nemoc vrátí, a že on se bude muset znovu podrobit léčbě. Řada dispenzarizovaných při kontrolách tvrdí, že na nemoc nemyslí, že je třeba žít, ale současně vyjadřují stav napětí a nervozity před každou návštěvou nemocnice i pro rutinní kontrolu. Nejvýstižnější charakteristika tohoto stavu snad je, že by chtěli zapomenout, ale nemohou (Vodvářka, 1997, vlastní zkušenost).

1.1.5 Prevence

Primární prevence

Zaměřuje se na boj s nikotinovou a alkoholovou závislostí. Součástí je výchova ke zdravějšímu stylu života. K dietním doporučením patří dostatečný příjem ovoce a zeleniny, což může snížit riziko rozvoje nádorů dutiny ústní o 30 – 50%, dále se doporučuje zvýšit příjem antioxidantů (vitamín C a E) a omezit solení. Kvalitní péče o chrup, hygiena dutiny ústní a pravidelné návštěvy zubního lékaře. Omezit pobyt na slunci a používat pomády s ochranným faktorem. Vyloučení karcinogenních látek v zaměstnání (nikl, chrom, olovo, azbest, fluor, arzén, uhlovodíky v sazích, dehtu a průmyslových olejích) a expozici radiačního záření. Jíst vyváženou stravu s dostatkem bílkovin a vitamínů (Němeček a Vyskočil, 2005, Binarová, 2010).

Sekundární prevence

Včasná diagnostika přednádorových změn (leukoplakie, erytroplakie, dysplazie) a kvalifikovaná komplexní léčba na pracovištích, která se problematikou dlouhodobě zabývají. Systematické vyšetřování rizikových skupin populace (screening) poměrně jednoduchým testem s cílem zachytu onemocnění v časně fázi. Problém je nedostatek preventivních programů. Sekundární prevence v České republice je zaměřena na rizikové skupiny (muži nad 40 let, kuřáci se zvýšenou konzumací alkoholu), ORL vyšetření se doporučuje opakovat v intervalu 6 – 12 měsíců. Role stomatologa je v preventivních onkologických prohlídkách dutiny ústní. A role praktického lékaře je v odeslání každého pacienta k odbornému vyšetření s chronickou progredující kožní lézí, chrapotem, pocitem dyskomfortu, nebo bolestí při polykání, trvajícím déle než 3 týdny (Němeček a Vyskočil, 2005, Binarová 2010).

K sekundární prevenci patří akce Světový den hlasu, který se každoročně pořádá 16. dubna. Poprvé byla tato akce zorganizována v roce 2003, účelem je zlepšit informovanost veřejnosti o významu hlasu pro mezilidskou komunikaci a zvýšit pozornost vzhledem k hlasovým poruchám. V tento den probíhají např. přednášky, dny otevřených dveří a především preventivní vyšetření hlasu odborníkem na ORL klinice. Světový den hlasu zlepšuje péči a obecnou znalost lidí o lidském hlasu (Erbák, 2009, Štrajtová Štefková, 2009).

Terciální prevence

Klade si za cíl zachytit případný relaps nádorového onemocnění po primární léčbě a bezpříznakovém období včas. Terciální prevence je spjata se správnou dispenzarizací v onkologických poradnách a sledování nemocných je v rukou otorhinolaryngologů a dalších zdravotnických odborníků. Dispenzární lékař samozřejmě využívá více vyšetřovacích metod a spolupráce s dalšími odborníky, ale informace integruje v jeden závěr, za který nese odpovědnost a k němuž navrhuje nemocnému řešení. Stále více pacientů může dostat lepší a účinnější léčbu, čímž se zlepšuje prognóza jejich choroby i kvality života po léčbě. Také by se neměl podceňovat možný vznik dalšího maligního onemocnění, než pro který je pacient dispenzarizován. Indikátorem kvality terciální prevence je především doba celkového přežití nemocných v klinicky diagnostikovaném stadiu nemoci I – III (Dienstbier a Stáhalová, 2009, Binarová, 2010).

Kvartérní prevence

Je zaměřena na předcházení důsledků progredujícího a nevyléčitelného onemocnění, které zkracuje život nebo může ohrožovat na životě nebo na kvalitě života. Kvartérní prevence zahrnuje aplikaci analgetické léčby, aplikace stentů před vznikem úplné neprůchodnosti dutých orgánů. Podobně je třeba myslet na stabilitu skeletu a zachování mobility nemocného u kostních metastáz, ať již včas provedenou cílenou radioterapií či dokonce ortopedickými intervencemi. Je důležité myslet nejen na somatické problémy, které nemocné omezují a vyčerpávají, ale i na jejich psychický stav, jenž bývá důležitým faktorem ovlivňující spolupráci nemocných. Je třeba předvídat a včas řešit výživová opatření i sociální zázemí při omezené soběstačnosti (Vorlíček, Žaloudík a Vyzula, 2009, Binarová, 2010).

1.1.6 Prognóza

Závisí na lokalizaci primárního nádoru, místním rozsahu, stupni postižení regionálních uzlin, přítomnosti vzdálených metastáz a celkovém stavu nemocného. K dalším faktorům, které mají význam, patří stupeň diferenciacce nádoru a stupeň proliferační aktivity. Přítomnost spádových metastáz zhoršuje prognózu zhruba o 50% (Kostřica, 2003, Hanh 2007).

2 Psychosociální oblast

Pojem psychosociální poukazuje na úzkou spojitost mezi psychickými aspekty naší zkušenosti (chování, myšlenky, pocity) a širší sociální zkušeností (vztahy, kultura a tradice). U pacientů se zhoubným onemocněním můžeme zkoumat jejich psychické a sociální znaky, postoj k nemoci i následný další průběh nemoci a uzdravení (Hoskovcová 2009, Angenendt a kol., 2010).

2.1 Bio-psycho-sociální přístup k nemoci a nemocnému

Již Hippokrates na konci 5. století před Kristem doporučoval komplexní přístup k nemocným. Holismus (z řeckého holos – celek) je filozofický směr především biologický – filozofie celistvosti. Termín holismus zavedl v roce 1926 ve své knize Holismus a evoluce jihoafrický politik a generál Jan Christian Smuts. Podle něho není celek jen pouhý souhrn jednotlivých částí (Mastiliaková, 1999, 2002).

Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotlivé celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje pět součástí: biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí vede k poruše celého systému (Mastiliaková, 2002, Trachtová, Fojtová a Mastiliaková 2006).

Medicína je věda o zdraví, stavech a chorobných procesech člověka, o způsobech léčení a předcházení nemocem. Úkolem tohoto vědního oboru je chránit a zlepšovat zdraví. Moderní medicína by měla zahrnovat jak objektivní stránku nemoci (disease), kterou vyčteme z chorobopisu, tak její subjektivní stránku nemoci (illness), která je dána tím, jak pacient a jeho blízcí chorobu prožívají, subjektivně hodnotí a jak na ně dopadá. Toto celostní pojetí medicíny je dáno bio-psycho-sociálním modelem. Biologická dimenze zahrnuje anatomické, fyziologické a biochemické oblasti. Psychologická oblast je dána psychickými dispozicemi a reakcemi člověka. Sociální dimenze pak zahrnuje sociální a kulturní vlivy, které utvářejí reakci jedince. Jednotlivé dimenze se vzájemně ovlivňují a modelují. Člověk je chápán jako jejich jednota. Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Holistický přístup k člověku začaly sestry v klinické praxi prosazovat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, bytostí holistickou – bio-psycho-sociální (Mastiliaková, 1999, Trachtová, Fojtová a Mastiliaková 2006, Janáčková 2008).

U zdravého člověka jsou všechny složky vyvážené a lze říci, že si tuto skutečnost člověk neuvědomuje, stejně jako si obvykle neuvědomuje zdraví. Když člověk onemocní, dojde k vychýlení rovnováhy těla. Rozladění organismu je tím intenzivnější a závažnější, čím je vážnější onemocnění, čím déle trvá, a jak velké potíže přináší. U vážně nemocných dojde k odhalení charakteristik, které byly až dosud zdánlivě skryté. Je důležité usilovat o obnovení porušené jednoty těla. Je nutné pochopit, čemu člověk věří, jakým způsobem uvažuje a v neposlední řadě je velmi důležité pochopit nový vztah nemocného s rodinou, přáteli, okolím a společností. Jde tedy o problém bio-psycho-sociální (Vodvářka, 1997, Krivohlavý 2002).

2.1.1 Bio-psycho-sociální jednotka

Při narušení zdraví, při negativních změnách zdravotního stavu jedince dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role, která je pro člověka velmi nepříjemnou. Průběh nemoci je mnohdy značně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, nadějemi, obavami, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, pracoviště, školy i zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Každý člověk prožívá onemocnění zcela odlišně podle individuálních znaků své osobnosti i podle sociální situace, v níž se právě nachází. Abychom nemocnému dobře porozuměli a mohli ho dobře ošetřit, musíme ho brát jako celek: organismus a současně jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. Nedbá-li se komplexně o biologickou, společenskou i psychickou stránku nemocného, je narušen jeho vztah k lékařům, sestřám a k ostatním členům zdravotnického personálu. Pacient může pociťovat, že se s ním zachází jako s věcí, bez ohledu na to, co ho trápí a co by si přál, může se cítit se svými starostmi opuštěný a bezbranný. Může upadat do deprese, nebo být agresivní ke zdravotnickému personálu i k spolupacientům (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2004, Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

2.1.2 Pochopení nemocného

Každé onemocnění působí na člověka nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy i některé rysy osobnosti. Na prvním místě je nutné chápat nemocného jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, to se shoduje s humánním vztahem člověka k člověku a profesionální etikou lékařů, sester i dalších členů

zdravotnického týmu (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2004, Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

WHO zdůrazňuje, že hlavní profesionální charakteristikou lékaře je umění naslouchat nemocnému a umožnit mu vyslovit své potíže a problémy. Na dalším místě je důraz kladen na lékařovo umění navazovat kontakt s nemocným, mluvit s ním a na následujícím místě se požadují dokonalé profesní odborné vědomosti. To stejné platí i pro práci sester a ostatních zdravotnických pracovníků. Psychologický přístup k pacientovi znamená především přístup přemýšlivý, kdy zdravotník dokáže brát ve své práci s pacientem v úvahu všechny další působící souvislosti včetně psychologických a sociálních. Je nutné, aby všichni, kteří do pravidelného kontaktu s nemocnými přicházejí, byli kromě odborných znalostí připraveni zvládnout i širokou oblast psychologie nemocných, empatie, komunikačních dovedností a psychohygieny (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2004, Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

2.2 Reakce na nemoc

Reakce člověka na nemoc a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné, individuálně odlišné. V době nemoci nastává nová životní situace, která klade zvýšené nároky na adaptaci. Zhoubné onemocnění vyvolává na prvním místě strach z nemoci, umírání, smrti, bolesti, nesoběstačnosti, změny životního stylu a z redukce pohybu. Zároveň se zvyšují nároky na rodinu nemocného. Především rodina může, ale také nemusí vytvářet bezpečné zázemí a podporu. Změny přináší léčba, kontakt se zdravotnickým prostředím, personálem a s dalšími pacienty. To vše vede u pacientů k obavám a může vyvolávat nejistotu a obavy z budoucnosti. Při maladaptaci se může objevit strach, bezmoc, deprese, pocit ztráty kontroly, stud, pocit viny, neklid, hostilita, poruchy chování nebo nedostatek spolupráce (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, Praško a kol., 2010).

Onemocnění lze posuzovat ze 4 aspektů:

1. Somatický – příznaky onemocnění, které jsou pro zhoubné onemocnění hlavy a krku typické.
2. Psychický – souhrn emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejícími s nemocí, jejich hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného.
3. Sociální – dán společenským hodnocením nemoci a z toho vyplývajících postojů, očekávání od chování druhých a jejich reakcí.

4. Spirituální – chápání nemoci je ovlivněno mírou uvědomění vlastních spirituálních potřeb (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, Praško a kol., 2010).

2.2.1 Subjektivní prožívání nemoci

Každý člověk se s náročnou situací, kterou je nemoc, vyrovnává jinak. Jejich myšlenky jsou zaplněny strachem, obavami a celou řadou sociálních a jiných dopadů nemoci. Nemoc člověka činí závislým, ocitá se najednou v relativní sociální izolaci, v neznámém prostředí, jeho zájmy jsou potlačeny, ztrácí vliv nad psychickým i fyzickým stavem. To co člověk prožívá v průběhu nemoci, je závislé na mnoha faktorech. Měl by být zohledněn jeho:

1. Věk

dospělý – je schopen uchopit nemoc racionálně – má schopnost posuzovat nemoc jako přirozenou součást života – snaží se o rychlé vyléčení

starý člověk – převládá citová složka – bojí se sociálního dopadu, závislosti na někom, osamělosti.

2. Zdravotní uvědomění

jak si člověk svého zdraví váží, jak posuzuje své zdravotní problémy, zda vyhledává odbornou pomoc a zda se snaží spolupracovat na vyléčení.

3. Typ osobnosti

vliv má typ osobnosti před onemocněním, extrovertní osobnosti se často lépe vyrovnávají s nemocí, jsou schopni o svých problémech mluvit a využívat pomoc druhých, u lidí citlivějších na vnější podněty se zvyšuje jejich přecitlivělost v nemoci.

4. Intelligence

schopnost přijímat a správně chápat důležité informace k léčbě.

5. Typ onemocnění

nemoc akutní x chronická,

vyléčitelná x nevléčitelná atd.

6. Typ léčby

konzervativní x alternativní

operativní – doprovází nelibé projevy – strach, bolest, nejistota, obava z narkózy, závislosti, z operačního nálezu, strach ze smrti.

7. Prostředí léčení

hospitalizace – ztížená adaptace na nemoc, změna režimu dne, odloučení od blízkých domácí prostředí – ve většině případů je více příjemné.

8. Sociální léčení

profesionální vystupování zdravotnického personálu, další pacienti i rodinné zázemí.

9. Osobní zkušenost (Janáčková, 2008, Hoskovicová, 2009).

2.2.2 Psychologické reakce na nádorové onemocnění

Zcela určitě platí, že psychická zátěž spojená s diagnózou a průběhem onemocnění, způsobující obrovskou nejistotu a strach, výrazně ovlivňuje průběh onemocnění (tab. 2) (Praško a kol., 2010).

Tab. 2 Psychika nádorového onemocnění

Období		Normální, adaptivní reakce	Abnormální, maladaptivní reakce
Prediagnostické		Zabývání se možností onkologického onemocnění.	Zvýšené sledování, nepřiměřená očekávání, rozvoj příznaků bez přítomnosti objektivního nálezu.
Stanovení diagnózy		Šok, neuvěření, počáteční částečné popření, mírný hněv, hostilita a vztahovačné pocity, úzkost, depresivní nálady.	Úplné popření, odmítání léčby založené na přesvědčení, že smrt je nevyhnutelná, hněv, hostilita, vztahovačnost narušující vztahy, deprese, hledání alternativní léčby.
Počáteční léčebné	Chirurgie	Strach z bolesti, anestezie, smrti.	Odmítání chirurgického řešení, nebo jeho odkládání, hledání nechirurgických alternativ, pooperační reaktivní deprese.
	Radioterapie	Strach z paprsků a z nežádoucích účinků, strach z opuštění.	Halucinace a bludy.
	Chemoterapie	Strach z nežádoucích účinků, úzkost, mírná deprese, změna tělesného schématu, izolace.	Těžká izolace, delirium.
Po léčbě		Návrat k normálnímu životu, strach z rekurence, poléčebná úzkost a deprese.	Těžká poléčebná úzkost a deprese.
Rekurence		Šok, neuvěření, počáteční částečné popření, hněv, hostilita, vztahovačné	Těžká reaktivní deprese s nespavostí, anorexií, neklidem, úzkostí

		pocity, úzkost, depresivní nálady.	a iritabilitou.
Progrese nemoci		Hledání nových informací, jiných odborníků, alternativní léčby.	Deprese.
Terminální/paliativní		Strach z opuštění, z bolesti, z neznáma, ze ztráty jistoty a kontinuity, osobní smutnění s očekáváním smrti a stupněm akceptace.	Deprese, akutní delirium.

Zdroj: PRAŠKO, J. a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 340 - 341.

Konzultace: psychiatr MUDr. Oto Markovič

3 Náhled na problémy onkologicky nemocných

3.1 Kvalita života

Tento termín byl poprvé v historii uveden již ve 20. letech minulého století s úvahami o ekonomickém vývoji a povinnostech státu v oblasti materiální podpory chudých lidí (Hnilicová a Bencko, 2005). Kvalita života se objevuje v názvu vědecké práce poprvé v roce 1975. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emocionální prožívání vlastního života, které se socioekonomickou situací ani s biologickým zdravím nemusí být v přímé úměře. Problematika kvality života v ošetrovatelství zaznamenává nárůst zájmu v průběhu posledních tří desetiletí. Podobně jako v jiných vědeckých oborech zabývajících se kvalitou života, zaznamenáváme různorodost přístupů a definic, které se snaží zachytit lidskou zkušenost vyjádřenou tímto konceptem. V úvodu ošetrovatelských prací, zabývajících se definováním kvality života se standardně setkáváme s konstatováním, že kvalita života představuje těžko uchopitelný pojem právě pro jeho komplexnost a multidimenzionálnost (Hnilicová a Bencko, 2005, Gurková, 2011).

Koncept kvality života získal v ošetrovatelství nezastupitelnou specifickou pozici. Tento koncept úzce souvisí s dalšími pojmy, se kterými pracuje ošetrovatelství – lidské potřeby, zdraví, pohoda, sebed péče, denní aktivity i existencionální rozměr lidského života. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, kdy naplnění základních fyziologických potřeb je dispozicí aktualizace a uspokojování potřeb vyšších. V kvalitě života jedince obvykle sledujeme, jaký dopad má onemocnění na fyzický, psychický a sociální stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Kvalita života zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost příznaků či léčby, ale v celostním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, ekonomické a náboženské aspekty. Kvalitu života ovlivňuje také pohlaví, věk, polymorbidita, preferované hodnoty, rodinná a ekonomická situace, vzdělání, náboženství, kultura atd. (Slováček a kol., 2004, Gurková, 2011).

Hodnotit kvalitu života lze na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení nemocného. To jak sám vnímá vlastní zdraví včetně schopnosti svého sebeuplatnění v rodinném, pracovním a sociálním prostředí. K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem. Dotazníky k zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy – generické (obecné) a specifické. Některé

literární prameny uvádějí i třetí typ dotazníků tzv. standardizované behaviour testy, zjišťující funkce fyzické a kognitivní. (Slováček a kol., 2004).

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného, bez ohledu na konkrétní nemoc, jsou použitelné u jakýchkoliv skupin populace. Nejznámější generický dotazník je Kamofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Quality of Life Assessment atd.

Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější. Pro příklad lze uvést, pro nemocné s nádorovým onemocněním Euro-pean Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), nebo pro nemocné v terminálním stadiu onemocnění Missoula – Vitas Quality of Life Index V-25 (MVQOLI: 25 Item Version) (Slováček a kol., 2004).

Z hlediska zdravotnictví mají praktický dopad ve snaze o změnu přístupu k péči o nemocné, zhodnocení efektu léčby v závislosti na kvalitě života a v rozvoji preventivních snah v oblastech medicíny (Hnilicová a Bencko, 2005).

3.2 Historie psychických projevů onkologických pacientů

Lékaři v minulosti dobře znali psychické projevy jako je neklid, skleslost, pláč, odevzdanost, dokonce vyloučení nemocných za společností. Některé tyto projevy dokázaly mírnit léky, sociálními otázkami se ale nezabývali.

Až po II. světové válce se začal rozvíjet zájem o hlubší studium psychických projevů u pacientů s nádorovými onemocněními. Určitě k tomu přispěly nové poznatky o zákonitostech psychických jevů u jedinců v ohrožení života, úspěšný výzkum nových a rozvoj technologických léčebných možností. Rádi bychom zmínili jména dvou psychiatriček, které naprosto zásadně posunuly hranice vědění a chápání onkologicky nemocných (Janáčková, 2008, Kalvodová a kol., 2010).

Elisabeth Kübler-Ross

Švýcarská psychiatrička, která se zabývala psychikou těžce nemocných a umírajících pacientů. Model Elisabeth Kübler-Ross na základě rozhovorů s umírajícími na nádorová onemocnění popsala pět fází procesu umírání.

1. fáze šoku – popírání, odmítání a negace smrti.
2. fáze zloby – vzpoury, vzteku, zášť.
3. fáze uklidnění a smlouvání, vyjednávání, snaha smlouvat se životem.

4. fáze deprese, smutku, projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí.

5. fáze smíření se smrtí a odevzdaností, přijetí vyjádřené souhlasem s neměnným děním.

Tyto fáze se vzájemně překrývají, trvají různě dlouhou dobu a mohou probíhat paralelně. Také se nemusí vyskytnout vůbec (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, Janáčková, 2008).

Jimmie C. Holland

Byla zakladatelkou mezinárodní organizace, která zastřešuje odborníky z oboru psychoonkologie, sociální pracovníky a další, kteří pracují v onkologických centrech mnoha zemí. International Psycho-Oncology Society (<http://www.ipos-society.org/>), vznikla v roce 1984 a stala se uznávanou institucí v oblasti výzkumu psychiky a sociálních potřeb onkologických pacientů (Kalvodová a kol., 2010).

3.3 Vliv nemoci na psychiku

Onemocní-li tělo, začne strádat i duše, dokonce se první příznaky začínající nemoci mohou objevit ve změně duševního stavu jedince dříve, než nemoc vypukne. Často si onkologičtí pacienti až v průběhu léčby vzpomenou, že nějakou dobu před onemocněním cítili únavu, stavy úzkosti bez zjevných příčin, či skleslost. Přisuzovali je ale více objektivním příčinám: přepracovanosti, zvládnání problémů v rodině, odchodu dětí, nebo vyrovnávání se se ztrátou po ovdovění. Síla lidské psychiky je nesmírná, člověk dokáže dlouhou dobu čelit často velice nepříznivým životním situacím a nemusí si všimnout, že jeho fyzická síla se vytrácí, slábne. Nakonec musí sáhnout do rezervního fondu v okamžiku, kdy mu lékař sděluje, aby byl silný a statečný, aby mohl bojovat se zákeřným onemocněním.

Psychické projevy nemoci stejného rozsahu se u jednotlivých pacientů mohou zásadně lišit. Kromě tělesných příznaků vyplývajících z podstaty onemocnění modifikuje projevy nemoci emoční odpověď pacienta a jeho chování (Kalvodová a kol., 2010, Praško a kol., 2010).

3.4 Situace v péči o psychické potřeby onkologicky nemocných

Za posledních 20 let došlo v našem státě k výrazným změnám v psychoonkologii. Především v posledních letech se soustředěním péče o onkologické pacienty do center komplexní onkologické péče. Součástí služeb, které centra poskytují, jsou i kliničtí psychologové se zaměřením na psychoonkologii. Na pomoc pacientům a jejich rodinám

pracuje i poradna, která je často navštěvována uživateli internetu (www.linkos.cz). Lékaři v kterémkoliv centru komplexní onkologické péče mají možnost žádat lékaře – psychiatry o odborná konzilia při stanovení diagnózy, rozsahu psychopatologie a medikace psychofarmaky u onkologických pacientů (Nezu a kol., 2004, Kalvodová a kol., 2010).

3.5 Výskyt psychických symptomů a poruch v onkologii

Každý pacient se v době léčby může dostat do stavu deprese, úzkosti, stresu, patologického smutku, po uzdravení do posttraumatické stresové poruchy. Zhoubná onemocnění hlavy a krku znamenají zásadní změnu v lidském životě v tělesné i duševní oblasti. Nemocný je postaven před těžký úkol vyrovnávat se s mnoha změnami a adaptovat se na nové situace, stává se závislým na pomoci druhých, přestává být schopen se o sebe postarat a jeho aktivity jsou omezené. Střídají se především emoce hněvu, deprese a úzkosti. Kohda a kol. (2005) uvádí, že 66,4% pacientů s nádory hlavy a krku se setkalo alespoň s jednou s psychiatrických diagnóz. Kohda a kol. (2005) dále uvádějí, že depresivní symptomy u těchto pacientů trvaly až 4 týdny po ukončení léčby zářením. Ledebøer et al. (2005) se zmiňuje, že úzkost je nejvyšší při diagnostice onkologického onemocnění a deprese během léčby (Nezu a kol., 2004, Sláma a kol., 2007, Kalvodová a kol., 2010).

