

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života onkologického pacienta
s nádorem krku**

bakalářská práce

Autor práce: Simona Dvořáková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Simona Dvořáková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života onkologických pacientů s nádorem krku
Cíl práce:	Zmapovat subjektivní vnímání kvality života onkologicky nemocných pacientů s nádorem krku.

Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Práce pojednává o subjektivním pojetí kvality života onkologicky nemocných, kteří podstupují radioterapeutickou léčbu. Popisuje problematiku nádorového onemocnění. V teoretické části se zaměřuji na pojem kvalita péče, definice nádoru krku, příznaky onemocnění a léčbu nádorového onemocnění. Hlavní pilíř práce tvoří kvalitativní výzkum, který se zabývá subjektivním vnímáním kvality života u pacientů s nádory krku.

Klíčová slova

Nádor, radioterapie, onkologický pacient, kvalita života, rakovina krku

Abstract

This paper work deals with subjective concept of quality of life cancer patients undergoing radiotherapy treatment. It describes the issue of cancer. In the theoretical part I focus on the concept of quality of care, definition of neck cancer, symptoms and treatment of cancer. The main pillar of the work is qualitative research, which deals with subjective perception of quality of life in patients with neck cancer.

Key words

Tumor, radiotherapy, cancer patient, quality of life, neck cancer

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 7. května 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své práce Mgr. Petře Vršecké za cenné rady, její čas a neocenitelné vedení při tvorbě této práce.

Obsah

Úvod.....	7
Motivace	8
Cíl práce	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Kvalita života	9
1.2 Nádory hlavy a krku.....	12
1.3 Léčba	15
1.4 Ošetrovatelská péče u pacientů s nádorem hlavy a krku.....	18
2 Výzkumná část.....	22
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	22
2.2 Metodika výzkumu.....	22
2.3 Charakteristika vzoru respondentů a výzkumného prostředí	23
2.4 Průběh výzkumu.....	23
2.5 Zpracování získaných dat.....	23
2.6 Výsledky výzkumu.....	24
3 Diskuse.....	36
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	41
Závěr	43
Seznam použité literatury	45
Seznam tabulek	48
Seznam příloh	49

Úvod

Mým zvoleným tématem pro bakalářskou práci je kvalita života u onkologických pacientů s nádory krku. Kvalita života je jedním ze základních faktorů, které posuzujeme při léčbě pacienta s nádorovým onemocněním. Právě kvalita života musí být vodítkem, které vytyčuje mantinely léčby. Pro hodnocení kvality života je nutné brát na ohled parametry objektivní i subjektivní. Téma je aktuální, jelikož pojem kvality života se postupně dostává do popředí zájmu v onkologické praxi.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to do části shrnující aktuální problematiku a do části výzkumné. Pro vytvoření kvalitní práce jsem se rozhodla část shrnující aktuální problematiku vydělit do několika oddílů, které se tematicky dotýkají kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním.

Nejdříve se budu zabývat tématem kvality života. Pro funkčnost celé bakalářské práce je stěžejní přesně definovat tento pojem. Vysvětlit jakým způsobem se používá, a jaké jsou praktické dopady ve fungování zdravotnické praxe. Dále považuji za nutné zmínit, jakým způsobem se kvalita života dá kvantifikovat.

Navazující část se bude týkat samotného pojmu nádoru hlavy a krku. Tato část především slouží k seznámení s klinickou problematikou, zde bych chtěla vytyčit, o jaké onemocnění se jedná, jak je prevalentní v české populaci, které faktory mohou přispívat k propuknutí nádorového onemocnění. Na tyto otázky přirozeně bude navazovat část, která se bude týkat diagnostiky, tedy způsobů, kterými můžeme identifikovat onemocnění. Poté bych navázala způsoby léčby, které jsou v současné době dostupné a funkční vůči nádorovému onemocnění.

V závěrečné části se budu zabývat ošetrovatelskou péčí u pacientů s nádorovým onemocněním. Zde popíšu problematiku bolesti u pacientů s nádorovým onemocněním. Budu pokračovat výživou onkologicky nemocných. Výživa je jedním z aspektů kvality života, kterou je možné léčbou ovlivňovat. U nádorů krku se jedná o citlivou oblast, jelikož krk je součástí trávicího traktu, který může být při léčbě narušen. Navážu psychologickým přístupem k pacientům s nádorovým onemocněním. Zde se jedná o jedno z důležitých témat pro výkon sesterské praxe. Správné vzdělání v oblasti psychologie je při práci s onkologickými pacienty naprostou nutností.

Ve výzkumné části budu směřovat ke splnění cíle práce, a to ke zmapování subjektivního vnímání kvality života onkologicky nemocných s nádorem krku. K tomuto využiji tři hlavních výzkumných otázek, které se týkají kvality života a sady podotázek. Mezi tři hlavní otázky budou patřit, jak hodnotí pacienti s nádorem krku kvalitu života, jaké jsou nejčastější obtíže, které ovlivňují kvalitu života nemocných, a jaké jsou nejčastější faktory, které přispívají ke zlepšení kvality života. Ke splnění cíle budu směřovat polostrukturovanými rozhovory, které by měli dát prostor pro subjektivní zhodnocení kvality života dotazovaných pacientů.

Motivace

Pracuji jako všeobecná sestra na onkologickém oddělení. V souvislosti s výkonem mé profese jsem se začala setkávat s předmětnou problematikou, tedy s pacienty s nádory krku. Z toho důvodu bych chtěla vědět, jakým způsobem hodnotí svoji kvalitu života, jaké jsou nejčastější potíže spojené s onemocněním, a také jestli je možné nějakým způsobem jejich kvalitu života zlepšit. Získané poznatky bych ráda převedla do dobré praxe.

Cíl práce

Zmapovat subjektivní vnímání kvality života onkologicky nemocných pacientů s nádorem krku

1 Současný stav problematiky

1.1 Kvalita života

Kvalita života se jako pojem poprvé objevuje ve 20. letech 20. století ve spojení s ekonomickým vývojem. Na pojem kvality života je možno nahlížet ve dvou úhlech pohledu, a to pod pohledem kvalitativním a kvantitativním. Kvalitativní posouzení vychází ze subjektivního hodnotového žebříčku osoby, která pojem kvality života zkoumá. U kvantitativního úhlu pohledu se jedná o objektivní posouzení, jelikož vychází z měřitelných hodnot. V případě ošetřovatelství se pojem kvality života objevuje u jednotlivých typů pacientů a je jím chápán život běžného průměrného člověka, který se svým onemocněním stává představitelem sledovaného vzorku populace. (Gurková, 2011)

Sousloví kvalita života se stalo běžnou součástí odborné diskuse, a to jak mezi zdravotníky, tak dalšími specialisty ve svých oborech. V běžné konverzaci jsme zvyklí používat kvantitativní měření života, které je spojené s jednoduchým měřením, kde počet let jednoznačně zodpovídá kvantitativní otázku, tedy kolik je dané osobě let. Kvalitativní měření kvality života je podstatně složitější, kdy tento proces musí reflektovat duševní, fyzický i sociální statut jedince. (Šamánková, 2011)

Samotný pojem kvality života má dosah do tří oblastí, a to do oblasti fyzické, sociální oblasti včetně interakcí s dalšími osobami a do oblasti psychické. Je nutné používat celostní přístup a zkoumat kvalitu života napříč zmíněnými oblastmi. WHO definuje kvalitu života jako vnímání jedincovi pozice v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žijí a v souvislosti s jedincovým očekáváním, standardy a obavami. Z této definice je patrné, že se jedná o komplexní přístup k problematice, kde je zahrnuto místo jedince ve společnosti v závislosti na jeho individuálních potřebách a tužbách. Dle uvedené definice nemůžeme vyvozovat, že kvalita života se odvíjí pouze od zdravotního stavu, ale je hodnocena jednotlivcem na základě jeho náhledu na své bytí. (Dvořáčková, 2012)

Do vnímání kvality života vstupuje celá řada faktorů, které jí mohou ovlivňovat. Nejzásadnějším faktorem je zdraví, které je považováno za nejdůležitější hodnotu v životě člověka. Dalšími oblastmi, které ovlivňují kvalitu života jsou především sociální, environmentální a ekonomické faktory. Tyto faktory mohou být společné pro větší část populace, ale další oblasti se týkají pouze jedince, a to je například pohlaví, věk, vzdělání,

hodnoty, které během života nabyt. Prostředky, které mohou ovlivňovat kvalitu života jsou velmi pestré a odvíjí se především od životní etapy, ve které se jednatlivec nachází a od společenského kontextu. (Dvořáčková, 2012)

Metody měření kvality života

Kvalita života se řadí mezi jeden z ukazatelů hodnocení efektivnosti poskytované léčby. Stává se důležitým ukazatelem u pacientů s chronickým či nevyléčitelným onemocněním. Nástroje na měření kvality rozdělujeme na generické a specifické. Specifické nástroje se zaměřují na konkrétní výsek činitelů u jednotlivých onemocnění.

