

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM
ONEMOCNĚNÍM PÁTEŘE**

Bakalářská práce

Autor práce: Vlad'ka Smrčková

Vedoucí práce: Mgr. Yvona Grünwaldová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Vladka Smrčková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Kvalita života pacientů s onkologickým onemocněním páteře
Vedoucí práce:	Mgr. Yvona Grünwaldová
Cíl práce:	Zjistit subjektivní hodnocení kvality života pacientů s onkologickým onemocněním páteře.

Abstrakt

Bakalářská práce je věnována problematice kvality života pacientů s onkologickým onemocněním páteře. Kvalita života je dle WHO definována jako „individuální vnímání vlastního postavení v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekávání, standardům a zájmům“. Teoretická část práce definuje onkologické onemocnění páteře, jeho diagnostiku a léčbu. Především se snaží o přiblížení výzev, kterým musí pacienti čelit, jako vedlejší účinky léčby a její komplikace. Praktická část práce za pomoci dotazníků vlastní konstrukce vyhodnocuje, jak se pacienti s těmito výzvami vyrovnávají a jak ovlivňují kvalitu jejich života.

Klíčová slova

spinální nádor; kvalita života; bolest; malnutrice; chemoterapie; radioterapie

Abstract

The bachelor thesis is dedicated to the issue of the quality of life of patients with oncological diseases of spine. WHO defines quality of life as „individual perception of their own position in their life in context of culture and value system, where they live and in relation to their goals, expectations, standards and interests“. Teoretic part of the thesis dedicates oncological disease of spine, that diagnostics and treatment. It especially try to show challenges, which patients must tolerates, for example side effects of treatment and her complications. Practical part of thesis research with help of questionnaires of my own construction, how patients manage to live with these challenges and how the challenges affects quality of life of these patients.

Keywords

spinal tumor; quality of life; pain; malnourished; chemotherapy; radiotherapy

Prohlášení studentky

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila 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**“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 26. dubna 2024.

.....

Podpis studentky

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Yvoně Grünwaldové za trpělivé vedení a cenné rady při zpracování této práce. Současně bych také chtěla poděkovat Janu Matykiewiczovi za podporu při psaní.

Obsah

Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
A) Teoretická část	10
1. Kvalita života.....	10
2. Onkologická onemocnění páteře.....	11
2.1. Primární nádory	11
2.2. Sekundární nádory – metastázy	11
3. Diagnostika	12
4. Léčba.....	13
4.1. Kurativní léčba	13
4.2. Symptomatická léčba.....	13
4.3. Paliativní léčba	13
4.4. Radioterapie	14
4.5. Farmakologická léčba	14
4.6. Ortopedická intervence	14
5. Vedlejší účinky léčby.....	15
5.1. Postradiační syndrom	15
5.2. Porucha krve tvorby	15
5.3. Transplantace krevetvorných buněk	16
5.4. Nausea a zvracení	16
5.5. Kožní komplikace	17
6. Bolest.....	18
6.1. Dělení nádorové bolesti.....	18
6.2. Rozměry bolesti	18
6.3. Hodnocení intenzity bolesti	19
6.4. Nežádoucí účinky analgetik	20
7. Nádorová malnutrice.....	21
7.1. Syndrom nádorové kachexie	21
7.2. Nutriční podpora v onkologii	22
8. Psychologické aspekty onemocnění	23
8.1. Psychiatrické symptomy a syndromy.....	23
B) Výzkumná část.....	25
1. Cíl výzkumu.....	26
2. Výzkumné otázky.....	27
3. Metoda výzkumu	28
4. Charakteristika výzkumného vzorku.....	29
4.1. Pohlaví respondentů.....	29
4.2. Věk respondentů	30

4.3.	Délka léčby.....	31
4.4.	Sociální zázemí.....	32
5.	Vyhodnocení dat	33
5.1.	Interpretace dat a vyhodnocení výzkumu	33
	Otázka č. 5	33
	Otázka č. 5a	34
	Otázka č.6.....	35
	Otázka č. 7	36
	Otázka č. 8	37
	Otázka č. 9	38
	Otázka č. 10	39
	Otázka č. 11	40
	Otázka č. 12	41
	Otázka č. 13	42
	Otázka č. 14	43
	Otázka č. 15	44
	Otázka č. 16	45
	Otázka č. 17	46
	Otázka č. 18	47
	Otázka č. 19	48
	Otázka č. 20	49
	Otázka č. 21	50
	Otázka č. 22	51
	Otázka č.23	52
6.	Diskuse	53
	Výzkumná otázka č. 1: Jak moc ovlivňuje kvalitu života subjektivní vnímání kvality zdravotní péče?	54
	Výzkumná otázka č. 2: Jak pacienti hodnotí svou fyzickou pohodu?	55
	Výzkumná otázka č. 3: Jak pacienti hodnotí svou psychickou pohodu?.....	56
	Výzkumná otázka č. 4: Jak pacienti hodnotí svou sociální pohodu?	57
	Seznam obrázků:	59
	Seznam tabulek:	60
	Seznam použité literatury	61

Seznam zkratek

BMI	Body mass index
CRP	C-reaktivní protein
CT	Computer tonografy
FBG	Fibrinogen
FW	Sedimentace erytrocytů
HRQoL	Health related quality of life
MR	Magnetická rezonance
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
QOL	Quality of life
RTG	Rentgen
WHO	World health organization

Úvod

Dnes se onkologická onemocnění stávají stále častější a častější diagnózou. Národní onkologický registr dokonce uvádí, že každý třetí obyvatel české republiky se během svého života setká s onkologickým onemocněním. Nicméně tomuto onemocnění čelí pacienti po celém světě. Řadí se sem i onkologická onemocnění páteře představující značně negativní dopad na kvalitu života nemocných. Jsou to onemocnění představující různorodé diagnózy zahrnující benigní i maligní novotvary a metastázy, které mohou způsobovat komprese míchy, deformity a další patologické stavy páteře. Tyto stavy mohou vést k dalším potížím a komplikacím, jenž ve svém důsledku ovlivňují každodenní funkčnost jedince a tím i negativně ovlivňují jeho kvalitu života.

Během mého zaměstnání jsem se opakovaně setkávala s pacienty bojujícími s tímto onemocněním a viděla jsem, jak jsou oni a jejich životy tímto onemocněním ovlivňováni. Tato zkušenost mě motivovala k tomu, abych se o tuto problematiku zabývala komplexněji.

Cílem práce je zjistit úroveň kvality života pacientů s onkologickým onemocněním páteře, identifikace faktorů, které ji mohou ovlivnit. Dále si klade za cíl identifikovat oblasti potenciálního zlepšení a navrhnout doporučení pro praxi.

Doufám, že práce bude přínosem pro zdravotnický personál a poskytne podněty pro další výzkum, jehož výsledky povedou ke zlepšení péče o onkologické pacienty a zvýšení kvality jejich života.

A) Teoretická část

1. Kvalita života

Pojem kvalita života ve slovníku jazyka českého je definována jako jakost, hodnota (Havránek, 1979). WHO ji zase definuje jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“ (WHO). Evropskou komisí je kvalita života definována jako „nehmotné aspekty života, tj. zdraví, společenské vztahy, kvalita přírodního prostředí, existující životní podmínky a osobní blahobyt“. Nicméně do dnes nemá všeobecně akceptovanou definici ani metodologii (Gurková, 2011).

Protože kvalita může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory, je relativní. (Gurková, 2011) Podle vztahové definice představuje kvalita života nepoměr mezi naplněním a nenaplněním potřeb a přání jedince. Podle definice měřitelné je měřeno fyzické, psychické, sociální a duchovní zdraví. (Adam a kol., 2011) V ošetrovatelství ji můžeme dělit na dvě části, objektivní a subjektivní. Zapř svými čtyřmi koncepty vystihl vzájemný vztah mezi subjektivní a objektivní kvalitou života. První koncept je adaptace jako výsledek spojení špatných životních podmínek a jejich dobrým hodnocením. Opakem tohoto vztahu je deprivace. Adaptace se považuje za hlavní vysvětlení, proč je velmi důležité měřit objektivní a subjektivní kvalitu života. Výsledkem kombinace dobrých životních podmínek a jejich dobrým hodnocením je pohoda tzv. well-being (Gurková, 2011). I praktické výzkumy ukazují, že objektivní pohled lékaře na např. léčbu, se může velice lišit od subjektivního pohledu pacienta, který léčbou prochází. (Buchler, 2019) Z hlediska nemocného jde tedy o jeden z nejdůležitějších hodnocení léčebného benefitu, který je akceptován jako plnohodnotný pilíř při holistickém výsledku onkologické léčby. (Zatloukal, Petruželka, 2008)

Hodnocení kvality života onkologicky nemocných lze hodnotit dle čtyř následujících pilířů:

- 1) Funkční stav-pohyblivost, sebeobsluha, unavitelnost
- 2) Symptomy nemoci a nežádoucí účinky léčby-nevolnost a zvracení, dušnost, bolest, úbytek váhy
- 3) Emocionální stav-úzkost, deprese, spokojenost s péčí
- 4) Sociální situace-rodina a přátelé, zaměstnání (Zatloukal, Petruželka, 2008)

2. Onkologická onemocnění páteře

Nádory páteře jsou děleny podle původu-primární (nádor původně rostoucí z páteře) a sekundární (metastázy).

2.1. Primární nádory

Jsou rozděleny do tří skupin podle umístění a vztahu k míše a tvrdé pleně. (Navrátil, 2021)

2.1.1. Intramedulární nádory

Nachází se uvnitř míchy a rostou z její podpůrné tkáně a jejich počet tvoří asi 10 % všech spinálních nádorů. (Kaňovský, Bártková, 2020), jsou to např. astrocytom, ependymom. Projevují se nejčastěji poruchami hybnosti a cití. Problémem taky může být chůze a inkontinence. Vzhledem k jejich lokalizaci jejich odstranění sebou nese rizika zhoršení neurologického deficitu. (Navrátil, 2021)

2.1.2. Extramedulární, intradurální nádory

Nachází se mimo míchu, ale uvnitř durálního vaku, tvoří asi třicet procent. Patří mezi benigní nádory většinou rostoucí z arachnoidey. (Kaňovský, Bártková, 2020) řadí se zde např. schwannomy. Vzhledem k jejich pomalému růstu je lze u pacientů bez neurologických potíží jen sledovat. Při prokázání neměnné velikosti nádoru není indikována operace. (Navrátil, 2021)

2.1.3. Extradurální nádory

Nachází se mimo durální vak, obvykle v obratlích a jejich přilehlých strukturách. Jejich počet dosahuje až 60 % všech nádorů. (Kaňovský, Bártková, 2020) Jejich přítomnost bývá z počátku často asymptomatická. První potíže se začínou projevovat až útlakem míšní tkáně nebo patologickou frakturou. (Navrátil, 2021).

2.2. Sekundární nádory – metastázy

Jedná se o velmi dynamický a komplexní jev, který představuje kritický faktor pro délku přežití. (Žúbor, 2014) Po plicích a játrech je skelet třetím nejčastějším místem metastáz, přičemž nejčastějším místem kostních metastáz je právě páteř. Páteřní metastázy postihují až 70 % pacientů. Hlavní a nejčastější projev je bolest, typicky přicházející v noci. Touto bolestí trpí v počáteční fázi až devadesát pět procent pacientů. (Ryška a kol., 2011) Jejich nárůst se může projevit neurologickým deficitem. Volba léčby podléhá celkové prognóze onemocnění a stanovuje ji zpravidla onkolog. (Kaňovský, Bártková, 2020)

3. Diagnostika

Na onemocnění nádorového původu je nutné pomýšlet u každého pacienta trpícím bolestmi, které se nedokáží klinicky vysvětlit. Jedná se totiž o jeden z prvních příznaků. (Adam a kol., 2005) V okamžiku diagnózy má nevysvětlitelné bolesti více než třicet procent pacientů (Lejčko, 2019) a šedesát až osmdesát procent pacientů trpí různě rozsáhlým neurologickým deficitem, jakožto druhým nejčastějším klinickým příznakem. (Ryška a kol., 2011)

- Mezi stěžejní diagnostické nástroje se řadí:
 - 1) Anamnéza
 - 2) Laboratorní vyšetření – výsledky jsou většinou nespecifické, většinou zvýšená hodnota FW, CRP, FBG
 - 3) RTG snímek – nevýhoda falešně pozitivního nebo negativního nálezu
 - 4) CT – přesnější posouzení denzních kostních struktur
 - 5) MR – výhoda při posuzování kostní dřeně kvůli vyšší senzitivě při identifikaci metastáz
 - 6) Kostní denzitometrie – vyhodnocení rizika patologických fraktur
 - 7) Scintigrafie skeletu – velký význam v detekci neoplastických skeletů

4. Léčba

Léčba maligních onemocnění znamená ve srovnání s jinými onemocněními pro pacienta daleko větší zátěž. Proto při plánování protinádorové léčby je nutno mít vždy na paměti dočasné nebo trvalé zhoršení kvality života nemocného. Pro optimálnost léčby je důležité, aby se na léčbě podílel multidisciplinární tým zahrnující internistu, onkologa, chirurga, ortopeda a anesteziologa. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

Podle cíle, který má být splněn je léčba dělena na několik druhů. O druhý léčby, který bude nemocnému poskytován, je rozhodováno dle spousty faktorů např. druh, stádium a lokalizace nádoru. (Klener jr., Klener, 2013)

4.1. Kurativní léčba

Cílem toho typu léčby je úplná léčba pacienta tzn. úplné odstranění nádoru a zamezení recidivy. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006) Očekává se zde tedy odstranění nejen primárního nádoru, ale i prokázaných a předpokládaných metastáz. Kolem resekovaného nádoru je taky velmi důležité odstranění lemu zdravé tkáně a přilehlých regionálních uzlin. (Adam, 2005)

4.1.1. Adjuvantní léčba

Je sekundární, podpůrná terapie podávána kvůli snížení rizika recidivy. (Klener jr., Klener, 2013) Primární terapií obvykle bývá radioterapie nebo chirurgický zákrok. (Buchler, 2019) Buchler však ale i zmiňuje její nevýhodu, když porovnává vysoké riziko nežádoucích účinků s její nízkou účinností.