Deprese

Tato psychická porucha se vyznačuje smutnou náladou, skleslostí, ztrátou energie, sociální izolací neschopností radovat se, unavitelností, zhoršenou možností soustředit se, sníženým sebevědomím a sebedůvěrou. V depresi má pacient pocit bezmocnosti, viny, úzkosti, trpí psychomotorickým neklidem, nebo naopak útlumem. Doprovodnými tělesnými příznaky je nespavost, nebo naopak spavost (Nezu a kol., 2004, Sláma a kol., 2007, Kalvodová a kol., 2010).

Anticipační (předjímaná) deprese

Je to žal, který nastane v situaci očekávání hrozící ztráty. Jedná se o soubor kognitivních, emočních, sociálních a kulturních reakcí na očekávanou ztrátu, smrt, kterou pociťuje pacient, ale především jeho blízcí (Nezu a kol., 2004, Kalvodová a kol., 2010).

Úzkost

Pacient cítí neurčité ohrožení, napětí, vnitřní neklid. Další příznaky vycházejí z osobnostní struktury a může to být buď psychomotorická agitovanost, nebo psychomotorický útlum. Důležitými symptomy jsou nespavost, průjem, tachykardie, tachypnoe, zvýšená potivost, ztráta potence, anorexie, hyperglykemie a napětí. Pacient v úzkostném stavu obvykle méně

mluví. Mnohdy se vyhýbají přímému očnímu kontaktu. Není ale vzácností zrychlená mluva nebo potřeba mluvit jako projev úzkosti. Mnoha lidem přináší mluvení úlevu od napětí. Nejběžnější forma úzkosti mezi pacienty se zhoubným onemocněním je reaktivní povahy – může ji vyvolat samotná diagnóza, bolest, celkový zdravotní stav, vedlejší účinky léků nebo související psychosociální problémy (Nezu a kol., 2004, Sláma a kol., 2007, Kalvodová a kol., 2010).

Stres

První stres nastupuje s prvními symptomy a s prvním podezřením. Časový úsek ještě před operací, v době vyjasňování diagnózy bývá prožíván jako nejvíce zatěžující a stresující moment. Sám operativní zákrok je rovněž prožíván jako velmi zátěžový mimo jiné i z důvodu dalšího upřesnění diagnózy. Proces adaptace tím ale ještě není u konce, pokračuje dlouhou dobu po zákroku a představuje dlouhodobý problém, nejen pro pacienta samotného, ale i pro rodinu a další příbuzné. Pokud léčba vyžaduje delší absenci, mohou být tito lidé propuštěni ze zaměstnání, což způsobuje další stres. Někdy může onkologické onemocnění a jeho léčba lidem bránit pokračovat v profesní dráze (Nezu a kol., 2003, Tschuschke, 2004).

Posttraumatická stresová porucha

Po zvládnutí nemoci, jejíž léčba je extrémně zatěžující tělesně i duševně, vychází uzdravený jedinec do života, ve kterém si sebou ponese prodělané psychické trauma, jako trvalou památku na období, kdy bojoval o život. Posttraumatická stresová porucha vzniká po náhlých otřesných, osobní integritu omezujících, nebo život ohrožujících událostech. Zejména strach z návratu nemoci je pro pacienty jedna z velkých obav (Tschuschke, 2004, Pidrman, 2007, Kalvodová a kol., 2010).

3.6 Vliv nemoci na sociální vazby

V okamžiku, kdy člověk onemocní a ocitne se na nemocničním lůžku, doprovázejí jej tam i všechny pro něj důležité vzpomínky, věci, zážitky, ale především myšlenky na domov a jeho milované, na ty osoby, které bezpečně patří do jeho života. Jsou pro něj oporou, která je spojuje se světem tam venku, tam doma, tam kde nejsou nemoci. Pozitivní následky nádorového onemocnění mohou mít vliv na vznik silnějších vazeb a celkově větší spokojenost v rodině, ale to si lidé uvědomují až s odstupem času po skončené léčbě.

Zkušený zdravotník, dokáže odhadnout, je-li pacient se svými blízkými v dobrých vztazích nebo je to v jeho rodině s mezilidskými vztahy špatné, aniž by se na to zeptal. Budeme-li brát příklad soudržné rodiny, pak takový zásah do jejich života, jakým je onemocnění klíčového

člena, je velice náročnou situací pro rodinu. Z psychologického hlediska je krizová situace členů rodiny prověřkou vztahů a vazeb, jasně ukazuje na hierarchii osob a postavení pacienta v síti rodinných vztahů. Může se objevit někdo, s kým ostatní nepočítali, může se stát hlavní oporou rodiny. Nedílnou součástí onkologických center by měla být i snadná dostupnost sociální péče (Tschuschke, 2004, Kalvodová a kol., 2010).

Sociální opora

Rozumíme tím člověka, který na postiženého jedince příznivě působí, případně uspokojuje jeho sociální požadavky, jako jsou potřeba jistoty, náklonnosti, souhlasu a sociální interakce. Většina rodinných příslušníků se bohužel těžkým tématům vyhýbá a to především v době, kdy by pacient potřeboval pomoci. Přijetí možnosti, že se jedná o nemoc, která může zkrátit život, sebou přináší příležitost k přehodnocení životních priorit. Vyjdeme-li z literatury, ve které se uvádí, že vědomí sociální opory má pro pacienta mnoho pozitivních důsledků, mohou izolace nebo odcizení sami o sobě způsobovat problémy. Ne každý má to štěstí, že má rodinu nebo přátele, na které se může v době krize spolehnout. Jestliže se příbuzní a přátelé nesnaží být oporou, mohou pacienti prožívat pocity odmítnutí nebo tísně (Nezu a kol., 2004, Tschuschke, 2004).

Druhy sociální opory:

J. House (1981) rozlišil 4 složky obsahu sociální opory:

1. Emocionální – poskytování důležitých emocí – např. lásky, empatie, víry.
2. Hodnotící – hodnocení komunikace, významné pro sebehodnocení.
3. Informační oporu – zprostředkování informací, rad, které pomáhají vyrovnat se s osobními problémy.
4. Instrumentální opora, je především, poskytování materiální a finanční pomoci (Křivohlavý, 2001, Kebza, 2005).

3.7 Biopsychosociální potíže u nemocných s nádory hlavy a krku

Tyto nádory jsou většinou dobře viditelné a mívají deformující povahu. Tato skutečnost vede u pacientů ke snaze se sociálně izolovat. Samotné onemocnění nebo terapeutické zákroky mohou vést ke zhoršené verbální komunikaci, suchosti v ústech i při polykání a nutnosti stálého zapíjení přijímané potravy, změně vzhledu v oblasti obličeje a krku, sociální interakci a k snížené sebeúctě. Dle výzkumu zabývající se kvalitou života u onkologicky nemocných po totální laryngektomii, který probíhal od roku 2004 do května

2007, vyplývá, že po zvládnutí akutní fáze onemocnění a uspokojení základních potřeb se u pacienta dostávají do popředí vyšší potřeby. K těm patří sebeúcta, nezávislost, potřeba realizovat své schopnosti, dovednosti a udržení určitého statutu v rámci sociálních skupin. Pocity beznaděje a bezmocnosti jsou u většiny pacientů dočasné. Pacienti s onkologickým onemocněním hrtanu tvoří specifický soubor nemocných, kde je vysoký výskyt závislosti na alkoholu a kouření, což obojí může komplikovat léčbu. Tumory v této oblasti se často vyskytují u osamělých mužů, neschopných se o sebe postarat, nerespektujících doporučení, často závislých na alkoholu, tím stoupá riziko suicida. Skutečný výskyt je pravděpodobně podceněn proto, že členové pacientovy rodiny nebývají ochotni oznámit smrt sebevraždou (Nezu a kol., 2004, Ledebøer et al., 2005, Škvrňáková, Valentová a Mejzlík, 2008, Angenendt a kol., 2010).

Terapie často způsobuje mucositidu, bolestem, dysfagii a suchosti v ústech, což vede k obtížím s přijímáním potravy. Při odstranění hrtanu pro zhoubný nádor může být nezbytná tracheostomie a užívání kanyly. Pacienti si musí osvojit náhradní způsob komunikace jícnový hlas nebo používání elektrolarynxu. Nemocní odkázáni na trvalé nošení tracheální kanyly jsou podle závažnosti své lékařské diagnózy omezeni ve své fyzické pracovní i sociální aktivitě. V důsledku změn v celkovém vzezření člověka, chirurgicky vytvořeného umělého otvoru může nabýt na důležitosti otázka vlastního fyzického vzhledu. Dále mohou mít pacienti strach z návratu onemocnění, i když mají dobrou prognózu při včasném zachytu onemocnění (Nezu a kol., 2004, Škvrňáková, Valentová a Mejzlík, 2008, Angenendt a kol., 2010, Praško a kol., 2010).

Coping

Slovo, které nelze jednoduše přeložit. Coping with cancer znamená překovat zhoubné onemocnění a žít s ním, adaptovat se, ale ne pouze tím, že svůj stav přijmou, ale tím, že jej překonají. Jedná se tedy o adaptaci v těžkých životních podmínkách, při níž nemocný, jeho rodina a zdravotníci používají nejrůznější prostředky, aby se vyrovnali s psychologickými hrozbami, které zhoubné onemocnění způsobuje (Vodvářka, 1997, Nezu a kol., 2004).

3.8 Psychosociální a socioekonomické důsledky

I když je u pacientů se zhoubným onemocněním možné dobře pečovat o jejich rozsáhlé léčebné potřeby, často se přehlíží jejich potřeby psychosociální. Protože zhoubné onemocnění vyvolává mnoho stresu a může vést k závažnému omezení kvality života, může se téměř každá stránka života člověka změnit. Je nepochybné, že ne každý člověk s diagnostikovaným onkologickým onemocněním se setká s celým spektrem problémů, většina pacientů však závažné potíže udává. Tyto problémy mohou být povahy intrapersonální, sociální nebo se jedná o problémy pacienta ve vztahu s jeho okolím. Žít se zhoubným onemocněním vyžaduje značnou přizpůsobivost změnám. Pacienti, kteří mají značné obavy s návratu nemoci, mohou i několikrát denně prohlížet svá ústa, krk atd. v zrcadle (Nezu a kol., 2004, Tschuschke, 2004, Humphris a Ozakinci, 2008).

Významné psychosociální přizpůsobení mohou vyžadovat například biologické změny, které se dotýkají fyzického vzhledu, hormonální aktivity i celkového zdravotního stavu. Tyto změny mohou negativně ovlivnit duševní zdraví, celkově tělesnou a duševní pohodu i sexuální život. Léčba a rekonvalescence může vyžadovat jisté změny chování. Pacientům je doporučováno, aby přestali kouřit a konzumovat alkohol. Mohou být pozměněny stravovací návyky i životospráva pacientů. Aby byla zvýšena efektivita léčebných postupů a snížilo se riziko negativních dopadů léčby, může lékař doporučit změny chování např. zvýšenou pozornost věnovat dentální hygieně (Nezu a kol., 2004, Tschuschke, 2004).

Zvládání některých požadavků okolního prostředí, stejně jako každodenních úkolů a povinností může znamenat závislost na ostatních. Rodině nebo přátelům může navíc po určitém čase taková zátěž způsobovat problémy. V době kdy se již pacienti neléčí nebo nevypadají „nemocně“, ostatní nerealisticky očekávají, že budou okamžitě zvládat určité aktivity stejně jako před diagnózou. Manželky nebo manželé, partneři nebo přátelé mohou mít méně pochopení pro pacientův úbytek energie, ztrátu zájmu o činnosti, které předtím dělal rád a změny v zájmu o sex (Nezu a kol., 2004, Tschuschke, 2004).

V socioekonomické oblasti, vzhledem k náročnosti a dlouhodobosti léčení se předpokládá několikaměsíční až několikoroční dočasná pracovní neschopnost. Komplexní zhodnocení pracovní schopnosti lze tedy spolehlivě provést zpravidla 6 měsíců po ukončení onkologické léčby, a to ve vztahu ke schopnosti vykonávat dosavadní zaměstnání nebo jiné, zdravotně vhodné zaměstnání (Ministerstvo práce a sociální věci, 2010, 2011).

Závažné onemocnění s celou řadou obtíží vede k omezení výkonu povolání na dlouhou dobu a zvýšení ekonomické zátěže pacienta a jeho rodiny (invalidní důchod, dojíždění na

kontroly v rámci dispenzární péče, spoluúčast na hrazení zdravotnického materiálu, zvýšené požadavky na stravování atd.). Současné poznatky odborníků v onkologii, které byly implementovány do vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, považují za dobu postačující ke stabilizaci zdravotního stavu zpravidla 6 měsíců. Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35% a nedosáhl věku 65 let. Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se vychází z funkčního postižení, na kterém se podílí jak nádorová nemoc, tak onkologická terapie. Dopad na pracovní schopnost mají nejen funkční postižení následkem maligní choroby, ale také nežádoucí účinky onkologické terapie. Při posuzování poklesu pracovní schopnosti se na pojištěnce s lokalizovaným nádorem (stádium I, II, III) nahlíží jako na potenciálně vyléčitelné a hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se odvíjí od výsledku léčby, klinického obrazu, rozsahu a tíže funkčního postižení. U diseminovaných nádorů (stádium IV), které lze považovat za zvláště těžké funkční postižení, může být postižení potenciálně reverzibilní u vyléčitelných nádorů. Zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěnců posuzují okresní správy sociálního zabezpečení, resp. Pražská správa sociálního zabezpečení, přičemž za tím účelem posuzují i invaliditu a změnu stupně invalidity. Nárok na vyplácený invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let, a tímto dnem zároveň vzniká nárok na starobní důchod (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010, 2011).

II Výzkumná část

Cílem práce bylo zjistit psychické a sociální obtíže u nemocných se zhoubnými nádory hrtanu a slinných žláz pomocí standardizovaných dotazníků kvality života.

4 Výzkumné otázky a testované hypotézy

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli 1:

- Činilo vám potíže mluvit s ostatními lidmi během minulého týdne?
- Měli respondenti s trvalou tracheostomickou kanylou zhoršenou komunikaci?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli 2:

- Cítili naši respondenti napětí, obavy, podráždění, deprimaci po ukončení léčby?
- Jaké je zastoupení respondentů dle TNM?
- Mělo nádorové stádium dle TNM vliv na psychické obtíže?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli 3:

- Trápil pacienty jejich vzhled po ukončení léčby?

Výzkumné otázky vztahující se k dílčímu cíli 4:

- Byli respondenti po ukončení léčby omezení ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?

Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumným otázkám 1:

- H_0 : Potíže mluvit s ostatními lidmi byly stejné mezi pacienty s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou a bez ní.
- H_A : Potíže mluvit s ostatními lidmi nebyly stejné mezi pacienty s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou a bez ní.

Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumným otázkám 2 :

- H_0 : Stádium nemoci dle TNM nemělo vliv na psychické obtíže respondentů.
- H_A : Stádium nemoci dle TNM mělo vliv na psychické obtíže respondentů.

5 Metodika výzkumu

V diplomové práci jsme se zabývali rozdělením zhoubných nádorů v ORL, velký důraz byl kladen na oblast psychosociální a problémy onkologicky nemocných. Ve výzkumné části byly hodnoceny biologické, psychické a sociální obtíže dispenzarizovaných pacientů a otestovali jsme dvě hypotézy vztahující se k psychosociálním obtížím.

Ve výzkumném šetření byl výběr respondentů záměrný. Účastnili se ho aktivně dispenzarizovaní nemocní ORL kliniky se zhoubným onemocněním hrtanu a slinných žláz, tedy nemocní, kteří byli zváni na kontroly do specializované onkologické poradny v pravidelných intervalech dle standardu onkologické poradny. Sběr dat probíhal od ledna do prosince 2011. Celkem bylo osloveno 124 respondentů, šetření absolvovalo 113, 11 bylo vyřazeno z důvodu recidivy onemocnění, špatného zdravotního stavu, nebo úmrtí. Nikdo z respondentů výzkumné šetření neodmítl.

Pro sběr dat byly využity standardizované dotazníky hodnotící kvalitu života, informace byly doplněny nestandardizovaným dotazníkem a daty, které jsme získali ze zdravotnické dokumentace. Dotazník respondenti vyplňovali při každé dispenzární kontrole. Data byla zadána a zpracována v programu Microsoft Office Exel 2007. Zdrojová data jsou součástí diplomové práce na CD. I když se jednalo o standardizované testy, neexistuje pro ně standardizovaný způsob hodnocení, aby výsledky z České republiky mohly být porovnány se zahraničními výzkumy. Všechny otázky byly hodnoceny a vyjádřeny v absolutních a relativních četnostech. V testovaných hypotézách jsme se zaměřili na oblast psychosociální. Vzhledem k povaze statistických dat byl pro statistické vyhodnocení testované hypotézy 1 zvolen obecnější neparametrický dvojitý Wilcoxonův test, pomocí kterého bylo možno zhodnotit, zda problémy s komunikací byly stejné mezi pacienty s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou a bez ní. Pro testování druhé hypotézy jsme použili analýzu rozptylu, která nám umožnila zhodnotit, zda u naší skupiny respondentů mělo klinické stádium nádorového onemocnění vliv na psychické obtíže. Pro vyjádření výsledků jednotlivých otázek jsme použili tabulky a grafy.

5.1 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od 7. ledna roku 2011 do 16. prosince roku 2011. Bylo podpořeno projektem studentské grantové soutěže Interní grantové agentury Univerzity Pardubice č. SG710006. Jeho zahájení předcházelo schválení žádosti o provádění výzkumu

etickou komisí zdravotnického zařízení. Pacienti byli nejprve ústně informováni o záměru výzkumu, anonymním zpracování dat a na první otázce bylo vysvětleno vyplnění dotazníku. Všichni nemocní podepisovali informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření, kde získali informace o cíli, průběhu studie a o ochraně osobních dat v písemné podobě (příloha 1 s. 105, příloha 2, s. 106). Aktivně jsem se účastnila sběru dat a kontroly vyplnění všech údajů v dotaznících. Pokud pacienti nerozuměli, některé z otázek, byla jim vysvětlena. Častým problémem bylo, že řada pacientů zapoměla brýle na čtení, těmto respondentům byly otázky přečteny výzkumníkem ve vyhrazené místnosti, kde bylo zachováno soukromí a respondenti volili z možných odpovědí.

5.2 Sběr dat

Pro zjištění výzkumných cílů diplomové práce jsme zvolili dotazníkové šetření (standardizované dotazníky kvality života a nestandardizovaný dotazník) a doplnění informací ze zdravotnické dokumentace. Dotazník pacienti vyplnili při každé dispenzární kontrole v onkologické poradně. Z toho vyplývá, že respondenti navštěvující onkologickou poradnu v intervalu tří měsíců, vyplňovali během jednoho roku standardizovaný dotazník kvality života 4krát.

5.2.1 Dotazník – všeobecné informace

Byl použit nestandardizovaný dotazník k zjišťování základních identifikačních údajů respondentů, konzumace alkoholu, kouření, rodinné a sociální zázemí, obsahoval 19 otázek (příloha 3, s. 107). Byly využity otázky uzavřené (dichotomické i polytomické) (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005). Dvě otázky byly po dohodě s odborným konzultantem, vyřazeny. Otázka 5, která se ptala, na dopravu na vyšetření, s možností odpovědí automobilem, vlakem, autobusem, sanitou. Vzhledem k tomu, že respondenti využili při cestě na vyšetření kombinaci dopravních prostředků, nebo prostředky, které nebyly v nabídce, např. kolo. Tato otázka nebyla vyhodnocována. Další vyřazenou otázkou byla otázka 14, kde se měli respondenti vyjádřit, zda byli informovaní o zdravotních pomůckách, spotřebním materiálu atd. pokud jsou pacienti s tracheální kanylou. S možností odpovědí ano/ne. K této otázce se vyjadřovali i respondenti, kteří neměli tracheální kanylu. Pojem tracheální kanyla nebyl pacientům před začátkem výzkumu vysvětlen, proto pacienti zřejmě nepochopili, na co byly v otázce dotazováni.

5.2.2 Standardizované dotazníky

Pro získání potřebných dat byly použity standardizované dotazníky kvality života vypracované Evropskou organizací pro výzkum a léčbu zhoubných nádorových onemocnění – the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Core Questionnaire (QLQ-C30) version 3.0. (příloha 4, s. 108, příloha 5, s. 109) a EORTC Quality of Life Head and Neck Module (QLQ-H&N35) (příloha 6, s. 110, příloha 7, s. 111). Byly využity dva dotazníky pro zjišťování kvality života, dotazník QLQ-C30 lze využít u všech nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním, QLQ-H&N35 byl specifickým dotazníkem pro zjišťování obtíží u nemocných s onkologickým onemocněním hlavy a krku.

QLQ-C30 obsahoval 30 otázek, týkajících se somatických, psychických a sociálních obtíží, s možností odpovědí (vůbec ne, trochu, dost, velmi hodně). Poslední dvě otázky byly zaměřeny na zhodnocení celkového zdraví a kvality života. Respondenti zaznamenávali svou odpověď na osu se slovním i číselným vyjádřením (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005).

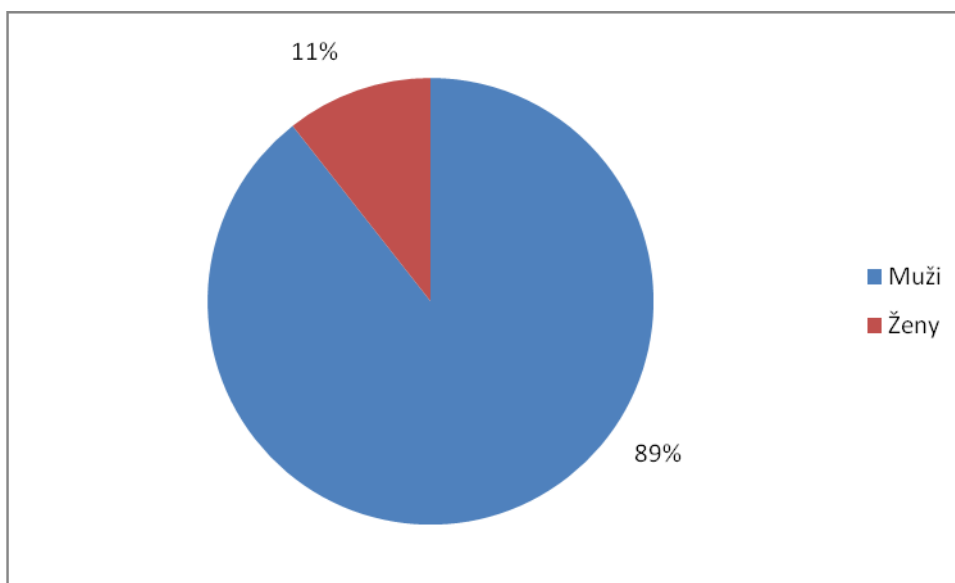
QLQ-H&N35 navazoval na předešlý dotazník 35-ti otázkami, se stejnou možností odpovědí. Závěrečných 5 otázek bylo dichotomických a možností odpovědí ano/ne (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005).

5.2.3 Zdravotnická dokumentace

Sloužila k získání informací o lokalizaci nádoru, délce dispenzarizace, věku nemocného trvalé tracheostomii, nácviku komunikace, obrně nervu VII., XI., XII., stavu výživy, informace o léčbě atd.

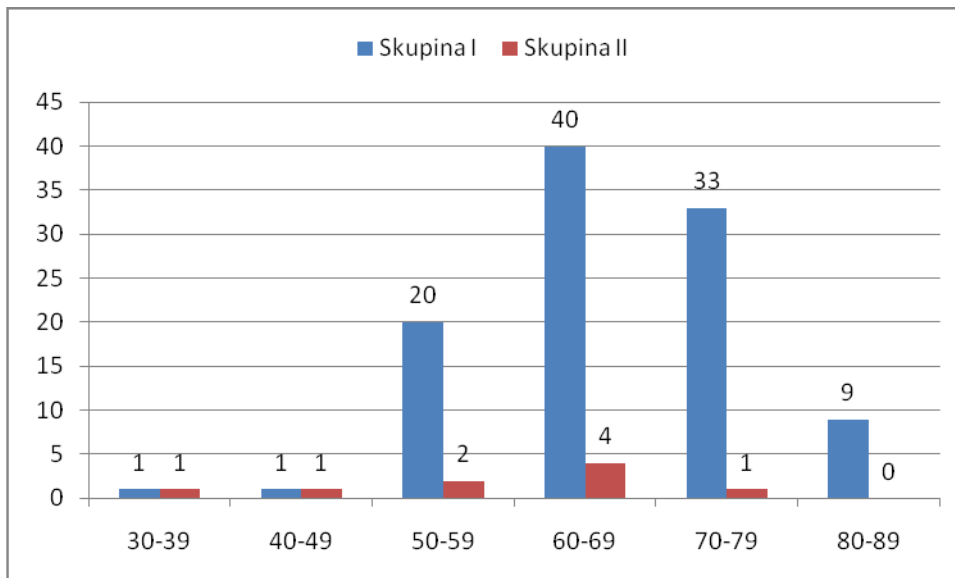
5.3 Charakteristika souboru respondentů

Výzkumu se zúčastnili aktivně dispenzarizovaní nemocní ORL kliniky se zhoubnými nádory hlavy a krku, tedy nemocní, kteří byli zváni na kontroly do specializované onkologické poradny v pravidelných intervalech dle standardu onkoporadny (Mejzlík, Valentová a Škvrňáková, 2008). Respondenti s recidivou onemocnění nebyli osloveni. Celkem bylo osloveno 124 respondentů. Vlastní šetření absolvovalo 113 respondentů, z toho 101 (89%) mužů a 12 (11%) žen (obr. 1). Vyřazeno bylo 11 respondentů z důvodu recidivy onemocnění, špatného zdravotního stavu, nebo úmrtí. Nikdo z respondentů účast na výzkumu neodmítl.