Mezi generické nástroje měření kvality života zařazujeme a jako první se začaly používat dva nástroje dotazníkového typu, a to SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). SIP se sestává ze 136 položek, které tvoří veškeré denní aktivity od spánku po stravování. Cílem nástroje je vyhodnotit efektivnost léčby. Z tohoto nástroje vychází NHP, které se více zabývá osobní stránkou prožívání u pacienta. Dále je snížen počet položek, které se v nástroji vyplňují, z tohoto důvodu je jednodušší pro vyplňování. Oba nástroje umožňují využití váženého bodování, aby pacient měl možnost projevit svou subjektivní vážnost k jednotlivým položkám. (Gurková, 2011)

Další tři dotazníkové nástroje, které uvádím se objevují i v českých podmínkách a jedná se o SF-36, European Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF. SF-36 se používá bez ohledu na onemocnění, typ léčby nebo věk. Je sestaven z 36 položek a má za úkol působit jako nástroj mezi krátkodobým a dlouhodobým zjišťováním. European Quality of Life Questionnaire se skládá ze dvou částí, a to z části objektivní a subjektivní. V objektivní části se zjišťuje sebed péče, pohyblivost, bolest, deprese a obvyklé činnosti. V subjektivní sekci může jednatlivec vyznačit svůj zdravotní stav na stupnici v hodnotě 0-100. (Gurková, 2011)

Závěrečným dotazníkem, kterým se budu zabývat je WHOQOL-BREF. Tento dotazník je produktem Světové zdravotnické organizace a jeho cílem je hodnotit kvalitu života seniorů a dospělé populace. Tento dotazník je sestaven z 26 bodů sdružených do čtyřech oblastí. (Bužgová, 2015)

Specifické nástroje se zabývají kvalitou života u jednotlivých onemocnění. Jejich cílem je velmi přesná identifikace faktorů, které mají vliv na život pacienta, Z tohoto důvodu musí existovat různé dotazníkové sady pro jednotlivé skupiny onemocnění. Tedy existují

nástroje, které se zabývají onkologicky nemocnými pacienty, kardiovaskulárními chorobami, diabetem, gastrointestinálními problémy, respiračními chorobami, kožními onemocněními, neurologickými onemocněními, onemocněními pohybového aparátu. Dále se jedná o specifické nástroje dle skupin, u kterých se hodnocení kvality života provádí, a to dle věku u dětí, případně u seniorů. Zcela specifickým případem je hodnocení kvality života u pečujících, které je velmi důležité z psychohygienického hlediska. (Gurková, 2011)

Pro účely této kapitoly bych chtěla uvést tři specifické nástroje, které se používají při měření kvality života onkologických pacientů. Jedná se o nástroje QLQ-C30, FACT-G, RSCL. QLQ-C30 je nástrojem s třiceti položkami, který je rozdělen do pěti kategorií, které se zabývají celistvým přístupem k pacientovi. Kategorií je jak tělesný stav, tak emocionální a sociální bytí. Výhodou je rychlá vyplnitelnost dotazníku. Velmi obdobným způsobem pracuje i dotazník FACT-G, který se liší v počtu otázek, kdy jich obsahuje 27, ale celostní přístup dotazníku je zachován. Závěrečným dotazníkem, který uvádím, je dotazník RSCL. Jeho specifičností je rozdělení otázek do dvou modulů, které se týkají psychologického distresu a problémům, které vychází ze symptomů onemocnění. Pacient neuvádí v tomto dotazníku, jaké má symptomy, ale jakým způsobem ho obtěžují. (Gurková, 2011)

Kvalita života onkologicky nemocných

Onkologické onemocnění je naprosto zásadním milníkem v životě jedince. Oproti jiným onemocněním se liší svou závažnou podstatou. Pacienti s onkologickým onemocněním jsou zvláštní skupinou pacientů vzhledem k typu jejich onemocnění jsou specifictví a vyžadují péči, která je individualizovaná. (Sláma, 2012)

Nádorové onemocnění zasahuje do stránky fyzické, psychické i duchovní. Naprostá změna životního stylu, která je spojena s onkologickým onemocněním, je velmi těžkou životní zkouškou. Člověk, který je zvyklý si obstarávat vlastní záležitosti, se ocitá v závislosti na pomoci druhých. Přirozeně tento stav vede k tomu, že vlastní zájmy nemocného ustupují do pozadí. (Adam, 2011)

Mezi typické stavy, které pacient s nádorovým onemocněním zažívá se řadí strach, úzkost, smutek a deprese. Jedná se o přirozené lidské projevy, které se objevují u jednotlivce, který čelí životu ohrožující chorobě. Smutek může být přiměřenou a zdravou

reakcí na obzvlášť obtížnou životní etapou a je odrazovým můstkem pro vybalancování budoucího života. Deprese je nepřírodně dlouhý a hluboký smutek. Nemocný v depresi nemá během dne mnoho momentů, kdyby se ocital mimo svůj depresivní stav. Pro onkologické pacienty je důležité depresi vhodným způsobem léčit. (Adam, 2011)

Z hlediska příznaků se nádorové onemocnění pohybuje v několika fázích, a to ve fázi bezpříznakové, období prvních příznaků, období pokročilých příznaků, fáze léčby a buď zlepšení nebo progresu onemocnění. Každá tato fáze má úzký vztah s kvalitou života u jednotlivých nemocných. V bezpříznakové fázi se přístup k nádoru odráží dle informovanosti jednotlivce. Existuje celá řada lidí, kteří se přirozeně nádorového onemocnění obávají. V období prvních příznaků může nemocný reagovat ignorováním příznaků a odmítnutím svého stavu. Nemocní mohou preferovat nejistotu před lékařským zhodnocením svého stavu. Ve třetí fázi rozvinutých příznaků už nemocný vyhledává lékařskou pomoc vzhledem k tomu, že zažívá závažnější symptomatické projevy. Objevují se úzkost a strach. (Dostálová, 2016)

Fáze léčby je velmi náročná na fyzickou i psychickou stránku pacienta. Zákroky a léčba jsou mnohdy invazivní a jedná se o podstatné zásahy do kvality života pacienta. Ve fázi remise se znovu objevuje naděje. Psychické rozpoložení má zásadní vliv vzhledem ke kvalitě života onkologicky nemocného jednotlivce a může mít dopad k hladšímu průběhu léčby. (Dostálová, 2016)

1.2 Nádory hlavy a krku

Nádory v oblasti hlavy a krku označujeme souhrnně jako nádory polykacího a dýchacího ústrojí. Radíme zde rty, dutinu ústní, jazyk, dutinu nosní, paranasální dutiny, farynx, larynx, slinné žlázy a místní lymfatickou tkáň. Zařazujeme zde i nádory kůže v dané oblasti, nádory oka, ucha, štítné žlázy nebo metastázy v krčních uzlinách, které se vytvořily z neznámého primárního zdroje. Mezi nejvíce vyskytující nádory v oblasti krku se řadí laryng. Typický histologický nález nádoru v oblasti hlavy a krku je dlaždicobuněčný karcinom, který tvoří až 90 % veškerého výskytu. Nádor vzniká ze sliznice horních dýchacích a polykacích cest. Dlaždicobuněčný karcinom nejčastěji postihuje dutinu ústní, orofarynx, hypofarynx a larynx. Charakteristický je lokální růst a vznik regionálních lymfatických metastáz. Vzdálené metastázy u tohoto typu nádoru se

objevují méně. Opakované recidivy a vznik mnohočetných nádorů jsou velmi častým jevem. (Büchler, 2017)

Nádory hlavy a krku v populaci

Z epidemiologického hlediska se řadí rakovina v oblasti hlavy a krku mezi pátou nejčastější rakovinu na světě. (O'Neill, 2015). Tento typ nádoru se populačně vyskytuje více u mužů než u žen. Diagnostika onemocnění u pacientů je prováděna u pacientů ve věku nad 50 let častěji než u mladších ročníků. (Büchler et al., 2018). Všechna nádorová onemocnění se zaznamenávají v naší zemi do Národního onkologického registru (NOR). Ročně je diagnostikováno s nádorem hlavy a krku v České republice kolem 2000 pacientů s mortalitou okolo 50 %. Téměř 42 % nemocných je mladších 60 let. K diagnostice nádorového onemocnění v oblasti hlavy a krku u pacientů dochází nejčastěji až v pozdním stadiu. Z tohoto důvodu je obtížné zajistit léčbu s pozitivním výsledkem. (Šlampa, 2016)

Rizikové faktory nádorů hlavy a krku

Existuje celá řada rizikových faktorů, které můžeme zařadit do několika skupin. Předně bych uvedla kouření a nadměrnou konzumaci alkoholu. Při současném užívání alkoholu a tabáku se zvyšuje riziko tohoto onemocnění. Při inhalaci tabákového kouře a pití alkoholu dochází k poškození slizničních buněk. Následkem toho se objevují vícečetné abnormality, které se mohou stát zdrojem případného rakovinotvorného bujení. Ohroženou skupinou jsou i častí kuřáci marihuany. Zmíněné faktory byly prokázány v 80-90 % případů předmětného onemocnění. (Pála, 2021)

Dalšími rizikovými faktory jsou některý typy virů, a to lidské papilomaviry u nádorů orofaryngu a u nádorů nazofaryngu se jedná o Epstein - Barr virus. Následně bych zmínila ultrafialové záření, které může způsobovat nádory rtu, ionizující záření je faktorem u karcinomu slinných žláz. Specifickým rizikovým faktorem jsou prашná prostředí, která se týkají konkrétních profesí. (Pála, 2021)

Vzhledem k tomu, že kouření je nejzávažnějším rizikovým faktorem pro vznik nádoru hlavy a krku, tak bych chtěla uvést specifické informace. Konzumace tabáku v jakékoliv podobě je rizikovým faktorem, tedy problémové je i šňupání nebo žvýkání tabáku. Hlavní látkou způsobující vznik nádorů je dehet, nikoliv nikotin, který naopak způsobuje závislost. Nikotin díky tepelné a mechanickému dráždění spolu s vazokonstrikcí hraje

menší roli pro hlavní vznik nádorového onemocnění. Dehet obsahuje celou řadu rakovinotvorných látek. (Šlampa, 2016)

Diagnostika nádorů hlavy a krku

Příznaky onemocnění se liší v závislosti na lokalizaci a biologické povaze nádoru. Mezi nejobvyklejší projevy onemocnění patří krvácení, bolest, problémy s dýcháním, polykáním, porucha řeči, chrapot, rýma. Žádný ze zmíněných příznaků automaticky neznamená diagnózu zhoubného nádoru z tohoto důvodu je nutné navštívit lékaře, který má za úkol diagnostikovat onemocnění. (Pála, 2021).