4.1.2. Neoadjuvantní léčba

Podávána ještě před primární léčbou např. operací, aby se zmenšilo nádorové ložisko (Klener jr., Klener, 2013), tzv. dowstaging. Oproti adjuvantní léčbě se těší lepší toleranci. V poslední době je hojně využívána v léčbě karcinomu prsu a osteosarkomu. (Buchler, 2019)

4.2. Symptomatická léčba

Nazývána také léčbou podpůrnou. Již si nedává za cíl smrt onkologických buněk, ale usiluje o co nejlepší kvalitu života zmírňováním potíží, které jsou vyvolány přímo nádorem (např. bolest, dušnost) a jeho léčbou (např. mukozitida, trombocytopenie). (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2013)

4.3. Paliativní léčba

Jedná se o komplexní podpůrnou léčbu pacientů s terminálním onemocněním s ohledem na co nejvyšší kvalitu života. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2013) WHO ji definuje jako aktivní komplexní léčbu o nemocné, kteří nereagují na kurativní léčbu. Zásadní je léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Za cíl je kladeno dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty i jejich rodiny. Je velmi úzce spjata s termínem podpůrná péče. (Adam, Vorlíček a kol., 2004)

4.4. Radioterapie

Přímé působení záření, které zapříčiní přímé poškození DNA řetězců a následnou smrt buňky. Snaží se během určité doby, při maximální šetrnosti ke zdravé tkáni i okolí, vpravit do nádoru letální nádorovou dávku – lethal tumour dose. Přičemž je počítáno s rozdílem v radiosenzitivitě nádorové a zdravé tkáně. Tento vztah se nazývá terapeutický poměr. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2013) Kurativní záření je vhodné u všech velkých ložisek, která potencionálně mohou ohrozit nosnost skeletu. Pokud stav pacienta nedovoluje použít tento typ léčby, je vhodné působením sníženého množství záření alespoň snížit intenzitu bolesti. (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol., 2008)

4.5. Farmakologická léčba

Jedná se o velice široký pojem, který zahrnuje chemoterapii, hormonální, molekulární a genovou léčbu. Obecně se však pod tímto pojmem rozumí aplikace léků, které mají potenciál zabít buňky. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2013)

4.6. Ortopedická intervence

Ortopedická intervence hraje roli v prevenci a léčbě bolesti, zlomenin, udržení mobility a především zlepšení kvality života. Možnosti se různí podle pacientova stavu. Obecně je ortopedický výkon indikován u pacientů v celkově dobrém stavu jak funkčním, tak nutričním. Pacientům bez rozsáhlého generalizování nádoru a nejlépe ještě před patologickými zlomeninami. (Sochor, Zavadová, Sláma a kol., 2019) Vhodné je i zajištění odlehčovacích pomůcek, které pomohou při zvýšení mobility, sníží bolest a riziko zlomeniny. V případech osteolýzy obratlů jsou zvažovány fixační límce, Jewettova ortéza nebo bederní pás. (Pochop, 2012)

Pro pacienta se stává operační výkon potencionálně rizikovým, pokud se nachází v klinickém stádiu malnutrice. V tomto případě je doporučováno po dobu čtyř týdnů přidání enterální výživy i za cenu oddálení výkonu. (Meisnerová, 2017)

4.6.1. Patologická fraktura

Jedná se o zlomeninu, která vznikne za minimálního působení síly např. při dosednutí, došlápnutí. (Zatloukal, Petruželka, 2008) Vyplavuje nádorové buňky do krevního oběhu a zapříčinuje riziko vzniku metastáz jak u primárních, tak sekundárních nádorů. U primárních nádorů zhoršuje prognózu a u metastáz výrazně zvyšuje mortalitu. Mirelse udává u patologické zlomeniny při karcinomu plic mortalitu za šest měsíců u 100 % nemocných a u 50 % nemocných s karcinomem prsu. (Česká myelomová skupina) Při postižení obratlů v bederní oblasti může mimo typickou poruchu senzitivity v postiženém místě vzniknout i nová porucha inervace svěřačů vedoucí až k inkontinenci tzv. syndrom caudy equiny (syndrom koňského ocasu). (Adam, 2005)

4.6.2. Syndrom míšní komprese

Představuje neurologické komplikace vzniklé utlačením míchy nebo jejích nervů. Tohle utlačení může způsobovat růst nádoru nebo dislokace kostních úlomků při patologické zlomenině. Prvními projevy jsou drobné motorické a senzitivní změny, vedoucí ke zhoršení schůze a poruše rovnováhy. Tyto změny mohou progredovat v paraparézu a později až paraplegii. Stupeň symptomů a postižení jsou ovlivněny vertikální polohou. (Adam, 2005)

Tento stav si žádá zákrok nejpozději do dvaceti čtyř hodin od vzniku prvních příznaků. Potom jsou změny již ireverzibilní. (Seidl, 2023)

5. Vedlejší účinky léčby

Vedlejší účinky jsou děleny na akutní a pozdní nebo systémové a lokální.

5.1. Postradiační syndrom

Vyskytuje se především při ozařování větších částí těla nebo hlavy. Projevuje se únavou až letargií, bolestmi hlavy, sníženou chutí k jídlu, nauzeou až zvracením nebo průjmy. Léčba je řízena podle převládajícího příznaku. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2013)

5.2. Porucha krvetvorby

Hematologická toxicita je nejčastější komplikací léčby. Svými symptomy zhoršuje nejen kvalitu života, ale i toleranci léčby a v důsledku i celou prognózu. (Sochor, Zavadová, Sláma a kol., 2019) Nejodolnější jsou erytrocyty. Nejdříve poklesnou granulocyty, později trombocyty. Myelosuprese je nejčastější vedlejší účinek cytostatické léčby, (Klener jr., Klener, 2013) který sebou přináší riziko infekčních onemocnění. Nejvýraznější a nejkomplikovanější myelosupresi lze očekávat při první fázi chemoterapie. S dalšími cykly již komplikace ubývají, ubývá ale i kostní dřeň. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2013)

5.2.1. Neutropenie a febrilní neutropenie

O neutropenii hovoříme poklesu neutrofilů o polovinu fyziologické hodnoty. Představuje výrazný rizikový faktor pro vznik infekčních komplikací. Primárními anatomickými místy je nejčastěji zažívací trakt, vedlejší duriny nosní, plíce a kůže. (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol., 2008) Závažná infekce se projeví horečkou, tachykardií, hypotenzí, tachypnoe, apatií, která může přejít až v septickou encefalopatii. Velice rozsáhlou infekci, projevující se těmito příznaky, je nutno intenzivně léčit, neboť může pacienta do dvaceti čtyř hodin usmrtit. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2013)

Febrilní neutropenie je stav, kdy došlo ke snížení neutrofilů pod 0,5.10/l a kultivačně se neprokázal žádný patogen ani jiný zdroj infekce a jediným příznakem zůstává teplota nad 38 °C trvající déle než hodinu nebo jednorázově naměřená teplota třicet 38,5 °C a více. Rovněž může vést během několika hodin k rozvoji septického šoku. (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol., 2008)

5.2.2. Anemie

Za anémii je považováno poklesnutí hladiny hemoglobinu pod 135 g/l u mužů a 120 g/l u žen. (Kissová, 2018) Jsou velmi častým jevem. Jejich incidence vzrůstá s pokročilostí stádia nádoru. V paliativní péči trpí anemií 77 % mužů a 68 % žen. (Sochor, Zavadová, Sláma a kol., 2019) Nejčastější výskyt je u nádorů plic-71 % a gynekologických nádorů až 65 %. (Kissová, 2018) Závažnost projevů se odvíjí na rychlosti vzniku, hodnotě poklesu a možnost kompenzace organismu.

Projevy:

1. Únava a slabost, které mohou vést až k synkopě
2. Dušnost

3. Snížené soustředění, zhoršení nálady
4. Bolest na hrudi a bolesti hlavy
5. Otoky končetin
6. Zhoršení kardiálních funkcí (Sochor, Závadová, Sláma a kol., 2019)

Anémie má jednoznačně negativní dopad na kvalitu života nemocných a představuje faktor určující nepříznivou prognózu. (Kissová, 2018)

5.2.3. Trombocytopenie

Koagulační komplikace se vyskytují u onkologicky nemocných v porovnání se zdravými jedinci tři až šestkrát častěji. Jedná se o velmi častou komplikaci, která ovšem většinou není během života nemocného rozpoznána. (Adam, Vorlíček a kol., 2004)

5.3. Transplantace krvetvorných buněk

Jde o převedení štěpu krvetvorných buněk nitrožilní cestou nemocnému-příjemci. Před samotným výkonem pacient musí projít přípravným režimem. Ten spočívá v podávání kombinací cytostatik ve vysokých dávkách – vysokodávkované chemoterapie, nebo kombinaci cytostatik a celotělového záření. Pacient je vystavován vysoké toxicitě a nepodání štěpu by vyústilo v ireverzibilní aplazii kostní dřeně. K postupné obnově buněk krvetvorby dochází za dva až tři týdny (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol., 2008)

5.3.1. Autologní transplantace

Použití krvetvorných buněk nemocného odebraných ve stadiu remise nebo minimální aktivity onemocnění. Nese riziko přítomnosti nádorových buněk, (Krejčí a kol., 2009)

5.3.2. Alogenní transplantace

Použití krvetvorných buněk jiného člověka. Výhoda spočívá v přítomnosti lymfocytů schopných rozpoznat a likvidovat nádorové buňky příjemce, tudíž má sama o sobě výrazný léčebný účinek. (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol., 2008)

Krejčí (2009) uvádí až stoprocentní výskyt komplikací spojených s transplantací kostní dřeně nebo přípravou na ni. Řadí se mezi ně mukozitida, selhání nebo rejekce štěpu, infekční komplikace a reakce štěpu proti hostiteli, která může přejít do chronicity. Může se projevovat na kůži (erytém, exantém, buly až deskvamace), játrech (hyperbilirubinémie a elevace jaterních enzymů) a postižením GIT (nechutenství, zvracení, průjem). (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol., 2008)

5.4. Nausea a zvracení

Nežádoucí jevy, které mohou vzniknout do dvaceti čtyř hodin-akutní typ, nebo druhý až pátý den od zahájení chemoterapie-oddálený typ. Mohou se objevit 22–50 % pacientů v závislosti na druhu podávané léčby (Adam, Vorlíček a kol., 2004) a řadí se mezi významné faktory zhoršující kvalitu života nemocných a při nezvládnuté terapii může vést až k odmítnutí léčby. (Sochor, Sláma, Závadová a kol., 2019) Lze je však účinně omezit vhodnými přípravky (Grofová, 2007). Dnes to jdou především setrony, které vykazují úspěšnost u 40–60 % pacientů. Často jsou kombinovány s kortikosteroidy, protože umocňují účinek a pomáhají dosáhnout antiemetického výsledku u 60-90 % nemocných. (Adam, Vorlíček a kol., 2004) Velice důležité je včas zahájit antiemetickou léčbu, aby nedošlo k obavám z podání cytostatik, (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2013) které by mohly vést až k anticipačnímu zvracení-psychogenně podmíněné zvracení, které se objevuje před podáním dalšího cyklu chemoterapie, je podmíněno špatnou

zkušeností a již na něj nezabírá antiemetická léčba. (Buchler, 2019) V některých případech při selhání konvekčních způsobů léčby se jako alternativa podávají sedativa pro navození lehkého spánku. Tím je umožněno snížení dávky antiemetik. (Adam, Vorlíček a kol., 2004)

Poléčebnou nauzeu a zvracení je důležité odlišit od chronické žaludeční nevolnosti, protože je úzce spjata se sníženým příjmem potravy a rozvojem malnutrice. Může tedy představovat větší riziko rozvoje nádorové kachexie než epizoidní zvracení. (Tomáška, 2019)

5.5. Kožní komplikace

Incidence těchto komplikací se diferencuje podle druhu terapie. Při cílené léčbě mohou trvat od několika měsíců až po několik jednotek roků. Klasickým projevem pro až 80 % případů je akneiformní rash. Jeho závažná forma postihuje až 20 % nemocných. Dále jsou zde řazeny změny růstu vlasů vedoucí až k alopecii, suchost kůže, fisury, ragády a mnoho podobných potíží. (Sochor, 2019)

5.5.1. Alopecie

Nese s sebou těžký společenský dopad, který stigmatizuje nemocné. Vlasy pak začínají růst za tři až šest měsíců od poslední chemoterapie rychlostí zhruba jeden centimetr za měsíc. Vzácně k obnově vlasů nedochází. (Důra, 2019) Pacienti si mohou před začátkem chemoterapie zažádat o poukaz na paruku. Různé pojišťovny na ni přispívají různé částky. (Sochor, 2019)

5.5.2. Mukozitida dutiny ústní

Specifický druh toxicko-zánětlivého poškození slizniční a podslizniční tkáně, které přímo souvisí s aplikací chemoterapie nebo radioterapie. Projevy nastupují za cca čtyři dny a u některých druhů léčby mohou trvat až osm týdnů a objevují se až u 75 % pacientů. Zvyšuje riziko rozvoje sekundární infekce a způsobuje diskomfort až bolesti, které mohou vyústit až v podávání umělé výživy a komplikují průběh léčby. (Hercová, 2009) Potíže lze mírnit při včasném podávání kyseliny listové. (Grofová, 2007) Dalším velkým přínosem v léčbě poškození a mírnění jeho příznaků je zdravotnický prostředek Gelclair, který po vypláchnutí dutiny ústní vytváří několikahodinový ochranný film. (Hercová, 2009)

5.5.3. Hand-foot syndrom

Rozvíjí se mezi čtrnáctým až dvacátým osmým dnem od zahájení léčby. Projevu se erytémem, bolestivými kožními změnami, vedoucím až k puchýřům a olupávání kůže. (Sochor, 2019)

6. Bolest

Bolest je hlavní a nejčastější projev onkologického onemocnění, který pacienty mnohdy přivede k lékaři (Vorlíček, Mistřík, ševčík, Adam a kol., 2005) a zároveň snižuje kvalitu života. (Sochor, 2019) V okamžiku diagnostikování onemocnění trpí bolestí více než 30 % pacientů, v pokročilé fázi 70 % a v terminálním stádiu až 90 % nemocných. (Pochop, 2012) Výzkumy ukazují, že až 80 % pacientů se po dobu léčby setká s bolestí, kterou hodnotí jako velice "silnou". Hakl (2022) dokonce uvádí, že většina pacientů má větší strach z bolestivého průběhu nemoci než ze samotné smrti. Při správném vedení analgetizace lze ale udržet pod kontrolou bolest až u 90 % pacientů. (Adam, Vorlíček a kol., 2004)

O volbě analgetika rozhoduje intenzita bolesti. Pro mírnou bolest jsou vhodná neopioidní analgetika, která se pro středně silnou bolest mohou nakombinovat se slabými opioidy. V případě silných bolestí jsou již indikovány silné opioidy. Je důležité zajistit stálou efektivní analgetickou koncentraci (zejména v případě opioidů a některých antirevmatik). Přednost se dává neinvazivnímu podáváníí. Dávkování je vždy individuální, titrováno do dosažení analgezie při přijatelném rozsahu nežádoucích účinků. (Lejčko, 2018)

6.1. Dělení nádorové bolesti

- 1) Nociceptivní bolest – vzniká jako důsledek podráždění fyziologicky fungujících receptorů
 - a) Viscerální bolest-velmi intenzivní a trvalé bolesti tupého, tlakového charakteru, které jsou typické pro orgány a jsou většinou velmi vzdálené od vlastního místa nádoru
 - b) Somatická bolest – obvykle dobře lokalizovatelná
- 2) Neuropatická bolest – důsledek dráždění nervového vlákna nebo nervových drah, jedná se buď o náhlou záchvatovitou bolest bodavého charakteru nebo neurotickou s charakterem dysestezií nebo parestezií (Adam, 2005)
- 3) Smíšená bolest – obsahuje obě výše smíšené složky bolesti (Hakl, 2022)

6.2. Rozměry bolesti

- 1) Emoční dopad
 - vyvolání úzkosti deprese
- 2) Sociální dopad
 - narušuje schopnost koncentrace, komunikace a řešení problémů jednotlivce
 - přispívá k sociální izolaci jedince
- 3) Dopad na hybnost
 - narušuje spánek a jeho kvalitu, čímž vede k fyzickému vysílení
 - omezuje hybnost, což vede k akceleraci katabolismu svalů a osteoporózy
 - Omezení hybnosti vede ke vzniku pneumonií a trombotických komplikací
- 4) Metabolické dopady
 - Iniciuje stresovou reakci
 - Snižuje chuť jít, čímž ve svém důsledku podněcuje proces nádorové kachexie (Adam, Vorlíček a kol. 2004)

6.3. Hodnocení intenzity bolesti

Intenzita bolesti je hlavní faktor, rozhodující o vlivu bolesti na pacienta. Je subjektivní, tudíž pacientův údaj musí být směrodatný. Za účelem hodnocení bolesti existuje řada metod, které jsou děleny na jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimenzionální). (Pokorná a kol. 2013)

6.3.1. Jednoduché nástroje měření bolesti

Nejrozšířenější nástroj pro hodnocení bolesti je Vizuální analogová škála-VAS. Úsečka hodnotící bolest od jedné do deseti, přičemž jedna představuje žádnou bolest a deset největší představitelnou bolest. (Hakl, 2022) Využívána především v hodnocení akutní bolesti. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2013)

Dalším nástrojem je verbální škála bolesti. Pětistupňová slovní škála, kde si pacient vybírá výraz, který nejlépe vystihuje intenzitu jeho bolesti. (Hakl, 2022)

6.3.2. Vícerozměrné nástroje měření bolesti

BPI–Brief pain inventory slouží k hodnocení bolesti v posledních dvaceti čtyřech hodinách. Kromě informací o bolesti získává i informaci o jejím působení na kvalitu života. (Pokorná a kol., 2013)

McGillův dotazník bolesti je poměrně komplexní dotazník, který kromě kvality a kvantity bolesti hodnotí i smyslové afektivní vnímání bolesti. Je rozdělený na čtyři skupiny (senzorická, afektivní, vyhodnocování a různé). Výsledky se pak skórují sčítáním jednotlivých hodnot. (Hakl, 2022)

6.3.3. Časový průběh bolesti

Významný indikátor pro léčbu a management bolesti je vyhodnocení jejího časového průběhu. Zde mohou být využívány deníky. Při dobré spolupráci a edukaci pacienta se deník stává velice komplexním nástrojem. V managementu bolesti nám časový faktor pomáhá odlišit:

Epizoidní bolest (Incident pain)

Vzniká obvykle při aktivitě nebo pohybu. Lze ji tudíž předvídat a předejít jí aplikací vhodného analgetika v odpovídající době před aktivitou.