Obr. 1 Graf rozložení pohlaví respondentů

Sběr dat a výzkum se týkal všech dispenzarizovaných nemocných s onkologickým onemocněním hlavy a krku. Náš soubor tvořili respondenti skupiny I. se zhoubným onemocněním hrtanu celkem 104 (92%), z toho souboru bylo 31 pacientů s tracheostomickou kanylou. Skupinu II. tvořili respondenti se zhoubným onemocněním slinných žláz, celkem 9 (8%). Průměrný věk mužů byl 66,5 let a žen 66,6 let. Věkový rozptyl respondentů byl od 36 do 89 let. Z obr. 2 je zřejmé, že u skupiny I. do věkové škály 60-69 let spadá nejvíce pacientů 40 (35,4%), naopak nejméně mezi 30-39 rokem 1 (0,9%) respondent a mezi 40-49 rokem také pouze 1 (0,9%) respondent. Respondenti byli kódováni dle lokalizace nádorů, podle Mezinárodní klasifikace nemocí, dále podle pohlaví a roku (MKN-10, 2009). Zařazení respondentů do výzkumného šetření bylo dobrovolné na základě ústního a písemného souhlasu.



Obr. 2 Graf věkového rozdělení respondentů

6 Prezentace výsledků

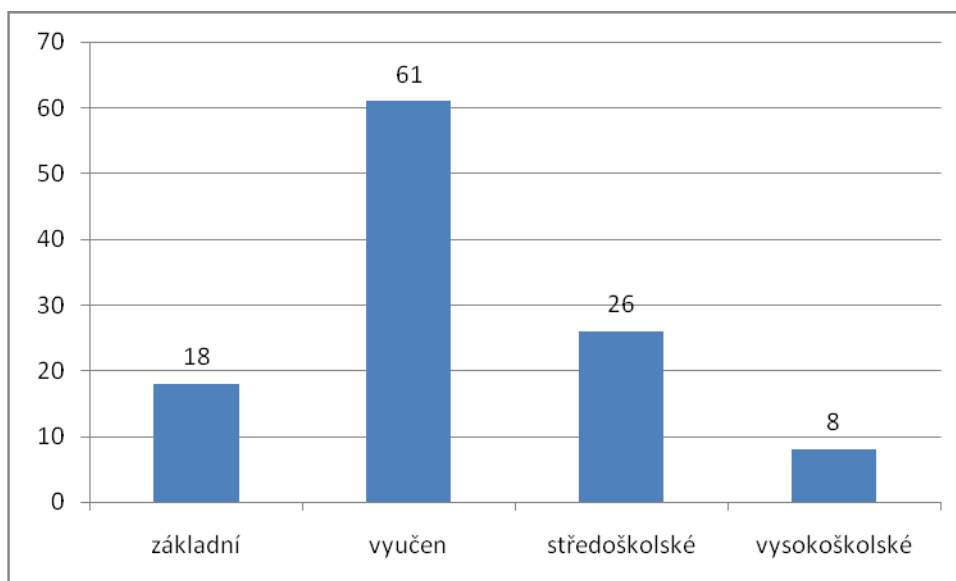
Informace jsme vyhodnocovali při první návštěvě onkologické poradny v roce 2011.

6.1 Otázky vztahující se k všeobecným informacím v dotazníku

V následujících otázkách jsme výsledky vyjádřili pro obě skupiny respondentů dohromady. Pro lepší přehlednost jsme zvolili sloupcové grafy.

Otázka 1. Vzdělání

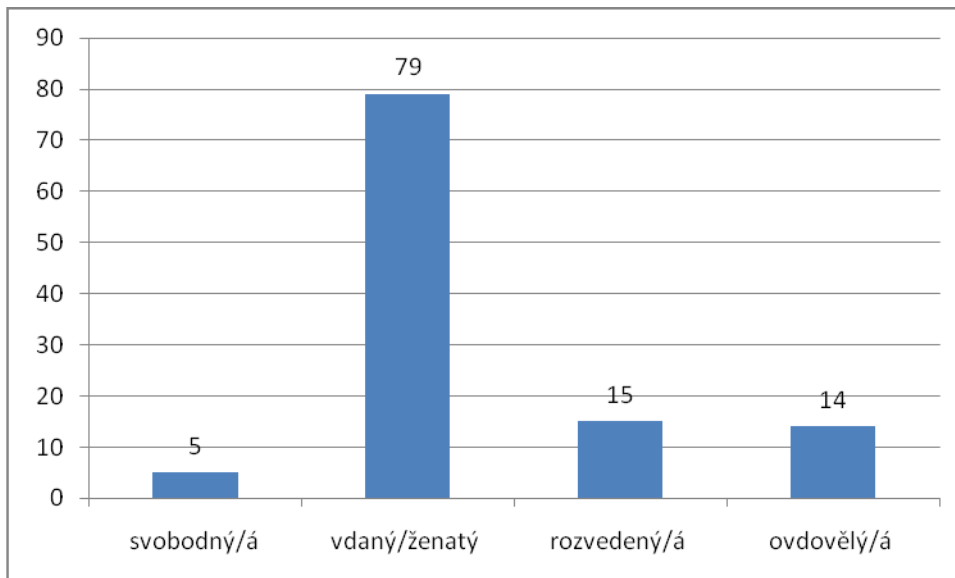
Bylo patrné nerovnoměrné rozložení vzdělanosti v našem souboru respondentů. Základní vzdělání mělo 18 (16%) respondentů, více jak polovina 61 (54%) bylo vyučeno. 26 (23%) respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání a 8 (7%) vysokoškolské (obr. 3).



Obr. 3 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání

Otázka 2. Rodinný stav

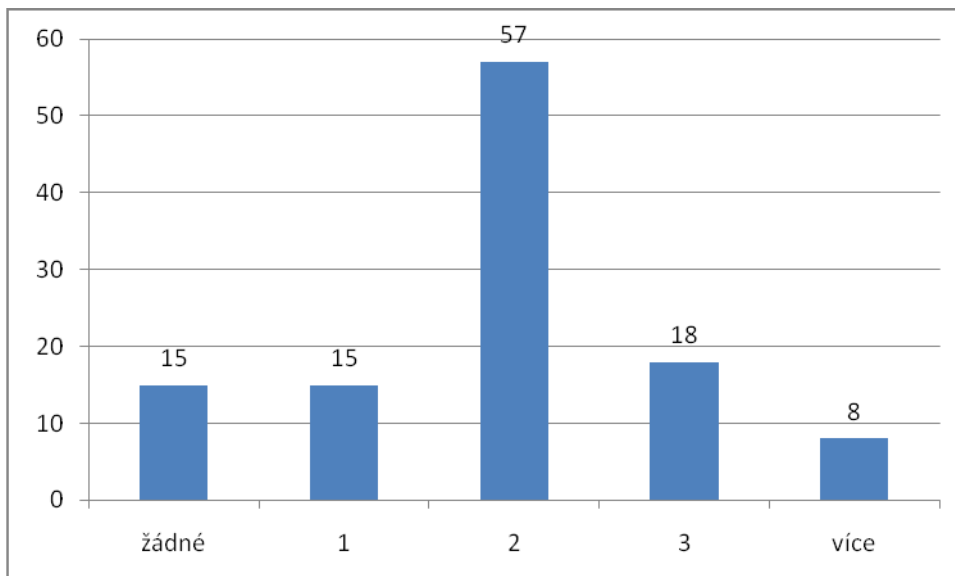
V naší skupině respondentů bylo svobodných 5 (5%), ženatých/vdaných 79 (70%), rozvedených 15 (12%) a ovdovělých 14 (12%) (obr. 4).



Obr. 4 Graf rodinného stavu

Otázka 3. Počet dětí

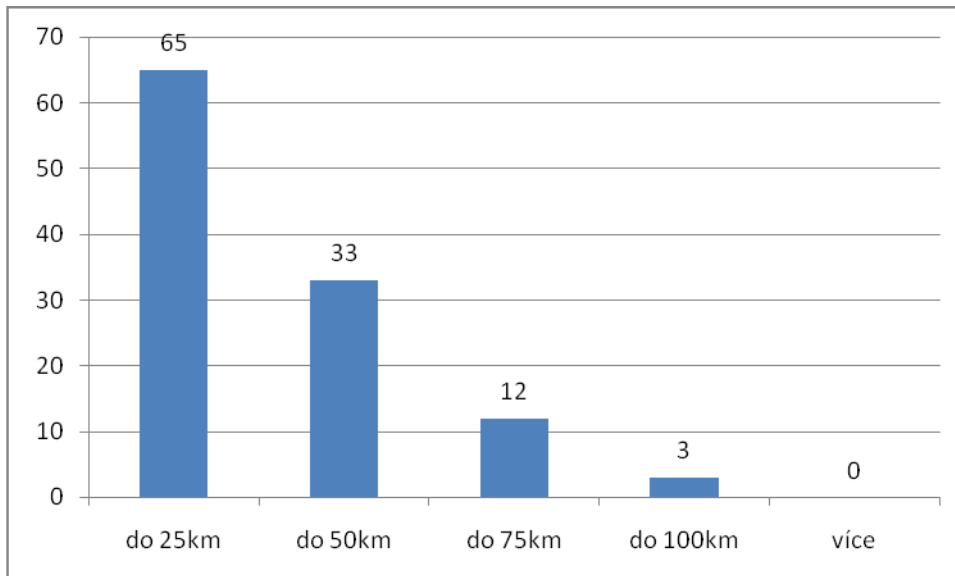
Respondentů bezdětných a s jedním dítětem byl stejný počet 15 (12%), více jak polovina respondentů měla dvě děti, 57 (51%), tři děti mělo 18 (16%) a nejméně respondentů 8 (7%) mělo více jak tři děti (obr. 5).



Obr. 5 Graf počtu dětí

Otázka 4. Vzdálenost bydliště od zdravotnického zařízení

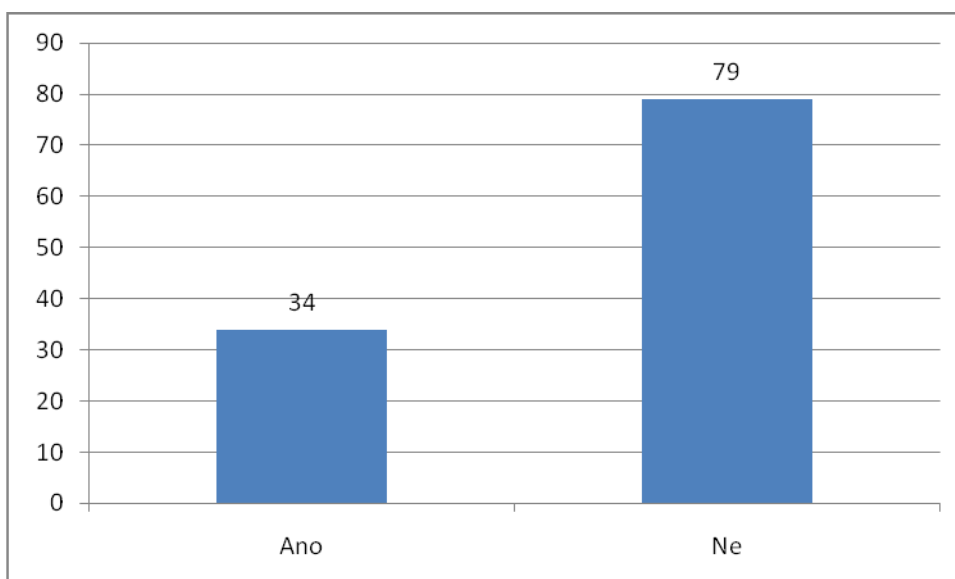
Vzdálenost bydliště od zdravotnického zařízení mělo 65 (57%) respondentů do 25 km, 33 (29%) do 50 km, 12 (11%) do 75 km, 3 (3%) respondneti do 100 km, nikdo nedojížděl více jak 100 km (obr. 6).



Obr. 6 Graf vzdálenosti bydliště od zdravotnického zařízení

Otázka 6. Nutný doprovod na vyšetření

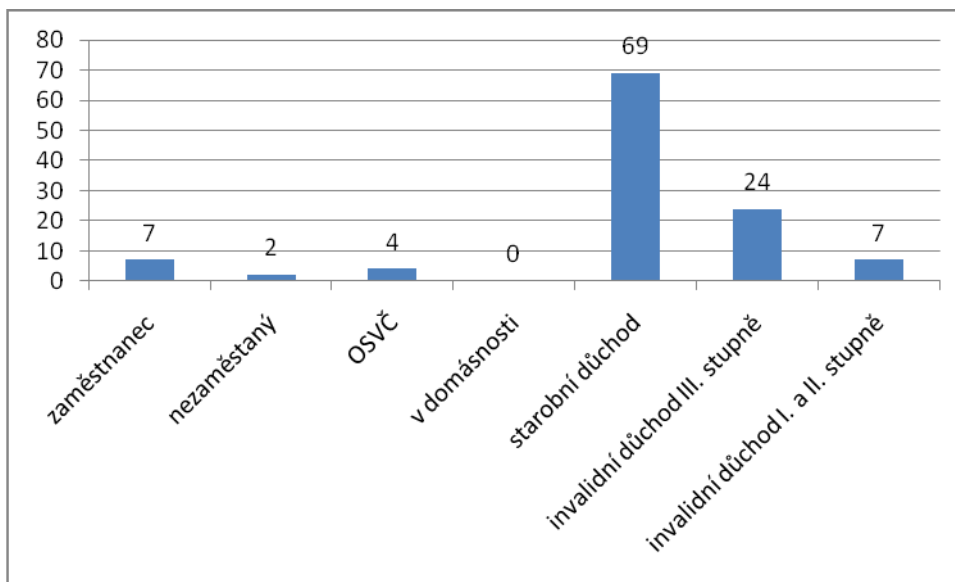
Na vyšetření potřebovalo 34 (30%) respondentů doprovod, zbylých 79 (70%) doprovod nepotřebovalo (obr. 7). Pacienti přicházeli nejčastěji v doprovodu svých partnerů/partnerek.



Obr. 7 Graf doprovod na vyšetření

Otázka 7. Zaměstnání

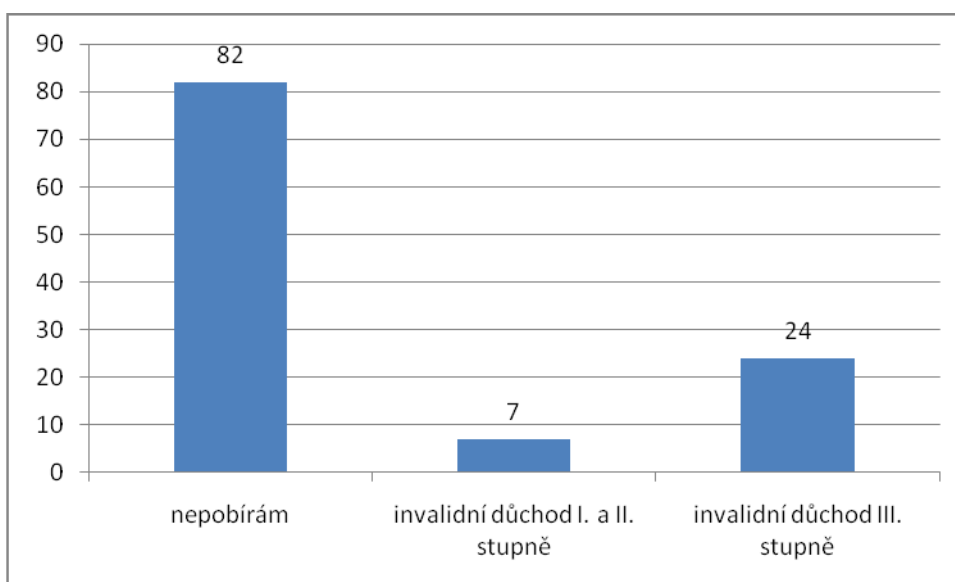
Vzhledem k věkovému rozložení našich respondentů (ø věk 66,5) byla většina ve starobním důchodu, 69 (61%). V invalidním důchodu III. stupně bylo 24 (21%), v invalidním důchodu I. a II. stupně 7 (6%) respondentů, zaměstnaných 7 (6%), osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) 4 (4%). Nikdo z našich respondentů nebyl v domácnosti (obr. 8).



Obr. 8 Graf zaměstnání

Otázka 8. Invalidní důchod

Invalidní důchod nepobíralo 82 (73%) respondentů. I. a II. stupeň invalidního důchodu pobíralo 7 (6%) a III. stupeň invalidního důchodu pobíralo 24 (21%) respondentů našeho souboru (obr. 9).



Obr. 9 Graf invalidního důchodu

Následující informace z všeobecného dotazníku k otázce 9.–19. (mimo otázky 14.) jsme uvedli v souborné tabulce 3. Respondenti byli rozděleni do skupin dle lokalizace nádoru, pro lepší charakteristiku skupin.

Tab. 3 Další informace nestandardizovaného dotazníku charakterizující respondenty

Otázka č.			Skupina I. n=104		Skupina II. n=9	
			n _i	f _i %	n _i	f _i %
9	Kouření	Ano	15	14,4	3	33,3
		Ne	89	85,6	6	66,7
10	Konzumace alkoholu	Ano	25	24,0	5	55,6
		Ne	79	76,0	4	44,4
11	Získáváte informace o svém onemocnění z internetu?	Ano	10	9,6	2	22,2
		Ne	94	90,4	7	77,8
12	Byl jste informován o správné výživě u nádorového onemocnění?	Ano	80	76,9	8	88,9
		Ne	24	23,1	1	11,1
13	Dodržujete speciální dietu?	Ano	29	27,9	2	22,2
		Ne	75	72,1	7	77,8
15	Problémy partnerské, rodinné v souvislosti s nemocí?	Ano	3	2,9	0	0,0
		Ne	101	97,1	9	100,0
16	Problémy v zaměstnání v souvislosti s nemocí?	Ano	4	3,8	2	22,2
		Ne	100	96,2	7	77,8
17	Problémy při řízení vozidla v souvislosti s nemocí: (vyplní pouze řidiči)	Ano	3	2,9	1	11,1
		Ne	101	97,1	8	88,9
18	Problémy v běžném životě (nákupy, úřady) v souvislosti s nemocí	Ano	23	22,1	2	22,2
		Ne	81	77,9	7	77,8
19	Jste členem nějakého sdružení nemocných?	Ano	1	1,0	0	0,0
		Ne	103	99,0	9	100,0

Ve skupině I. byli zastoupeni pacienti se zhoubným onemocněním hrtanu, n=104. Některé zahraniční výzkumy uvádějí (Ledeboer et al., 2005), že se jedná o skupinu respondentů s vysokým výskytem závislostí na alkoholu a kouření. V naší skupině respondentů byl počet kuřáků 15 (14,4%) a alkohol konzumuje 25 (24,0%) respondentů. Četnost konzumace alkoholu jsme u otázky nezjišťovali. Problémy v běžném životě v souvislosti s nemocí mělo 23 (22,1%) respondentů, 81 (77,9%) nemělo.

Skupinu II. tvořili pacienti se zhoubným onemocněním slinných žláz $n=9$. Vzhledem k méně častému výskytu nádorového onemocnění slinných žláz se nám nepodařilo získat dostatečný počet respondentů tak abychom mohli obě skupiny respondentů porovnat. Proto jsme uvedli informace u respondentů skupiny II. jako doplňující. Ale i z tak malého počtu respondentů skupiny II, bylo patrné, že 3 (33,3%) byli kuřáci a 5 (55,6%) konzumovalo alkohol.

Otázka, zda měli respondenti problémy v zaměstnání v souvislosti s nemocí byla značně zkreslena, protože na tuto otázku odpovídali všichni respondeti. Naší skupinu respondentů tvořili pacienti ve stravním důchodu 69 (61%) a invalidním důchodu III. stupně 24 (21%), proto nemohli mít problémy v zaměstnání v souvislosti s nemocí.

6.2 Otázky vztahující se k dotazníku QLQ-C30

Všechny otázky v tom dotazníku byly s možností odpovědi vůbec ne, trochu, dost, velmi hodně a v časovém rozpětí během minulého týdne. Byly zpracovány v absolutních a relativních četnostech (%). V této části diplomové práce jsou uvedeny údaje, které byly z našeho hlediska zajímavé. U otázek vztahujících se k psychosociálním obtížím jsme pro větší názornost výsledků zvolili sloupcové grafy.

Otázka 1. Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru? (tab. 4)

Tab. 4 Potíže při vykonávání namáhavějších činností

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	34	30,1	4	3,5	38	33,6
Trochu	36	31,9	3	2,7	39	34,5
Dost	28	24,8	1	0,9	29	25,7
Velmi hodně	6	5,3	1	0,9	7	6,2
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100

Z celkového počtu respondentů byla nejčastější odpovědí, trochu 39 (34,5%). Ze zdravotnické dokumentace jsme zjišťovali, zda u těchto pacientů došlo k poruše některého z nervu (VII., XI., XII.) (tab. 38, s. 82). Obrnu n. VII. mělo 7 (6,2%) respondentů, obrnu n. XI. mělo nejvíce respondentů 10 (8,8%) a pouze 1 (0,9%) respondent měl obrnu n. XII.

Otázka 2. Míváte potíže při dlouhé procházce? (tab. 5)

Tab. 5 Potíže při dlouhé procházce

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	37	32,7	5	4,4	42	37,2
Trochu	40	35,4	2	1,8	42	37,2
Dost	17	15,0	1	0,9	18	15,9
Velmi hodně	10	8,8	1	0,9	11	9,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100

Při dlouhé procházce nemělo žádné potíže 42 (37,2%), potíže velmi hodně mělo 11 (9,7%) respondentů.

Otázka 3. Míváte potíže při krátké procházce venku? (tab. 6)

Tab. 6 Potíže při krátké procházce

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	73	64,6	7	6,2	80	70,8
Trochu	25	22,1	1	0,9	26	23,0
Dost	4	3,5	0	0,0	4	3,5
Velmi hodně	2	1,8	1	0,9	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Při krátké procházce mělo jen nepatrné procento respondentů potíže dost 4 (3,5%), nebo velmi hodně 3 (2,7%).

Otázka 4. Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne? (tab. 7)

Tab. 7 Setrvání na lůžku nebo v křesle

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	59	52,2	6	5,3	65	57,5
Trochu	31	27,4	2	1,8	33	29,2
Dost	12	10,6	0	0,0	12	10,6
Velmi hodně	2	1,8	1	0,9	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

V této otázce jsme se zabývali, zda respondenti odpočívají během dne. Více jak polovina 65 (57,5%) během dne nemusí setrvat na lůžku, nebo v křesle.