Prvním diagnostickým postupem by mělo být zajištění anamnézy. Tento krok je mnohdy podceňován, ale jedná se o velmi důležitý zdroj informací jak o onemocnění, tak i o pacientovi. Zde se především zaměříme na rodinnou historii, zaměstnání, rizikové faktory především již zmiňované kouření, které je nejnebezpečnějším faktorem pro nádory hlavy a krku. V rozhovoru s pacientem pokračujeme k varovným znamením, tedy k příznakům onemocnění. Dle lokalizace nádoru zvolíme vhodné vyšetření. (Klener, 2011)

Standardním postupem je endoskopické vyšetření, které provádí lékař specialista ORL. Pokud je odebrána podezřelá léze, tak se zasílá na histologické vyšetření. Rentgenové vyšetření u diagnostiky nádorů hlavy a krku se často využívá k posouzení případných metastáz v plicích. Jako další diagnostické nástroje jsou využívány zobrazovací metody.

Mezi zobrazovací metody řadíme vyšetření výpočetní tomografií, nukleární magnetickou rezonancí, ultrasonografií, pozitronovou emisní tomografií. (Šlampa, 2016)

První volbou bývá vyšetření výpočetní tomografií s využitím kontrastní látky. Tato metoda využívá rentgenového záření. Obraz je následně digitálně upraven. Kontrastní látka zajišťuje na obrazu různé prokrvení tkání. Tumory jsou sytěji zbarvené. Nukleární magnetická rezonance zajišťuje nejpřesnější obraz měkkých tkání bez ionizujícího záření při vyšetření. Možnou nevýhodou je náročnější vyšetření, které je například kontraindikováno u pacientů se staršími kloubními náhradami nebo s kardiostimulátory. K upřesnění diagnózy je možné využít pozitronovou emisní tomografií, která za pomoci radiofarmak, zobrazuje metabolickou aktivitu vyšetřovaných tkání. (Klener, 2011)

Rozsah nádorového onemocnění je popisován TNM klasifikací. Dle stadia nádorového onemocnění volí lékař vhodnou léčbu. Základem této klasifikace je určení velikosti primárního nádoru T, postižení uzlin N a výskyt metastáz M. Tato klasifikace není

univerzální, je stanovena pro každou nádorovou lokalitu zvlášť. Zařazení do klinického stadia onemocnění je důležité pro zvolení správného typu léčby. (Brierley, 2020)

1.3 Léčba

Primárním cílem léčby je zisk kontroly nad nádorovým onemocněním při zajištění nejlepší možné kvality života. Během posledních desetiletí se léčba vyvinula směrem kombinace přístupů. Operace a radioterapie vedle sebe existují a doplňují se. O provedení léčby rozhoduje multidisciplinární tým, který posuzuje získané informace z diagnostických nástrojů. Důvodem pro zapojení více specialistů je posouzení míry invazivity léčby oproti možnému výsledku a důležitým aspektem je zajištění vysoké kvality života pacienta. V této podkapitole se budu věnovat léčbě chirurgické, radioterapii a chemoterapeutické léčbě, která se dříve u tohoto typu nádorů používala pouze jako paliativní léčba, ale během posledních dvaceti let se začala používat i v kurativní léčbě. (Šlampa, 2016)

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je základní léčebnou metodou u pacientů, se skoro všemi solidními nádorovými onemocněními. Cíle chirurgické léčby jsou buď kurativní nebo paliativní. U léčby s kurativním zaměřením patří k sledovaným cílům odstranění nádoru, odstranění postižených lymfatických uzlin a šetrná preparace nádoru. U časně zpozorovaného nádoru prvního nebo druhého stupně je možné postupovat s velkou úspěšností pouze chirurgickým zákrokem. U pokročilých stádií onemocnění je nutné kombinovat způsoby léčby. Při paliativní chirurgii se pouze zmírňuje onemocnění. Nedochozí k odstranění celého nádoru. U oblasti hlavy a krku se jedná například o resekce krčních uzlin za cílem zajištění příjmu potravy, umožnění dýchání nebo zastavení krvácení. (Pála, 2021) Typickým příkladem je tracheotomie, tedy zákrok za cílem záchrany života při stenóze dýchacích cest.

Radioterapie

Radioterapie je léčbou ionizujícím zářením a je jednou ze základních možností pro léčbu nádorových onemocnění. Posílený význam této možnosti léčby byl umožněn značným technickým pokrokem v tomto odvětví. (Klener, 2011)

Spinocelulární karcinom, který je prevalentní v horních dýchacích cestách a polykacích cestách je radiosenzitivní, takže je možné pro jeho eliminaci indikovat radioterapii. Nádory slinných žláz nejsou tolik radiosenzitivní, tudíž je u nich primární léčbou chirurgický zákrok. Nádory způsobené lidským papilomavirem jsou také radiosenzitivní. Stejně jako u jiných typů léčby se přístup dělí dle cíle léčby na kurativní a paliativní. Kurativní radioterapie je nejčastěji samostatně indikována v prvních fázích onemocnění. Paliativní radioterapie se indikuje v případě, že je potřeba zmírnit symptomy pokročilého onemocnění. Komfort pacienta musí být zohledněn a musí být postupováno s ohledem na kvalitu života pacienta. (Šlampa, 2016)

Radioterapeutická léčba využívá ionizující záření k poškození nádorového ložiska, při minimálním zásahu do okolních zdravých tkání a orgánů. Veškerá modernizace však nedokáže zabránit komplikacím spojených s léčbou. (Smilek, 2015)

Méně častými nežádoucími účinky během prvních dávek radioterapie jsou zvracení a nevolnost. V průběhu prvních tří týdnů nemívají zpravidla pacienti problémy, ale později již dochází k nárustu kožní toxicity, ke změně chuti, kašli a nevolnosti. V dalších dvou týdnech tolerance radioterapie zásadním způsobem klesá a může dojít i k zástavě polykání. Je nutné pacienta pečlivě sledovat. U některých pacientů musí být zaveden PEG, aby v období nejvyšší zátěže zářením byli schopni přijmout potravu. Po kritickém období zátěž klesá a u většiny pacientů se obnovuje běžné polykání. (Šlampa, 2016)

Z dlouhodobého hlediska je nutné sledovat chronickou toxicitu, která byla způsobena ionizujícím zářením. Tyto dlouhodobé změny jsou mnohdy nevratné a ukazují se i několik měsíců či let po ukončení léčby zářením. Jedná se o změny v pigmentu, pokles výkonu štítné žlázy, xerostomii, možné otoky krku. Z tohoto důvodu je nutné se zamýšlet před započítím radioterapie nad možnostmi léčby, která má dlouhodobý dopad na kvalitu života pacienta. (Hynková, 2012)

Chemoterapie

Chemoterapie je léčebnou metodu, která vychází z vlastností a účinků chemických sloučenin, které nazýváme cytostatika. Všechny chemické sloučeniny cytostatik působí na celý organismus. Lze je využít při léčbě lokoregionálního nádoru, rozsevu nádoru i při léčbě vzdálenějších metastáz. Využití chemoterapie bylo dříve spíše prostředkem paliativní léčby, až v posledních desetiletích je chemoterapie využívána jako prostředek

kurativní léčby, a také jako doplněk chirurgického výkonu nebo radioterapie. (Pála, 2012).

Pro úspěšnou chemoterapii je vhodné dodržovat racionální zásady. S chemoterapií je vhodné začít co nejdříve, čím je menší nádorové onemocnění, tím je větší možnost, jej eliminovat. Dále je nutné kombinovat cytostatika, jelikož využíváním pouze jednoho typu cytostatik se může snadněji vytvořit rezistence. Dávky cytostatik musí být dostatečně robustní a musí být podávány v cyklech, aby se zdravé tkáně mohly zotavovat. Klíčovým aspektem úspěšné chemoterapie je nastavení správného rozestupu mezi cykly, kdy předčasné podání může ohrozit krvetvorné buňky a pozdní podání umožní znovuoobnovení nádorových buněk. Chemoterapie se podává i po dosažení klinické remise. (Klener, 2011)

Systémovou léčbu označujeme kombinaci radioterapie a chemoterapie, která zvyšuje účinek léčby, ale i riziko řady nežádoucích účinků a komplikací. Před zahájením každého cytostatického cyklu je zapotřebí sledovat krevní obraz, biochemické a ledvinové hodnoty. Jako preventivní opatření před zahájením cyklu se podávají pro předejití nevolnostem nebo zvracení antiemetika. (Smilek, 2015)

Stejně jako u předešlých metod léčby může být i chemoterapie využívána pro paliativní léčbu. Pokud je diagnostikováno nádorové onemocnění, která není řešitelné chirurgicky nebo radioterapií, tak chemoterapie může zmírnit příznaky a zpomalit růst nádoru. Dle literatury je však efekt na prodloužení doby života pacienta sporný. (Šlampa, 2016)

Zásadní otázkou při podávání chemoterapie je toxicita a případná rezistence vůči léčbě. Pokud je chemoterapie aplikována s cílem kurativní léčby, tak musí být vždy posuzován zdravotní stav a výhled ve srovnání s onemocněním. Hlavním problémem není akutní toxicita, která vzniká při podávání chemoterapie, ale toxicita pozdní, která se může objevit v řádu let. Zásah do kvality života v době léčby je přímo nahrazen šancí na delší život v případě úspěšné léčby. U pacientů v paliativní péči by chemoterapie neměla zasahovat do kvality života pacienta, a tomu by měla být uzpůsobena i léčba. (Mechl, 2009)

Závěrem této části bych chtěl zmínit, jako další možnost léčby se využívá biologická léčba, ta působí cíleně proti strukturám v nádorové tkáni. Nádory hlavy a krku vyžadují pro svůj růst epidermální růstový faktor, a ten je touto cílenou léčbou blokován. Při

využití této léčby se snižuje riziko systémové toxicity, ale je zvýšena možnost kožní toxicity. (Šlampa, 2016)