Průlomová bolest (Breakthrough)

Nepředvídatelná bolest. Může přijít i na dobře zmedikovanou bolest. (Pokorná a kol., 2013) Je typická rychlým nástupem během pár vteřin až minut a trváním většinou třicet až šedesát minut a postihuje 60-85% (Hakl, 2022) Pacienti obvykle mají pro tento případ tzv. záchranné analgetikum první pomoci (Lejčko, 2018)

Bolest na konci dávky (End-of-dose)

Vzniká těsně před dalším plánovaným podáním analgetika. V tomto případě je buď navyšována dávka analgetika, anebo zkrácen interval mezi jednotlivým podáním analgetik. (Pokorná a kol. 2013)

6.4. Nežádoucí účinky analgetik

Na začátku každé analgetické léčby je nutné počítat s vedlejšími účinky. Jejich závažnost a výskyt jsou závislé na toleranci nemocného, velikosti dávky a jiných klinických a individuálních faktorech.

V prvních dnech po zahájení titrace opioidů většinou vzniká tolerance nežádoucích účinků. Na začátku terapie je pozorován zejména útlum kognitivních funkcí a sedativní efekt. Ovšem se stabilizací léčby nastane i stabilizace kognitivních funkcí a za určitých podmínek lze opět udělit potvrzení o způsobilosti k řízení motorových vozidel. (Rokyta a kol., 2018) Mezi další vedlejší účinky podávání opioidů se řadí obstipace. Její léčba může být velice náročná, proto s nasazením opioidů by se měla nasadit i laxativa (velice osvědčena jsou laxativa typu Lactulosa). (Adam, Vorlíček a kol., 2004) Až u třiceti procent pacientů se vyskytuje nauzea a zvracení v důsledku podávání opioidů. (Lejčko, 2009)

Další skupinou podávaných léků jsou neopioidní analgetika. Mají střední analgetický účinek a nezpůsobují závislost, obstipaci ani nehrozí riziko dechové zástavy. (Adam, Vorlíček, 2004) Patří sem paracetamol, metamizol (Novalgin) a nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, diklofenak, indometacin a kyselina acetylsalicylová). (Kapounová, 2020) Způsobují ale u 30-50 % nemocných postižení GIT. Projevy jsou dyspepsie, břišní diskomfort a tlak za prsní kostí, které mohou vést až k duodenálnímu nebo žaludečnímu vředu s perforací. Důležité je současné podávání gastroprotektiv. Jako nejúčinnější lék této skupiny se jeví Omeprazol. Antipyretická analgetika sebou nesou riziko toxického působení na játra. (Adam, Vorlíček a kol., 2004)

7. Nádorová malnutrice

Onkologická onemocnění často doprovází porušený stav výživy-malnutrice. Vyskytuje se až u 80 % nemocných s pokročilou metastazující chorobou (Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003) a až u 40 % nemocných již při stanovení diagnózy. (Adam, Vorlíček, 2004)

Jedná se o ztrátu hmotnosti 5 % z původní váhy (Tomíška, 2018) během posledních tří měsíců (Adam, Vorlíček, 2004) -posuzováno dle BMI. (Tomíška, 2018) Objevuje se celkem brzy a je charakterizována úbytkem svalové hmoty, slabostí a často i anémií. (Adam, Vorlíček, 2004) U primární malnutrice dominují metabolické změny podmíněné systémovou protizánětlivou odpovědí. Na sekundární malnutrici se podílí především nízký příjem živin, (Sochor, 2019) jehož příčinou může být postižení zažívacího traktu buď samotným nádorem, jeho metastázemi nebo vedlejšími účinky léčby. (Adam, Vorlíček, 2004) Opomíjenou příčinou sníženého příjmu potravy je deprese. (Sochor, 2019)

Velká ztráta hmotnosti snižuje pravděpodobnost remise a zvyšuje pravděpodobnost toxicity léčby. Už pět procent ztráty hmotnosti je řazeno ke kratšímu přežití. Tomíška (2019) uvádí, že nádorová kachexie nebo malnutrice jsou hlavní příčinou smrti až u dvaceti procent nemocných, což znamená, že příčinou není nádor, ani jeho rozsev ale těžká podvýživa, která je *preventabilní*. Sochor (2019) v této souvislosti uvádí dokonce dvacet pět až třicet procent pacientů.

Primárním problémem je úbytek bílkovin, který nejdříve vede k depresi celulární imunity. Zvyšuje se tak výskyt infekcí a špatného hojení ran. Dalším důsledkem je snížená fyzická aktivita, což vede ke snížení mobility a s ní spojeným komplikacím. (Tomíška, 2018)

7.1. Syndrom nádorové kachexie

Espen guidelines syndrom nádorové kachexie definuje jako soubor interakcí metabolismu, které se pojí s protiinflamatozním stavem, snížením apetitu a hmotnosti. Systémový zánětlivý stav vede k inzulinové rezistenci, vystupované lipolýze a oxidaci lipidů se ztrátou tělesného tuku, zvýšenému obratu proteinů se ztrátou svalové hmoty a zvýšené syntéze proteinů akutní fáze. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006)



Obrázek 1: Stádia nádorové kachexie

Zdroj: Fearon a kol., 2011

7.2. Nutriční podpora v onkologii

ESPEN guidelines doporučují zahájení nutriční terapie při stávající, předpokládané podvýživě nebo očekávaném poklesu schopnosti příjmu potravy tzn. méně než 60 % po dobu deseti dnů a více. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006) V případě nemožnosti dosažení alespoň šedesáti procent příjmu potřeby, přichází ke zvážení enterální nebo parenterální výživa. Při stále trvajícím ubývání hmotnosti a nedostatečném příjmu potravy je nutno nutriční podporu navýšit. (Tomáška, 2019)

Velice důležité jsou bílkoviny. Jejich podávané množství by mělo být 1,5 – 2 g na kilogram tělesné hmotnosti za dvacet čtyři hodin. Jedná se o zhruba dvojnásobnou potřebu bílkovin v porovnání s potřebou bílkovin zdravého jedince. (Sochor, Zavadová, Sláma a kol. 2019) Pokud se nedaří běžným perorálním příjmem dosáhnout tohoto množství, přidává se k výživě sipping. (Meisnerová, 2017)

Časně zahájení nutriční intervence zvyšuje její efekt a zabraňuje nenávratné ztrátě tělesné hmotnosti s rozvrtem metabolismu a deplecí živin. Po dosažení refrakterního stádia nádorové kachexie jsou již jakékoli formy nutriční podpory bez reakce. (Tomáška, 2019)

7.2.1. Sipping

Popíjení malých dávek farmaceutické léčebné výživy u nemocných. Indikován při sníženém perorálním příjmu a úbytku hmotnosti i přes opakovanou dietologickou intervenci. (Adam, Vorlíček, 2004)

7.2.2. Podávání enterální výživy

Oproti parenterální výživě se jedná o méně rizikovou, levnější a jednodušší variantu nutriční podpory. (Adam, Vorlíček, 2004) Dalším přínosem je prevence paralytického ileu a zachování přirozené funkce střeva. (Kapounová, 2020) Podávány jsou přípravky s vhodnou osmolaritou, složením proteinů, aminokyselin, sacharidů, vitamínů. Sondy vedené nosem ale mají horší toleranci nemocnými a často dochází k nechtěnému vytažení nemocným. (Adam, Vorlíček, 2004)

7.2.3. Parenterální výživa

Typ výživy podávaný intravenózní cestou. Indikována pacientům, kterým není možno podávat enterální výživu-netolerance, kontraindikace. V podstatě bez kontraindikací. Důležité je ale zvážit, jestli rizika spojená s kanylací pacienta nepřevažují benefity. (Kapounová, 2020)

7.2.4. Farmaceutická léčba

Kortikosteroidy významně zlepšují chuť k jídlu, ale účinek většinou trvá pouze čtyři týdny. Neprovází jej příbytek svalové hmoty a řadí se zde významné nežádoucí účinky. Gestagenní hormony rovněž zvyšují chuť k jídlu, navíc jejich efekt přetrvává dlouhodobě a vykazují vysokou úspěšnost ve zvýšení tělesné hmotnosti, zejména tukové hmoty. (Adam, Vorlíček, 2004)

8. Psychologické aspekty onemocnění

Střet s onkologickým onemocněním je obvykle velmi krizová zkušenost nejen pro pacienta ale i jeho rodinu a nejbližší okolí, (Sochor, 2019) jehož pomoc je více než žádoucí. Pacienti s pečujícím zázemím totiž mají oproti pacientům bez pečujícího zázemí příznivější průběh onemocnění a nižší riziko recidivy. (Adam, 2019)

Diagnostikování maligního onemocnění je spojeno s novými potřebami jedince. Neuspokojení těchto potřeb může velkou mírou přispět k rozvoji deprese a úzkosti. (Adam, 2019) Podle německé skupiny mnohočetného myelomu trpí příznaky deprese až 25 % pacientů, kterým bylo diagnostikováno maligní onemocnění. Psychiatrická diagnóza se objevila dle studie L. R. Drogatise až u 47 % respondentů. Podobná studie v Rakousku dosáhla obdobných výsledků. Signifikantním prognostickým faktorem je kvalita života. (Adam, Vorlíček, Koptíková 2003)

Nejnámější teorií popisující reakci na závažné onemocnění je teorie Elisabeth Kublerové-Rossové. Popisuje možné reakce, které nemusí jít přesně za sebou a některé se nemusí objevit vůbec. (Sochor, 2019) Obsahuje šest fází:

- 1) Šok – velmi silná emoční odpověď na stanovení diagnózy. Má různou délku-tři hodiny až tři dny a většinou sama odezní. (Vorlíček, Abrahám, Vorlíčková a kol., 2006) Pacienty můžeme rozdělit na typy aktivační – agitace, pobíhání až panika a inhibiční – ztuhnutí. Někde na pomezí se nachází kognitivní typ-vypnutí citů a logické chování. (Adam, 2019)
- 2) Popření – nesmíření se s diagnózou, pacient má pochybnosti, snaží se najít racionální, jiné, pro něj lepší vysvětlení svých potíží. V některých případech může trvat po celou dobu léčby a tím ji značně komplikovat.
- 3) Agrese – emoční past projevující se vztekem a agresí vůči zdravým lidem v okolí. Pacienti podle své povahy buď přestanou komunikovat nebo začnou vykazovat velkou nespokojenost, hádavost a odmítání pomoci včetně terapie.
- 4) Smlouvání – uchýlení se k jiné autoritě např. Bůh, lékař, příroda, vyznačováno větami „chci se dožít vnoučat“, „odvést dceru k oltáři“, „vzít ženu na dovolenou“.
- 5) Deprese – nejtěžší a nejnebezpečnější fáze, kterou je nutno překonat psychofarmaky. Ponoření se do beznaděje, strachu. Pacienti mohou trpět nezvládnutelným psychomotorickým neklidem nebo odmítat všechnu spolupráci s okolím.
- 6) Smíření – dojde k psychickému uvolnění, převažuje racionální přístup k onemocnění i k jeho terapii. Pacient je schopen účinně spolupracovat. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006)

8.1. Psychiatrické symptomy a syndromy

8.1.1. Úzkost

Představuje složitou kombinaci strachu a obavy, kdy jedinec nedokáže vysvětlit, čeho se vlastně bojí. Různí se její trvání – akutní nebo dlouhodobé a intenzita – lehký neklid až panika. (Adam, 2019)

- Psychické projevy – pocity sevření, vnitřního neklidu a napětí.
- Psychomotorické symptomy – výraz obličeje, agitace vedoucí až k raptu.

- Psychosomatické symptomy – rozšířené zornice, tachypnoe, tachykardie, nespavost, zvýšené pocení, průjem (Adam, Vorlíček a kol., 2004).

8.1.2. Deprese

Deprese je definována jako patologicky smutná, pokleslá nálada doprovázená sníženou aktivitou při zvýšené unavitelnosti, zhoršenou koncentrací, snížením sebevědomí a sebedůvěry, agitovaností a zpomalením psychomotorického tempa. Může vyústit až k suicidálním myšlenkám nebo chování. (Honzák, 2012) Jako depresi jsou tyto potíže ale diagnostikovány trvají-li déle než čtrnáct dní. (Adam, Vorlíček, 2004)

8.1.3. Hypervigilance

Hypervigilance je stav zvýšené bdělosti, ostražitosti. Je adekvátní při hrozícím akutním nebezpečí ale při přetrvávání může vyvolat posttraumatickou stresovou nebo úzkostnou poruchu. Tento stav je při dlouhém trvání často provázen úzkostmi a vyčerpáním jedince. (Adam, Vorlíček, 2004)

B) Výzkumná část

Výzkumná část práce se věnuje výzkumu a jeho cílům. Rozebírá metodiku výzkumu, výzkumné otázky. Charakterizuje vzorek respondentů, průběh výzkumného šetření a sběr dat. V poslední řadě interpretuje sesbíraná data.

1. Cíl výzkumu

Cíl výzkumu je zjistit subjektivní hodnocení kvality života pacientů s onkologickým onemocněním páteře.

2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1

Jak moc ovlivňuje kvalitu života subjektivní vnímání kvality zdravotní péče?

Výzkumná otázka č.2

Jak pacienti hodnotí svou fyzickou pohodu?

Výzkumná otázka č.3

Jak pacienti hodnotí svou psychickou pohodu?

Výzkumná otázka č.4

Jak pacienti hodnotí svou sociální pohodu?