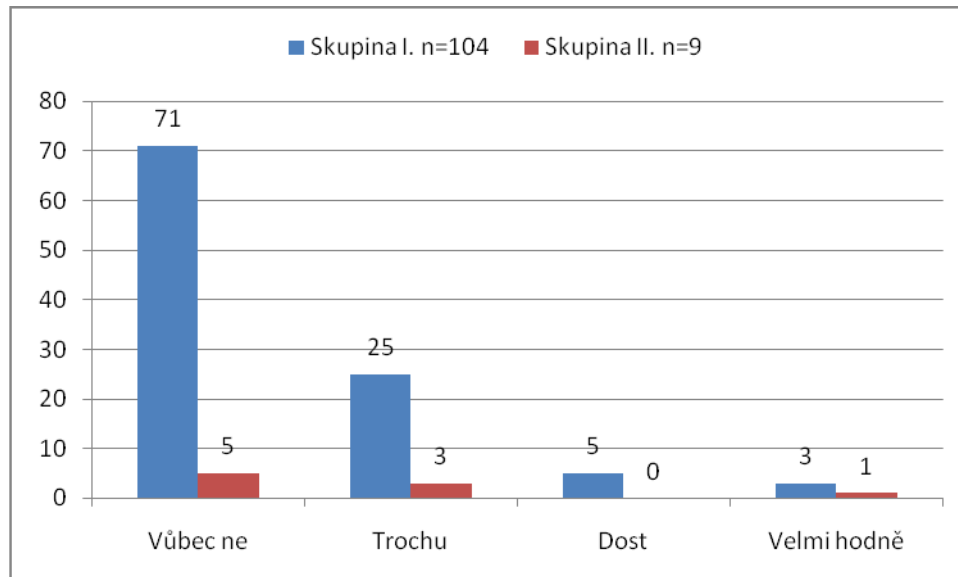
Otázka 5. Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání toalety? (tab. 8)

Tab. 8 Pomoc při jídle, oblékání, mytí, používání toalety

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	94	83,2	9	8,0	103	91,2
Trochu	6	5,3	0	0,0	6	5,3
Dost	2	1,8	0	0,0	2	1,8
Velmi hodně	2	1,8	0	0,0	2	1,8
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Mezi problémy, které mohli pacienti běžně řešit, patřilo i uspokojování běžných denních potřeb. Celkem 103 (91,2%) respondentů vůbec nepotřebuje pomoc při jídle, oblékání, mytí, nebo používání toalety. 6 (5,3%) respondentů skupiny I. potřebuje pomoc trochu a nepatrná část celkem 4 (3,6%) respondenti skupiny I. dost nebo velmi hodně.

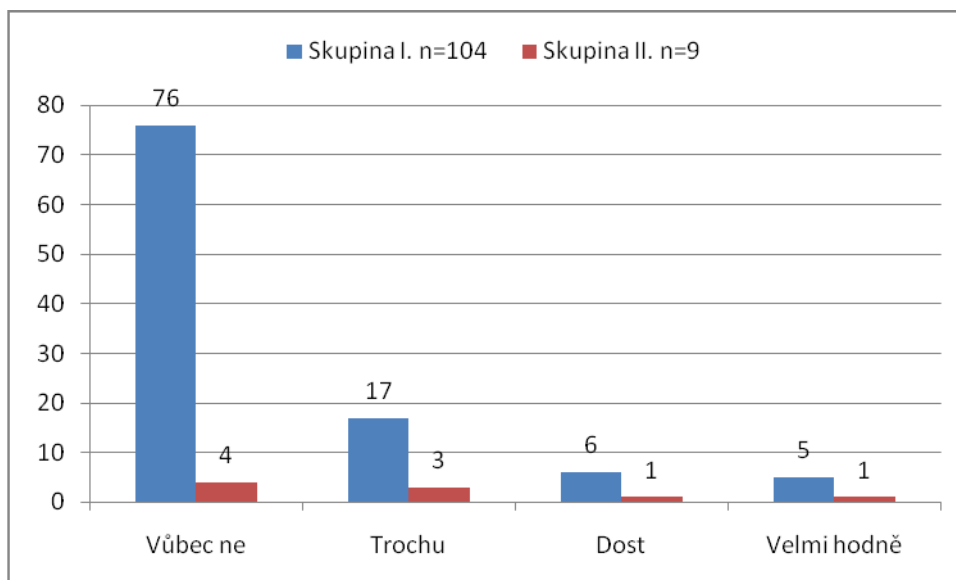
Otázka 6. Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností? (obr. 10)



Obr. 10 Graf omezení při práci nebo při výkonu každodenních aktivit

Stav po onkologickém onemocnění, může být spojen s omezením v životním stylu a denním režimu. Z obrázku 10 je patrné, že 76 (67,3%) respondentů vůbec nebylo omezeno při vykonávání své práce, nebo jiných každodenních činností. U zbylých respondentů se již omezení projevilo, 28 (24,8%) respondentů odpovědělo trochu, 5 (4,4%) dost a 4 (3,5%) respondenti velmi hodně.

Otázka 7. Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase? (obr. 11)



Obr. 11 Graf omezení v provádění koníčků nebo jiných činností ve volném čase

V provádění koníčků ve volném čase vůbec nebylo omezeno 80 (70,8%) respondentů. Omezeno trochu bylo 20 (17,7%) respondentů, dost 7 (6,2%) a velmi hodně 6 (5,3%) respondentů.

Otázka 8. Nedostávalo se Vám dechu? (tab. 9)

Tab. 9 Potíže s dechem

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
Vůbec ne	49	43,4	6	5,3	55	48,7
Trochu	40	35,4	2	1,8	42	37,2
Dost	13	11,5	0	0,0	13	11,5
Velmi hodně	2	1,8	1	0,9	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Potíže s dechem mělo 42 (37,2%) respondentů trochu, 13 (11,5%) dost a 3 (2,7%) respondenti velmi hodně.

Otázka 9. Měl/a jste bolesti? (tab. 10)

Tab. 10 Bolesti

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	62	54,9	6	5,3	68	60,2
Trochu	30	26,5	1	0,9	31	27,4
Dost	10	8,8	1	0,9	11	9,7
Velmi hodně	2	1,8	1	0,9	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Z výsledků (tab. 10) vyplynulo, že bolest se u respondentů vyskytovala častěji než kterékoliv jiné somatické potíže. Bolest se trochu vyskytovala u 31 (27,4%) respondentů, dost 11 (9,7%) a hodně u 3 (2,7%) respondentů.

Otázka 10 Potřeboval/a jste si odpočinout? (tab. 11)

Tab. 11 Potřeba odpočinku

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	38	33,6	3	2,7	41	36,3
Trochu	48	42,5	3	2,7	51	45,1
Dost	13	11,5	3	2,7	16	14,2
Velmi hodně	5	4,4	0	0,0	5	4,4
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Většina respondentů potřebovala odpočinek, 51 (45,1%) respondentů trochu, 16 (14,2%) dost a 5 (4,4%) velmi hodně.

Otázka 11. Měl/a jste potíže se spaním? (tab. 12)

Tab. 12 Potíže se spaním

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	60	53,1	5	4,4	65	57,5
Trochu	30	26,5	0	0,0	30	26,5
Dost	11	9,7	3	2,7	14	12,4
Velmi hodně	3	2,7	1	0,9	4	3,5
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Potíže se spaním mělo 30 (26,5%) respondentů trochu, dost 14 (12,4%) a velmi hodně 4 (3,5%) respondenti.

Otázka 12. Cítil/a jste se slabý/á (tab. 13)

Tab. 13 Pocit slabosti

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	52	46,0	3	2,7	55	48,7
Trochu	38	33,6	2	1,8	40	35,4
Dost	12	10,6	3	2,7	15	13,3
Velmi hodně	2	1,8	1	0,9	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Pocit slabosti během minulého týdne pocítovali velmi hodně 3 (2,7%) respondenti, dost 15 (13,3%) a trochu 40 (35,4%) respondentů našeho souboru.

Otázky 13.–17. byly zpracovány do souborné tabulky 14.

Tab. 14 Zažívací obtíže

Otázka č.				vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
13.	Chyběla Vám chuť na jídlo?	Skupina I. n=104	n _i	74	15	9	6
			f _i %	65,5	13,3	8,0	5,3
		Skupina II. n=9	n _i	6	0	1	2
			f _i %	5,3	0,0	0,9	1,8
14.	Měl/a jste žaludeční potíže?	Skupina I. n=104	n _i	82	16	4	2
			f _i %	72,6	14,2	3,5	1,8
		Skupina II. n=9	n _i	6	1	1	1
			f _i %	5,3	0,9	0,9	0,9
15.	Zvracel/a jste?	Skupina I. n=104	n _i	99	3	2	0
			f _i %	87,6	2,7	1,8	0,0
		Skupina II. n=9	n _i	7	1	0	1
			f _i %	6,2	0,9	0,0	0,9
16.	Měl/a jste zácpu?	Skupina I. n=104	n _i	86	11	6	1
			f _i %	76,1	9,7	5,3	0,9
		Skupina II. n=9	n _i	8	1	0	0
			f _i %	7,1	0,9	0,0	0,0
17.	Měl/a jste průjem?	Skupina I. n=104	n _i	91	10	3	0
			f _i %	80,5	8,8	2,7	0,0
		Skupina II. n=9	n _i	6	1	0	2
			f _i %	5,3	0,9	0,0	1,8

80-ti (70,8%) respondentům chuť na jídlo nechyběla. Žaludeční obtíže mělo trochu 17 (15%) respondentů, dost 5 (4,4%) a velmi hodně 3 (2,7%) respondenti. Potíže se zvracením se objevily u velmi malého počtu respondentů (7 ze 113). Celkem 106 (93,8%) nemělo potíže se zvracením vůbec. Potíže se zácpou a průjmem mělo opět malé procento našich respondentů.

Otázka 18. Byl/a jste unaven/á? (tab. 15)

Tab. 15 Únava

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	32	28,3	2	1,8	34	30,1
Trochu	53	46,9	3	2,7	56	49,6
Dost	15	13,3	3	2,7	18	15,9
Velmi hodně	4	3,5	1	0,9	5	4,4
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Únava je častým problémem při onkologickém onemocnění a může přetrvávat i dlouho dobu po léčbě. Skoro polovina 56 (49,6%) našich respondentů cítilo únavu trochu, 18 (15,9%) dost a 5 (4,4%) velmi hodně.

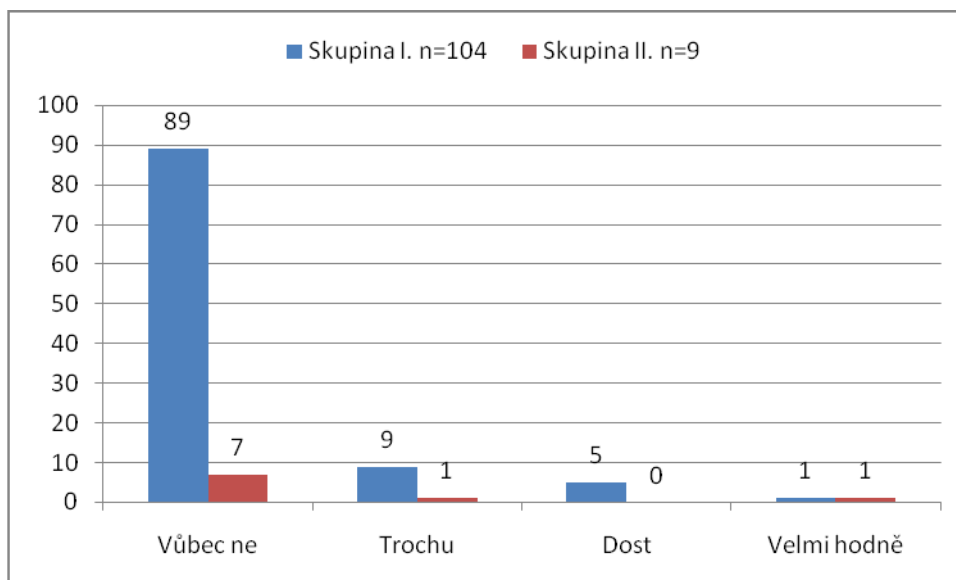
Otázka 19. Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity? (tab. 16)

Tab. 16 Narušení každodenních aktivit bolesti

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	68	60,2	7	6,2	75	66,4
Trochu	23	20,4	1	0,9	24	21,2
Dost	10	8,8	0	0,0	10	8,8
Velmi hodně	3	2,7	1	0,9	4	3,5
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Bolest byla častým (tab. 10, s. 54) somatickým problémem naší skupiny respondentů. 75-ti (66,4%) respondentům vůbec nenarušovala jejich každodenní aktivity.

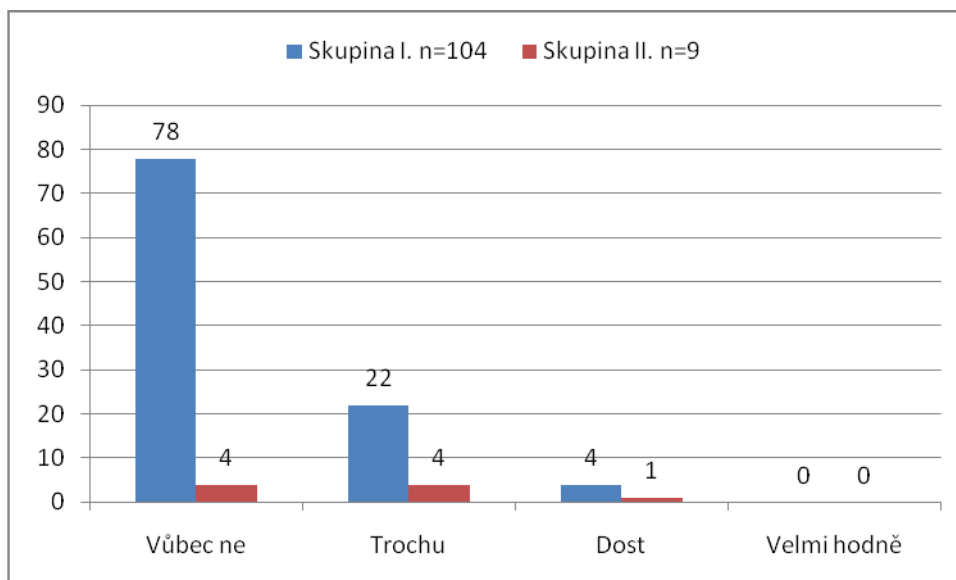
Otázka 20. Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci, jako je čtení novin nebo sledování televize? (obr. 12)



Obr. 12 Graf obtíží soustředit se na čtení novin nebo sledování televize

96 (85%) respondentů nemělo vůbec potíže soustředit se na čtení novin nebo sledování televize.

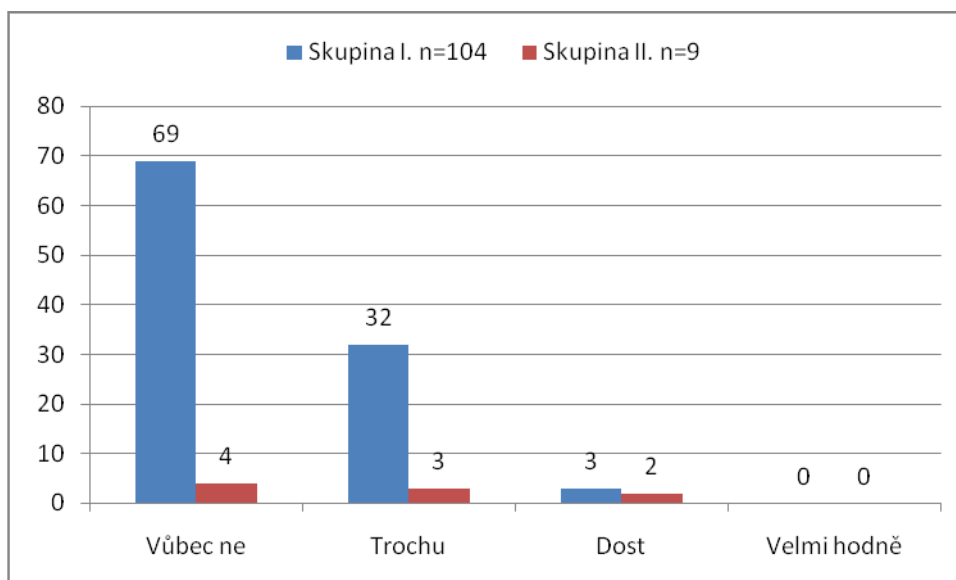
Otázka 21. Cítil/a jste napětí? (obr. 13)



Obr. 13 Graf pocitu napětí

Psychické obtíže mohou podstatným způsobem ovlivnit kvalitu života a také chování pacienta. Výsledky otázek 21.–24. jsme se zabývali v testování hypotézy 2. 26 (23%) respondentů cítilo napětí trochu a 5 (4,4%) dost.

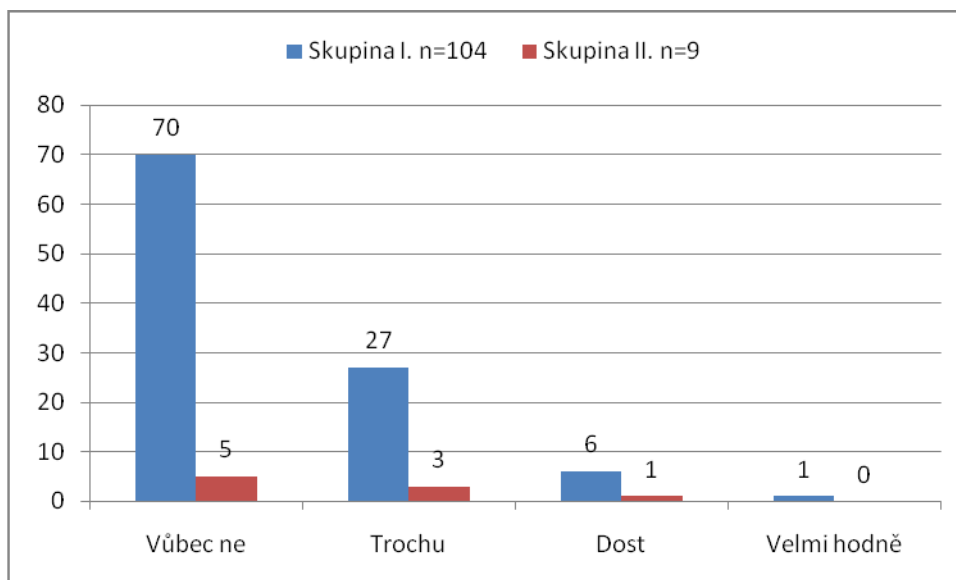
Otázka 22. Cítíte/a jste obavy? (obr. 14)



Obr. 14 Graf pocitu obav

Obavy cítilo 35 (31,0%) respondentů trochu a 5 (4,4%) dost.

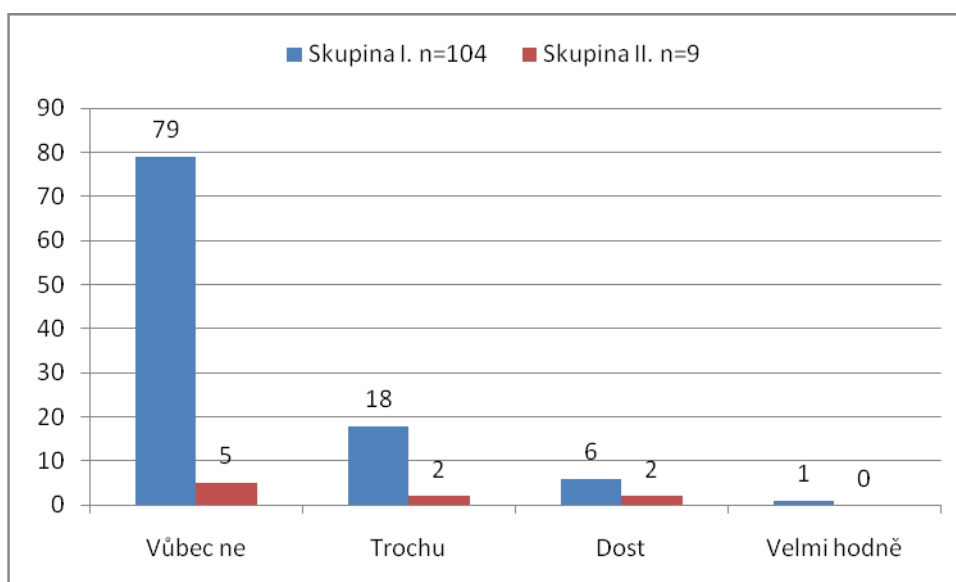
Otázka 23. Cítil/a jste podráždění? (obr. 15)



Obr. 15 Graf pocitu podráždění

Podráždění cítilo 30 (26,5%) respondentů trochu, 7 (6,2%) dost a pouze 1 (0,9) respondent velmi hodně.

Otázka 24. Cítil/a jste se být deprimován/a?(obr. 16)



Obr. 16 Graf pocitu deprimace

Deprimaci cítilo 20 (17,7%) respondentů trochu, 8 (7,1%) dost a 1 (0,9%) respondent velmi hodně.

Otázka 25. Měla jste potíže zapamatovat si věci? (tab. 17)

Tab. 17 Potíže zapamatovat si věci

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	67	59,3	5	4,4	72	63,7
Trochu	30	26,5	2	1,8	32	28,3
Dost	6	5,3	1	0,9	7	6,2
Velmi hodně	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

V této otázce bylo nutné zohlednit i věk respondentů, zde mohlo mít vliv na obtíže s pamětí více faktorů (věk pacienta a s tím související změny v paměti, cévní onemocnění mozku, léky atd.). 32 (28,3%) respondentů mělo potíže zapamatovat si věci trochu, 7 (6,2%) dost a 2 (1,8%) respondenti velmi hodně.

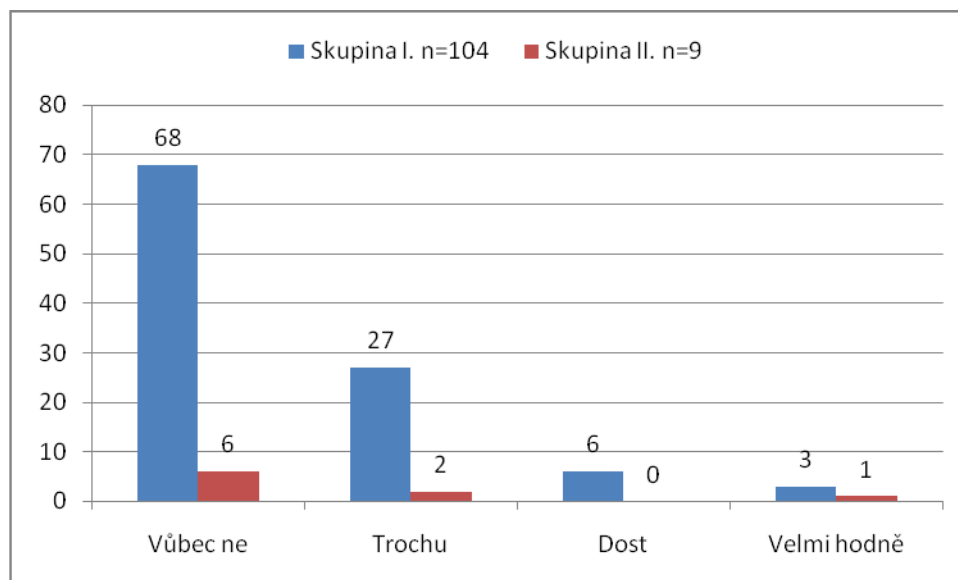
Otázka 26. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho rodinného života?
(tab. 18)

Tab. 18 Zasahovala fyzická kondice nebo léčba do rodinného života

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	77	68,1	4	3,5	81	71,7
Trochu	17	15,0	4	3,5	21	18,6
Dost	8	7,1	0	0,0	8	7,1
Velmi hodně	2	1,8	1	0,9	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

21 (18,6%) respondentů mělo potíže trochu, 8 (7,1%) dost a 3 (2,7%) respondenti velmi hodně.

Otázka 27. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?
(obr. 17)



Obr. 17 Graf zasahování fyzické kondice nebo léčby do společenské aktivity

Fyzická kondice nebo léčba zasahovala do společenské aktivity 29-ti (25,7%) respondentům trochu, 6-ti (5,3) dost a čtyřem (3,5%) velmi hodně.

Otázka 28. Způsobovala Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže? (tab. 19)

Tab. 19 Finanční obtíže

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	76	67,3	7	6,2	83	73,5
Trochu	17	15,0	1	0,9	18	15,9
Dost	8	7,1	1	0,9	9	8,0
Velmi hodně	3	2,7	0	0,0	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Nemoc představuje nemalou finanční zátěž, ať již v důsledku dočasného snížení příjmů nebo dlouhodobějšího omezení pracovní činnosti, ale také dojíždění na kontroly v rámci dispenzarizace, spoluúčasti na hrazení zdravotnického materiálu, zvýšených požadavků na stravování atd. To se dotýká nejen socioekonomického statusu pacienta a jeho rodiny, ale především i sebeúcty a pocitu méněcennosti. Protože u naší skupiny respondentů se jednalo především o respondenty v důchodovém věku, jak vyplývá z obrázku 7 (s. 47), 83 (73,5%) respondentům to žádné finanční obtíže nezpůsobilo, 18-ti (15,9%) trochu a 9-ti (8%) respondentům dost. Fyzická kondice způsobila třem (2,7 %) mužům finanční obtíže velmi hodně, věk těchto respondentů byl 58, 64 a 71. Mohlo se jednat o respondenty, pro které byla jejich fyzická kondice zdrojem financí.