Proces po léčbě

Po ukončené léčbě se v pravidelných intervalech pacient dostavuje k lékaři specialistovi na prohlídku. Tento proces má za úkol zachytit případnou recidivu onemocnění, a také případně vyloučit sekundární nádor, který se oblasti hlavy a krku může objevit. Kontroly se provádějí ve vyšší časové frekvenci po ukončení léčby. Postupem času se frekvence kontrol snižuje, stejně jak se snižuje riziko recidivy. (Pála, 2021)

1.4 Ošetřovatelská péče u pacientů s nádorem hlavy a krku

Pro zajištění péče je nutné správně pochopit komplexnost nádorové nemoci. Onkologické onemocnění vede k ekonomickým, společenským a emocionálním následkům. Ošetřování pacienta s touto diagnózou vyžaduje od zdravotnického personálu odborné znalosti, ale i morální a etické předpoklady. Léčba onkologického onemocnění se pojí se zvládáním bolesti u pacienta. Současná medicína je schopná zmírnit bolest na snesitelnou míru u všech pacientů s nádorovým onemocněním. Bohužel ne vždy je tomu tak. Jednou z příčin může být nedostatečná pozornost zdravotnického personálu, a právě to může všeobecná sestra ovlivnit, pokud má znalosti a dovednosti, jak úroveň bolesti u pacienta monitorovat. Předně musí zajistit dostatečné informace od pacienta, a dle nich jednat. Pacient musí být partnerem pro zajištění správné léčby. (Zacharová, 2014)

Výživa onkologicky nemocných

Většina pacientů s nádorovým onemocněním zažívá problémy s příjmem potravy. Jedná se o jeden z nejběžnějších stavů spojených s onemocněním a jde o výrazný faktor při hodnocení kvality života pacientů. Obtíže při příjmu potravy se objevují ještě častěji než dušnost nebo bolest u pacientů s nádorovým onemocněním. Tento stav vyplývá z celkového onkologického onemocnění. Ztrátu hmotnosti zaznamenává až 80 % osob s nádorovým onemocněním. Dochází k nerovnováze mezi nutričními potřebami nemocného a skutečným příjmem potravy. Toto vede k úbytku váhy způsobené jak nádorovým onemocněním, tak i samotnou náročnou léčbou. (Šachlová, 2011)

Onkologické onemocnění je bráno jako kompletní systémového onemocnění celého organismu. Jedním z projevů onemocnění je proteinová-energetická malnutrice, která se

projevuje váhovým úbytkem, nechutenstvím, úbytkem svalové hmoty, úbytkem tukové tkáně, celkovou slabostí, anemií, změnou chuti k jídlu a snížením příjmu potravy. (Šachlová, 2011)

U onkologicky nemocného pacienta s malnutricí byla zaznamenána zhoršená odpověď na protinádorovou léčbu. Důvody podvýživy jsou vlastní nádorová onemocnění, kdy lokalizace nádoru GIT vede k poruchám příjmu potravy a vstřebávání živin. Dalšími vlivy jsou také vedlejší účinky spojené s protinádorovou léčbou – nechutenství, nevolnost, únava, nauzea, zvracení, sucho v ústech, bolesti postižené sliznice v dutině ústní, změny vnímání chuti, průjem nebo celková slabost. Objevují se i chronické obtíže bolest, dušnost, žaludeční nevolnost. (Kapounová. 2020)

Změna chuti je jedna z komplikací spojených s onemocněním. Z tohoto důvodu je nutné vhodně upravit jídelníček, aby nemocnému vyhovoval. Do jídelníčku zařazujeme méně obvyklých koření, zařazujeme také stravu bohatou na proteinový základ, volíme pro navození chuti i chladné nápoje či koktejly, ovoce a zmrzlinu. Z ošetrovatelského hlediska je důležitá zvýšená péče o dutinu ústní, doporučená je hygiena dutiny ústní po každém jídle. Perorální výživa by měla být podporována v nejvyšší možné míře. Potrava by měla být něčím, co pacienta může těšit i při špatném zdravotním stavu. Jedná se o jeden z rozměrů pro zajištění kvality života pacienta. (Šachlová, 2011)

Pacient by měl sám usilovat o udržení tělesné hmotnosti. Vhodný jídelníček je jedním ze základních předpokladů, jak si jí udržet. Složení stravy by mělo být upravováno na základě zdravotního stavu pacienta. Při průjmech, zácpě nebo nevolnosti musí být jídelníček upraven. Stejně tak je nutné zajistit optimální pohodlí při příjmu potravy. Pro zamezení suchosti v ústech se doporučuje použít žvýkačku či tvrdý bonbón. Vhodnou medikací jsou léky, které umožňují zvýšení sekrece slinných žláz. Pacient by měl být poučen a edukován, aby dodržoval vhodné postupy při příjmu potravy. Optimální edukace pacienta by měla být opakována a posléze musí být kontrolován její efekt. (Vyzula, 2015)

V případě nechutenství je možné nasadit orexigenní medikaci, kdy posílení chutě k jídlu může nastat již od týdne po zahájení příjmu léků. Při nasazení medikace je nutné vyhodnotit účinnost, a pokračovat v léčebné terapii pouze v případě, že nedochází k některé z kontraindikací. Další možností je sipping, jedná se o nutriční přípravky, které jsou určeny k perorálnímu využití. Tyto přípravky mají garantované složení s danou

kalorickou hodnotou. Výživa se podává mezi jídly a pacient se na ní adaptuje nejdříve po menších porcích podávaných ve čtyřech denních dávkách. Povinností zdravotnického personálu je edukovat pacienta o sippingu, aby se pacient mohl adekvátně přizpůsobit tomuto příjmu potravy. Výhodou sippingu je vysoká tolerance i v pokročilých fázích onkologického onemocnění. (Šachlová, 2011)

U pacientů s malnutricí, respektive s hrozcí malnutricí, je možné nasadit enterální výživu pomocí nasogastrické sondy, tedy za předpokladu, že mají funkční zažívací trakt. Cílem této výživy je zlepšení, případně udržení stavu pacienta a podpora dobré kvality života. Využitím sondy se dá předcházet i dehydrataci. Zavedení nasogastrické sondy nemusí být pro pacienta komfortní, proto je vždy nutné s pacientem komunikovat o výhodách a nevýhodách zákroku. V případě závažné nefunkčnosti zažívacího traktu pacienta je možné využít parenterální výživy, kdy je výživa podávána přímo do krevního řečiště pacienta. Jedná se o nákladnější způsob výživy, u které je nutné pravidelně vyhodnocovat rizika a benefity, které pacientovi přináší. Například Česká společnost paliativní medicíny nedoporučuje podávání parenterální výživy v posledních dnech až týdnech života pacienta. (Šachlová, 2011)

Psychologický přístup k onkologicky nemocnému

Přijmutí diagnózy nádorového onemocnění je pro pacienty zvlášť těžké. Pacienti se potýkají s několika fázemi psychického smíření s danou situací. Švýcarská lékařka Elisabeth Kübler – Rossová popsala fáze, kterými nemocný prochází po sdělení vážného diagnózy. Tento postup rozdělila do pěti fází. První fází je popření, kdy pacient nevěří, že se nachází v této situaci, často se pacienti ptají, jestli nedošlo k nějakému pochybení. (Kübler-Ross Elisabeth, 2013)

Další fází je agrese, jedná se o období, kdy hledá pacient viníka, má zlost na celý svět i zdravotníky a dochází až k tomu, že pacient přestává komunikovat s ošetřujícím personálem či rodinou. Následující fází je smlouvání, toto období je charakterizováno jako hledání alternativní medicíny a šarlatánství. Pacienti se mnohdy obracejí k Bohu či k vyšší moci s prosbami. Nejsložitějším obdobím je fáze deprese. Pacienti zažívají velké období smutku, strachu, beznaděje. V této fázi je zapotřebí psychoterapeutický přístup zdravotnického personálu. Poslední fází je smíření, psychické uvolnění a přijetí nemoci. Fáze nemusí probíhat přesně dle uvedeného pořadí a u každého pacienta se jedná o

individuální prožívání situace. Stejně tak je nutné si uvědomit, že obtížným obdobím prochází i blízcí pacienta. (Kübler-Ross, 2013)

Ze zdravotnických pracovníků má nejbližší k pacientovi všeobecná sestra. Všeobecná sestra by již od prvního setkání s pacientem měla působit takovým způsobem, že by pacienta měla uklidnit. Také by měla působit jistě. Její jednání by mělo být laskavé a ochotné. (Dostálová, 2016)

Nejprospěšnější pro pacienty je otevřená a empatická komunikace, kterou by měla ovládat každá všeobecná sestra. Stejným způsobem by měla probíhat komunikace s rodinou pacienta. Dobrý psychický stav je základním předpokladem zajištění kvality života pacienta. (Sláma, 2011)

Všeobecná sestra pečuje nejen o fyzickou stránku pacienta, ale jejím úkolem je starat se i o stránku psychickou. V praxi se uplatňuje kombinovaný přístup, kde by zdravotní sestra měla mít odborné poznatky a zároveň by měla umět užívat správný psychologický přístup k pacientovi. Sestra je iniciátorem komunikace s pacientem. Jedním z nejčastějších problémů při léčbě je nedostatečná informovanost pacienta. Tomuto problému se dá předcházet vhodným způsobem komunikace. Profesionální způsob komunikace je dovedností, kterou by si sestra měla osvojit. Jen v případě, že je tento způsob komunikace prováděn správně, tak je možné vhodně začínat, ukončovat i posouvat rozhovory s pacientem. Zvládnutí komunikace je důležitým předpokladem pro zajištění kvalitního vztahu s pacientem. Správné komunikační dovednosti vedou k vyšší efektivitě péče a zvýšení kvality života pacienta. (Zacharová, 2016)

2 Výzkumná část

Cílem výzkumu je zjistit skutečné názory na kvalitu života u onkologických pacientů. Chci zjistit, zda se jim dostává péče, které je zapotřebí. Forma výzkumu je prováděna kvalitativním způsobem a sběr dat byl uskutečněn metodou rozhovoru pacientů u kterých byla diagnostikována nádor v oblasti krku během léčby a po léčbě. Rozhovory jsou řazeny chronologicky v pořadí, v jakém byly pořízeny.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zmapování kvality života onkologických pacientů s nádorem krku.