3. Metoda výzkumu

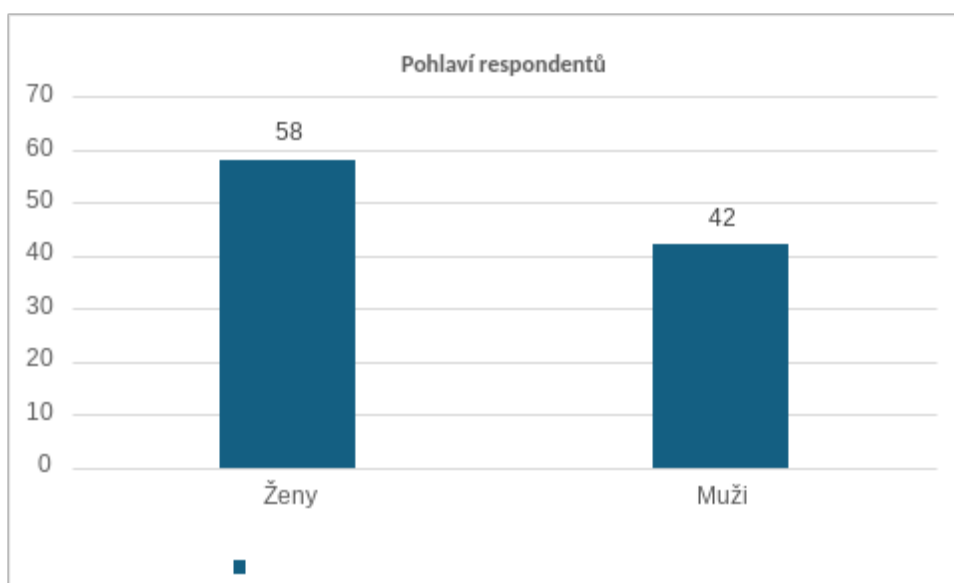
Pro empirickou část práce byla využita kvantitativní metoda sběru dat za pomoci dotazníků vlastní konstrukce. Každý dotazník obsahoval celkem 24 otázek, které vyplývaly z výzkumných otázek. Výzkumné otázky se opírají o čtyři základní pilíře, podle kterých lze dle Zatloukala a Petruželky hodnotit kvalitu života onkologicky nemocného člověka. (2008) Pilíře vycházejí z holistického pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti. První výzkumnou otázkou se zabývají otázky č. 17, 18, 19 a 20, druhou výzkumnou otázkou se zabývají otázky č. 6, 7, 8, 9, 10 a 24, třetí výzkumnou otázkou otázky č. 5, 5a, 10, 12 a 14. Poslední výzkumnou otázku rozvádí otázky č. 15, 16, 21, 22 a 23. Otázky č. 1, 2, 3 a 4 jsou všeobecné otázky, které slouží k představení a ucelení si základní představy o respondentovi jako jsou věk, pohlaví, délka léčby a jeho sociální zázemí.

Dotazníky byly rozdávány pacientům v jedné z brněnských nemocnic, která nebude v této práci konkrétně jmenována. Dotazníkové šetření probíhalo na podkladě kladně vyřízené žádosti o sběr dat k výzkumnému šetření od 1.5.2023 do 1.8.2023. Respondenti byli oslovováni v otevřených prostorách nemocnice-čekárna, chodba. Jednalo se především o pacienty, kteří již nebyli hospitalizováni, ale byla jim stále poskytována ambulantní péče. Všem respondentům byl vysvětlen účel sběru dat. Někteří dokonce i projevili zájem o výsledky výzkumného šetření, což mě velice zaskočilo. Všichni respondenti byli informováni, že účast je zcela anonymní a podíleli se naprosto dobrovolně. Při vyplňování dotazníků jsem byla kousek stranou, aby respondenti v mé přítomnosti neměli dojem, že přicházejí o anonymitu, ale zároveň abych byla k dispozici pro případ jakýchkoli nedorozumění. Všichni pacienti byli ambulujícím lékařem, který nebude v této práci rovněž jmenován, předem dotázáni, jestli by byli ochotni spolupracovat na výzkumném šetření. V případě souhlasu s účastí jsem jim byla představena. Poté jsme šli stranou, abychom měli soukromí a mohly jim být vysvětleny všechny důležité informace. Návratnost dotazníků byla stoprocentní, což přisuzuji mé nedaleké přítomnosti. Některé se však bohužel pro neúplné vyplnění nedaly použít. S touto možností jsem předem počítala, proto jsem jich rozdala něco málo přes stovku. Celkem jich tedy bylo rozdáno sto sedmnáct, z čehož se kompletně vyplněných navrátila stovka.

4. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek je tvořen pacienty, kterým byla operována páteř pro její onkologické onemocnění a stále jsou s tímto onemocněním léčeni nebo dispenzarizováni po ukončení léčby. Tudiž byli hospitalizováni v minimálně posledních šesti měsících a stále jim je pravidelně poskytována ambulantní péče. Při výběru vzorku byl irelevantní druh nádoru i to, jestli se jedná o nádor primární nebo sekundární. Všichni respondenti byli starší osmnácti let. Výběr probíhal tedy zcela náhodně a byl tedy podmíněn jen ochotou účastnit se a plnoletostí.

4.1. Pohlaví respondentů

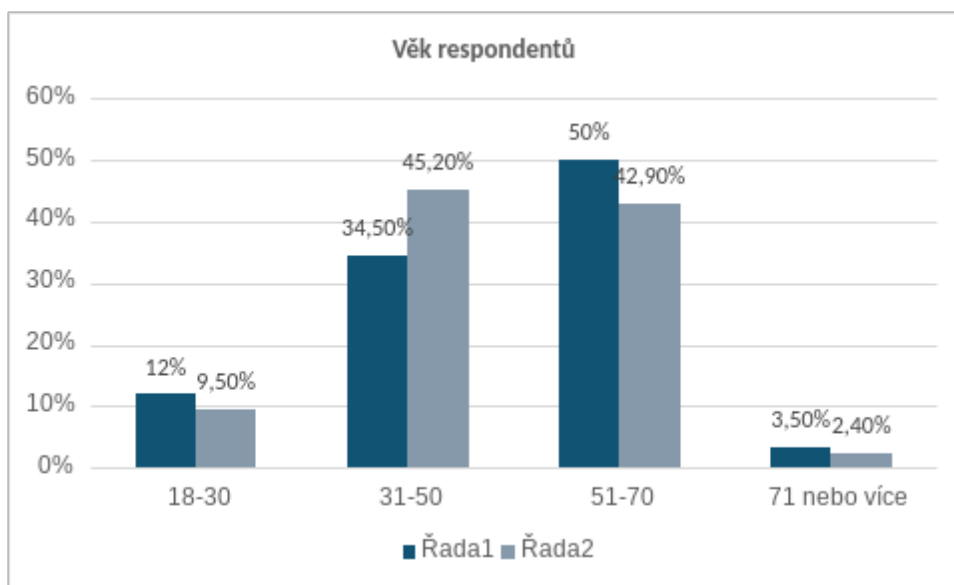


Obrázek 2: Pohlaví respondentů

Zdroj: Vlastní tvorba

Celkový vzorek respondentů čítal 100 osob. Výzkumu se účastnilo 58 žen – 58 % a 42 mužů, tedy 42 %.

4.2. Věk respondentů

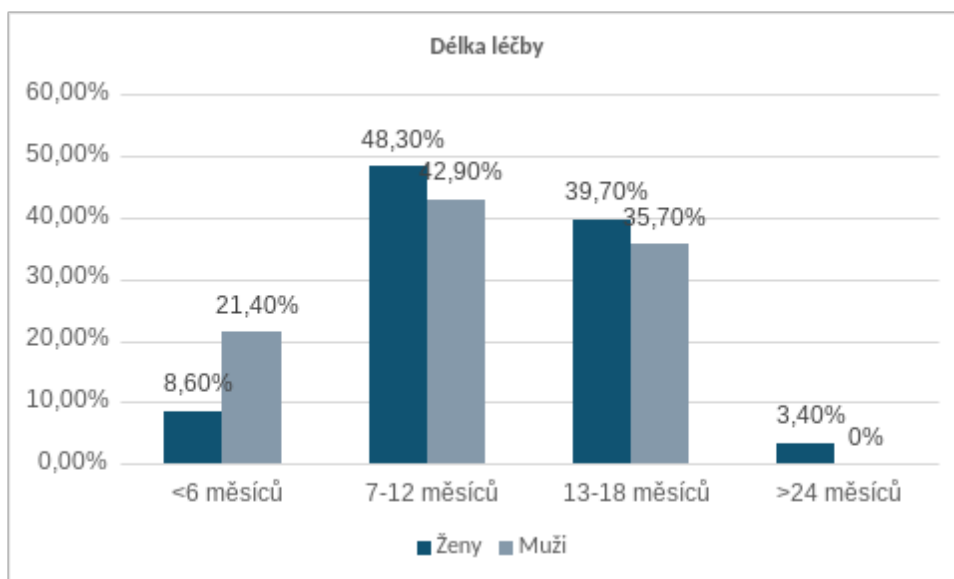


Obrázek 3: Věk respondentů

Zdroj: Vlastní tvorba

Z celkového počtu bylo 7 žen ve věku od osmnácti do třiceti let, což tvoří 12 % vzorku tohoto pohlaví. Ve stejném věku bylo 9,5 % mužů, to znamená 4. 34,5 % žen bylo ve věku třicet jedna až padesát let. To představuje konkrétně 20 respondentek. U mužů tato skupina tvořila jen o osobu méně, i tak se v této věkové kategorii pohybovala skoro polovina respondentů – 45,2 %. 29 žen-přesně polovina vzorku měla věk mezi padesáti jedna a sedmdesáti lety. U mužů se jednalo o 42,9 %-18 respondentů. Nejméně respondentů uvedlo věk sedmdesát jedna let nebo více. Konkrétně se tento věk týkal 2 žen-3,5 % a 1 muže-2,4 % procenta.

4.3. Délka léčby

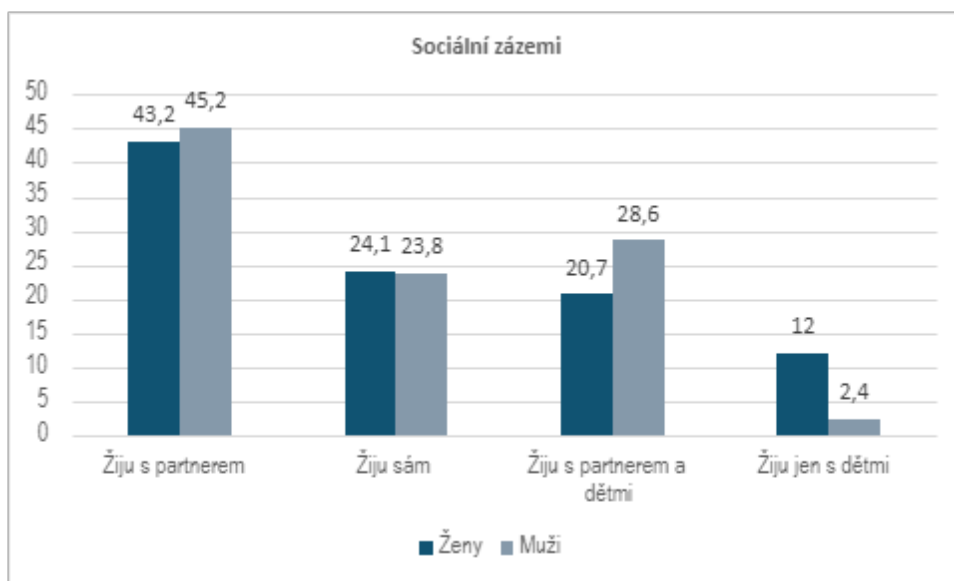


Obrázek 4: Délka léčby

Zdroj: Vlastní tvorba

Třetí otázka zjišťovala, jak dlouho jsou respondenti s onemocněním léčeni. Nejvíce z nich uvedlo délku léčby od sedmi do dvanácti měsíců – 28 žen tzn. 48 % a 18 mužů tj. 42,9 %. Druhá nejčastější odpověď bylo trvání léčby více než dvanáct ale méně než osmnáct měsíců a označilo ji 23 žen-39,7 % a 15 mužů-36,7 %. Nejméně respondentů se léčilo více než dvacet čtyři měsíců – dvě ženy tj. 3,4 % celkového počtu žen. Tuto variantu žádný z mužů neuvedl. Více než pětina mužů-21,4 %, 9 osob, uvedla délku léčby kratší než šest měsíců. Žen se stejnou odpovědí bylo 5, tzn. 8,6 % z celkového počtu.

4.4. Sociální zázemí



Obrázek 5: Sociální zázemí

Zdroj: Vlastní tvorba

Ve čtvrté otázce respondenti měli uvést, zda s někým sdílí domácnost. Nejvíce respondentů uvedlo, že domácnost sdílí jen s partnerem/partnerkou. Konkrétně 25 žen – 43,1 % a skoro stejný poměr mužů – 19 tzn. 45,2 %. Skoro čtvrtina respondentek uvedla, že domácnost s nikým nesdílí – 14 žen, 24,1 %. Tuto odpověď uvedlo i skoro stejné procento mužů-23,8 %, tj. 10 osob. S dětmi a partnerem/manželem žilo v případě obou pohlaví 12 osob, což čítá 20,7 % u žen a 28,6 % u mužů. Jen s dětmi žilo 12 % žen – 7 osob a 2,4 % mužů – 1 osoba.

5. Vyhodnocení dat

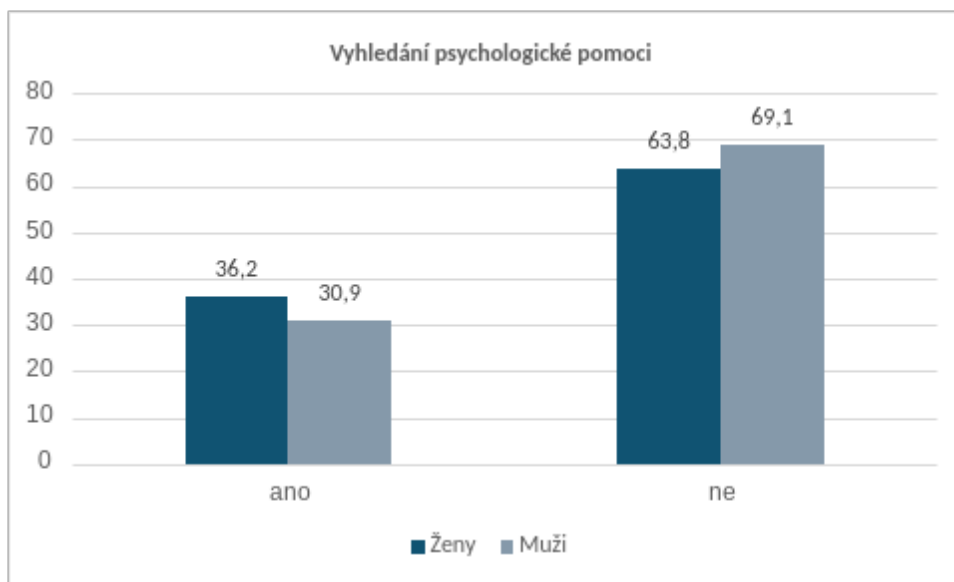
Sbíraná data byla vyhodnocena pomocí metody – tužka papír. Jednotlivé otázky i s odpověďmi byly vypsány na papír a postupně byly procházeny odpovědi, které se zapisovaly. Po projití všech dotazníků se vypočítala absolutní četnost, na kterou mohl navázat výpočet relativní četnosti pomocí trojčlenky. Získaná data byla posléze vložena do programu Excel, kde se vytvořily grafy. Ty znázorňují relativní četnost odpovědí v procentech. Pod grafem je vložen komentář. Některé grafy jsou doplněny tabulkami znázorňujícími hodnoty průměrných odpovědí žen, mužů a všech respondentů celkem. Číselné hodnoty byly ze slovních odpovědí převedeny pomocí Likertových škál. K pozitivním odpovědím na škále byly vždy přiřazeny nízké hodnoty tak, aby ve výsledku vyšší kvalitu života zobrazovaly nižší hodnoty a naopak. Z odpovědí patřících k dané výzkumné otázce se opět vypočítal aritmetický průměr, jehož výsledek je ukazatelem kvality dané oblasti.

5.1. Interpretace dat a vyhodnocení výzkumu

Tato kapitola ukazuje výsledky výzkumného šetření.