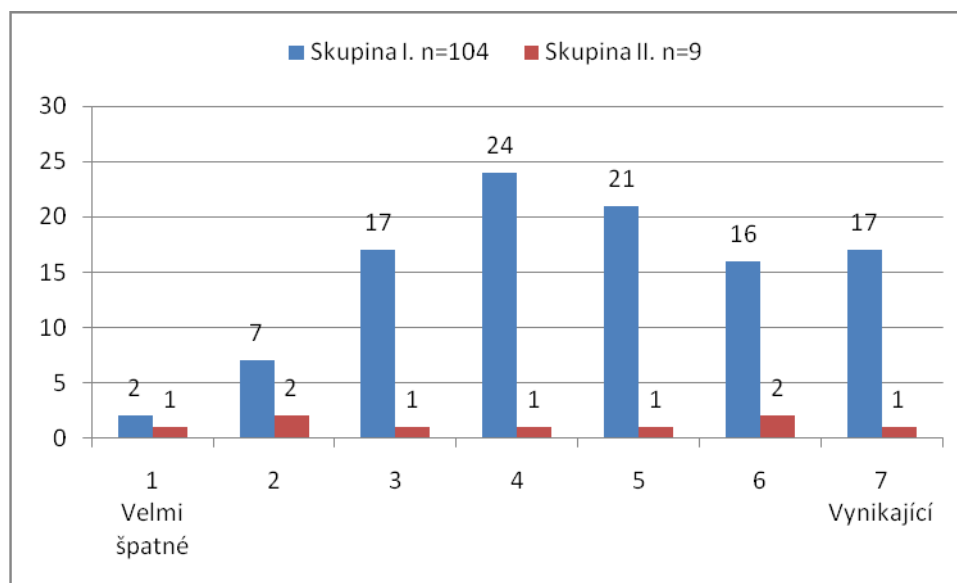
Otázka 29. Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne? Použitá škála s hodnocením 1 velmi špatně – 7 vynikající (tab. 20).

Tab. 20 Celkové zdraví

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
1 Velmi špatné	3	2,7	0	0,0	3	2,7
2	7	6,2	2	1,8	9	8,0
3	23	20,4	3	2,7	26	23,0
4	24	21,2	1	0,9	25	22,1
5	19	16,8	1	0,9	20	17,7
6	16	14,2	1	0,9	17	15,0
7 Vynikající	12	10,6	1	0,9	13	11,5
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Celkové zdraví hodnotili naši respondenti nejčastěji průměrně, kdy 26 (23%) respondentů hodnotilo číslem 3, 25 (22,1%) číslem 4 a 20 (17,7%) respondentů číslem 5 ze sedmistupňové škály.

Otázka 30. Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne? Použitá škála s hodnocením 1 velmi špatně – 7 vynikající (obr. 18).



Obr. 18 Graf kvality života

Kvalita života byla stejně jako v předchozí otázce u naší skupiny respondentů hodnocena průměrně. Dokonce nás překvapilo, že 36 (31,8%) respondentů hodnotilo kvalitu života číslem 6 nebo 7 – vynikající kvalita života.

6.3 Otázky vztahující se k dotazníku QLQ-H&N35

Otázky 31.–34. byly zpracovány do souborné tabulky 21.

Tab. 21 Bolest v oblasti hlavy a krku

Otázka č.				vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
31.	Bolelo vás v ústech?	Skupina I. n=104	n _i	88	14	1	1
			f _i %	77,9	12,4	0,9	0,9
		Skupina II. n=9	n _i	6	1	1	1
			f _i %	5,3	0,9	0,9	0,9
32.	Bolely vás čelisti?	Skupina I. n=104	n _i	91	8	3	2
			f _i %	80,5	7,1	2,7	1,8
		Skupina II. n=9	n _i	5	1	3	0
			f _i %	4,4	0,9	2,7	0,0
33.	Vyskytovalo se u vás bolestivé postižení úst?	Skupina I. n=104	n _i	92	9	3	0
			f _i %	81,4	8,0	2,7	0,0
		Skupina II. n=9	n _i	4	3	1	1
			f _i %	3,5	2,7	0,9	0,9
34.	Bolelo vás v krku?	Skupina I. n=104	n _i	69	23	11	1
			f _i %	61,1	20,4	9,7	0,9
		Skupina II. n=9	n _i	9	0	0	0
			f _i %	8,0	0,0	0,0	0,0

Bolesti v ústech se vyskytovaly u 15 (13,3%) respondentů trochu, 2 (1,8%) respondenti měli bolesti v ústech dost a stejný počet velmi hodně. U 96 (85%) respondentů se nevyskytovaly bolesti čelisti, ani bolestivé postižení úst. Nejčastější bolestí v oblasti hlavy a krku, byly bolesti v krku, což korelovalo s nádorovým onemocněním hrtanu. Potíže velmi hodně pociťoval 1 (0,9) respondent, 11 (9,7%) respondentů dost a 23 (20,4%) trochu.

Otázky 35.–38. byly zpracovány v souborné tabulce 22.

Tab. 22 Polykání

Otázka č.				vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
35.	Měli jste problémy při polykání tekutin?	Skupina I. n=104	n _i	81	18	4	1
			f _i %	71,7	15,9	3,5	0,9
		Skupina II. n=9	n _i	7	2	0	0
			f _i %	6,2	1,8	0,0	0,0
36.	Měli jste problémy při polykání kašovitě stravy?	Skupina I. n=104	n _i	89	10	2	3
			f _i %	78,8	8,8	1,8	2,7
		Skupina II. n=9	n _i	9	0	0	0
			f _i %	8,0	0,0	0,0	0,0
37.	Měli jste problémy při polykání tuhé stravy?	Skupina I. n=104	n _i	67	21	13	3
			f _i %	59,3	18,6	11,5	2,7
		Skupina II. n=9	n _i	6	1	1	1
			f _i %	5,3	0,9	0,9	0,9
38.	Dusili jste se při polykání?	Skupina I. n=104	n _i	87	11	5	1
			f _i %	77,0	9,7	4,4	0,9
		Skupina II. n=9	n _i	7	1	1	0
			f _i %	6,2	0,9	0,9	0,0

Potíže při polykání tekutin měl 1 (0,9%) respondent velmi hodně, 4 (3,5%) respondenti dost a 20 (17,7%) respondentů trochu. Při polykání kašovitě stravy bylo méně obtíží než při polykání tekutin. Nejvíce respondentů mělo potíže při polykání tuhé stravy, 4 (3,5%) velmi hodně, 14 (12,4%) dost a trochu 22 (19,5%) respondentů. S dušením při polykání nemělo problémy 94 (83,2%) respondentů vůbec a 12 (10,6%) trochu.

Otázka 39. Měli jste problémy se zuby? (tab. 23)

Tab. 23 Problémy se zuby

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	90	79,6	5	4,4	95	84,1
Trochu	8	7,1	2	1,8	10	8,8
Dost	5	4,4	0	0,0	5	4,4
Velmi hodně	1	0,9	2	1,8	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

V naší skupině respondentů nemělo potíže se zuby 95 (84,1%). Tato otázka mohla být zkrácena tím, že se jedná o pacienty ve vyšším věku, kteří mohou mít zubní protézu, nebo mohly kvůli špatné hygieně a značné kazivosti zubů podstoupit sanaci chrupu.

Otázka 40. Činilo Vám problémy široce rozevřít ústa? (tab. 24)

Tab. 24 Problém široce rozevřít ústa

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	92	81,4	4	3,5	96	85,0
Trochu	10	8,8	2	1,8	12	10,6
Dost	1	0,9	2	1,8	3	2,7
Velmi hodně	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

96 (85%) našich respondentů nemělo potíže široce rozevřít ústa.

Otázka 41. Měli jste sucho v ústech? (tab. 25)

Tab. 25 Sucho v ústech

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	48	42,5	3	2,7	51	45,1
Trochu	38	33,6	3	2,7	41	36,3
Dost	14	12,4	1	0,9	15	13,3
Velmi hodně	4	3,5	2	1,8	6	5,3
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Xerostomie mohla způsobovat obtíže při jídle, polykání, mluvení a zvyšovat infekci v dutině ústní. Sucho v ústech měla značná část našich respondentů. Velmi hodně pociťuje sucho v ústech 6 (5,3%) respondentů, dost 15 (13,3%) a trochu 41 (36,3%) respondentů.

Otázka 42. Měli jste lepkavé sliny? (tab. 26)

Tab. 26 Lepkavé sliny

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	71	62,8	4	3,5	75	66,4
Trochu	18	15,9	3	2,7	21	18,6
Dost	14	12,4	0	0,0	14	12,4
Velmi hodně	1	0,9	2	1,8	3	2,7
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Lepkavé sliny pociťovalo 14 (12,4%) respondentů dost a 3 (2,7%) respondenti velmi hodně.

Otázka 43. Měli jste problém s čichovým smyslem? (tab. 27)

Tab. 27 Problém s čichovým smyslem

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	71	62,8	6	5,3	77	68,1
Trochu	10	8,8	3	2,7	13	11,5
Dost	9	8,0	0	0,0	9	8,0
Velmi hodně	14	12,4	0	0,0	14	12,4
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Problémy s čichovým smyslem mělo 13 (11,5%) respondentů trochu. U respondentů s nádorovým onemocněním hrtanu, mohly být obtíže způsobeny nemožností nadechnout se nosem, rozsáhlého operačního výkonu atd. 9 (8%) respondentů se zhoubným onemocněním hrtanu odpovědělo, že má obtíže dost a 14 (12,4%) velmi hodně.

Otázka 44. Měli jste problémy s chuťovým smyslem? (tab. 28)

Tab. 28 Problémy s chuťovým smyslem

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	68	60,2	6	5,3	74	65,5
Trochu	15	13,3	1	0,9	16	14,2
Dost	15	13,3	2	1,8	17	15,0
Velmi hodně	6	5,3	0	0,0	6	5,3
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Skupina I. měla obtíže s chuťovým smyslem dost 15 (13,3%) respondentů a velmi hodně 6 (5,3%) respondentů. U skupiny II. byly obtíže dost u 2 (1,8%) respondentů, žádný s respondentů nepocítoval obtíže velmi hodně.

Otázka 45. Kašlali jste? (tab. 29)

Tab. 29 Kašel

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	40	35,4	7	6,2	47	41,6
Trochu	45	39,8	2	1,8	47	41,6
Dost	14	12,4	0	0,0	14	12,4
Velmi hodně	5	4,4	0	0,0	5	4,4
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Kašel byl jednou z obtíží, který trápil skupinu I. ve větší míře. Ve skupině I. byl pocíťován trochu u 47 (41,6%) respondentů, dost u 14-ti (12,4%) a velmi hodně u 5-ti (4,4%) respondentů. Ve skupině II. byl pocíťován trochu u 2 (1,8%) respondentů.

Otázka 46 Chraptěli jste? (tab. 30)

Tab. 30 Chrapot

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	46	40,7	8	7,1	54	47,8
Trochu	38	33,6	1	0,9	39	34,5
Dost	18	15,9	0	0,0	18	15,9
Velmi hodně	2	1,8	0	0,0	2	1,8
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Chrapot byl opět jednou z častých obtíží respondentů skupiny I. Jen 46 (40,7%) respondentů skupiny I. nemá vůbec potíže s chrapotem.

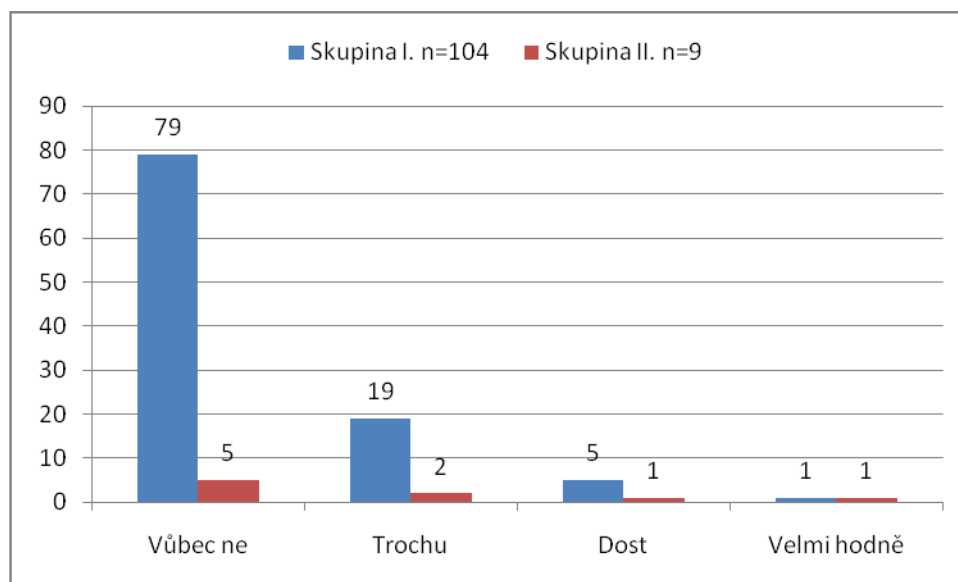
Otázka 47. Cítíte se nemocní? (tab. 31)

Tab. 31 Pocit nemoci

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vůbec ne	61	54,0	6	5,3	67	59,3
Trochu	28	24,8	1	0,9	29	25,7
Dost	14	12,4	1	0,9	15	13,3
Velmi hodně	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Pocit nemoci v této otázce mohl zahrnovat soubor příznaků, který si respondenti mohli pod touto otázkou představit (únava, snížená fyzická kondice, bolest, potíže s polykáním, atd.) 29 (25,7%) respondentů se cítilo nemocných trochu, 15 (13,3%) dost a 2 (1,8%) velmi hodně.

Otázka 48. Trápil vás váš vzhled? (obr. 19)



Obr. 19 Graf trápil vás váš vzhled

Změny ve fyzickém vzhledu (následky po chirurgických zákrocích, tracheostomie, různé kosmetické změny v souvislosti s léčbou, atd.), které mnohdy zásadním způsobem mění sebeobraz/sebevědomí daného člověka (Kulhánková, 2011). U naší skupiny trápil jejich vzhled trochu 21 (18,6%) respondentů, dost 6 (5,3%) a hodně 2 (1,8%) respondenty.

Otázky 49.–52. byly zpracovány v souborné tabulce 32.

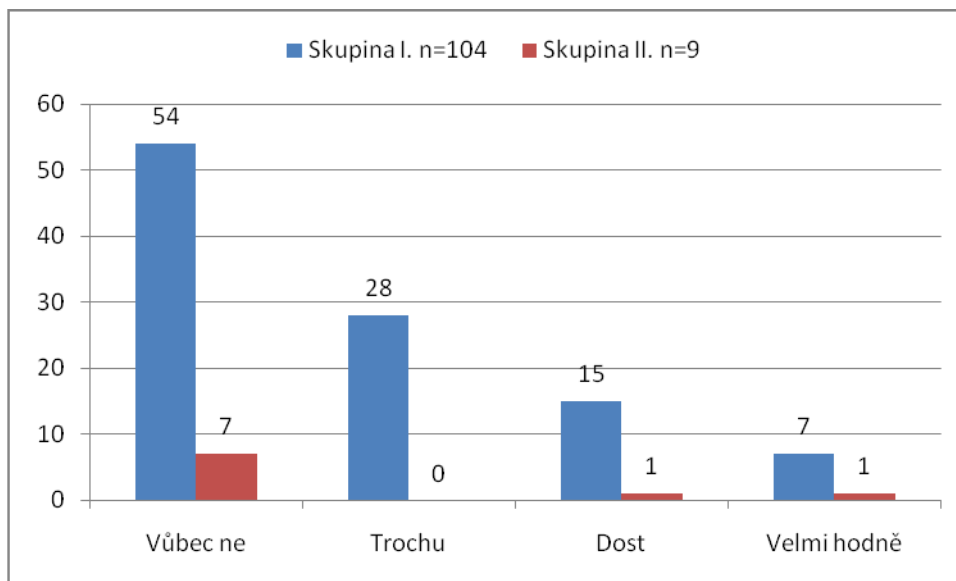
Tab. 32 Stavování

Otázka č.				vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
49.	Měli jste potíže při jídle?	Skupina I. n=104	n_i	74	21	8	1
			$f_i\%$	65,5	18,6	7,1	0,9
		Skupina II. n=9	n_i	5	3	0	1
			$f_i\%$	4,4	2,7	0,0	0,9
50.	Činilo vám potíže jíst před vaší rodinou?	Skupina I. n=104	n_i	97	6	1	0
			$f_i\%$	85,8	5,3	0,9	0,0
		Skupina II. n=9	n_i	9	0	0	0
			$f_i\%$	8,0	0,0	0,0	0,0
51.	Činilo vám potíže jíst před ostatními lidmi?	Skupina I. n=104	n_i	89	10	4	1
			$f_i\%$	78,8	8,8	3,5	0,9
		Skupina II. n=9	n_i	8	1	0	0
			$f_i\%$	7,1	0,9	0,0	0,0
52.	Činilo vám potíže vychutnat si jídlo?	Skupina I. n=104	n_i	78	12	9	5
			$f_i\%$	69,0	10,6	8,0	4,4
		Skupina II. n=9	n_i	6	2	0	1
			$f_i\%$	5,3	1,8	0,0	0,9

Potíže při jídle mohli mít naši respondenti z mnoha důvodů (bolest v ústech, sucho v ústech, tracheostomie, problémy se zuby, atd.) 24 (21,2%) respondentů mělo potíže trochu, 8 (7,1%) dost a 2 (1,8%) respondenti velmi hodně. Pro 106 (93,8%) respondentů nemělo potíže jíst před jejich rodinami. Nepatrný rozdíl oproti předchozí otázce jsem zaznamenali u respondentů při potížích jíst před ostatními lidmi. Problém vychutnat si jídlo mělo 6 (5,3%) respondentů velmi hodně, 9 (8%) dost a 14 (12,4%) trochu.

Jedna z oblastí standardizovaných dotazníků kvality života byla zaměřena na subjektivní zhodnocení obtíží respondenty v komunikaci.

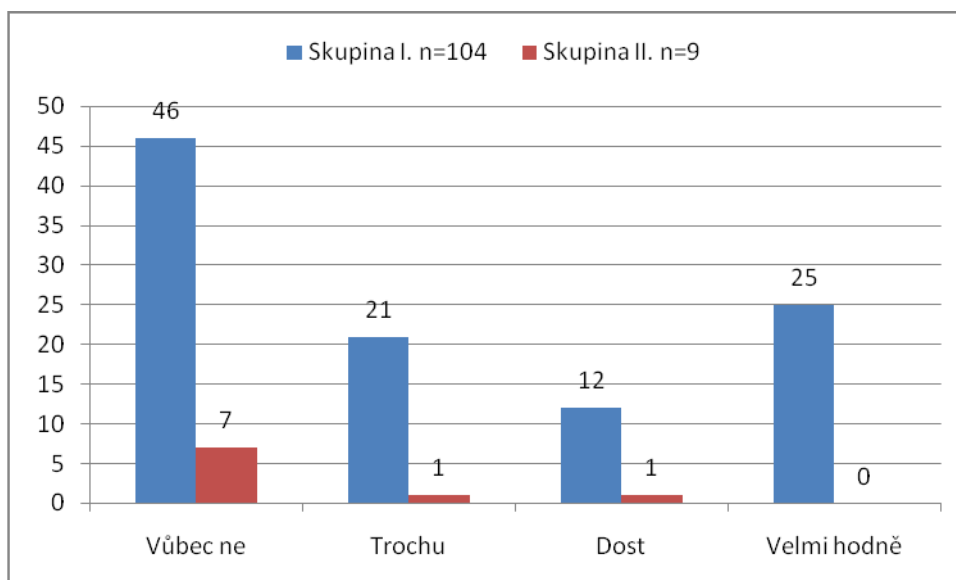
Otázka 53. Činilo vám potíže mluvit s ostatními lidmi? (obr. 20)



Obr. 20 Graf potíží mluvit s ostatními lidmi

Výsledkem bylo zjištění, že 61 (54%) respondentů vůbec nemělo potíže mluvit s ostatními lidmi. U zbylých respondentů se již obtíže vyskytly. 28 (24,8%) respondentů mělo potíže trochu, 16 (14,2%) dost a 8 (7,1%) velmi hodně. Tuto otázku jsme dále testovali u respondentů skupiny I. (pacienti se zhoubným onemocněním hrtanu) v hypotéze 1.

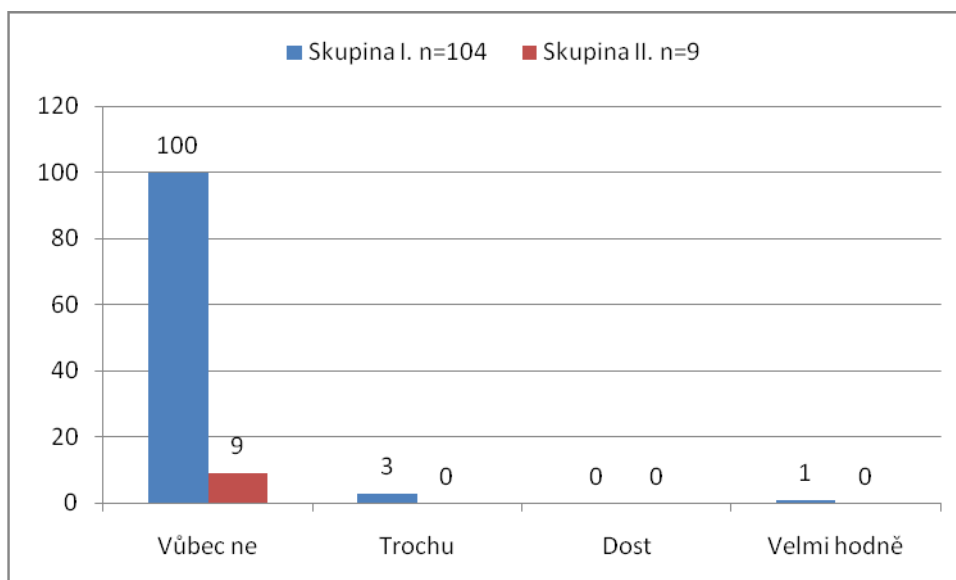
Otázka 54. Činilo vám potíže mluvit po telefonu? (obr. 21)



Obr. 21 Graf potíže mluvit po telefonu

Jednoznačně největší problémy měli respondenti skupiny I. v komunikaci po telefonu. Kdy 21 (18,6%) respondentů mělo potíže trochu, 12 (10,6%) dost a 25 (22,1%) velmi hodně. Změna či ztráta verbální komunikace je jedním z největších problémů po rozsáhlých chirurgických výkonech. Řada respondentů skupiny I. podstoupila radikální výkon (totální laryngektomii) a ztratila schopnost verbální komunikace. V předoperační a pooperační péči byli pacienti edukováni o způsobu komunikace, bezprostředně po operaci o možnostech osvojení náhradního komunikačního mechanismu v dlouhodobé péči. Respondenti skupiny II. měli potíže trochu 1 (0,9) respondent a dost 1 (0,9%) respondent.

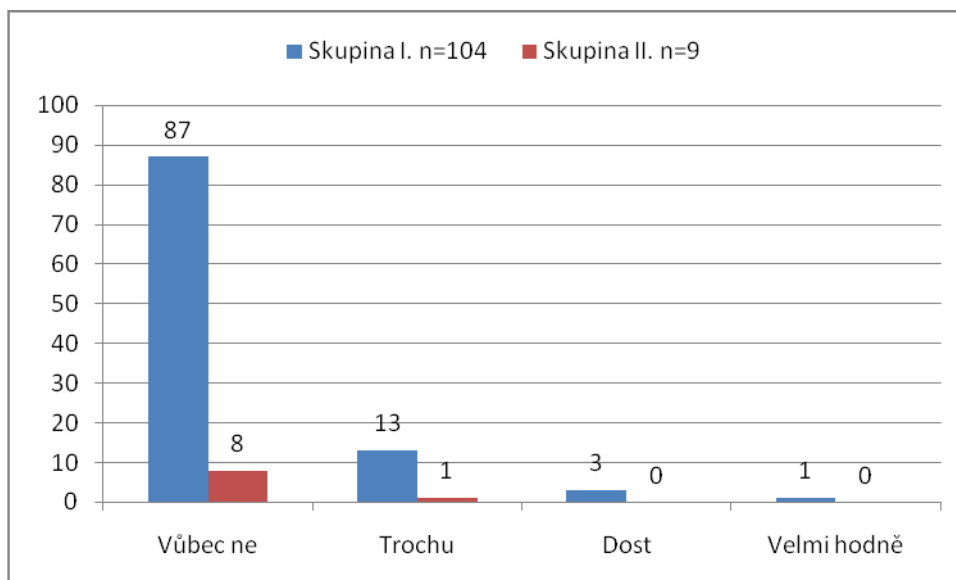
Otázka 55. Měli jste potíže ve společenském styku se svou rodinou? (obr. 22)



Obr. 22 Graf potíže ve společenském styku se svou rodinou

Ve společenském styku s rodinou měli respondenti nejmenší obtíže, kdy 109 (96,5%) nemělo potíže vůbec.