Výzkumná otázka č.1: Jak hodnotí pacienti s nádorem krku kvalitu života?

Výzkumná otázka č.2: Jaké jsou nejčastější obtíže, které ovlivňují kvalitu života nemocných?

Výzkumná otázka č.3: Jaké jsou nejčastější faktory, které přispívají ke zlepšení kvality života?

2.2 Metodika výzkumu

V bakalářské práci byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření pomocí rozhovoru s pacienty. Důvodem byl bližší kontakt s dotazovanými a možnost lepšího ho pochopení zkoumaného problému.

Pro zkoumání problematiky a pochopení problému do hloubky byla využita metoda výzkumu SWOT. Součástí kvalitativního výzkumu je tedy sběr velkého množství informací, kde následně dotazující zjišťuje vzájemné souvislosti (Disman, 2011). Pro realizující výzkum používá velké množství informací, které vedou k lepšímu zodpovězení výzkumných otázek. Sběr dat a analýza probíhá v delším časovém úseku, jelikož je vhodné se s dotazovanými osobami dobře poznat a seznámit se s jejich životem trochu blíže. (Hendl, 2016).

Sběr dat byl realizován formou vlastního rozhovoru, kdy respondenti odpovídali na předem připravené otázky metodou. Rozhovor byl členěn na tři výzkumné otázky, které

se členily na další podotázky, jež umožnili zkoumat danou problematiku více do hloubky. Otázky k rozhovoru byly tvořeny tak, aby byl co nejlépe splněn cíl bakalářské práce.

Na jedné straně hloubkového rozhovoru je výzkumník, jež se nachází v novém prostředí a na straně druhé je dotazovaný, který mu sděluje informace a odpovídá na otázky, které si výzkumník předem připravil. Odlišnost mezi výzkumníkem a dotazovaným je v tom, že výzkumník vede rozhovor a pokládá otázky a ideální je, aby samotný rozhovor i ukončil. (Švaříček, 2014).

Pozorování bylo zaznamenáváno písemně do předem připravených archů (viz příloha č. 1). Rozhovory probíhaly zcela anonymně se souhlasem příslušného zdravotnického zařízení. Celkem bylo zrealizováno pět rozhovorů, které byly následně po provedení výzkumu přepisovány do elektronické formy a dále kódovány metodou otevřeného kódování a z důvodu lepší přehlednosti byly vyobrazeny ve formě tabulek.

2.3 Charakteristika vzoru respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou výzkumného šetření byli pacienti pravidelné hospitalizovaní na onkologickém oddělení. Rozhovor byl proveden celkem se pěti respondenty. Výzkum probíhal na onkologickém oddělení. Před započtím rozhovoru bylo respondentům objasněno, proč a za jakým účelem bude rozhovor probíhat. Dále jim bylo přiblíženo téma a cíl bakalářské práce. Všichni respondenti byli ujištěni, že rozhovor je zcela anonymní a byli požádáni o podpis informovaného souhlasu.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna 2021 do března 2021 na onkologickém oddělení. Šetření probíhalo po schválení náměstkyně ošetrovatelské péče nemocnice Jihlava.

2.5 Zpracování získaných dat

Při zpracování výzkumných dat byl použit program Microsoft Office Word a Microsoft Excel.

2.6 Výsledky výzkumu

Základní informace

Tabulka 1 Věk

	R1	R2	R3	R4	R5
60–72 let	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Věk respondentů se pohybuje v rozmezí od 60 let do 72 let.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

	R1	R2	R3	R4	R5
Střední odborné vzdělání s maturitou		•			
Střední vzdělání s výučním listem	•		•	•	
Vysokoškolské vzdělání					•

Zdroj: autorka

U tří dotazovaných respondentů bylo jejich nejvyšší dosažené vzdělání střední s výučním listem. U jednoho respondenta bylo dosažené nejvyšší vzdělání střední odborné vzdělání s maturitou a u posledního respondenta bylo jeho nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské.

Tabulka 3 Léčba

Druh léčby	R1	R2	R3	R4	R5
Radiologická	•	•	•	•	•
Chemoterapeutická	•	•	•	•	

Zdroj: autorka

Léčba se u čtyřech respondentů provádí pomocí kombinované léčby radioterapie a chemoterapie. U posledního respondenta byla zaznamenaná léčba pouze radioterapeutickou metodou.

Výzkumná otázka 1

1 a) Domníváte se, že Vaše onemocnění nebo léčba zásadním způsobem ovlivnila kvalitu Vašeho života?

Tabulka 4 Subjektivní vnímání kvality života

	R1	R2	R3	R4	R5
Neovlivnila					
Ovlivnila v menší míře					
Ovlivnila ve velké míře	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

U otázky, zdali se respondenti domnívají, že jejich onemocnění nebo léčba zásadním způsobem ovlivnila kvalitu jejich života, uvedlo 5 z 5 respondentů, že jejich kvalita života byla onemocněním a léčbou ovlivněna ve velké míře.

1 b) Jak hodnotíte kvalitu života nyní?

Tabulka 5 Hodnocení kvality života

	R1	R2	R3	R4	R5
Uspokojivě					
Dostatečně					•
Nedostatečně	•	•	•	•	

Zdroj: autorka

Respondenti 1 až 4 považují svoji kvalitu života během probíhající léčby za velmi nedostatečnou. Mezi klíčové aspekty uvádějí chybějící návštěvy rodiny vzhledem k probíhající pandemii. A dále nemožnost využívání propustek za návštěvou rodiny během víkendu. Respondent 5 uvedl, že jeho kvalita života během hospitalizace se dá považovat za dostatečnou. Odpověď vycházela z faktu, že během týdne ukončuje radioterapeutickou léčbu.

1c) Co ovlivňuje Vaši kvalitu života?

Tabulka 6 Činitelé kvality života

	R1	R2	R3	R4	R5
Rodina	•	•	•	•	•
Nemoc	•	•	•	•	•
Spánek	•	•	•	•	•
Hospitalizace	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Všech pět respondentů uvedlo, že mezi faktory, které ovlivňují jejich kvalitu života patří především vztahy s rodinou. Fyzický a psychický stav spojený s nemocí. Dále probíhající hospitalizace a kvalita spánku.

1 d) Jak ovlivnila onkologická léčba Vaši fyzickou a psychickou kondici?

Tabulka 7 Vliv léčby na kondici pacienta

	R1	R2	R3	R4	R5
Neovlivnilo					
Ovlivnilo mírně					
Ovlivnění bylo vysoké	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Všichni respondenti udali, že jejich onkologická léčba ovlivnila psychickou a fyzickou kondici ve vysoké míře.

Výzkumná otázka 2

Jaké jsou nejčastější potíže, které ovlivňuje kvalitu života nemocných?

2 a) Jak ovlivnila Vaše nemoc vztah s Vašimi blízkými?

Tabulka 8 Vztahy s blízkými

	R1	R2	R3	R4	R5
Došlo k rozporu s rodinou ohledně léčby					•
Podpora rodiny	•	•		•	
Nezájem rodiny					
Bez rodinných příslušníků			•		

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2 a 4 uvedli, že ze strany jejich rodiny byla poskytnuta podpora během zjištění onemocnění a při následné léčbě. Respondent 3 uvedl, že bohužel je na onemocnění v současné době sám. V jeho okruhu se nenachází nikdo příbuzný. Žije sám už dlouhodobě. Své obtíže sděluje během hospitalizace proškolenému psychologovi.

Rozdíl se také nachází u respondenta 5, který udává, že došlo v jeho rodině o rozpor v typu léčby a přístupu k léčbě. Podle jeho slov si rodina přála respondenta léčit v Brně, avšak respondent nesouhlasil z důvodu trvalého bydliště. Dále uvádí, že je spokojen v jihlavské nemocnici. Vztah k poskytovateli zdravotních služeb si vypěstoval během období ambulantních návštěv po zjištění onkologického onemocnění.

2 b) K jakým změnám u Vás došlo důvodu absolvování onkologické léčby?**Tabulka 9 Obtíže spojené s onkologickou léčbou**

	R1	R2	R3	R4	R5
Změna prostředí	•	•	•	•	•
Nechutenství	•	•	•	•	•
Změna příjmu stravy (PEG, PEJ)		•	•		
Porucha mluvení	•	•	•	•	•
Hubnutí během léčby		•	•	•	
Bolest	•	•	•	•	•
Polykací obtíže	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Všichni respondenti se shodli, že zažívají změnu prostředí, problémy spojené s nechutenstvím, poruchy mluvení, bolest během léčby a polykací obtíže. U změny příjmu stravy respondenti 2 a 3 se potýkali s poruchou příjmu stravy ústy. Z toho důvodu bylo doporučeno ze strany lékaře pro zvládnutí léčby zavedení vyživovací sondy do stěny žaludku (PEG) u dvou zmíněných dotazovaných respondentů. S hubnutím během léčby se potýkalo 3 z 5 respondentů. Vedle respondentů 2 a 3, které jsem popsala výše se jednalo také o respondenta 4, kdy zapříčiněním bylo nechutenství, polykací obtíže a bolest.

2c) Co podle Vás nejvíce ovlivňuje Váš současný stav?

Tabulka 10 Činitelé ovlivňující zdravotní stav

	R1	R2	R3	R4	R5
Sociální izolace	•	•	•	•	•
Nemoc	•	•	•	•	•
Hospitalizace	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Všichni respondenti uvedli, že jejich současný stav ovlivňuje sociální izolace způsobená nynější pandemií, kdy se nemohou více setkávat s rodinou a přáteli během probíhající hospitalizace. Dále všichni uvedli, že nemoc a hospitalizace jsou přirozeně důležitými faktory.