Otázka č. 5

Vyhledal(a) jste odbornou psychologickou pomoc? (psychiatra, psychologa)



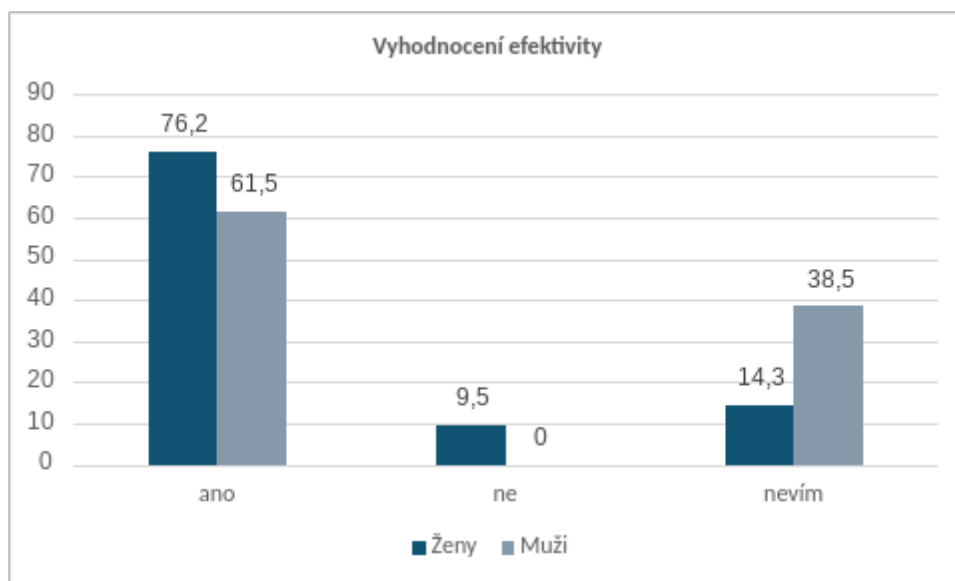
Obrázek 6: Vyhledání psychologické pomoci

Zdroj: Vlastní tvorba

Zhruba třetina respondentů z obou pohlaví uvedla, že odbornou pomoc vyhledala. Konkrétně 21 žen-36,2 % a 13 mužů, což znamená 30,9 %. Tedy 63,8 % žen – 37 a 69,1 % mužů – 29 pomoc nevyhledalo.

Otázka č. 5a

Byla pro Vás tato péče efektivní?



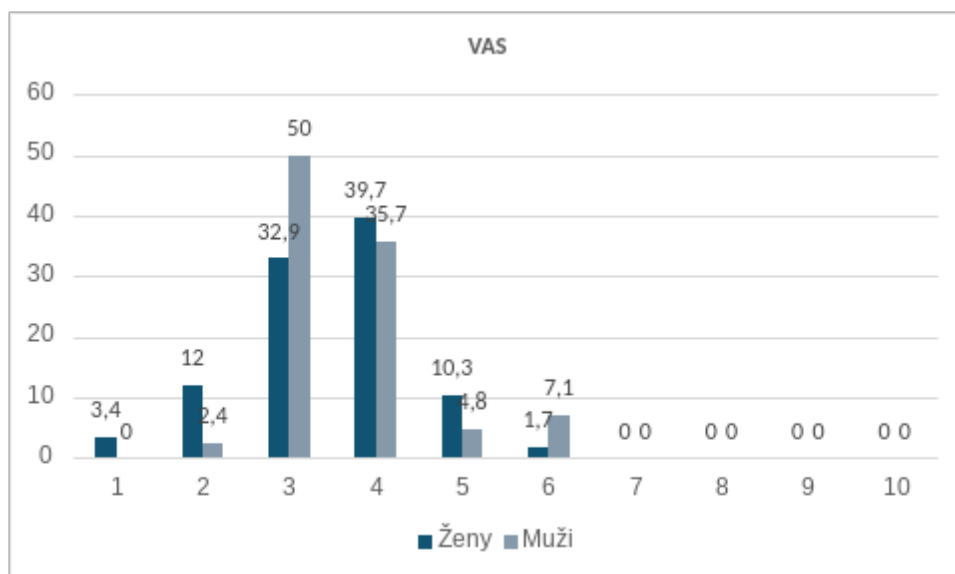
Obrázek 7: Vyhodnocení efektivity

Zdroj: Vlastní tvorba

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku. Tudíž nyní tvoří celý vzorek pouze 16 žen a 8 mužů. V původním dotazníku byly jen odpovědi ano nebo ne. Po dalším uvážení a na popud respondentů byl dotazník doplněn o třetí možnost odpovědi – nevím, kterou využilo 5 mužů – 38,5 % a 3 ženy – 14,3 %. Více než třičtvrtě žen uvedlo, že jim vyhledání odborné psychologické pomoci pomohlo – 76,2 % – 16 osob. Stejnou odpověď označilo 8 mužů – 61,5 %. Jako neefektivní ji vidí 2 ženy – 9,5 % a 5 mužů – 38,5 %.

Otázka č.6

Uved'te prosím na škále 1-10 intenzitu Vašich bolestí v posledním měsíci, přičemž 1 znamená žádné bolesti a 10 nejhorší bolest, jakou si umíte představit.



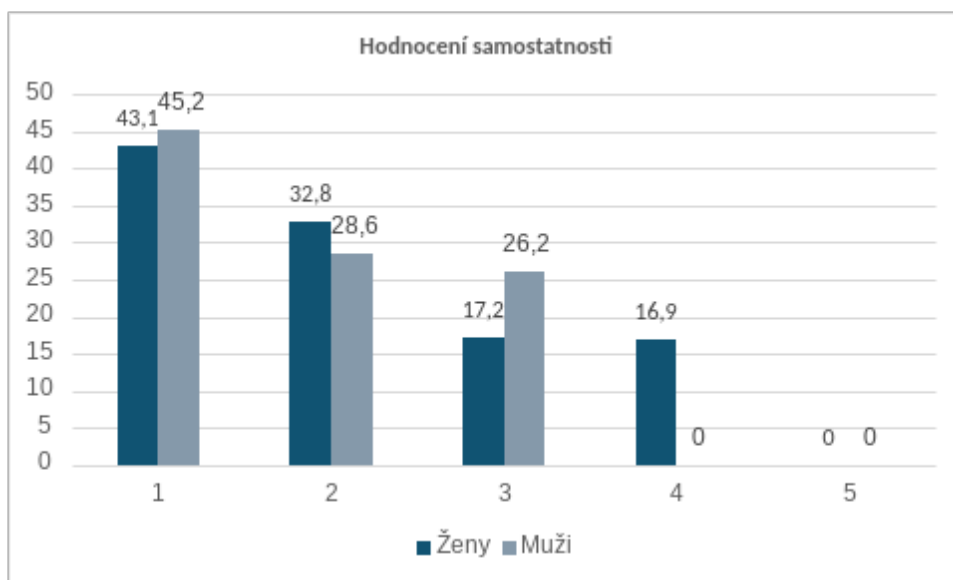
Obrázek 8: VAS

Zdroj: Vlastní tvorba

Největší uvedená bolest byla 6 a uvedla ji 1 žena – 3,4 % a tři muži – 7,1 %. Bolest o intenzitě 5 uvedlo 6 žen – 10,3 % a 2 muži – 4,8 %. U žen byla nejčastější intenzita bolesti 4 a uvedlo ji 23 respondentek-39,7 %, respondentů bylo jen 15-35,7 %. Muži nejčastěji uváděli intenzitu bolesti 3 a to přesně polovina. U žen se jednalo o druhou nejčastější odpověď – 19 osob - 32,9 %. S bolestí o intenzitě 2 se potýká 7 žen – 12 % a pouze jeden muž – 2,4 %. Žádný z mužů neuvedl bolest 1, ženy byly 2-3,4 %.

Otázka č. 7

Uved'te prosím na stupnici od jedné do pěti, na kolik Vás Vaše onemocnění omezuje při běžných každodenních činnostech, přičemž 1 znamená zcela bez omezení a 5 ztrátu soběstačnosti.



Obrázek 9: Hodnocení samostatnosti

Zdroj: Vlastní tvorba

Hodnotu číslo pět žádný respondent neoznačil. Hodnotu číslo čtyři označily 2 ženy – 3,5 % a žádný muž. Omezení třetího stupně uvedlo 10 žen – 17,2 % a 11 mužů – 26,2 %. Omezení druhého stupně označila přesně polovina žen a přesně polovina mužů. Život bez omezení uvedlo 17 žen – 29,3 % a 10 mužů – 23,8 %.

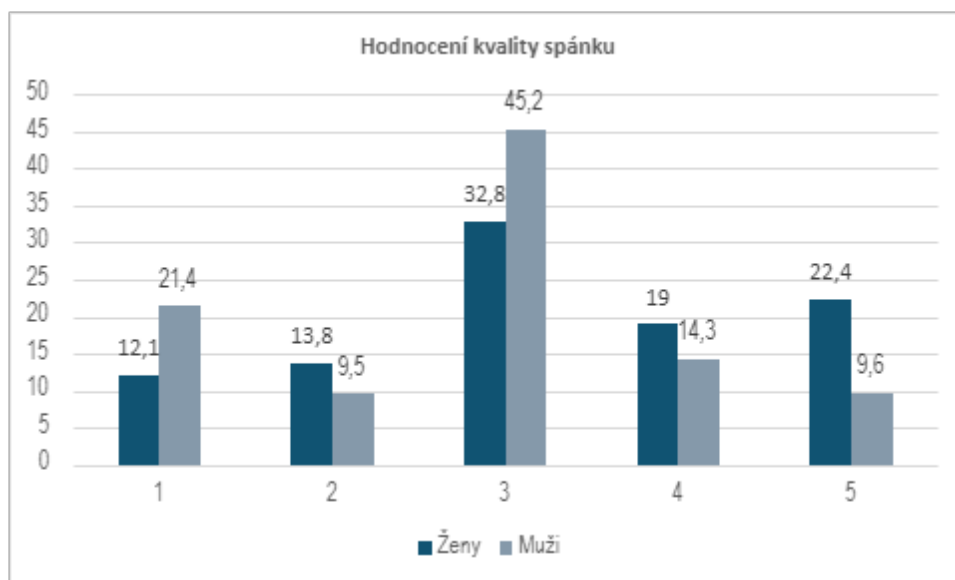
Tabulka 1: Průměrná odpověď na otázku č. 7

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
1,95	2,02	1,98

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 8

Jak kvalitně vidíte svůj spánek? Přičemž jednička značí vysokou kvalitu spánku a pětka značí velmi špatný spánek.



Obrázek 10: Hodnocení kvality spánku

Autor: Vlastní tvorba

Jako velice kvalitní uvedlo svůj spánek 7 žen – 12,1 % a 9 mužů – 21,4 %. Na dvojku svůj spánek hodnotí 8 žen – 13,8 % a 4 muži -9,5 %. Skoro polovina mužů 45,2 % – 19 osob vidí svůj spánek jako středně kvalitní. Stejnou kvalitou svůj spánek hodnotí 19 žen – 32,8 %. Kvalitu 4 uvedlo 11 žen – 19 % a 6 mužů 14,3 %. Jako velmi nekvalitní hodnotí svůj spánek více než pětina žen – 22,4 % a 4 muži – 9,6 %.

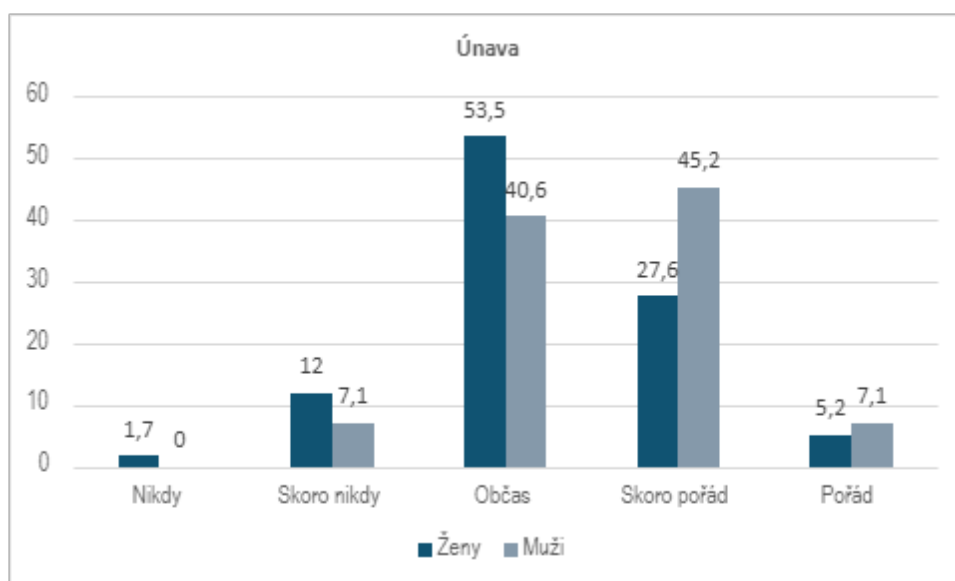
Tabulka 2: Průměrná odpověď na otázku č. 8

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
3,26	2,81	3,07

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 9

Jak často se cítíte zcela vyčerpaní a úplně bez energie?



Obrázek 11: Únava

Autor: Vlastní tvorba

3 muži – 7,1 % a 3 ženy – 5,2 % uvedli, že se cítí být bez energie pořád. Skoro polovina mužů – 45,2 % uvedla, že se cítí být bez energie skoro pořád. Stejně pocitu má 16 žen – 27,6 %. Přes polovinu žen uvedlo, že pocit únavy má občas. Stejně to vidí 17 mužů – 40,6 %. Skoro nikdy pocit únavy nezažívá 7 žen – 12 % a 3 muži – 7,1 %. Život zcela bez vyčerpání uvedla jen 1 žena – 1,7 % a žádný muž.

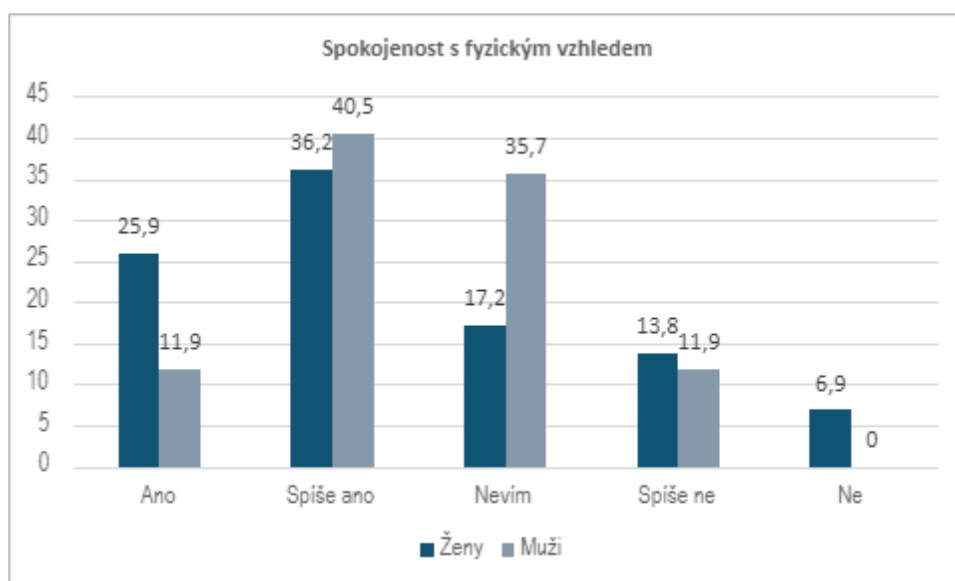
Tabulka 3: Průměrná odpověď na otázku č. 9

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
3,6	3,6	3,35

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 10

Jste spokojen(a) se svým fyzickým vzhledem?