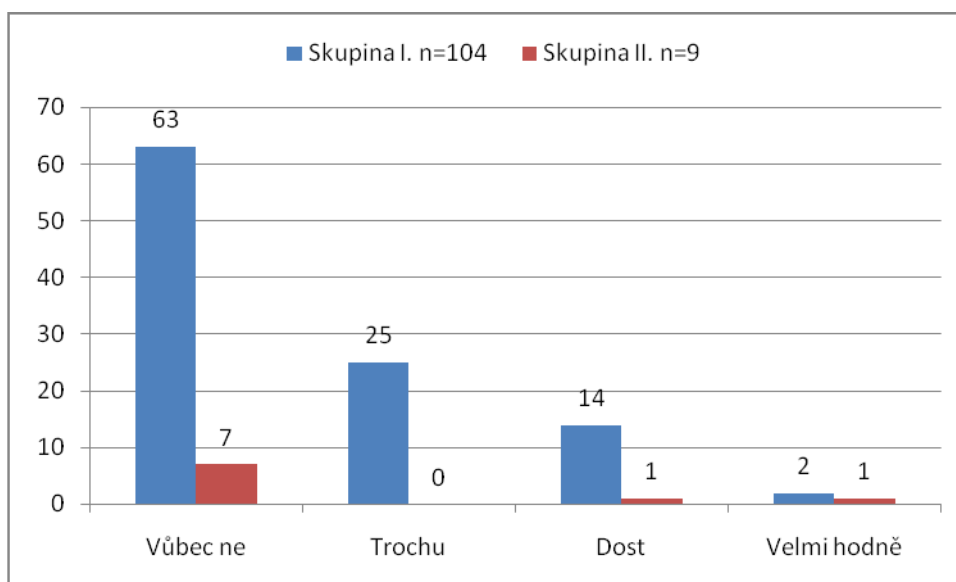
Otázka 56. Měli jste potíže ve společenském styku s přáteli? (obr. 23)



Obr. 23 Potíže ve společném styku s přáteli

Naprostá většina našich respondentů subjektivně nepocítovala žádné potíže ve společném styku s přáteli 95 (84,1%). Potíže trochu 14 (12,4%) respondentů, dost 3 (2,7%) a velmi hodně pouze 1 (0,9%) respondent.

Otázka č. 57 Činilo vám potíže vystupovat na veřejnosti? (obr. 24)



Obr. 24 Graf potíží vystupovat na veřejnosti

Potíže vystupovat na veřejnosti mělo 25 (22,1%) respondentů trochu, 15 (13,3%) dost a 3 (2,7%) respondenti velmi hodně. Potíže mohly být způsobeny změnou/ztrátou komunikace, změnou vzhledu a zhoršenou schopností respondentů se vyjádřit (např. pacienti s kanylou).

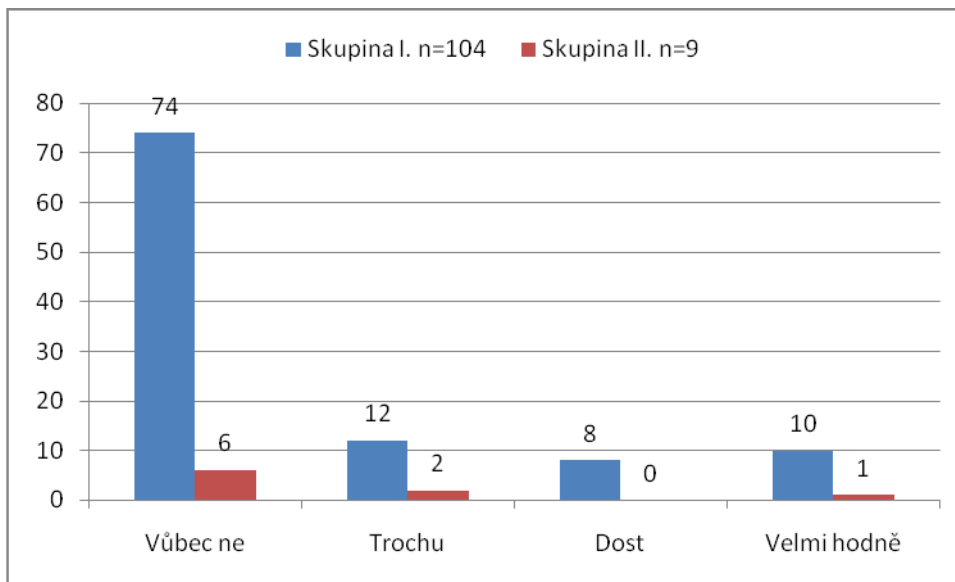
Otázka 58. Měli jste potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo se svou rodinou? (tab. 33)

Tab. 33 Potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo s rodinou

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
Vůbec ne	93	82,3	8	7,1	101	89,4
Trochu	10	8,8	1	0,9	11	9,7
Dost	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Velmi hodně	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Potíže při fyzickém kontaktu s rodinou vůbec nepocíťovalo 101 (89,4%) respondentů.

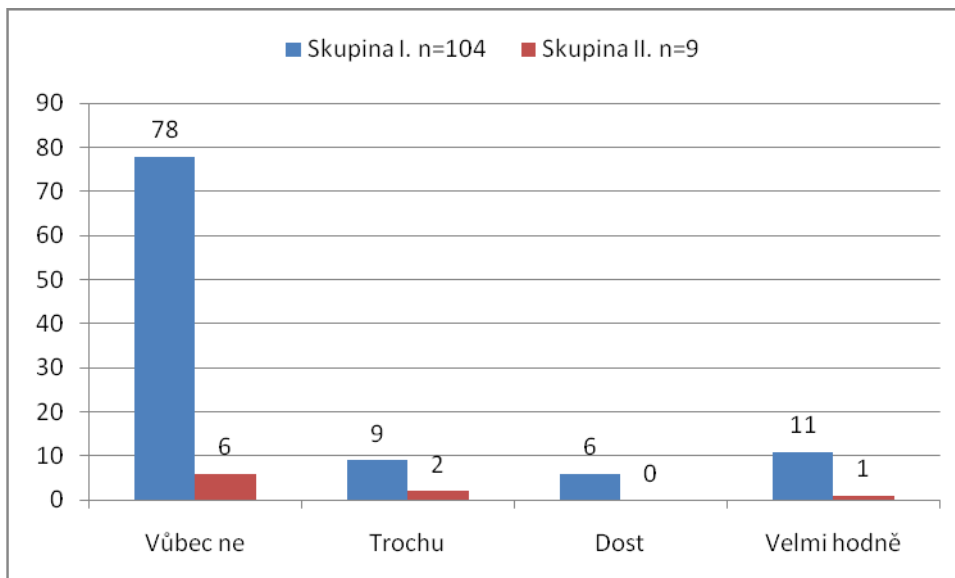
Otázka 59. Pociťoval/a jste méně zájmu o sex? (obr. 25)



Obr. 25 Graf pocitu méně zájmu o sex

U této a následující otázky neměli respondenti ostych odpovídat. Méně zájmu o sex pociťovalo 11 (9,7%) respondentů velmi hodně, 8 (7,1%) dost a 14 (12,4%) trochu.

Otázka 60. Pociťoval/a jste méně potěšení ze sexu? (obr. 26)



Obr. 26 Graf pocit méně potěšení ze sexu

Méně potěšení ze sexu pociťovalo 12 (10,6%) respondentů velmi hodně, 6 (5,3%) dost a 11 (9,7%) respondentů trochu.

Otázka 61. Užívali jste léky proti bolesti? (tab. 34)

Tab. 34 Léky proti bolesti

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Ne	69	61,1	6	5,3	75	66,4
Ano	35	31,0	3	2,7	38	33,6
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Léky proti bolesti užívalo 38 (33,6%) našich respondentů.

Otázka 62. Konzumovali jste nějaké potravinové doplňky (kromě vitamínů)? (tab. 35)

Tab. 35 Konzumace potravinových doplňků

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Ne	84	74,3	6	5,3	90	79,6
Ano	20	17,7	3	2,7	23	20,4
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

23 (20,4%) respondentů konzumovalo potravinové doplňky.

Otázka 63. Byli jste vyživováni sondou? (tab. 36)

Tab. 36 Výživa sondou

Odpověď	Skupina I. n=104		Skupina II. n=9		Celkem	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Ne	100	88,5	9	8,0	109	96,5
Ano	4	3,5	0	0,0	4	3,5
Celkem	104	92,0	9	8,0	113	100,0

Tato otázka se shodovala s informací ze zdravotnické dokumentace o perkutánní endoskopické gastrostomii (PEG) (obr. 31, s. 82). Sondou byli vyživováni 4 (3,5%) respondenti.

Otázky 64.–65. jsme uvedli v tabulce 37.

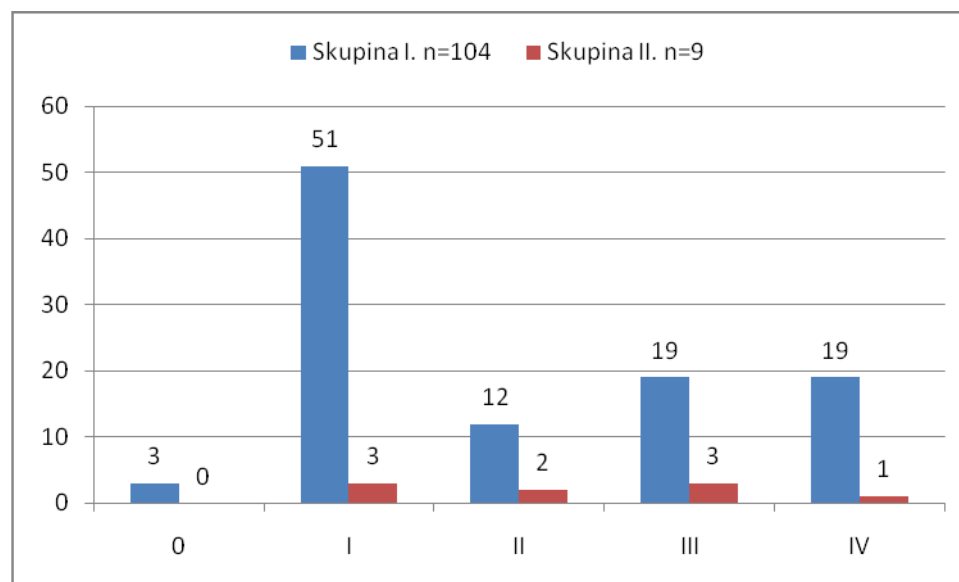
Tab. 37 Změny hmotnosti

Otázka č.			Skupina I. n=104		Skupina II. n=9	
			n_i	$f_i\%$	n_i	$f_i\%$
64	Zhubl jste?	Ano	22	19,5	3	2,7
		Ne	82	72,6	6	5,3
65	Přibral jste na váze?	Ano	31,9	3	2,7	39
		Ne	68	60,2	6	5,3

Během minulé týdne zhublo 25 (22,1%) a přibralo 39 (34,5%) našich respondentů.

6.4 Prezentace výsledků zjištěných ze zdravotnické dokumentace

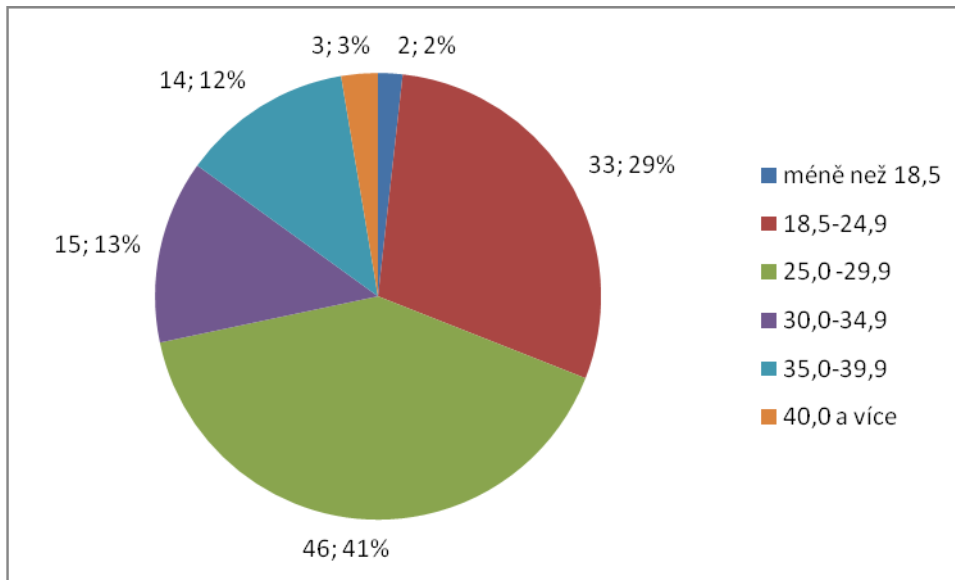
Jaké bylo stádium TNM našich respondentů? (obr. 27)



Obr. 27 Graf stadia TNM respondentů

Obrázek 27 znázorňuje rozložení našeho souboru respondentů dle stadia nemoci podle mezinárodní klasifikace TNM. Nejčastěji bylo zastoupeno stádium I. 54 (47,8) respondentů. Rozdělení respondentů do stadií onemocnění jsme využili při testování hypotézy 2.

Jaké bylo BMI našich respondentů? (obr. 28)

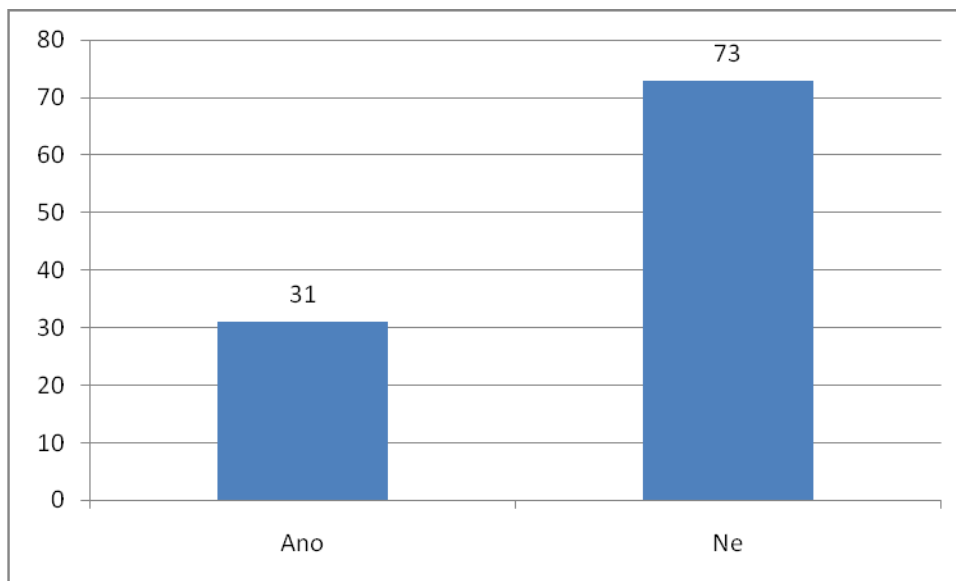


Obr. 28 Graf rozložení váhy respondentů dle BMI

Sledovanou charakteristikou respondentů byla váha. Pacienti byli váženi při každé dispenzární návštěvě. Výška a váha byla vyhodnocena Body mass indexem (BMI). Pro klasifikaci vypočtené hodnoty BMI se používá tabulka vytvořená Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Celkem 46 (40,7%) respondentů bylo zařazeno do kategorie nadváha. Obezitou I. stupně trpělo 15 (13,3%) respondentů, 14 (12,4%) trpělo obezitou II. stupně a 3 (2,7%) respondenti obezitou III. stupně. Podváhu měli 2 (1,8%) respondenti a v kategorii normální váhy bylo 33 (29,2%) respondentů.

Následující 3 otázky jsou hodnoceny pouze u respondentů skupiny I. Protože jsou pro skupinu I. specifické, u skupiny II. se tyto odpovědi nevyskytovaly.

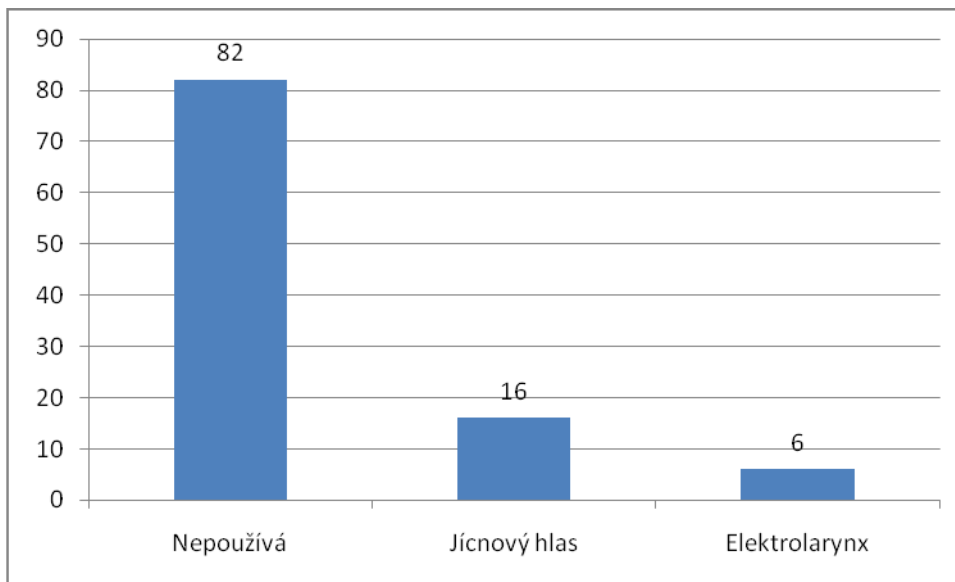
Byli respondenti skupiny I. pacienti s kanylou? (obr. 29)



Obr. 29 Graf pacienti skupiny I.

Skupina I. měla 31 (27,4) respondentů s kanylou. Informace o dlouhodobém/trvalém používání tracheostomické kanyly byla využita při testování hypotézy 1.

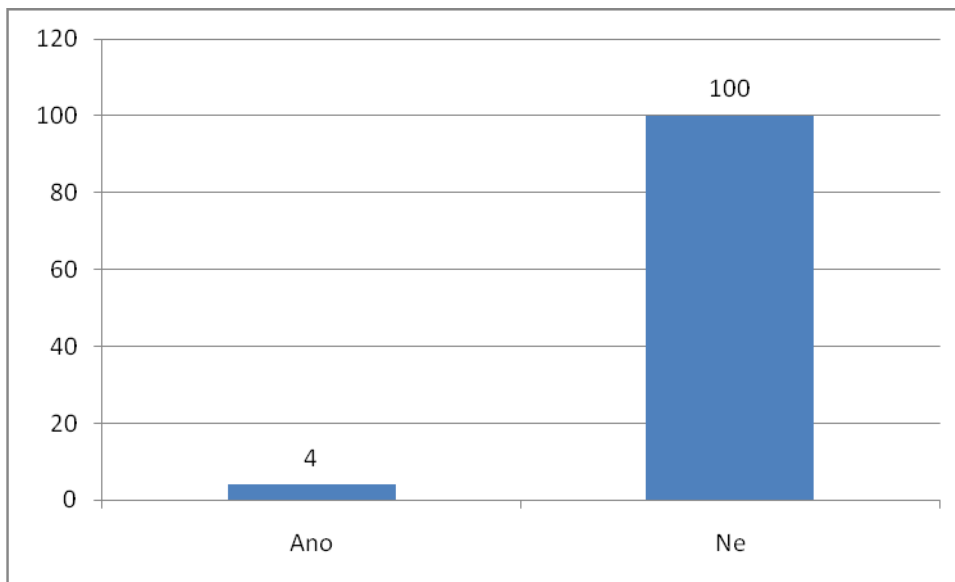
Používali pacienti skupiny I. náhradní hlasový mechanismus? (obr. 30)



Obr. 30 Pacienti skupiny I.

Náhradní hlasový mechanismus využívalo 22 (19,5%) respondentů. Téměř vždy se jednalo o pacienty s kanylou, kromě 3 (2,7%) respondentů, kteří po totální laryngektomii využívali náhradní hlasový mechanismus jícnový hlas. Celkem jícnový hlas používalo 16 (14,2%) respondentů, 6 (5,3%) respondentů využívalo elektrolarynx. 12 (10,6%) pacientů s kanylou nepoužívalo žádný náhradní hlasový mechanismus.

Měli respondenti skupiny I. PEG? (obr. 31)



Obr. 31 Pacienti skupiny I.

4 (3,5%) respondenti se zhoubným onemocněním hrtanu měli PEG.

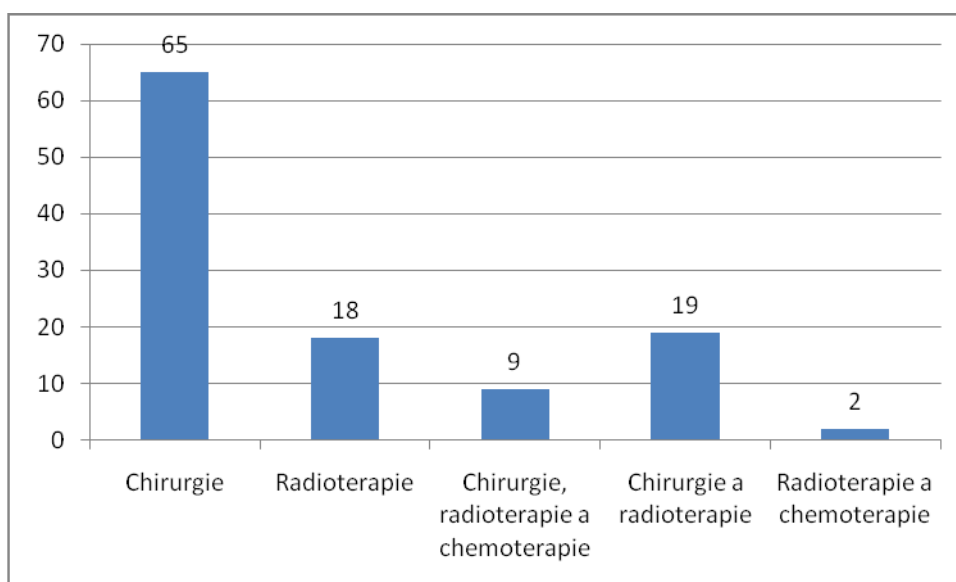
Měli respondenti obrnu nervu VII., XI., XII.? (tab. 38)

Tab. 38 Obrna nervů

Otázka		Skupina I. n=104		Skupina II. n=9	
		n _i	f _i %	n _i	f _i %
Obrna nervu VII.?	Ano	4	3,5	3	2,7
	Ne	100	88,5	6	5,3
Obrna nervu XI.?	Ano	8	7,1	2	1,8
	Ne	96	85,0	7	6,2
Obrna nervu XII.?	Ano	1	0,9	0	0,0
	Ne	103	91,2	9	8,0

Obrnu n. VII. mělo 7 (6,2%) respondentů, obrnu n. XI. mělo nejvíce respondentů 10 (8,8%) a nejmenší výskyt obrny byl u n. XII., pouze 1 (0,9%) respondent.

Jakou léčbu podstoupili naši respondenti? (obr. 32)



Obr. 32 Graf podstoupená léčba našich respondentů

Nejvíce našich respondentů podstoupilo pouze chirurgickou léčbu, celkem 65 (57,5%). 19 (16,8%) respondentů podstoupilo kombinaci chirurgie a radioterapie, 18 (15,9%) podstoupilo radioterapii, 9 (8%) respondentů podstoupilo kombinaci chirurgie, radioterapie a chemoterapie a pouze 2 (1,8%) respondenti podstoupili kombinaci radioterapie a chemoterapie. Pouze chemoterapeutickou léčbu, nebo kombinaci chirurgické léčby a chemoterapie nepodstoupil žádný z našich respondentů.

6.5 Testování hypotéz

6.5.1 Dvouvýběrový Wilcoxonův test

Statistické testy lze dělit podle různých hledisek. Jedním z nejdůležitějších hledisek je dělení na testy parametrické a neparametrické. Parametrické testy jsou testy o parametrech normálního rozdělení (μ , σ) a jsou tudíž použitelné pro výběry, u kterých je splněn předpoklad normálního rozdělení dat souboru.