2 d) Je Vaše onkologická léčba psychicky a fyzicky náročná?

Tabulka 11 Náročnost léčby v oblasti psychické a fyzické

	R1	R2	R3	R4	R5
Velmi náročná	•	•	•		•
Nedokážu posoudit				•	

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2,3 a 5 se shodli na celkovém prožívání onkologické léčby v oblasti psychické a fyzické a deklarovali její vysokou náročnost. Pouze jediný respondent 4 udává že nedokáže posoudit náročnost jeho léčby v oblasti psychické a fyzické.

2e) Jsou nějaké aktivity, které jste musel/a vyřadit ze svého života?**Tabulka 12 Aktivity, které respondenti museli omezit**

	R1	R2	R3	R4	R5
Zaměstnání					•
Sportovní aktivity		•			
Hobby	•		•	•	

Zdroj: autorka

Respondenti 1,3 a 4 museli omezit své koníčky. Jejich záliby byly omezené z důvodu onemocnění a podstupující léčby, která je celkově fyzicky i psychicky vyčerpává. U všech se se jednalo o více fyzicky náročné hobby, například kácení dříví a starost o les. Respondent 2 udává že jeho omezení z důvodu onemocnění nastalo ve sportovních aktivitách, kdy respondent rekreačně plaval, a to i v zimě při otužování, ale z důvodu zjištění onkologického onemocnění této aktivity zanechal a doufá ve zlepšení zdravotního stavu a brzkého návratu k jeho koníčku. Respondent 5 oproti ostatním musel zanechat dříve svého zaměstnání a odejít do předčasného důchodu, jelikož jeho práce byla velmi fyzicky náročná a obával se, že by se po léčbě nemusel vrátit do zaměstnání v plné síle.

2f) Je něco, co Vám od započetí léčby chybí?**Tabulka 13 Deficit způsobený léčbou**

	R1	R2	R3	R4	R5
Domácí strava	•	•	•		•
Domov	•	•		•	•
Rodina	•	•		•	•
Přátelé	•	•	•	•	•
Osobní postel	•	•	•	•	•
Soukromí	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2,3 a 5 se shodují, že jim chybí domácí strava a úplně jim nevyhovuje ta nemocniční, V kombinaci s nechutenstvím anebo s polykacími obtížemi, které doprovází jejich léčba, se jedná o problém. Respondenti 1,2,4 a 5 říkají, že během hospitalizace se projevila ztráta kontaktu s domovem a rodinou skrze probíhající pandemii a s ní spojeným zákazem návštěv na oddělení. Všichni respondenti se shodují že od započetí léčby jim chybí přátelé, osobní postel a soukromí, které je v nemocničním zařízení velmi omezené z důvodu společných pokojů pacientů.

2 g) Je Váš aktuální zdravotní stav uspokojivý?

Tabulka 14 Spokojenost se zdravotním stavem

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano, velmi uspokojivý					•
Nelze říct, zdali je uspokojivý, spíše vyčerpávající	•	•	•	•	

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2,3, a 4 hodnotí jejich aktuální zdravotní stav jako neuspokojivý a doufají, že brzy se jejich zdravotní stav zlepší. Respondent 5 shledává svůj aktuální zdravotní stav jako částečně uspokojivý, protože se mu již zahojily postradiační reakce na krku a hned se mu lépe usíná.

Výzkumná otázka 3

Jaké jsou nejčastější faktory, které přispívají ke zlepšení kvality života?

3 a) Co podle Vás pomáhá ke zlepšení kvality života?

Tabulka 15 Faktory zlepšení kvality života

	R1	R2	R3	R4	R5
Vycházky do přírody	•				
Zlepšení sociálního zázemí					•
Zmírnění bolesti		•	•	•	
Kvalitní spánek	•	•	•	•	•

Zdroj: autorka

Všichni respondenti se shodli, že ke zlepšení kvality života přispívá kvalitní spánek. Všichni při rozhovoru udávají nedostatečně kvalitní spánek v nemocnici z důvodu, pravidelných obchůzek noční služby, podávání léku u souseda v pokoji či vyluzování zvuků od spolubydlicího na pokoji. Respondent 1 udává, že podle něj pomáhá ke zlepšení kvality života vycházka do přírody pro relaxování a utřídění myšlenek. Respondenti 2,3 a 4 udávají, že podle nich pomáhá ke zlepšení kvality života zmírnění bolesti správnými medikamenty, a tím úlevu od bolesti, která je vzhledem k onemocnění trápí. Jediný respondent 5 udává, že pro zlepšení kvality života je klíčové zajištění sociálního zázemí, které je v dnešní době podstatné pro starší spoluobčany.

3 b) V jaké oblasti nacházíte smysl života?

Tabulka 16 Nalézání smyslu života

	R1	R2	R3	R4	R5
V rodině	•	•			•
Ve svých zájmech					•
Nenacházím smysl života			•		
Spirituální				•	

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2 a 5 se shodují že smysl jejich života se nachází v rodině, která jim pomáhá a podporuje je během léčby. Respondent 5 také nachází společně s rodinou smysl života ve svých zájmech. Respondent 3 však nenachází komplexní smysl jeho bytí, poukazuje na svou samotu a nemoc, která ho teď sužuje. Respondent 4 udává že smysl jeho života se nachází v oblasti spirituální.

3 c) Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka 17 Spokojenost se svým zdravím

	R1	R2	R3	R4	R5
Zcela nespokojen			•		
Spokojen v ohledu na podstupující léčbu	•	•		•	•

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2,4 a 5 považují své zdraví momentálně za dostačující a snaží se spokojit s tím, že doufají v úspěšnou léčbu a v návrat zpátky do společnosti. Jediný respondent 3 je zcela nespokojen se svým zdravotním stavem, vzhledem k léčbě, neschopnosti jíst, nechutenství, nevolnostem a bolestem.

3 d) Do jaké míry Váš život podle Vás smysl?

Tabulka 18 Smysl života

	R1	R2	R3	R4	R5
Jsem si jistý že můj život dává smysl	•	•		•	•
Nenacházím smysl svého života			•		

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2,4 a 5 udávají že jejich život dává smysl hledají ho v rodině a v podpoře od známých. Naopak respondent 3 nenachází smysl života. Naopak se pouze obává smrti v osamění.

3 e) Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Tabulka 19 Negativní prožitky

	R1	R2	R3	R4	R5
Zřídka	•	•		•	
Velmi často			•		
Nikdy					•

Zdroj: autorka

Respondenti 1,2 a 4 udávají, že negativní pocity se u nich objevují zřídka, snaží se své negativní pocity ventilovat například s rodinou či psychologem. Respondent 3 udává že jeho výskyt negativních pocitů je velmi častý, a dle psychologa byly předepsány léky na snížení tohoto napětí. Respondent 5 však udává že nikdy nepropadal negativním pocitům, a že je vždy dokázal ventilovat pomocí rozhovorů nebo malby.

3 Diskuse

V bakalářské práci na téma „Kvalita života onkologických pacientů s nádory krku“ jsem si zvolila za cíl zmapovat subjektivní vnímání kvality života u onkologicky nemocných pacientů s nádorem krku. Na cíl navazují tři výzkumné otázky, které jsou: Jak hodnotí pacient s nádorem krku kvalitu života? Jaké jsou nejčastější potíže, které ovlivňují kvalitu života nemocných? Jaké jsou nejčastější faktory, které přispívají ke zlepšení kvality života? V diskusi jsem se zaměřila na rozbor těchto tří výzkumných otázek samostatně. Výzkumné šetření probíhalo pomocí polostrukrovaného rozhovoru, který byl předem připraven, k tomu jsem se ojediněle dotázala doplňující otázkou. Z odpovědí jednotlivých respondentů vyplývá výsledek mého výzkumu.

Základní částí výzkumného šetření zjišťuje základní informace, tedy identifikační informace respondentů. Do základních informací jsem zařadila otázky zjišťující věk respondentů, nejvyšší dosažené vzdělání a typ probíhající léčby, kterou respondenti během výzkumu prochází. Každý z dotazovaných respondentů je odlišně starý, a to v rozmezí 60–72let. U třech respondentů bylo dosaženo střední odborné vzdělání, jeden respondent uvádí své nevyšší dosažené jako vzdělání střední odborné ukončené maturitou a poslední respondent uvádí své nejvyšší vzdělání vysokoškolské. U každého respondenta byla dotazována metoda jejich probíhající léčby, u čtyř respondentů se jednalo o podávání chemoterapeutické léčby společně s radioterapií, pouze u jednoho respondenta byla zahájena pouze léčba radioterapií.

Výzkumná otázka 1: Jak hodnotí pacient s nádorem krku kvalitu života?

K první výzkumné otázce se vztahují čtyři otázky rozhovoru. Z výzkumu vyplývá, že respondenti s nádorovým onemocněním krku během hospitalizace hodnotí svoji kvalitu života jako velmi neuspokojivou z důvodu probíhající léčby, která je velmi psychicky i fyzicky náročná. Všichni respondenti se shodli, že jejich onemocnění a následná léčba ovlivnila ve velké míře jejich kvalitu života, která se zhoršila po sdělení diagnózy. Tento jev je běžný. Dostálová (Dostálová, 2016) poukazuje na negativní emoční stereotyp, který vzniká důsledkem událostí, ve kterých pacient musí žít. Pacient se cítí izolován je depresivní a má pocit, že těžko dojde ke zlepšení. Všichni respondenti se také shodli, že jejich kvalitu života ovlivnila nemoc, vztahy v rodině, spánek a hospitalizace spojená následně s léčbou onemocnění. V tomto dotazu bylo jasné, že během hospitalizace, není možné využít propustek na víkend jako tomu bylo v předešlých letech z důvodu

probíhající pandemie, a proto respondenti pocítují sociální izolaci, která ovlivňuje jejich zdravotní a psychický stav. A také to, jak budou zvládat v dalších dnech probíhající léčbu. Pála (Pála a kol., 2012) popsal, že kvalita života se během léčení výrazným způsobem snižuje a pacienti původní kvalitu života nabývají až po několika letech po absolvované léčbě. Z tohoto můžeme vyvodit, že kvalita života se pohybuje na různých úrovních před léčbou, během léčby a po léčbě.