Obrázek 12: Spokojenost s fyzickým vzhledem

Autor: Vlastní tvorba

Skoro čtvrtina žen -25,9 % tzn. 15 žen a 5 mužů uvedli, že jsou se svým vzhledem zcela spokojeni. 21 žen – 36,2 % a 17 mužů – 40,5 % uvedli, že jsou se svým fyzickým vzhledem spíše spokojeni. Odpověď nevím označilo 10 žen – 17,2 % a 15 mužů – 35,7 %. Spíše nespokojeno se svým vzhledem bylo 8 žen – 13,8 % a 5 mužů- 11,9 %. Zcela nespokojeny byly 4 ženy – 6,9 % a žádný muž.

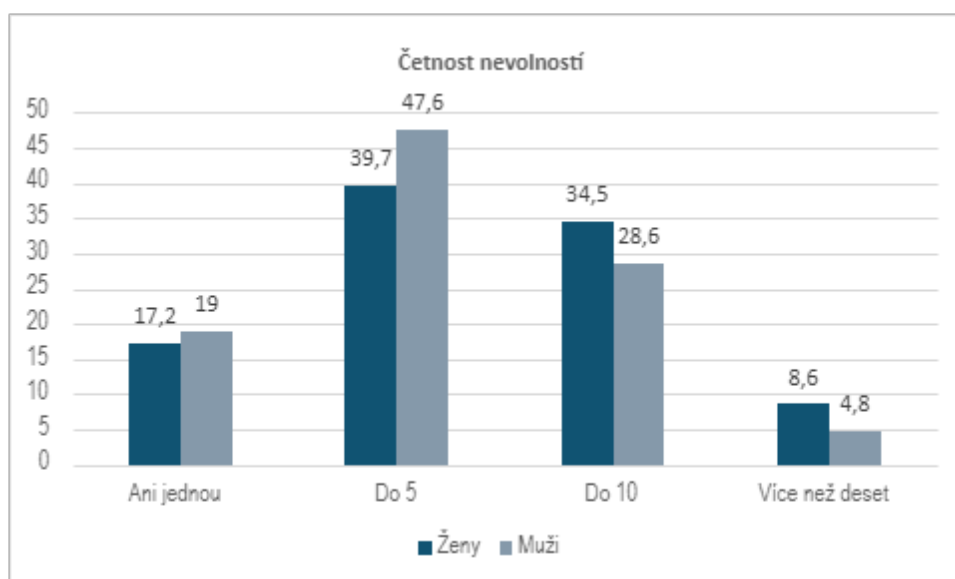
Tabulka 4: Průměrná odpověď na otázku č. 10

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,4	2,5	2,43

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 11

Kolikrát jste v poledním měsíci trpěl(a) nevolnostmi?



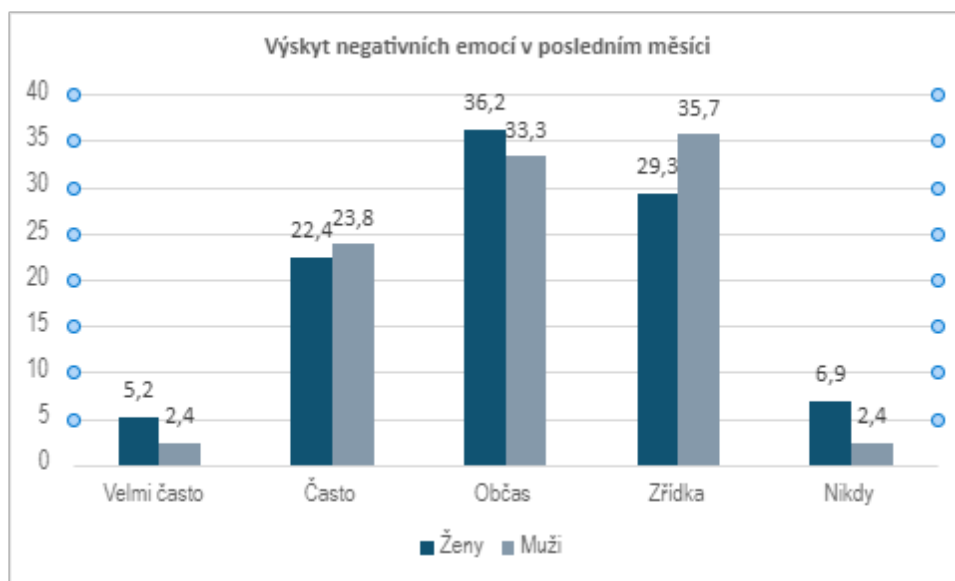
Obrázek 13: Četnost nevolností

Autor: Vlastní tvorba

V posledním měsíci se s nevolnostmi ani jednou nesetkalo 10 žen – 17,2 % a 8 mužů – 19 %. Více než nula ale méně než 5 nevolností u trpělo 23 žen – 39,7 % a skoro polovina mužů 47,6 %, konkrétně 20. Více než 5, ale méně než 10 nevolností protrpělo 20 žen – 34,5 % a 12 mužů – 28,6 %. Více než 10 nevolností postihlo 5 žen – 8,6 % a dva muži – 4,8 %.

Otázka č. 12

Trpěl(a) jste za poslední měsíc špatnými pocity? (Např. úzkost, strach, deprese)



Obrázek 14: Výskyt negativních emocí v posledním měsíci

Zdroj: Vlastní tvorba

V posledním měsíci se s negativními emocemi setkali 3 ženy – 5,2 % a jeden muž – 2,4 %. 13 žen – 22,4 % a 10 mužů – 23,8 % se s těmito pocity setkává často. Odpověď občas označilo 21 žen – 36,2 % a 14 mužů – 33,3 %. Zřídka negativní emoce prožívá 17 žen – 29,3 % a 15 mužů 35,7 %. 4 ženy – 6,9 % a jeden muž – 2,4 % se v posledním měsíci s negativními emocemi nesetkali ani jednou.

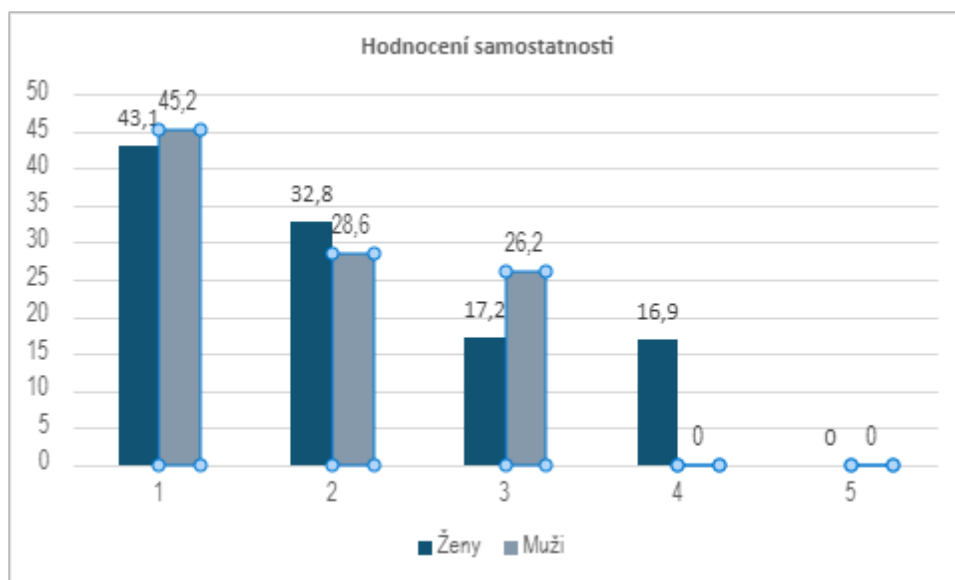
Tabulka 5: Průměrná odpověď na otázku č. 12

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,86	2,81	2,8

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 13

Ohodnoťte prosím na škále od 1-5, jak moc jste v posledním měsíci potřeboval(a) pomoc od svých blízkých a rodiny, přičemž 1 znamená vůbec a 5 velmi často.



Obrázek 15: Hodnocení samostatnosti

Zdroj: Vlastní tvorba

Skoro polovina respondentů z obou pohlaví uvedla, že v posledním měsíci ani jednou nepotřebovala pomoc od svých blízkých nebo rodiny. Konkrétně se jedná o 25 žen – 43,1 % a 19 mužů – 45,2 %. Jen o něco málo žen – 19 tzn. 32,8 % a o něco málo mužů – 12 tj. 28,6 % ohodnotilo svou závislost na svém okolí na druhý stupeň. Hodnotu 3 označilo 10 žen – 17,2 % a 11 mužů – 26,2 %. 4 ženy – 6,9 % uvedly, že jsou na svém okolí silně závislé. Tuto variantu ani jeden z mužů neoznačil. Absolutní závislost na svém okolí neoznačil ani jeden z respondentů.

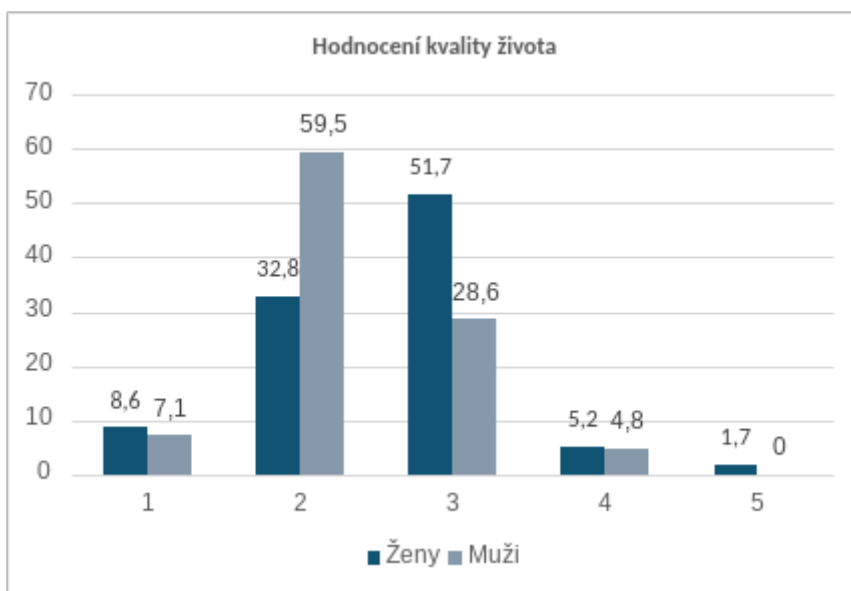
Tabulka 6: Průměrná odpověď na otázku č. 13

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
1,88	1,81	1,85

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 14

Jak hodnotíte na škále 1-5 kvalitu svého života? 1 znamená naprostou spokojenost 5 naprostou nespokojenost



Obrázek 16: Hodnocení kvalita života

Zdroj: Vlastní tvorba

S kvalitou svého života je naprosto spokojen 5 žen – 8,6 % a 3 muži – 7,1 %. Hodnocení 2 dalo kvalitě svého života 19 žen – 32,8 % a více než polovina mužů- 59,5 % tj. 25 osob). Jako středně kvalitní svůj život hodnotí 51,7 % žen – 30 osob a 12 mužů – 28,6 %. Čtyřkou hodnotí kvalitu svého života 3 ženy – 5,2 % a dva muži 4,8 %. Naprostou nespokojenost s kvalitou svého života uvedla jedna žena – 1,7 % a žádný muž.

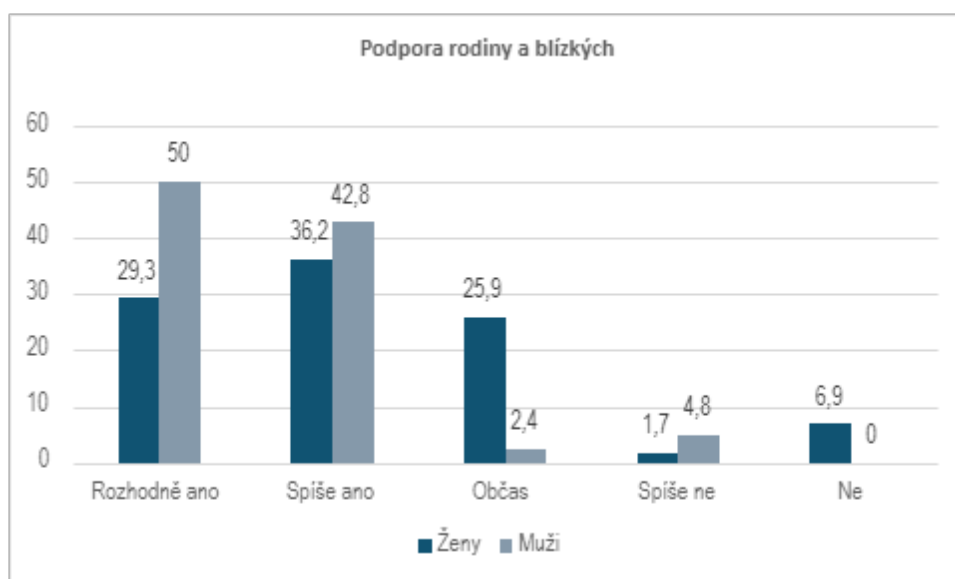
Tabulka 7: Průměrná odpověď na otázku č. 16

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,59	2,31	2,47

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 15

Máte pocit dostatečné podpory od své rodiny a svého blízkého okolí?



Obrázek 17: Podpora rodiny a blízkých

Zdroj: Vlastní tvorba

Dostatečně podporována se cítí být přesně polovina mužů a 17 žen – 29,3 %. Skoro polovina mužů tzn. 18 – 42,8 % se cítí být svým okolím spíše podporována. Stejnou odpověď označilo 21 žen – 36,2 %. Jen občasnou podporu pocituje 15 žen – 25,9 % a pouze jeden muž 2,4 %. Vůbec žádné podpory od svého okolí se nedostává 4 ženám – 6,9 %, tuto variantu žádný z mužů neuvedl.

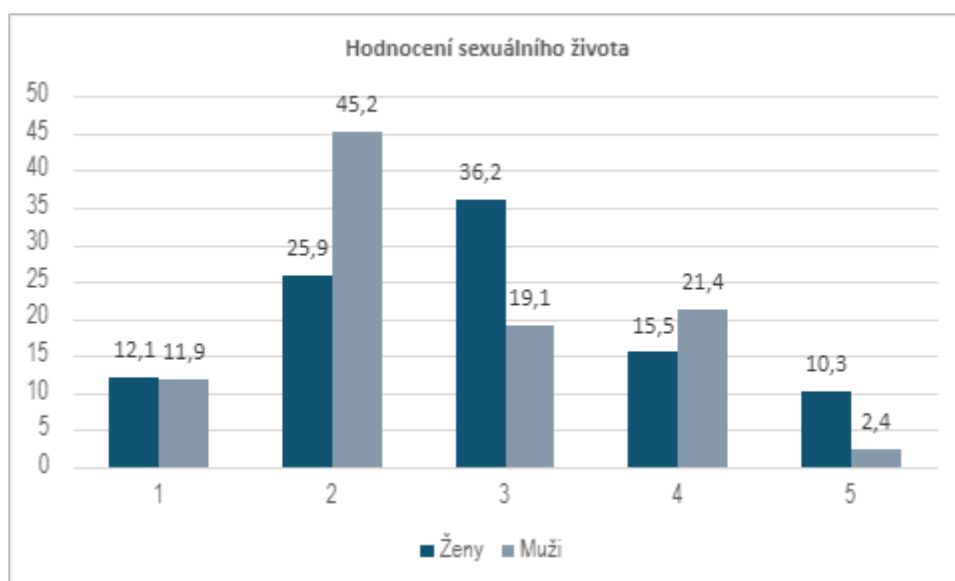
Tabulka 8: Průměrná odpověď na otázku č. 15

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,21	1,62	1,94

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 16

Jak hodnotíte na škále 1-5 Váš sexuální život? Přičemž 1 vynikající a 5 nedostačující?