Testy hypotéz o střední hodnotě normálního rozdělení μ zpravidla vedou na testování aritmetického průměru (AP) výběru, kdy hypotéza je formulována jako:

$$H_0: AP = \mu \quad H_A: AP \neq \mu$$

v případě jednoho výběru nebo párových dat ve dvou výběrech
nebo

$$H_0: AP_1 = AP_2 \quad H_A: AP_1 \neq AP_2$$

v případě porovnávání dvou resp. více nezávislých výběrů mezi sebou.

Jestliže nejsou zaručeny předpoklady pro použití parametrických testů, tzn. normálním rozdělení dat souboru, z něhož výběr pochází, nebo při malém množství vstupních dat, lze použít testy neparametrické. Výhodou neparametrických testů je jejich použití za velmi obecných podmínek bez ohledu na typ rozdělení, z něhož výběr pochází. Jejich nevýhodou je však menší citlivost, tj. menší schopnost odkrýt na dané hladině významnosti nesprávnost testované hypotézy.

Při testech o střední hodnotě výběru je u neparametrických testů testovanou veličinou zpravidla medián výběru resp. pořadí dat výběru.

Mezi neparametrické testy patří například tzv. Wilcoxonovy testy.

Jednovýběrový Wilcoxonův test je neparametrickou obdobou testu hypotézy

$$H_0: AP = \mu \quad H_A: AP \neq \mu$$

a představuje test hypotézy o symetrii dat výběru kolem mediánu.

Dvouvýběrový Wilcoxonův test je pak neparametrickou obdobou testu hypotézy

$$H_0: AP_1 = AP_2 \quad H_A: AP_1 \neq AP_2 \quad \text{pro dva nezávislé výběry}$$

a je založen na pořadí dat ve výběru (tzv. pořadový test) (Pytela, 2003).

6.5.2 Testovaná hypotéza 1

Ke statistickému zpracování dat byly využity odpovědi celkem 104 respondentů, tzn. všichni respondenti se zhoubným onemocněním hrtanu (skupina I.). Pacienti se zhoubným onemocněním slinných žláz (skupina II.) nebyli zařazeni, protože nikdo z těchto respondentů nebyl pacient s tracheostomickou kanylou a data by mohla být zkreslena tím, že obtíže v komunikaci byly oproti pacientům se zhoubným onemocněním rozdílné.

Na základě otázky č. 53 dotazníkového šetření ve znění:

„Činilo Vám potíže mluvit s ostatními lidmi?“

Hypotéza 1

- H_0 : Potíže mluvit s ostatními lidmi byly stejné mezi pacienty s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou a bez ní.
- H_A : Potíže mluvit s ostatními lidmi nebyly stejné mezi pacienty s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou a bez ní.

Vzhledem k povaze statistických dat, kdy odpovědi pacientů měly povahu slovního hodnocení, která byla teprve následně převáděna do číselné podoby, byla pro testování hypotézy zvolena obecnější neparametrická testovací metodika, konkrétně dvojvýběrový Wilcoxonův test. Dvojvýběrový Wilcoxonův test je neparametrickým testem hypotézy o shodě středních hodnot dvou nezávislých porovnávaných souborů. V daném konkrétním případě byly jedním souborem odpovědi pacientů bez kanyly a druhým souborem odpovědi pacientů s kanylou. Pomocí dvojvýběrového Wilcoxonova testu pak šlo o to, zjistit, zda byl statisticky významný rozdíl při subjektivním porovnání komunikace s ostatními lidmi u pacientů bez tracheostomické kanyly a pacientů s tracheostomickou kanylou.

Postup při ověřování hypotézy byl následující:

- Subjektivnímu hodnocení otázky č. 53 byly odpovědím přiřazeny číselné hodnoty podle klíče:

vůbec ne = 1, trochu = 2, dost = 3, velmi hodně = 4.

- V rámci šetření bylo ze zdravotnické dokumentace zjištěno, zda byl dotazovaný pacient s onkologickým onemocněním hrtanu bez kanyly (výběr 1) či s kanylou (výběr 2).

- Spočítal se počet prvků jednoho výběru = N_1 (počet pacientů bez kanyly) a druhého výběru N_2 (počet pacientů s kanylou)

- Všechny prvky obou výběrů byly uspořádány do neklesající posloupnosti.

- Zjistil se součet pořadí prvků výběru 1 $\Rightarrow T_1 = 3257$ a výběru 2 $\Rightarrow T_2 = 2203$.

- Vypočítaly se statistiky U_1 a U_2 , kde

$$U_1 = N_1 * N_2 + \frac{N_1 * (N_1 + 1)}{2} - T_1 = 73 * 31 + \frac{73 * (73 + 1)}{2} - 3257 = 1707$$

$$U_2 = N_1 * N_2 + \frac{N_2 * (N_2 + 1)}{2} - T_2 = 73 * 31 + \frac{31 * (31 + 1)}{2} - 2203 = 556$$

- Bylo provedeno statistické vyhodnocení - je-li menší číslo z dvojice U_1 , U_2 menší nebo rovno kritické hodnotě $W(\alpha)$, zamítne se hypotéza o shodě průměrů obou výběrů.

pozn.: $W(\alpha)$ - tabulková hodnota dvouvýběrového Wilcoxonova testu na příslušné hladině významnosti α a pro daný počet prvků výběru N_1 , N_2 .

- V našem případě bylo zjištěno, že vypočítaná hodnota $U_2 = 556$ je menší než kritická hodnota $W_{(0,05)}(73;31) = 858$. Zamítli jsme tak nulovou hypotézu o shodě distribučních funkcí porovnávaných souborů, a tedy i o shodě jejich středních hodnot a přijali jsme hypotézu alternativní. To znamená, že rozdíl středních hodnot u odpovědí pacientů bez tracheostomické kanyly a s kanylou byl statisticky významný. Pomocí neparametrického dvojvýběrového Wilcoxonova testu jsme tedy prokázali, že v odpovědích na otázku č. 53 byli mezi oběma skupinami pacientů na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ statisticky významné rozdíly. Pacienti s tracheostomickou kanylou odpovídali tak, že jejich potíže byli statisticky významně větší než u pacientů bez tracheostomické kanyly (Pytela 2003, Chrástka 2007).

6.5.3 Analýza rozptylu

Cílem analýzy rozptylu bylo zjistit významnost vlivu jednoho nebo více faktorů s ohledem na objasnění variability dat výběru. Podle počtu analyzovaných faktorů se analýza rozptylu dělí na jednofaktorovou a vícefaktorovou.

Jednofaktorová analýza předpokládá, že na náhodnou veličinu má vliv pouze jeden faktor A. Při analýze rozptylu se ověřuje, zda byl vliv faktoru významný, tzn. testuje se hypotéza:

$H_0: \alpha_1 = \alpha_2 = \dots \alpha_i \dots \alpha_l = 0$, kde α_i je efekt způsobený náhodným faktorem a l značí počet úrovní faktoru, za nichž byl výběr proveden. Pokud platí hypotéza H_0 pak byl vliv faktoru A na dané hladině významnosti statisticky nevýznamný.

Matematická podstata analýzy rozptylu spočívá v rozdělení celkové variability dat výběru S_T na podíl způsobený faktorem A (obecně faktory A_1, \dots, A_n) tzn. vysvětlená variabilita S_A a nevysvětlenou (residuální) variabilitu S_R způsobenou chybami podle vztahu

$$S_T = S_A + S_R$$

a dále v testování hypotézy, že rozptyl způsobený faktorem A (obecně faktory) s_A^2 je větší než rozptyl způsobený náhodnými chybami s_R^2 . Testovací kritérium F pro test uvedené hypotézy má tvar

$$F = \frac{s_A^2}{s_R^2}$$

Jestliže získaná hodnota testovacího kritéria F je menší než příslušná kritická hodnota $F_{(1-\alpha)}(v_A, v_R)$, přijímá se hypotéza o neexistenci vlivu faktoru, neboli při dané přesnosti experimentu nelze vliv faktoru prokázat.

pozn.:

α – hladina významnosti

n – celkový počet prvků výběru

I – počet úrovní faktoru A

v_A – počet stupňů volnosti faktoru A

$$v_A = I - 1$$

v_R – počet stupňů volnosti reziduí R

$$v_R = n - I$$

6.5.4 Testovaná hypotéza 2

V dotazníkovém šetření byly položeny následující otázky:

Otázka 21.: Cítil/a jste napětí během minulého týdne?

Otázka 22.: Cítil/a jste obavy během minulého týdne?

Otázka 23.: Cítil/a jste podráždění během minulého týdne?

Otázka č. 24: Cítil/a jste se být deprimován/a během minulého týdne?

Na základě těchto otázek byla vytvořena následující hypotéza 2:

- H_0 : Stádium nemoci dle TNM nemělo vliv na psychické obtíže respondentů.
- H_A : Stádium nemoci dle TNM mělo vliv na psychické obtíže respondentů.

Pro testování této hypotézy byla zvolena analýza rozptylu (tzv. ANOVA) u jednotlivých otázek. Zvoleným faktorem A bylo stádium nádorového onemocnění dle klasifikace TNM. Sledovaným jevem byly pak odpovědi u jednotlivých otázek 21.–24. Testování bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Celkový počet respondentů definuje počet prvků výběru $N = 113$, všichni respondenti našeho výzkumného šetření. Počet úrovní faktoru A byl dán počtem stádií nemoci podle klasifikace TNM, tedy $I = 5$ (pozn.: úrovně 4a a 4b byly brány jako jedna úroveň). Byly dopočítány stupně volnosti faktoru A a residuí R:

$$v_A = I - 1 = 5 - 1 = 4$$

$$v_R = n - I = 113 - 5 = 108.$$

a následně byla zjištěna příslušná kritická hodnota Fischer-Snedecorova rozdělení

$$F_{(1-\alpha)}(v_A, v_R) = F_{0,95}(4,108) = 2,456$$

Tabulka 39 pak znázorňuje výstupní data z analýzy rozptylu ANOVA. Z výsledků bylo patrné, že vypočítané hodnoty testovacího kritéria F byla u všech čtyř otázek vždy menší než příslušná kritická hodnota Fischer-Snedecorova rozdělení $F_{0,95}(4,108)$.

Tab. 39 Vyhodnocení analýzy rozptylu

Otázka	Celková variabilita S_T	Vysvětlená variabilita S_A	Residuální variabilita S_R	Testovací kritérium F	Kritická hodnota $F_{0,95}$ (4,108)	Vliv faktoru
21.	34,53	1,082	33,45	0,873	2,456	Nevýznamný
22.	37,08	1,503	35,58	1,141	2,456	Nevýznamný
23.	47,45	2,026	45,43	1,204	2,456	Nevýznamný
24.	47,54	1,846	45,69	1,091	2,456	Nevýznamný

Statistické vyhodnocení odpovědí u jednotlivých otázek tak splňovalo kritérium o neexistenci vlivu faktoru A při analýze po jednotlivých otázkách. Vliv faktoru A (stádium nemoci dle TNM) na odpovědi v otázkách 21, 22, 23, 24 byl tedy statisticky nevýznamný. Lze tak přijmout i hypotézu, že stádium nemoci dle klasifikace TNM u naší skupiny respondentů nemělo vliv na psychiku podle popisu v otázkách 21. – 24.

Diskuze

Maligní nádorová onemocnění svým zdravotním a sociálně-ekonomickým dopadem se dotýkají nejen jedince a jeho rodiny, nýbrž jsou problémem celé společnosti. Velkou roli hraje typ osobnosti pacienta. Samotné naděje na další život a jeho kvalitu je nutné věnovat pozornost (Jandík, 2004). Ve výzkumných otázkách jsme se zaměřili na psychické obtíže našich respondentů po ukončení léčby, kde jsme zjistili, že pouze 26 (23%) respondentů cítilo napětí trochu a 5 (4,4%) dost (obr. 13, s. 58). Obavy cítilo 35 (31%) pacientů trochu a 5 (4,4%) respondentů dost (obr. 14, s. 59), podráždění cítilo 30 (26,5%) respondentů trochu, 7 (6,2%) dost a 1 (0,9%) respondent velmi hodně (obr. 15, s. 59). Deprimace byla pocíťována u 20 (17,7%) respondentů trochu, u 8 (7,1%) dost a u jednoho (0,9%) respondenta velmi hodně (obr. 16, s. 60). Přepokládali jsme, že nádorové stadium onemocnění dle klasifikace TNM, bude mít vliv na psychické obtíže. Tyto předpoklady se nepotvrdily (tab. 39, s. 88). Ve výzkumu jsme se ptali, zda pacienty trápil jejich vzhled. Změny ve fyzickém vzhledu (následky po chirurgických zákrocích, tracheostomie, různé kosmetické změny v souvislosti s léčbou, atd.), které mnohdy zásadním způsobem mění sebeobraz/sebevědomí daného člověka (Kulhánková, 2011). U naší skupiny trápil jejich vzhled trochu 21 (18,6%) respondentů, dost 6 (5,3%) a velmi hodně 2 (1,8%) respondenty (obr. 19, s. 70). Stav po onkologickém onemocnění, může být spojen s omezením v životním stylu a denním režimu. 76 (67,3%) respondentů vůbec nebylo omezeno při vykonávání své práce, nebo jiných každodenních činností (obr. 10, s. 52). U zbylých respondentů se již omezení projevilo, 28 (24,8%) respondentů odpovědělo trochu, 5 (4,4%) dost a 4 (3,5%) respondenti velmi hodně.

Nádory v oblasti hlavy a krku a následné léčebné postupy mohou vést ke zhoršené verbální komunikaci nebo její úplné ztrátě (Praško, et al. 2010). Mohla se měnit sociální role nemocného a postavení ve společnosti, což mohlo být zdrojem další zátěže, s níž bylo nutné se vyrovnat. Ze sociálních obtíží měli respondenti především obtíže v komunikaci. V našem souboru respondentů mělo problém komunikovat s ostatními lidmi 52 (46,1%) respondentů (obr. 20, s. 72), 60 (53,1%) při telefonování (obr. 21, s. 73). Ve společenském styku s rodinou měli obtíže pouze 4 (3,6%) respondenti (obr. 22, s. 74) a s přáteli 18 (15,9%) respondentů (obr. 23, s. 74). Potíže vystupovat na veřejnosti mělo 43 (38,1%) respondentů (obr. 24, s. 75). Tento výsledek koreluje s obrázkem 20, s. 72, kdy 52 (46,1%) mělo potíže komunikovat s ostatními lidmi. Tyto výsledky si vysvětlujeme tím, že pacienti mohli mít problémy v běžných aktivitách (nakupování, vyřizování záležitostí na úřadech, na poště, atd.) Potíže mohly být způsobeny změnou/ztrátou komunikace, změnou vzhledu a zhoršenou schopností

našich respondentů se vyjádřit (např. pacienti s tracheostomickou kanylou). Buckwalter, et al. (2007), kteří sledovali 666 pacientů v městě Iowa léčených pro karcinom hlavy a krku od roku 1998 do roku 2004 popisovali problémy s následnou řečí u 51,2% respondentů. Tento výsledek je nepatrně vyšší než u skupiny respondentů našeho šetření, kdy problémy s komunikací uvedlo 46,1% respondentů.

Velkou skupinu respondentů v naší studii tvořili pacienti s nádorovým onemocněním hrtanu (skupina I.) celkem 104 (92%) respondentů. Řada z nich podstoupila radikální výkon (totální laryngektomii) a ztratila schopnost verbální komunikace. Provedli jsme porovnání našich výsledků s výzkumnou studií Nalbadian et al. (2007), kteří sledovali komunikační obtíže u 56 respondentů po totální laryngektomii, v Thessaloniki, Řecko. V jejich studii uvedlo komunikační problémy s ostatními lidmi 32 (57%) pacientů, 31 (56%) pacientů při telefonování a s rodinou 16 (29%). Potíže komunikovat s ostatními lidmi mělo 50 (48,1%) respondentů skupiny I., potíže mluvit po telefonu mělo 58 (55,8%) respondentů skupiny I. a potíže ve společenském styku s rodinou 4 (3,8) respondentů skupiny I. Menší zastoupení obtíží respondentů skupiny I. v komunikaci s ostatními lidmi (o 8,9%) oproti studii Nalbadian et al., mohlo být způsobeno rozdílným složením respondentů. Ve studii Nalbadian et al. byli zařazeni pouze pacienti po totální laryngektomii zatímco v našem souboru byli kromě pacientů po totální laryngektomii zařazeni i respondenti po parciální laryngektomii. Obtíže v komunikaci po telefonu byly pro obě studie shodné. Braz, Ribas (2005) popsali hlasové problémy u všech 14 respondentů po totální laryngektomii své studie, která probíhala ve městě Santos, v Brazílii.

V našem výzkumném šetření mělo 31 pacientů tracheostomii. Přepokládali jsme, že skupina I. pacienti s nádorovým onemocněním hrtanu a s trvalou tracheostomickou kanylou mají obtíže v komunikaci na rozdíl od pacientů bez ní. Tato hypotéza se nám potvrdila (s. 85-86). Obtíže v komunikaci, které nemocní prožívali, mohly ovlivňovat jejich kvalitu života a zároveň mohly mít vliv na léčbu a zvládání potíží spojených s léčebnými postupy. Jak uvedla studie Čiháková, Čelakovský (2007), kteří se zabývali kvalitou života pacientů s tracheostomií, tracheostomie výrazně zasahuje do sociální sféry života nemocných. Totální laryngektomie s permanentní tracheostomií je jedním z nejvíce mutilujících operačních výkonů vůbec. Nemocný přichází po operaci o hlas a jeho další začlenění do společnosti je i při existenci náhradních hlasových mechanismů značně obtížné a problematické. Jejich soubor tvořilo 31 osob po tracheostomii léčených na ORL klinice v Hradci Králové. Pro hodnocení kvality života zvolili dotazníkovou metodu SEIQoL (Schedule for the Evaluation

on of Individual Quality of Life). Protože život s tracheostomií byl pro každého operovaného značným hendikepem, předpokládali, že u všech nemocných dojde k výraznému zhoršení kvality života po provedení operace. V jejich souboru došlo ke zhoršení kvality života u žen o 24%, u mužů o 19%. „*Tracheostomie jistě celkovou kvalitu života nemocných zhoršovala, ne však natolik, aby se život s tracheostomií stal neúnosným*“ (Čiháková, Čelakovský, 2007, s. 16). Jak dále tato studie uvedla, v jejich souboru převládaly osoby závislé na tabáku a alkoholu, často pouze se základním vzděláním. Z našeho souboru 31 pacientů s tracheostomickou kanylou má 6 (19,4%) základní vzdělání, naprostá většina 20 (64,5%) je vyučena a zbylých 5 (16,1%) je středoškolsky vzdělaných. Provedli jsme srovnání s obyvatelstvem České republiky pro rok 2011. Z celkového počtu obyvatel má základní 17,4%, vyučen 32,8%, středoškolské 30,9% vysokoškolské 12,4% (ČSÚ, 2011). V naší skupině respondentů mělo celkem 18 (16%) respondentů základní vzdělání, 61 (54%) bylo vyučeno, 26 (23%) respondentů mělo středoškolské vzdělání a 8 (7%) vysokoškolské (obr. 3. s. 44). Pouze 6 (19,4%) respondentů s tracheostomickou kanylou uvedlo, že kouří a 2 (6,5%) konzumují alkohol.

Smilek a kol. (2004) provedli retrospektivní studii 47 nemocných. Hodnotili kvalitu života pacientů s pokročilým karcinomem hlavy a krku v závislosti na lokalizaci primárního ložiska v závislosti na typu použité léčby, přibližně jeden rok po ukončení léčby. Studie byla provedena pomocí upraveného dotazníku složeného z EORTC QLQ-30 a WOL (Revidovaný dotazník Univerzity ve Washingtonu). Prokázali statisticky významně sníženou kvalitu života nemocných ve skupině pacientů s resekcemi v oblasti spodiny dutiny ústní a orofaryngu ve srovnání s pacienty s nádory ostatních lokalizací.

Závěr

Cílem práce bylo zhodnotit psychické a sociální obtíže dispenzarizovaným nemocným se zhoubnými nádory hlavy a krku pomocí standardizovaných dotazníků kvality života. Náš soubor respondentů tvořili pacienti se zhoubným onemocněním hrtanu a slinných žláz. Data a výsledky získané za použití nestandardizovaného dotazníku, standardizovaných dotazníků (QLQ-C30, QLQ-H&N35) a ze zdravotnické dokumentace jsou uvedeny v kapitole 6 (s. 44).

Výsledky jsou vyjádřeny pomocí absolutních, relativních četností v procentech a u vybraných otázek testováním hypotéz. Největší obtíže v psychosociální oblasti měli pacienti v oblasti komunikace po telefonu. Výsledky nám potvrdily, že pacienti s nádorovým onemocněním hrtanu a trvalou tracheostomickou kanylou měli zhoršenou komunikaci s ostatními lidmi proti pacientům bez kanyly. Proto je vhodné již v předoperačním období věnovat maximální pozornost přípravě pacienta na změnu komunikace a informovat o možnostech kompenzace (foniatické péče). Potíže v oblasti komunikace jsme porovnávali s výsledky zahraničních výzkumných studií. V porovnání se studií Buckwalter, et al. (2007) a Nalbadian et. al (2007, jsme došly k podobnému závěru (s. 90). Testováním hypotézy 2 jsme zjistili, že psychické obtíže (napětí, obavy, podráždění) nesouvisí se stádiem nemoci dle klasifikace TNM.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty zdravotnickému zařízení s návrhem zlepšení komplexní péče o tyto nemocné. Je nepochybné, že ne každý člověk s diagnostikovaným onkologickým onemocněním v oblasti hrtanu a slinných žláz se setkal s celým spektrem problémů. Míra a závažnost obtíží, omezení atd. je závislá na lokalizaci a velikosti nádoru, terapeutické strategii, věku pacienta, polymorbiditě a dalších faktorech. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že z oblasti biologické naši respondenti pocítovali nejvíce obtíže s dechem, měli pocit slabosti a únavy, sucho v ústech, kašel, chrapot, bolest v krku. Proto je důležité se při každé dispenzární kontrole zaměřit především na tyto obtíže, které mohou signalizovat recidivu onemocnění. Nemoc způsobuje ekonomickou zátěž v důsledku dočasného snížení příjmů nebo dlouhodobějšího omezení pracovní činnosti, ale také spoluúčasti na hrazení zdravotnického materiálu, zvýšených požadavků na stravování atd. Protože u naší skupiny respondentů se jednalo především o respondenty v důchodovém věku, jejich fyzická kondice, nebo léčba jim finanční obtíže nezpůsobila (s. 62, tab. 19).

Výsledky našeho šetření a případné výstupy podobně zaměřených studií mohou být využity k zmapování a popisu obtíží a k navržení doporučení pro péči o tyto nemocné.

Standardizované dotazníky kvality péče by měly být součástí komplexní péče o pacienty v onkologické poradně.

Výzkumné šetření bylo podpořeno projektem studentské grantové soutěže Interní grantové agentury Univerzity Pardubice č. SG710006.

Soupis bibliografických citací

I. Tištěné zdroje

1. ANGENENDT, G. a kol. *Psychoonkologie v praxi: Psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. BINAROVÁ, A. *Radioterapie*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. 253 s. ISBN 978-80-7368-701-4.
4. MELLANOVÁ, A. Psychologie nemocných. In ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno : NCO NZO, 2004. [Kap.] 5, s. 65-75. ISBN 80-7013-386-4.
5. ČIHÁKOVÁ, I.; P. ČELAKOVSKÝ. Kvalita života u pacientů s tracheostomií. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2007, roč. 56, č. 1, s. 11-17.
6. ČOČEK, A. Hrtan a průdušnice. In HANH, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. [Kap.] 15, s. 219-250. ISBN 978-80-247-0529-3.
7. DIENSTBIER, Z.; STÁHALOVÁ, V. *Onkologie pro laiky*. 1. vyd. Praha : Radix, 2009. 128 s. ISBN 978-80-86031-80-6.
8. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života : pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. HNILICOVÁ, H. a V. BENCKO. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2005, roč. 85, č. 11, s. 656-660.
10. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 220 s. ISBN 80-7262-017-7.
11. HOSKOVCOVÁ, S.. *Psychosociální intervence*. Praha : Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
12. CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
13. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha : Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
14. JANDÍK, P. Psychologická opora pacientů se zhoubnými novotvary. *Ošetrovatelství: Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. 2004, roč. 6, č. 1-2, s. 38-40 ISSN 1212-723X.