Dále dotazování uvedli, že z důvodu léčby onemocnění se zhoršila jejich psychická a fyzická kondice, specificky více zapomínají, dochází ke zvýšené únavě, poruchám spánku, problémům s vyprazdňováním, ztrátě intimity, nechutenství a největší obtíží je nauzea a bolest. O důležitosti vhodné léčby bolesti se zmiňuje Adam (Adam, 2011), který uvádí, že chronická bolest vede k senzibilizaci nocireceptorů, a tím zesílení bolesti. Bolest je individuálním prožitkem, který je objektivně neměřitelný, ale vnímání bolesti je zesíleno negativními emocemi, což se shoduje s výsledky této výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou nejčastější obtíže, které ovlivňují kvalitu života nemocných?

Výzkumná otázka je složena ze sedmi podotázek. Tato část je zaměřena na nejčastější obtíže, které ovlivňují kvalitu života nemocných. Respondentů jsem se nejdříve dotázala na to, jak ovlivnila jejich nemoc vztah s blízkými. Čtyři z pěti respondentů uvádějí, že po zjištění závažného onemocnění se ihned rodina zapojila do podpory během postupující léčby. U jednoho respondenta došlo k problému ohledně rozhodnutí, kde budu probíhat léčba, ale rodina se však následně usmířila. Pouze jediný respondent udává, že z důvodu života v osamění nemá nikoho, kdo by jej navštívil nebo podporoval v tomto těžkém životním období.

Zřetelné je, že každý z respondentů se nachází v jiné sociální situaci, která velmi ovlivňuje jejich pohled na onemocnění, léčbu a celkový přístup ke kvalitě vlastních životů. Za nejdůležitější v oblasti změn během absolvování onkologické léčby respondenti považovali změnu prostředí, na které se shodli všichni respondenti. Následuje nechutenství během léčby, které provázelo opět všechny respondenty, jako doplňující otázku jsem položila, jak s tímto bojují, všichni odpověděli léky, které jim předepíše lékař. U dvou z těchto respondentů byl pozměněn, z důvodu zhoršující se zdravotního stavu, způsob podávání potravy, která je podávána pomocí vyživovací sondy do žaludku čili enterální metodou. Jde o velmi šetrnou metodu, která umožňuje zvládání léčby a tím

se zamezuje nutričním ztrátám, nechutenství, otokům spojeným s postradiační reakcí, které znemožňují přijetí stravy per os. Šlampa (Šlampa, 2016) poukazuje na to, že pacienti s nádorem krku jsou velmi náchylní k malnutrici. Z tohoto důvodu je nutné podávat potravu jiným způsobem, než per os. S poruchou mluvení se potýkali všichni respondenti, kteří podstupují radioterapeutickou léčbu. O této skutečnosti referuje Smilek (Smilek, 2015), kdy uvádí, že poruchy mluvení jsou přítomné prakticky u každého nemocného, kdy závažnost poruchy záleží především na existenci postradiačních edémů.

Hubnutí během léčby postihlo tři z pěti dotazovaných respondentů, kteří procházejí chemoterapeutickou léčbou společně s radioterapií. Za nejvážnější změnu během léčby, respondenti uvádějí bolest, která postihla všechny respondenty. Za další změny během léčby respondenti uvedli také polykací obtíže, které jim neumožňovali příjem potravy či vyšší riziko aspirace. Všichni respondenti se shodli že nejvíce ovlivňuje jejich současný stav sociální izolace z důvodu pandemie, nemoc, kterou nedávno zjistily a hospitalizace spojená náročnější léčbou. Na dotaz, zdali onkologická léčba je psychicky a fyzicky náročná se čtyři respondenti shodli, že pro ně absolvování léčby je velmi náročnou životní zkušeností, která je ovlivnila jak psychicky, tak i fyzicky. Jeden respondent udává že nedokáže posoudit, zda je jeho léčba psychicky a fyzicky náročná.

Z výzkumu vyplývá že tři z pěti respondentů museli zanechat kvůli podstupující léčbě své hobby. Jeden z respondentů musel zanechat zaměstnání z důvodu onemocnění a postupující léčby. Poslední respondent musel přestat se svými sportovními aktivitami. Od počátku léčby v nemocnici respondenti postrádají domácí stravu ve čtyřech z pěti případů. Stejně tak domácí prostředí postrádají během léčby čtyři z pěti dotazovaných. Rodinu postrádá stejně jako domov čtyři z pěti respondentů. U přátel je tomu tak u všech dotazovaných. Vorlíček (Vorlíček, 2012) mluví o jevu, kdy se ve většině případů členové rodiny o nemocného hluboce zajímají, ale zároveň existují situace, kdy rodina nemá o pacienta zájem, takže se v žádném případě nejedná o univerzální pravidlo. Bužgová (Bužgová, 2015) tvrdí, že rodina je nejvýznamnější jednotkou, která poskytuje péči svým členům, což ve výzkumu potvrzují všichni dotazovaní, kteří mají existující rodinu. Všichni dotazovaní se snaží překonat sociální izolaci pomocí telefonické komunikace. Konzultaci se specializovaným psychoterapeutem využívá jeden respondent.

Osobní postel a soukromí postrádá pět z pěti respondentů, dále udávají změnu spojenou s obměnou prostředí a ztrátu intimity. Na dotaz, zdali respondentům připadá jejich aktuální

zdravotní stav uspokojivý čtyři z pěti udávají, že jejich zdravotní stav je uspokojivý a pouze jeden respondent je absolutně léčbou vyčerpán.

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou nejčastější faktory, které přispívají ke zlepšení kvality života?

Poslední výzkumná otázka se zaměřuje na nejčastější faktory, které přispívají ke zlepšení kvality života. Výzkumné otázce naleží dalších pět podotázek. První otázka zjišťuje to, jaký mají respondenti náhled na zlepšení kvality života, přičemž se všichni respondenti shodli že na dostatečné kvalitě života se podílí kvalitní spánek, který ale během hospitalizace postrádají, především z důvodu nemocničního provozu. U tří z pěti respondentů byl zdůrazněn management bolesti, který při vhodné medikaci, pozitivně dopadá na jejich bytí. Jeden respondent zdůraznil zlepšení sociálního zázemí a vycházky do přírody, které mohou přispět ke zlepšení psychohygieny. Tyto potřeby akcentuje ve své publikaci i Bužgová (Bužgová, 2015), která uvádí, že pacient potřebuje podporu, praktické potřeby, spirituální potřeby a potřeby související s profesionální péčí. Veškeré faktory, které byly zmíněné ve výzkumu je možné zařadit do jedné z výše uvedených kategorií.

Dále jsem se dotazovala respondentů, zda nachází smysl života a v jaké oblasti. Na otázku odpovídal každý respondent individuálně. Tři z dotazovaných udávají, že svůj smysl života vidí v opoře rodinných příslušníků a vztahu s nimi. Jeden z respondentů nenachází smysl ve svém životě a poslední respondent udává že nachází smysl života ve spirituální rovině. Navazující otázka pro respondenty se týkala s jejich spokojeností s vlastní zdravím. Čtyři z pěti respondentů jsou spokojeni v ohledu k podstupující léčbě. Jeden respondent je zcela nespokojen se svým aktuálním zdravotním stavem, jelikož je osamělý a bez rodiny a oporu pouze nachází v nemocničním psychoterapeutovi.

Předposlední otázka se táže, do jaké míry respondentům dává smysl jejich život. Čtyři z pěti respondentů nacházejí svůj smysl života. Pouze jeden dotazovaný udává že v ničem a nikom nenachází smysl svého života. Poslední otázka se týká, zdali respondenti pociťovaly negativní pocity jako jsou špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese. Tři z pěti respondentů udávají, že zřídka tyto pocity pociťují. Jeden z respondentů udává že špatné pocity pociťuje velmi často, a proto na doporučení lékaře a psychoterapeuta využívá konzultace společně s medikamenty proti úzkosti. Pouze jeden respondent nikdy nepociťoval tyto pocity a cítí se dobře. Zacharová (Zacharová, 2016) poukazuje na

nutnost kvalitní komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Mnohdy je možné předcházet vzniku negativních pocitů, které vyplývají z reality hospitalizace. Úzkost a deprese zhoršují chápavost pacienta. U depresivních pacient existuje riziko lhostejnosti a pomalejší léčby.

Zde můžeme pozorovat, že každý pacient pociťuje individuální potřeby. Velmi záleží na subjektivním vnímání každého jedince. Styčné body jsou, ale také patrné, kdy velký důraz je kladen na rodinné vztahy. Především je to patrné v době pandemie a s ní spojené sociální izolace. Ze zmíněných důvodů je důležité přistupovat k onkologicky nemocným pacientům s pochopením a pomocí, jakkoliv je profesně možné.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

V této části bakalářské práce jsem se zaměřila na výsledky výzkumného šetření a možné návrhy pro praxi ohledně zmapování aktuální situace onkologických pacientů a jejich náhled na problematiku kvality života.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že subjektivně respondenti vnímají nemoc jako velkou negativní zátěž pro kvalitu svého života. Onkologické onemocnění ze své povahy je zásadním zásahem do kvality života pacienta. Fyzickou zátěž není možné ani moderní medicínou absolutně odstranit, stejně tak u zátěže psychické není její eliminace absolutně možná. Z hlediska řešení této situace je dle mě jedinou možností dobře nastavený plán léčby, který je s pacienty pravidelně a přesně komunikován a citlivý přístup zdravotnického personálu, který ovládá svou profesi a postupuje tak, aby negativní vlivy onemocnění byly omezeny na minimum.