Obrázek 18: Hodnocení sexuálního života

Autor: Vlastní tvorba

Svůj sexuální život hodnotí jako vynikající 7 žen – 12,1 % a 5 mužů – 11,9 %. Uspokojivý sexuální život má čtvrtina žen – 15 osob a skoro polovina mužů – 45,2 %, což znamená devatenáct osob. Více než třetina žen – 36,2 % tzn. konkrétně 21 osob ohodnotilo svůj sexuální život jako dobrý, stejně je na tom 8 mužů – 19,1 %. Dostatečný sexuální život má více než pětina mužů, tj. 21,4 %, což čítá 9 osob. Podobně jsou na tom ženy, které uvedly svůj sexuální život jako dostatečný v 9 případech, tzn. v 15,5 %. Nedostačující sexuální život uvedl 1 respondent – 2,4 %. Ženy jsou na tom v tomto ohledu o něco hůře – 6 žen, tzn. 10,3 %.

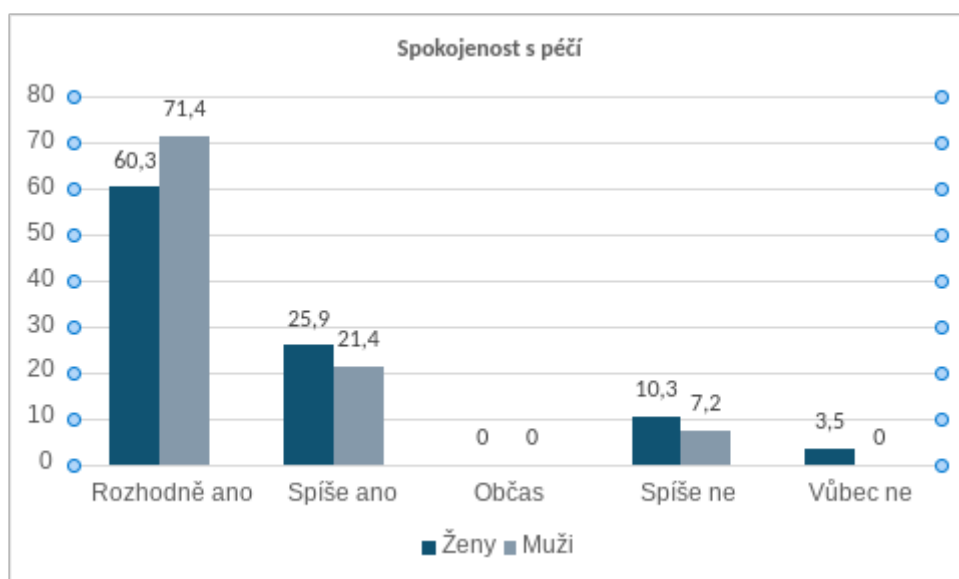
Tabulka 9: Průměrná odpověď na otázku č. 16

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,86	2,57	2,74

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 17

Jste spokojen(a) s péčí ošetřujícího personálu?



Obrázek 19: Spokojenost s péčí

Autor: Vlastní tvorba

Naprostou spokojeností ošetřující personál hodnotí 35 žen – 60,3 % a 30 mužů – 71,4 %. 15 žen – 25,9 % a 9 mužů – 21,4 % uvedli že jsou s péčí ošetřujícího personálu spíše spokojeni. Občasnou spokojenost neuvedl ani jeden z respondentů. 6 žen – 10,3 % a 3 muži 7,2 % uvedli, že jsou s péčí ošetřujícího personálu spíše nespokojeni. Úplnou nespokojenost uvedly dvě ženy – 3,5 % a žádný muž.

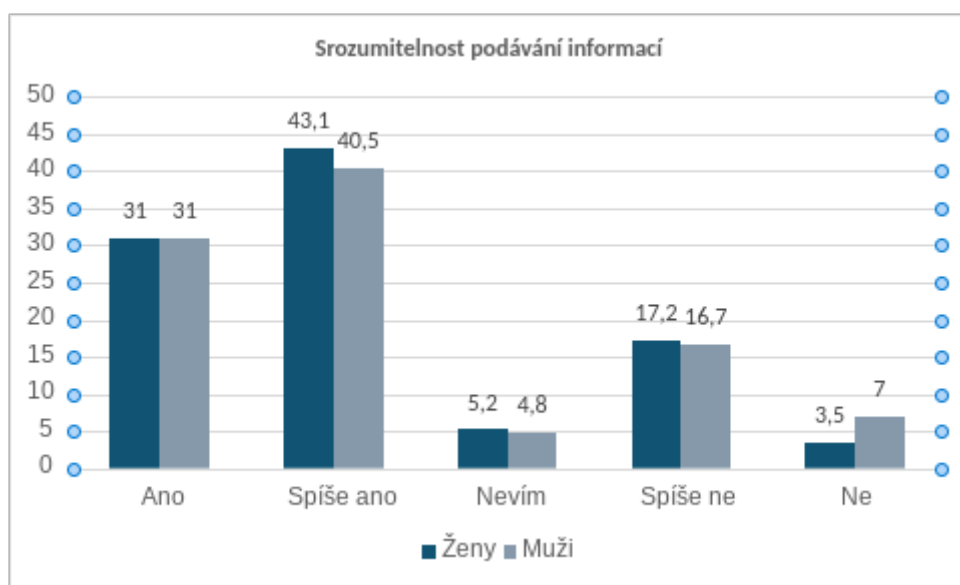
Tabulka 10: Průměrná odpověď na otázku č. 17

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
1,71	1,67	1,59

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 18

Byly vám informace o vašem zdravotním stavu podávány srozumitelně?



Obrázek 20: Srozumitelnost podávání informací

Autor: Vlastní tvorba

Srozumitelné informace byly podávány 18 ženám – 31 % a 13 mužům – 31 %. Odpověď spíše ano označilo 25 žen – 43,1 % a 17 mužů – 40,5 %. Na otázku nedokázali odpovědět 3 ženy – 5,2 % a 2 muži – 4,8 %. Spíše nesrozumitelné informace se dostalo 10 ženám – 17,2 % a 7 mužům – 16,7 %. Jako naprosto nesrozumitelné hodnotí podávané informace 2 ženy – 3,5 % a 3 muži – 7 %.

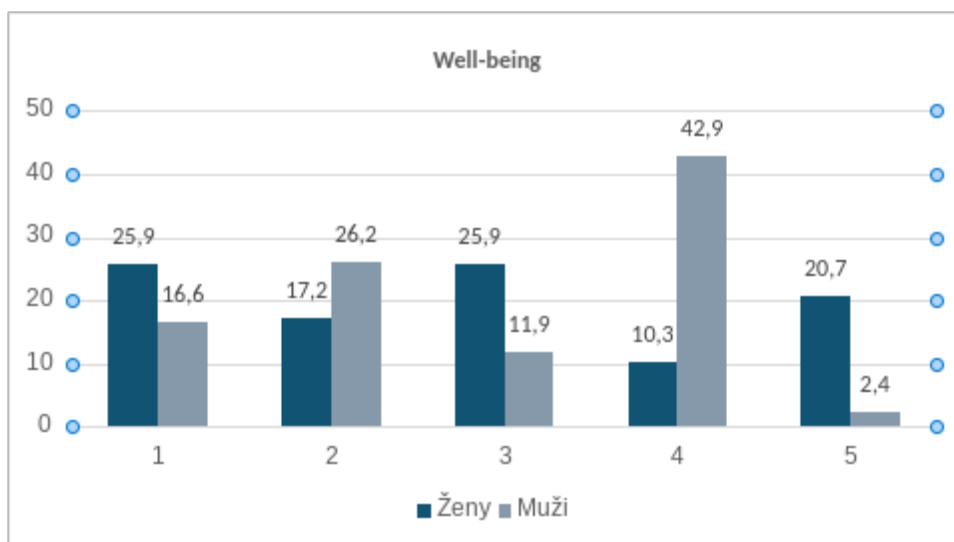
Tabulka 11: Průměrná odpověď na otázku č. 18

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,19	2,29	2,31

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 19

Jak se cítíte během pobytu ve zdravotnickém zařízení, přičemž není zohledňováno, o jaký se jedná typ-ambulace, lůžkové oddělení, denní stacionář. 1 znamená naprostý komfort a 5 naprostý diskomfort.



Obrázek 21: Well-being

Autor: Vlastní tvorba

Naprostě komfortně se během pobytu ve zdravotnických zařízeních cítí téměř čtvrtina žen – 25,9 % tj. 15 osob a 7 mužů – 16,6 %. O stupeň hůře svůj pobyt hodnotí 10 žen – 17,2 % a 11 mužů – 26,2 %. Neutrální stanovisko zaujalo 15 žen – 25,9 % a 5 mužů – 11,9 %. Spíše negativně svůj pobyt ve zdravotnických zařízeních hodnotí 6 žen – 10,3 % a 18 mužů – 42,9 %. Naprostý diskomfort během pobytu v zdravotnickém zařízení pociťuje 12 žen – 20,7 % a jeden muž – 2,4 %.

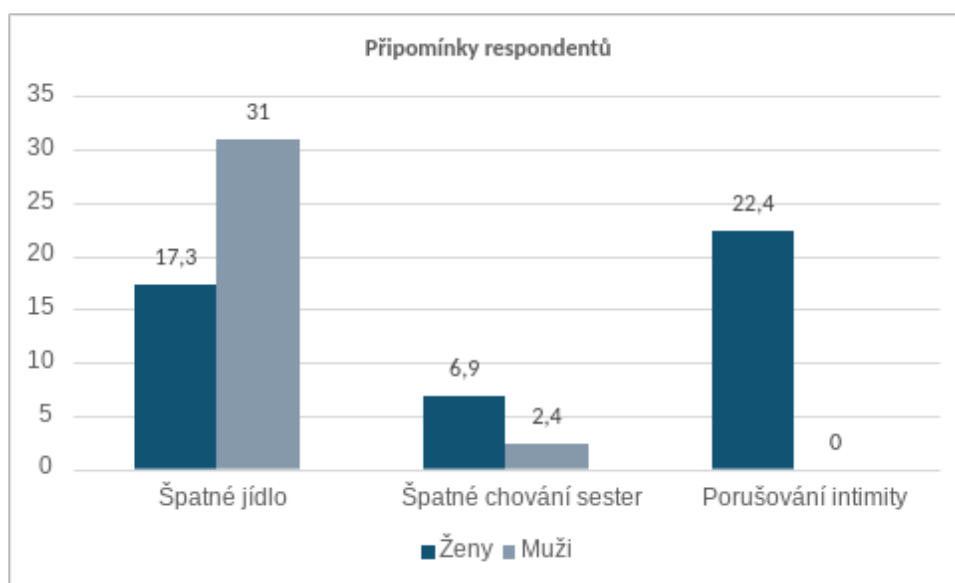
Tabulka 12: Průměrná odpověď na otázku č. 19

Průměrná odpověď ženy	Průměrná odpověď muži	Průměrná odpověď celkem
2,83	2,88	2,85

Zdroj: Vlastní tvorba

Otázka č. 20

Napadá vás něco, co byste chtěl(a) dodat ke kvalitě zdravotní péče?



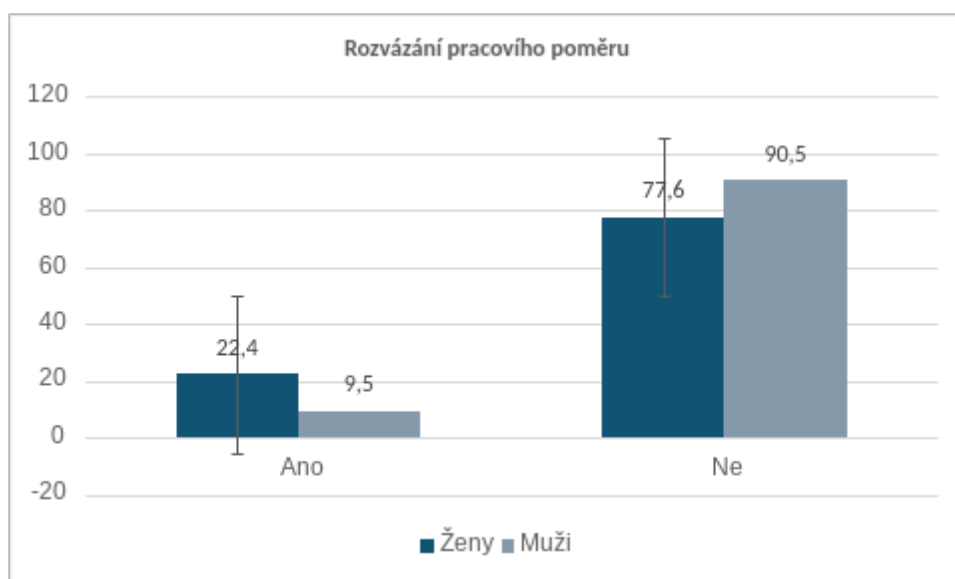
Obrázek 22: Připomínky respondentů

Autor: Vlastní tvorba

10 žen – 17,3 % a 13 mužů – 31 % vyjádřilo svou nespokojenost s jídlem. Na nevhodnou komunikaci sester poukázali 4 ženy – 6,9 % a 1 muž – 2,4 %. 13 žen – 22,4 % se setkaly s nedostatečným zachováváním intimity. Na tento problém nepoukazoval ani jeden muž. 31 žen – 53,4 % a 28 mužů – 66,6 % odpovědělo na tuto otázku ne.

Otázka č. 21

Donutilo Vás Vaše onemocnění odejít z práce?



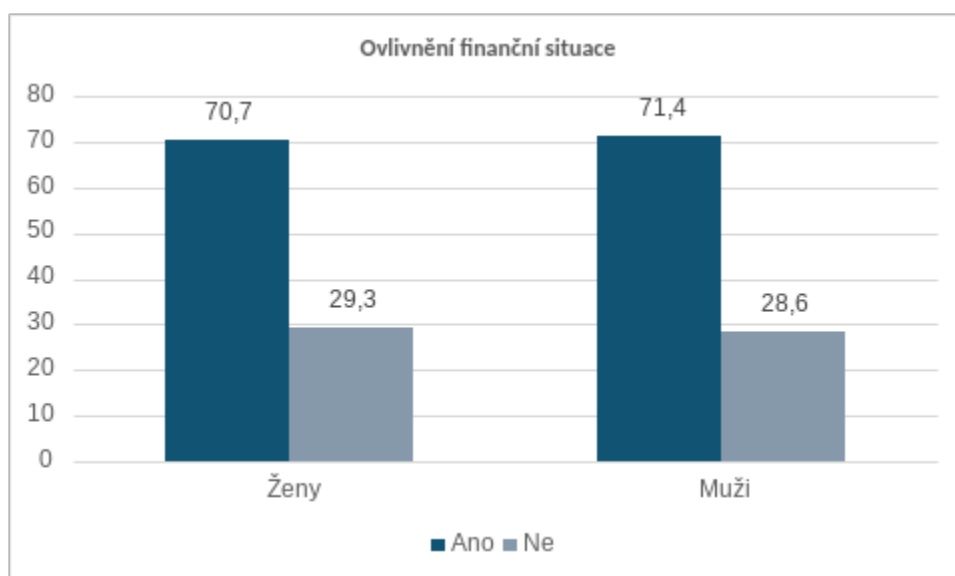
Obrázek 23: Rozvázání pracovního poměru

Autor: Vlastní tvorba

K rozvázání pracovního poměru bylo donuceno 13 žen – 22,4 % a 4 muži – 9,5 %. 45 žen – 77,6 % a 38 mužů – 90,5 % ve svém zaměstnání zůstalo.