15. KALVODOVÁ, L. a kol. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetrujícího týmu. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 6, s. 570-581. ISSN 0042-773X.
16. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 263 s. 80-200-1307-5.
17. KLENER, P. Nádory hlavy a krku. In KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha : Galén, 2002. [Kap.] 28, s. 363-372. ISBN 80-7262-151-3.
18. KONOPÁSEK, B. *Onkologie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. 179 s. ISBN 80-7262-287-0.
19. KOSTŘICA, R. a kol. *Současná komplexní léčba nádorů hlavy a krku*. 1. vyd. Brno : Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2003. 67 s. ISBN 80-210-3061-5.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. KULHÁNKOVÁ, R. *Psychologické aspekty nádorových onemocnění*. Praha : Liga proti rakovině Praha, 2011. 20 s.
23. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
24. MASTILIAKOVÁ, D. Ošetrovatelství jako samostatný vědní obor. In MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. [Kap.] 3, s. 69-70. ISBN 80-246-0429-9.
25. MEJZLÍK, J.; VALENTOVÁ, M.; ŠKVRŇÁKOVÁ, J. Dispenzarizace chirurgicky nebo kombinovaně léčených onkologických nemocných. *Florenc*. 2008, roč. 4, č. 1, s. 20-21. ISSN 1801-464X.
26. MELLANOVÁ, A. Psychologie nemocných. In ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno : NCO NZO, 2004. [Kap.] 5, s. 65-75. ISBN 80-7013-386-4.
27. NEZU, A. a kol. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
28. PÁLA, M. *Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace*. Praha : Liga proti rakovině Praha, 2010. 16 s. ISBN 978-80-254-8019-9.
29. PETRUŽELKA, L.; KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.

30. PIDRMAN, V. Posttraumatická stresová porucha. *Praktický lékař*. 2007. roč. 10, č. 87, s.615-617.
31. PRAŠKO, J. a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 430 s. ISBN 978-80-244-2365-4.
32. PYTELA, O. *Chemometrie pro organické chemiky*. 4.vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003. 211 s. ISBN 80-7194-539-0.
33. SALZMAN, R. *Bát se či nebát nádorových onemocnění hlavy a krku*. 1. vyd. Brno : GAT STUDIO, 2006. 4 s. ISBN 80-239-6940-4.
34. SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
35. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. roč. 73, č. 1, s. 6-9.
36. SMILEK, P. a kol. Kvalita života nemocných rakovinou hlavy a krku po rozsáhlých chirurgických výkonech-podklad pro rozhodnutí o léčebném postupu. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2004, roč. 53, č. 4, s. 184-188. ISSN 1210-7867.
37. ŠKVRŇÁKOVÁ, J.; VALENTOVÁ, M.; MEJZLÍK, J. Kvalita života u onkologicky nemocných po totální laryngektomii. *Florenc*. 2008, roč. 4, č. 2, s. 79. ISSN 1801-464X.
38. TRACHTOVÁ, E.; FOJTOVÁ, G.; MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
39. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
40. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. Ostrava : Ostravská univerzita , 1997. 169 s. ISBN 80-7042-314-5.
41. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

II. Elektronické zdroje

42. BRAZ, D.; RIBAS, M. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics* [online]. 2005, vol. 60, no. 2, [cit. 2011-12-03] s. 135-142. Dostupný z WWW: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322005000200010&script=sci_arttext>.
43. BUCKWALTER, A., et al. Patient-Reported Factors Associated With Discontinuing Employment Following Head and Neck Cancer Treatment . *Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery* [online]. 2007, vol. 133, no. 5, [cit. 2011-12-05] s. 464-470. Dostupný z WWW: < <http://archotol.ama-assn.org/cgi/content//133/5/464>>.
44. DUŠEK, L. a kol. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2011-10-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.svod.cz>>.
45. EORTC QLQ-C30. *EORTC Quality of Life* [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://groups.eortc.be/qol/index.htm>>.
46. Zdroj: EORTC QLQ-C30. *EORTC Quality of Life* [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://groups.eortc.be/qol/index.htm>>.
47. ERBÁK, P. *ORL ordinace* [online]. 2009 [cit. 2011-12-15]. Světový den hlasu. Dostupné z WWW: <<http://orl.erbak.com/svetovy-den-hlasu/#more-46>>.
48. HUMPHRIS, G.; OZAKINCI, G. The AFTER intervention: A structured psychological approach to reduce fears of recurrence in patients with head and neck cancer. *The British Psychological Society* [online]. 2008, no. 13, [cit. 2011-11-01] s. 223-240. Dostupný z WWW: <<http://search.ebscohost.com/>>.
49. HYNKOVÁ, L.; DOLEŽELOVÁ, H. Nežádoucí účinky radioterapie a podpůrná léčba u radioterapie nádorů hlavy a krku. *Onkologie* [online]. 2008, č. 2(2), [cit. 2011-10-05] s. 88-90. Dostupný z WWW: <<http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/02/06.pdf>>.
50. KOHDA, R., et al. Prospective studies on mental status and quality of life in patients with head and neck cancer treated by radiation. *Psycho-Oncology* [online]. 2005, no. 14, [cit. 2011-11-02] s. 331-336. Dostupný z WWW: <<http://search.ebscohost.com/>>.
51. KŘIČKOVÁ, J. Moderní endoskopické vyšetřovací metody v ORL. *Sestra* [online]. 2010, č. 11, [cit. 2011-10-01]. Dostupný z WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/moderni-endoskopicke-vysetrovaci-metody-v-orl-455794>>.

52. LÁCHOVÁ, J. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2011 [cit. 2011-10-19]. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR (Kouření a vystavení tabákovému kouři). Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/evropske-vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-cr-ehis-cr-koureni-vystaveni-tabakovemu->>>.
53. LEDEBOER, Q.C.P, et al. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: an update of the literature and challenges for the future (1996–2003). *Clinical Otolaryngology* [online]. 2005, no. 30, [cit. 2011-11-02] s. 303-319. Dostupný z WWW: <<http://search.ebscohost.com/>>.
54. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 2010 [cit. 2011-09-13]. Sociální dopady onkologických onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8472>>.
55. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 2011 [cit. 2011-09-13]. Invalidní důchody. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/619>>.
56. *MKN-10* [online]. 2009 [cit. 2011-09-13]. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
57. *Národní onkologický registr* [online]. 2011 [cit. 2011-10-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/sledovani-a-predikce-dat-v-onkologii/narodni-onkologicky-registr/>>.
58. NALBADIEN, M., et al. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients.. *Eur Arch Otorhinolaryngology* [online]. 2001, vol. 258, no. 7, [cit. 2011-12-05] s. 336-340. Dostupný z WWW: <<http://www.springerlink.com/content/2227dxlybmj0lrql/>>.
59. NECHANSKÁ, B.; SRB, T. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2011 [cit. 2011-10-25]. Zhoubné nádory v roce 2008. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2008>>.
60. NĚMEČEK, R.; VYSKOČIL, J. *Linkos: Stránky České onkologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2005 [cit. 2011-10-27]. Primární a sekundární prevence nádorů hlavy a krku. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/511/>>.
61. ŠLAMPA, P. Národy hlavy a krku - úvodem. *Onkologie* [online]. 2008, č. 2(2), [cit. 2011-08-08] s. 74. Dostupný z WWW: <<http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/02/01.pdf>>.

62. ŠTRAJTOVÁ ŠTEFKOVÁ, A. *Nemocnice Pardubice* [online]. 2010 [cit. 2011-12-15]. Světový den hlasu v Pardubicích. Dostupné z WWW: <<http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/pro-pacienty-a-navstevy/mapa-nemocnice/37/>>.
63. VORLÍČEK, J.; ŽALOUDÍK, J.; VYZULA, R. *Linkos: Stránky České onkologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2009 [cit. 2011-10-10]. Onkoprevence pro Českou republiku. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/prevence-a-skrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/#prim>>.

III. Jiné zdroje:

64. MARKOVIČ, O. - konzultace
65. MICHÁLEK, R. Nestandardizovaný dotazník, 2011
66. vlastní zkušenost

Seznam zkratek

AP – aritmetický průměr

atd. – a tak dále

BMI – body mass index

CT – počítačová tomografie

č. – číslo

ČSU – Český statistický úřad

Gy – gray

f_i – relativní četnost

ks – kusů

M – vzdálené metastázy

MNK – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů

N – metastázy v regionálních uzlinách

n. – nervus

n_i – počet prvků

např. – například

NMR – nukleární magnetická rezonance

ORL – otorinolaryngologie

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

pozn. – poznámka

RTG – rentgenové vyšetření

resp. – respektive

T – rozsah primárního nádoru

T_1, T_2 – tumor, rozsah nádoru je určen přidáním čísla za písmeno

tj. – to je

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaný

TNM – Klasifikace zhoubných novotvarů

UZ – ultrazvukové vyšetření

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

viz – lze vidět

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tab. 1 Etiologické faktory nádorů ORL a orofaciální oblasti podle primární lokalizace.....	15
Tab. 2 Psychika nádorového onemocnění	27
Tab. 3 Další informace nestandardizovaného dotazníku charakterizující respondenty.....	48
Tab. 4 Potíže při vykonávání namáhavější činností	50
Tab. 5 Potíže při dlouhé procházce.....	50
Tab. 6 Potíže při krátké procházce.....	51
Tab. 7 Setrvání na lůžku nebo v křesle.....	51
Tab. 8 Pomoc při jídle, oblékání, mytí, používání toalety	52
Tab. 9 Potíže s dechem	53
Tab. 10 Bolesti.....	54
Tab. 11 Potřeba odpočinku	54
Tab. 12 Potíže se spaním	55
Tab. 13 Pocit slabosti.....	55
Tab. 14 Zažívací obtíže.....	56
Tab. 15 Únava.....	57
Tab. 16 Narušení každodenních aktivit bolestí.....	57
Tab. 17 Potíže zapamatovat si věci.....	60
Tab. 18 Zasahovala fyzická kondice nebo léčba do rodinného života	61
Tab. 19 Finanční obtíže	62
Tab. 20 Celkové zdraví.....	63
Tab. 21 Bolest v oblasti hlavy a krku	64
Tab. 22 Polykání	65
Tab. 23 Problémy se zuby.....	66
Tab. 24 Problém široce rozevřít ústa	66
Tab. 25 Sucho v ústech	67
Tab. 26 Lepkavé sliny.....	67
Tab. 27 Problém s čichovým smyslem	68
Tab. 28 Problémy s chuťovým smyslem	68
Tab. 29 Kašel	69
Tab. 30 Chrapot	69
Tab. 31 Pocit nemoci	70
Tab. 32 Stavování	71

Tab. 33 Potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo s rodinou	75
Tab. 34 Léky proti bolesti.....	77
Tab. 35 Konzumace potravinových doplňků	77
Tab. 36 Výživa sondou	77
Tab. 37 Změny hmotnosti	78
Tab. 38 Obrna nervů	82
Tab. 39 Vyhodnocení analýzy rozptylu	88

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf rozložení pohlaví respondentů	42
Obr. 2 Graf věkového rozdělení respondentů	43
Obr. 3 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání	44
Obr. 4 Graf rodinného stavu	45
Obr. 5 Graf počtu dětí	45
Obr. 6 Graf vzdálenosti bydliště od zdravotnického zařízení	46
Obr. 7 Graf doprovod na vyšetření	46
Obr. 8 Graf zaměstnání	47
Obr. 9 Graf invalidního důchodu	47
Obr. 10 Graf omezení při práci nebo při výkonu každodenních aktivit	52
Obr. 11 Graf omezení v provádění koníčků nebo jiných činností ve volném čase	53
Obr. 12 Graf obtíží soustředit se na čtení novin nebo sledování televize	58
Obr. 13 Graf pocitu napětí	58
Obr. 14 Graf pocitu obav	59
Obr. 15 Graf pocitu podráždění	59
Obr. 16 Graf pocitu deprimace	60
Obr. 17 Graf zasahování fyzické kondice nebo léčby do společenské aktivity	61
Obr. 18 Graf kvality života	63
Obr. 19 Graf trápil vás váš vzhled	70
Obr. 20 Graf potíží mluvit s ostatními lidmi	72
Obr. 21 Graf potíže mluvit po telefonu	73
Obr. 22 Graf potíže ve společenském styku se svou rodinou	74
Obr. 23 Potíže ve společném styku s přáteli	74
Obr. 24 Graf potíží vystupovat na veřejnosti	75
Obr. 25 Graf pocitu méně zájmu o sex	76
Obr. 26 Graf pocit méně potěšení ze sexu	76
Obr. 27 Graf stádií TNM respondentů	78
Obr. 28 Graf rozložení váhy respondentů dle BMI	79
Obr. 29 Graf pacienti skupiny I.	80
Obr. 30 Pacienti skupiny I.	81
Obr. 31 Pacienti skupiny I.	82
Obr. 32 Graf podstoupená léčba našich respondentů	83

Seznam příloh

Příl. 1 Informovaný souhlas strana 1	105
Příl. 2 Informovaný souhlas strana 2	106
Příl. 3 Nestandardizovaný všeobecný dotazník	107
Příl. 4 Standardizovaný dotazník QLQ-C30 strana 1.....	108
Příl. 5 Standardizovaný dotazník QLQ-30 strana 2.....	109
Příl. 6 Standardizovaný dotazník QLQ-H&N strana 1	110
Příl. 7 Standardizovaný dotazník QLQ-H&N strana 2.....	111

Přílohy

Příl. 1 Informovaný souhlas strana 1

Ušní, nosní a krční oddělení, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Pardubická krajská nemocnice, a. s.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Studie: Sledování kvality života u dispenzarizovaných nemocných se zhoubnými nádory oblasti hlavy a krku
Informovaný souhlas (IS-2010-MI)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, Vážený pane,

v současné době provádíme na ušním, nosním a krčním oddělení Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, a. s. ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice studii, která se zabývá sledováním kvality života nemocných po léčbě zhoubných nádorů v oblasti hlavy a krku.

Úvod a cíl studie

Zhoubná nádorová onemocnění zaujímají v České republice po nemocech oběhové soustavy druhé místo v pořadí příčin úmrtnosti a stoupá jejich výskyt.

Cílem studie je pomocí standardizovaného dotazníku vypracovaného Evropskou organizací pro výzkum a léčbu rakoviny (česká verze) hodnotit kvalitu života nemocných po léčbě zhoubného nádoru v oblasti hlavy a krku v průběhu dispenzarizace, tj. pravidelných kontrol po léčbě nemocných v onkologické poradně ušního, nosního a krčního oddělení Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, a. s.

Dalším cílem studie je sledování psychosociálních (rodinných, pracovních) oblastí těchto nemocných, včetně dostupnosti zdravotních a sociálních služeb.

Průběh studie

Při každé návštěvě nemocného v onkologické poradně vyplní nemocná/nemocný dva dotazníky – první se týká všeobecných údajů o nemocné/nemocném a druhý ke zjišťování kvality života nemocné/nemocného. V průběhu vyplňování se může nemocná/nemocný obrátit s dotazem buď na studenta Fakulty zdravotnických studií či přímo na lékaře onkologické poradny.

Možná rizika

Vyplnění dotazníku nepřináší žádná zdravotní rizika, nejedná se o invazivní vyšetření.

Ochrana osobních dat

V této studii budou porovnávána data získaná od jednotlivých ošetřených osob z vyplněných dotazníků (dotazník všeobecný a dotazník kvality života) a ze zdravotnické dokumentace. K zajištění nezaměnitelnosti údajů od jednotlivých nemocných bude nutné řadit data podle jména a roku narození. Uvedené údaje budou sloužit pouze jako spojovací faktor při archivaci a nebudou využity k jiným účelům. Získané výsledky budou publikovány

Příl. 2 Informovaný souhlas strana 2

Ušní, nosní a krční oddělení, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Pardubická krajská nemocnice, a. s.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Studie: Sledování kvality života u dispenzarizovaných nemocných se zhoubnými nádory oblasti hlavy a krku
Informovaný souhlas (IS-2010-MI)

odborné veřejnosti v tomto směru běžnou formou a obecné závěry budou poskytnuty k dalšímu lékařskému a ošetrovatelskému využití (zkvalitnění péče o nemocné se zhoubnými nádory v oblasti hlavy a krku).

Souhlas a odmítnutí studie

Pokud se rozhodnete zúčastnit se studie, požádáme Vás o Váš souhlas. Podepište, prosím, předložený informovaný souhlas poté, co si jej pečlivě prostudujete a promluvíte si s ošetřujícím lékařem. Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná, není honorovaná a není pro Vás spojena se žádnými náklady. Máte právo kdykoli svůj souhlas k účasti v této studii zrušit bez udání důvodu. Případné odmítnutí nebude mít pro Vás žádné nevýhody nebo negativní následky. Na další lékařskou a ošetrovatelskou péči o Vás to nebude mít žádný vliv.

V případě jakýchkoli nejasností a dotazů se, prosím, obraťte na MUDr. Romana Michálka na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, a. s., tel. 466 015 306.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem od svého ošetřujícího lékaře byla/byl ústně srozumitelnou formou a písemně informacemi pro nemocnou/nemocného poučena/poučen o cíli, významu a možných rizicích probíhající studie. Měla/měl jsem příležitost položit otázky a byla/byl jsem ujištěna/ujištěn, že také v průběhu studie mi budou případné další dotazy z mé strany zodpovězeny. Je mi známo, že účast ve studii je dobrovolná a že mohu kdykoli bez udání důvodu a bez následků na další lékařskou a ošetrovatelskou péči svůj souhlas k této studii vzít zpět.

V Pardubicích dne:

.....
jméno, příjmení

.....
podpis

Příl. 3 Nestandardizovaný všeobecný dotazník

Ušní, nosní a krční oddělení, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Pardubická krajská nemocnice, a. s.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Studie: Sledování kvality života u dispenzarizovaných nemocných se zhoubnými nádory oblasti hlavy a krku
Dotazník – všeobecné informace (DVI-2011-MI)

DOTAZNÍK – VŠEOBECNÉ INFORMACE

Zajímáme se o některé věci, které se týkají Vás a vztahu k Vašemu onemocnění. Odpovězte prosím na všechny otázky tak, že **zakroužkujete ten údaj, který Vám nejlépe odpovídá**. Neexistují žádné "správné" nebo "nesprávné" odpovědi. Informace, které poskytnete, zůstanou přísně důvěrné.

Uvedte prosím své iniciály:

Vaše datum narození (den, měsíc, rok):

Dnešní datum (den, měsíc, rok):

1.	Vzdělání:	základní ¹ – vyučen/a ² – středošk. ³ – vysokošk. ⁴
2.	Rodinný stav:	svobod. ¹ – vdaná/ženatý ² – rozved. ³ – ovdov. ⁴
3.	Počet dětí:	žádné ¹ – 1 ² – 2 ³ – 3 ⁴ – více ⁵
4.	Vzdálenost bydliště:	do25km ¹ – do50km ² – do75km ³ – do100km ⁴ – více ⁵
5.	Doprava k vyšetření:	autobilem ¹ – vlakem ² – autobusem ³ – sanitou ⁴
6.	Nutný doprovod k vyšetření:	ne ⁰ – ano ¹
7.	Zaměstnání:	zaměstnanec ¹ – nezaměstnaný ² – OSVČ ³ – v domácnosti ⁴ – starobní důchod ⁵ – invalidní důchod plný ⁶ – částečný ⁷
8.	Invalidní důchod:	nepobírám ⁰ – částečný ¹ – plný ²
9.	Kouření:	ne ⁰ – ano ¹
10.	Pití alkoholu:	ne ⁰ – ano ¹
11.	Získáváte informace o svém onemocnění též z internetu?	ne ⁰ – ano ¹
12.	Byl jste informován o správné výživě u nádorového onemocnění?	ne ⁰ – ano ¹
13.	Dodržíte speciální stravovací opatření?	ne ⁰ – ano ¹
14.	V případě, že jste nosič tracheální kanyly, byl jste informován o zdravotních pomůckách?	ne ⁰ – ano ¹
15.	Problémy partnerské, rodinné v souvislosti s nemocí:	ne ⁰ – ano ¹
16.	Problémy v zaměstnání v souvislosti s nemocí:	ne ⁰ – ano ¹
17.	Problémy při řízení vozidla v souvislosti s nemocí: (vyplní pouze řidiči)	ne ⁰ – ano ¹
18.	Problémy v běžném životě (nákupy, úřady) v souvislosti s nemocí:	ne ⁰ – ano ¹
19.	Jste členem nějakého sdružení nemocných?	ne ⁰ – ano ¹

Příl. 5 Standardizovaný dotazník QLQ-30 strana 2

CZECH

Během minulého týdne:		Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
17.	Měl/a jste průjem?	1	2	3	4
18.	Byl/a jste unaven/a?	1	2	3	4
19.	Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?	1	2	3	4
20.	Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	1	2	3	4
21.	Cítil/a jste napětí?	1	2	3	4
22.	Cítil/a jste obavy?	1	2	3	4
23.	Cítil/a jste podráždění?	1	2	3	4
24.	Cítil/a jste se být deprimován/a?	1	2	3	4
25.	Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	1	2	3	4
26.	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho <u>rodinného</u> života?	1	2	3	4
27.	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší <u>společenské</u> aktivity?	1	2	3	4
28.	Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?	1	2	3	4

U následujících otázek prosím zakroužkujte v rozmezí od 1 do 7 tu odpověď, která se pro Vás nejlépe hodí

29. Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatné

Vynikající

30. Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatná

Vynikající

© Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group. Veškerá práva vyhrazena. Version 3.0

Zdroj: EORTC QLQ-C30. *EORTC Quality of Life* [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <http://groups.eortc.be/qol/index.htm>



EORTC QLQ - H&N35

Pacienti někdy uvádějí, že mají následující příznaky nebo problémy. Označte, prosím, v jakém rozsahu se tyto příznaky nebo problémy vyskytovaly u Vás v průběhu minulého týdne. Svou odpověď označte zakroužkováním čísla, které nejlépe vystihuje Vaši situaci.

Během minulého týdne:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
31. Bolelo vás v ústech?	1	2	3	4
32. Bolely vás čelisti?	1	2	3	4
33. Vyskytlo se u vás bolestivé postižení úst?	1	2	3	4
34. Bolelo vás v krku?	1	2	3	4
35. Měli jste problémy při polykání tekutin?	1	2	3	4
36. Měli jste problémy při polykání kašovitě stravy?	1	2	3	4
37. Měli jste problémy při polykání tuhé stravy?	1	2	3	4
38. Dusili jste se při polykání?	1	2	3	4
39. Měli jste problémy se zuby?	1	2	3	4
40. Činilo vám problémy široce rozevřít ústa?	1	2	3	4
41. Měli jste sucho v ústech?	1	2	3	4
42. Měli jste lepkavé sliny?	1	2	3	4
43. Měli jste problémy s čichovým smyslem?	1	2	3	4
44. Měli jste problémy s chuťovým smyslem?	1	2	3	4
45. Kašlali jste?	1	2	3	4
46. Chraptěli jste?	1	2	3	4
47. Cítili jste se nemocní?	1	2	3	4
48. Trápil vás váš vzhled?	1	2	3	4

Přejděte prosím na následující stranu

Zdroj: EORTC QLQ-H&N *EORTC Quality of Life* [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <http://groups.eortc.be/qol/index.htm>

Příl. 7 Standardizovaný dotazník QLQ-H&N strana 2

CZECH

Během minulého týdne:		Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
49.	Měli jste potíže při jídle?	1	2	3	4
50.	Činilo vám potíže jíst před vaší rodinou?	1	2	3	4
51.	Činilo vám potíže jíst před ostatními lidmi?	1	2	3	4
52.	Činilo vám potíže vychutnat si jídlo?	1	2	3	4
53.	Činilo vám potíže mluvit s ostatními lidmi?	1	2	3	4
54.	Činilo vám potíže mluvit po telefonu?	1	2	3	4
55.	Měli jste potíže ve společenském styku se svou rodinou?	1	2	3	4
56.	Měli jste potíže ve společenském styku s přáteli?	1	2	3	4
57.	Činilo vám potíže vystupovat na veřejnosti?	1	2	3	4
58.	Měli jste potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo se svou rodinou?	1	2	3	4
59.	Pocíťoval jste méně zájmu o sex?	1	2	3	4
60.	Pocíťoval jste méně potěšení ze sexu?	1	2	3	4

Během minulého týdne:		Ne	Ano
61.	Užívali jste léky proti bolesti?	1	2
62.	Konzumovali jste nějaké potravinové doplňky (kromě vitamínů)?	1	2
63.	Byli jste vyživováni sondou?	1	2
64.	Zhubli jste?	1	2
65.	Přibrali jste na váze?	1	2

© Copyright 1994 EORTC Quality of Life Study Group, verze 1.0 Všechna práva vyhrazena

Zdroj: EORTC QLQ-H&N *EORTC Quality of Life* [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <http://groups.eortc.be/qol/index.htm>