Dále bych se zasadila o důslednou prevenci postradiační dermatitidy. Po každém ozařování existuje nebezpečí poškození kůže, které se liší dle závažnosti. Snahou zdravotnického personálu by měla být minimalizace jakéhokoliv poškození, ať už zarudnutí nebo deskvamace. Poslední dobou se používají speciální ochranné fólie Mepitel Film, které aplikuje odborně zdravotník. Tyto fólie jsou transparentní, prodyšné a voděodolné a mohou se aplikovat během léčby bez omezení. Z vlastních praktických zkušeností vnímám velký přínos této ošetřující pomůcky.

K otázce, která se zabývá tím, co nejvíce ovlivňuje kvalitu života nemocných, jsem dle výsledků naznačila, že některé problémy mají dle mého názoru řešení. Předně bych akcentovala dobrou informovanost o nádorovém onemocnění i v rámci okruhu rodinných příslušníků. Celospolečensky by mělo být dbáno na mezigenerační solidaritu. Samostatnou možností pro zlepšení jsou podmínky během hospitalizace, kde spousta problémů vyvstává ze spolužití více pacientů. Kdybych odhlédla od finanční a prostorové náročnosti, tak by ideálním řešením bylo více jednolůžkových pokojů. Specifickým problémem je situace spojená s koronavirem, které znemožnila běžné fungování návštěv a propustek. Vakcinací a testováním, by se situace měla nastavit do běžného režimu.

U poslední výzkumné otázky bych jako recept ke zlepšení kvality života viděla správný paliativní přístup u pacientů, kteří jej potřebují. Zde si myslím, že je vhodné absolvovat vzdělávací kurzy, které se touto tematikou podrobně zabývají. Ke každému pacientovi se

musí přistupovat individuálně vzhledem k jeho fyzickým, psychickým a spirituálním potřebám. Součástí tohoto přístupu by měla být týmová práce, kde fungují zdravotní i sociální pracovníci, případně psychologové nebo i nemocniční kaplani pro pacienty, kteří vyhledávají útěchu a klid v náboženství. Stejně tak by měla být zapojena i rodina, která by měla být informována takovým způsobem, aby mohla působit jako nosný pilíř pro útěchu a jistotu pro pacienta. Úloha týmu by měla být taková, aby bylo dosaženo nejvyšší možné kvality života a dosažení maximální míry důstojnosti pro pacienta v lidsky citlivém období.

Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na téma Kvalita života onkologických pacientů s nádorem krku. Předně bych chtěla uvést, že vypracování práce pro mě bylo přínosem z několika důvodů. Bližší prozkoumání problematiky mi dovolilo načerpat znalosti k tématu, které budu moci přenést do praktické roviny během své ošetrovatelské praxe. První část této práce shrnuje současný stav problematiky, která se zabývá tématem této práce a v druhé části se zabývám výzkumem. Cílem této práce bylo zmapovat subjektivní vnímání kvality života onkologicky nemocných pacientů s nádorem krku.

V první části této práce jsem za využití syntézy z odborné literatury popsala tematiku kvality života. Tento pojem byl stěžejní pro navazující části bakalářské práce. Právě pojem kvality života, způsoby jejího měření, a specificky kvalita života u onkologických pacientů vytvářeli základ pro výzkumnou část. Navázala jsem tematikou nádorů hlavy a krku jejich prevalencí a možnými ošetrovatelskými postupy při léčbě nádorového onemocnění hlavy a krku. Jako velké pozitivum při sestavování této bakalářské práce bych vyzdvihla dostatečné množství kvalitní odborné literatury, která se tématem zabývá. Především existence monografických publikací mi umožnila využít informace, které jsem mohla přetavit do tohoto textu.

Zde bych chtěla zdůraznit, že dle mého názoru je pro mé povolání velmi důležité zvládnutí odborných znalostí, ale i správný psychologický přístup k pacientovi a na základě této práce jsem si ještě více uvědomila, že se v tomto ohledu budu muset dále vzdělávat a nabírat potřebné zkušenosti.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že závažná nemoc je pro dotazované pacienty těžkým břemenem, které otočilo běžné fungování jejich života. Zde považuji za nejdůležitější dobrou informovanost pacientů. Pouze pokud jim budou předány kompletní a srozumitelné informace včetně prognózy a možných způsobů léčby, tak je možné pracovat na smíření s nemocí a s plnou silou na účasti v léčbě tohoto nádoru. Jako specifický problém, který se objevoval během shromažďování odpovědí ve výzkumné části, se ukázala současná pandemie koronaviru. Ta znemožňovala běžné fungování onkologického oddělení a zapříčiňovala vysokou míru sociální izolace. Zde bych chtěla podotknout, že těžce nemocní pacienti jsou jednou ze skupin, která byla koronavirou krizí, postihnuta velmi silným způsobem. Existující sociální izolace byla jedním z největších faktorů, který zasahoval do kvality života mnou dotazovaných pacientů.

Vytyčený cíl práce jsem dle mého názoru splnila. Za použití polostrukturovaných rozhovorů jsem zmapovala subjektivní vnímání kvality života onkologicky nemocných pacientů s nádorem hlavy a krku. Došla jsem k názoru, že skupina dotazovaných považuje za nejdůležitější ve vztahu ke své kvalitě života právě kontakt s rodinou a přáteli a zachování lidské důstojnosti a vážnosti. Také bych chtěla zmínit nutnost individuálního přístupu ke každému pacientovi. Právě při provádění výzkumu jsem si uvědomila, že mnoho potřeb všech pacientů je stejných, ale právě malé detaily, které se dají zjistit pouze profesionální komunikací jsou klíčem k zajištění potřeb každého jednotlivce. Maximální možná citlivost přístupu k pacientovi, a k jeho potřebám bude základním kamenem pro mou budoucí praxi.

Přínosem této práce je syntéza odborných informací, které se týkají tématu nádorů krku a zjištění subjektivního náhledu na kvalitu života pacientů s tímto onemocněním. Doufám, že tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro veřejnost, která se o toto téma bude zajímat.

.

Seznam použité literatury

- ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-715-8
- BRIERLEY, James D. *TNM Klasifikace zhoubných nádorů*. Praha: ÚZIS 2020. ISBN 978-80-7472-185-4.
- BÜCHLER, Tomáš. *Speciální onkologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-539-2.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2011 ISBN 978-80-246-2619-2
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HENDL, Jan *Kvalitativní výzkum: Základní teorie metody a aplikace*. Portál, 2016 ISBN 978-80-262-0982-9
- HYNKOVÁ, Ludmila a Pavel ŠLAMPA. *Základy radiační onkologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6061-6.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
- KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Jak přežít svou smrt*. 2013. Dialog, 2013. ISBN 978-80-7424-058-4.

MECHL, Zdeněk. *Nežádoucí účinky protinádorové léčby a jejich léčba*. Medicína pro praxi, 2009, 6(6).

O'NEILL, Caitriona B, Shrujal S. BAXI, Coral L. ATORIA, et. Al., 2015. *Treatment-related toxicities in older adults with head and neck cancer. A population-based analysis*. *Cancer*. 121(12), 2083-2089. DOI: 10.1002/cncr.29262. ISSN 0008643X. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.29262>

PÁLA, Miloslav a kol. *Hodnocení kvality života pacientů s pokročilými ORL nádory léčených pooperační/definitivní chemoradioterapií XIX*. Jihočeské onkologické dny, 2012

PÁLA, Miloslav. *Současná úloha chemoterapie a cílené biologické léčby v kurativní a paliativní léčbě spinocelulárního karcinomu hlavy a krku*. *Onkologie*, 2012, 6(5).

PÁLA, Miloslav. *Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace*. Praha: Liga proti rakovině, 2021.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SMILEK, Pavel, Jan PLZÁK a Jan KLOZAR, CHROBOK, Viktor, ed. *Karcinomy dutiny ústní a hltanu*. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2015. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-153-3.

ŠACHLOVÁ, Milana. *Možnosti nutriční intervence při onkologické léčbě*. *Onkologie*, 2014, 8(6).

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7

ŠLAMPA, Pavel a Pavel SMILEK. *Nádory hlavy a krku: přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020437433.

ŠVAŘÍČEK Roman, ŠEĐOVÁ, Klára, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0644-6

VYZULA, Rostislav. *MODRÁ KNIHA ČESKÉ ONKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI*. Brno: KAPCZ, s.r.o, 2015, ISBN 978-80-86793-51-1

ZACHAROVÁ, Eva. *Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči*. Onkologie, 2014, 8(1).

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk.....	24
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	24
Tabulka 3 Léčba.....	24
Tabulka 4 Subjektivní vnímání kvality života.....	26
Tabulka 5 Hodnocení kvality života	26
Tabulka 6 Činitelé kvality života.....	27
Tabulka 7 Vliv léčby na kondici pacienta	27
Tabulka 8 Vztahy s blízkými	28
Tabulka 9 Obtíže spojené s onkologickou léčbou	29
Tabulka 10 Činitelé ovlivňující zdravotní stav	30
Tabulka 11 Náročnost léčby v oblasti psychické a fyzické	30
Tabulka 12 Aktivita, které respondenti museli omezit.....	31
Tabulka 13 Deficit způsobený léčbou	31
Tabulka 14 Spokojenost se zdravotním stavem.....	32
Tabulka 15 Faktory zlepšení kvality života	33
Tabulka 16 Nalézání smyslu života	34
Tabulka 17 Spokojenost se svým zdravím	34
Tabulka 18 Smysl života.....	35
Tabulka 19 Negativní prožitky	35

Seznam příloh

Příloha 1 Otázky rozhovoru

Příloha 2 Ukázka doslovného přepisu jednoho z rozhovorů

Příloha 3 Povolení k výzkumu