Otázka č. 22

Ovlivnilo onemocnění vaši finanční situaci?



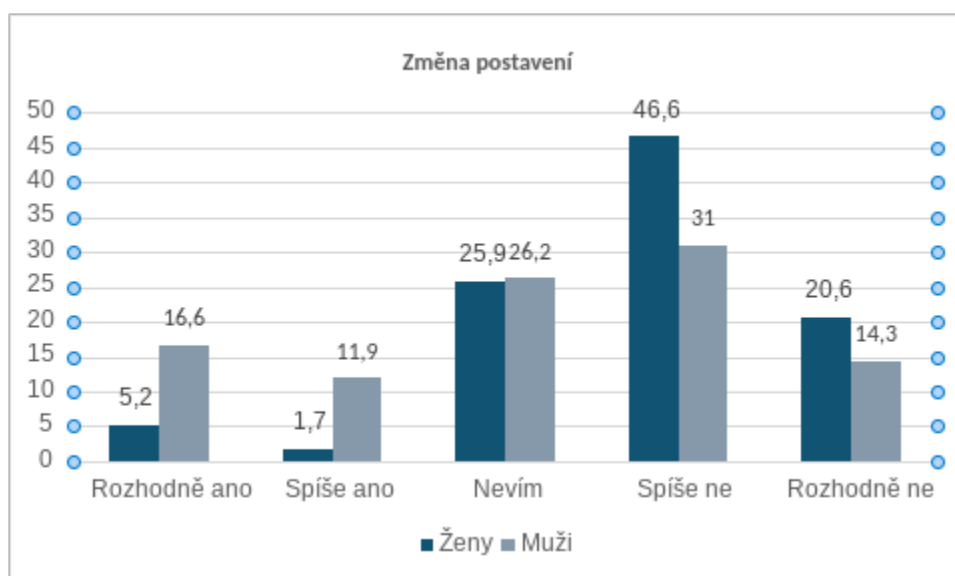
Obrázek 24: Ovlivnění finanční situace

Autor: Vlastní tvorba

Vlivem onemocnění se změnila finanční situace 41 žen – 70,7 % a 30 mužů – 71,4 %. Jako nezměněnou svou finanční situaci uvedlo 17 žen – 29,3 % a 12 mužů – 28,6 %.

Otázka č.23

Myslíte si, že vlivem onemocnění se zhoršilo Vaše postavení ve společnosti?



Obrázek 25: Změna postavení

Autor: Vlastní tvorba

Zhoršení postavení ve společnosti vlivem onemocnění uvedli 3 ženy – 5,2b% a 7 mužů – 16,6 %. Částečné zhoršení postavení ve společnosti vnímá jedna žena – 1,7 % a 5 mužů – 11,9 %. 15 žen – 25,9 % a 11 mužů – 26,2 % na tuto otázku nedokázali odpovědět, tudíž označili odpověď „Nevím”. Spíše nezměněně vnímá své postavení 27 žen – 46,6 % a 13 mužů – 31 %. 12 žen – 20,6 % a 6 mužů – 14,3 % uvedli, že se jejich postavení ve společnosti vůbec nezměnilo.

6. Diskuse

Práce se zabývá kvalitou života pacientů s onkologickým onemocněním páteře a klade si za cíl vyhodnotit kvalitu života pacientů s onkologickým onemocněním páteře podle čtyř pilířů, které ji ovlivňují. Řadíme sem funkční a emocionální stav jednotlivce, sociální situaci a symptomy nemoci a nežádoucí účinky léčby. Podle těchto pilířů byly sestaveny i výzkumné otázky.

Mezi důležitý aspekt výzkumu řadím charakteristiku výzkumného vzorku, který tvořily převážně ženy. Tuto dominanci odráží i data UZIS – prevalence je oproti incidenci zhoubných novotvarů vyšší u žen než u mužů v poměru 1: 0,8. Přesné zastoupení mužů a žen se ve výzkumném vzorku ale neshoduje, což si vysvětlují relativně malým vzorkem respondentů. Domnívám se, že zvýšeným počtem respondentů by se ale poměr zastoupení mužů a žen mohl změnit.

Dále je vhodné při vyhodnocování výzkumu brát v potaz věk respondentů, protože jednotlivé věkové skupiny mohou mít jiné potřeby a jiné nároky. Na základě jejich uspokojení se pak může odvíjet hodnocení kvality života. Tento aspekt je taky nutno brát do úvahy při plánování a poskytování péče a v neposlední řadě při hodnocení její efektivity.

Neméně důležitým faktorem ovlivňujícím vnímání a následné hodnocení kvality života je délka léčby. Protrahovaná léčba negativně dopadá nejen na ekonomický a sociální status nemocného ale i na jeho psychiku, která je s těmito dvěma aspekty velmi úzce spjata.

Další proměnná, která má velký vliv na psychiku nemocného a hraje klíčovou roli během léčby je sdílení domácnosti s další osobou, osobami. Tyto osoby by ovšem k pozitivnímu ovlivnění průběhu onemocnění měly být pečující se vzájemně pozitivním vztahem. Tímto tématem se zabývalo i mnoho studií podporujících tohle tvrzení. Adam (2019) zmiňuje studii, která analyzovala výsledky léčby v letech 1973-2011 a bylo do ní zařazeno 97 662 pacientů. Pacienti byli rozdělováni do čtyř skupin – pacienti žijící trvale single – 13 255 osob, pacienti žijící v manželství – 64 884 osob, ovdovělí pacienti – 9 692 osob a pacienti po rozvodu – 9 831 osob. Analýza výsledků dokazuje, že oproti osobám žijícím v manželství mají ovdovělé osoby nejhorší prognózu, celkové přežití (doba od stanovení diagnózy nebo léčby do úmrtí způsobené jakoukoliv příčinou) i tumor specifické přežití (doba od stanovení diagnózy nebo zahájení léčby do úmrtí způsobené onemocněním). Ovdovělé osoby jsou i nejvíce ze všech čtyř skupin ohroženi rizikem úmrtí zapříčiněným progresí nádoru. Pacienti trvale žijící dlouhodobě osamoceni měli překvapivě dobré výsledky, což autoři studie vysvětlují nižším věkem a alternativními zdroji podpory jako jsou například žijící rodiče. V knize jsou uváděny i autentické příběhy pacientů, se kterými se profesor Adam během své mnohaleté praxe setkal a jenž rovněž ukazují důležitost sdílení domácnosti s další osobou.

Výzkumná otázka č. 1: Jak moc ovlivňuje kvalitu života subjektivní vnímání kvality zdravotní péče?

Jsem přesvědčena, že na kvalitě života se z velké části podílejí emoce vyvolané během pobytu ve zdravotnických zařízeních, kde pacienti tráví hodně času a je na nás jim tento čas co nejvíce zpříjemnit. Velmi mě potěšila spokojenost s péčí až u 80 % pacientů. Zároveň ale 20 % nespokojenost mi přijde celkem vysoká-každý pátý pacient není spokojen s péčí. Zajímalo by mě, co za touto nespokojeností vězí. Dovedu si představit pacienty s pocity, že se jim sestra málo věnuje, podává nedostatečnou analgetizaci, požaduje v rámci rehabilitace až přílišnou aktivitu vzhledem ke zdravotnímu stavu. Uvádím tyhle příklady, jelikož s těmito záležitostmi jsem se na svých bývalých pracovištích setkávala opakovaně a věřím, že na většině ne-li všech lůžkových jsou běžné. Jako negativní svůj pobyt ve zdravotnickém zařízení hodnotí více než třetina pacientů. V otevřené otázce měli respondenti možnost se vyjádřit a skoro čtvrtina uvedla jako důvod nespokojenosti jídlo. Nedá se zcela vyloučit, že hodnocení jídla je negativní u každého čtvrtého pacienta kvůli dietním omezením, která onkologičtí pacienti mají. Dokážu si představit, že každému šetrící strava nemusí chuťově vyhovovat. Voltrová (2017) se zmiňuje o celostátním projektu každoročně prováděném organizací HealthCare Institut, který rovněž potvrzuje dlouhodobou nespokojenost týkající se nemocniční stravy. Grofová (2012) dokonce zmiňuje hladovějící pacienty, což je, obzvláště u onkologických pacientů, zcela nepřípustné. V tomto ohledu navrhuji pravidelné vyhodnocování.

Mezi další věci, které pacienti dodali bylo nezachování intimity. Zmínila jej skoro čtvrtina žen. Ke stejným výsledkům došla ve své práci i Krejčířová (2018). Zároveň dodává, že pacienti nejvíce negativně hodnotí hygienickou péči a vyprazdňování na lůžku ale i sběr citlivých osobních informací na pokoji mezi ostatními pacienty. Jsem si vědoma, že tyhle věci se bohužel nedají vždy ovlivnit a že zdravotnickými pracovníky jsou ve shonu oddělení často opomíjeni, jindy na ně zase třeba není prostor. Stud pramenící z přítomnosti někoho dalšího ale zvyšuje riziko zkreslené nebo neúplné anamnézy. Tak či tak by na ně měl být brán soustavně zřetel. Sestry si jsou těchto nedostatků v zachování intimity pacienta vědomy. Jako kritický shledávají fakt, že na pacienty nemívají dostatek času a řádné podmínky, které by jim to usnadňovaly. (Petrovicová, 2015) K čemuž by mohl pomoci větší počet zástěn na odděleních. Ideální by byla místnost vytvořena pro sběr informací, která by byla navržena tak, aby se v ní pacienti cítili komfortně, uvolněně. Většina oddělení bohužel na tyto místnosti nemá ani prostory ani finanční prostředky.

Z celkového počtu respondentů pět osob zmínilo špatné chování sester. Bohužel tyto negativní odpovědi nebyly respondenty dále rozvedeny. Komunikace s pacienty je klíčová a může mít veliký vliv jak na hodnocení kvality života, tak hodnocení kvalitu ošetrovatelské péče a následně hospitalizace. Zde bych ráda zmínila výrok předního českého odborníka na etiku – Jaroslava špačka. „(...)Uvědomme si, že pacient nedokáže zkontrolovat, jestli lékař postupuje správně. Nemá sebemenší šanci posoudit, jestli je konkrétní léčebný úkon nebo medikace lege artis. Je odkázán pouze na bezmeznou důvěru, s níž se obrací na člověka v bílém plášti. Proto je tento vztah naprosto specifický, jinde neopakovatelný(...)”. Troufám si říci, že stejný náhled lze aplikovat na vztah sestra-pacient. Neboť pacient (za předpokladu že se jedná o lajka) rovněž nedokáže posoudit, na kolik sestra během provádění jednotlivých výkonů dodržuje postupy a co je správně a co ne. Moc dobře ale ví, jak se sestra k němu chová a jak se díky tomuto chování cítí. Chování sester je ukazatel, podle kterého pak hodnotí kvalitu péče. Chování je to, čemu

rozumí a co hodnotí. Z tohoto příkladu je naprosto zřejmá důležitost komunikačních dovedností sester a atmosféry na pracovišti-oddělení, kterou vytvářejí. Je důležité personál co nejvíce vzdělávat v komunikačních dovednostech s pacienty a dále tyto dovednosti i rozšiřovat tak, aby byl schopen hovořit s jistotou o tématech, která nejsou příjemná nebo o kterých neumí nebo se snad bojí hovořit. Nesmí být ovšem ale opomenuta druhá strana mince a to je fyzická a psychická zátěž, se kterou se sestra dennodenně potýká. Tím spíš jedná-li se o práci na onkologickém oddělení, kde je trvalá blízkost smrti podporující uvědomování vlastní smrtelnosti, nepříliš optimistické vyhlídky, smutek, únava a deprese. (Vorlíček, - KOPS) Je tedy i více než na místě i pro personál těchto pracovišť systematicky zajistit podporu k prevenci fyzického a psychického vyčerpání sester.

Subjektivní vnímání kvality zdravotnické péče velmi významně ovlivňuje kvalitu života s onkologickým onemocněním páteře. Většina respondentů uvedla naprostou spokojenost, což může přispět k celkovému pohodlí a snížit stres během hospitalizace a návštěv zdravotnických zařízení. I Přes toto spíše pozitivní hodnocení byly nalezeny oblasti, kde se péče může ještě zlepšit, a to především v oblasti komunikace a individuálního přístupu. Další prostor k vylepšení pacienti vidí v oblasti stravování.

Výzkumná otázka č. 2: Jak pacienti hodnotí svou fyzickou pohodu?

Průměrná odpověď u této výzkumné otázky je 2,9, při hodnocení Likertovými škálami tedy můžeme říct, že pacienti hodnotí svou fyzickou pohodu jako dobrou.

Studie ale ukazuje, že většina pacientů trpí různými intenzitami bolestí. Zarážející pro mě byl fakt, že skoro třetina žen hodnotí své bolesti intenzitou 3 a skoro polovina intenzitou 4. Podobná čísla mohou být viděna i u opačného pohlaví. Vnímání bolesti o takto vysoké intenzitě může vést k omezení provádění běžných denních činností jako je třeba chůze, sezení, zvedání předmětů nebo dokonce oblékání, stravování atd. Ovšem nechci hodnotit úspěšnost analgetizace beze všech proměnných-jedna z velmi podstatných pro hodnocení efektivity analgetizace je hodnota VAS před zahájením analgetizace. Tím chci říct, že byt se mně zdají být hodnoty VAS pro běžný život vysoké, jsem si vědoma, že mohly být vyšší a pacienti i s těmito hodnotami mohou pociťovat značnou úlevu. V tomto případě by tedy šlo analgetizaci zhodnotit jako efektivní. (Sláma, 2022) To by určitě působilo pozitivně na kvalitu života.

Většina pacientů pociťuje různou míru omezení během provádění každodenních činností. Je důležité této problematice věnovat pozornost dříve, než povede k pocitu ztráty nezávislosti a autonomie. Je zde tedy důležitý komplexní přístup a nezastupitelná práce fyzioterapeuta.

Nejhorší průměrnou odpověď u obou pohlaví - 3,6 měla otázka dotazující se na únavu. Této otázce bych se dále ráda věnovala podrobněji. Ze zastoupeného vzorku uvedlo téměř 100 % pacientů, že se v různých časových intervalech setkává s únavou. Tato únava je jedním z nejhorších příznaků, se kterým se nemocní potýkají a má výrazný dopad na každodenní život pacientů. Suzuki (2017) provedl výzkum, ve kterém respondenti hodnotili svou únavu jako na škále VAS. Více než 60 % z nich uvedlo stupeň sedm nebo více. Kvůli vyčerpání pacienti nemají dostatek energie na své povinnosti a aktivní účast na životě, což může opět vést k úzkosti a výrazným psychickým dopadům. Je tedy především na včasné intervenci ošetřujícího personálu rozeznat příznaky únavy a pacienta edukovat o spánkové hygieně. Dále doporučuji podporu a motivaci k fyzické aktivitě a rehabilitaci. Tato péče se může uplatnit i u pacientů

omezených při provádění každodenních činností. dříve, než jejich omezení povedou k pocitu ztráty soběstačnosti a autonomie. Přičemž je nutno mít neustále na paměti především potřeby a možnosti nemocných.

Výzkumná otázka č. 3: Jak pacienti hodnotí svou psychickou pohodu?

I přes relativně pozitivní hodnocení fyzického aspektu života je důležité mít neustále na paměti, že jakákoli omezení snižující nezávislost pacientů mohou vést ke snížení jejich celkového pocitu pohody. Tudíž nenesou jen důsledky fyzické, ale negativně taky ovlivňují duševní zdraví a emocionální blaho pacientů. Jako příklad mohu uvést chronickou bolest, která typicky ústí v depresi. Ovšem úplně stejně to může být i naopak. Může se pak stát velmi nesnadným, ale přitom důležitým určit, co je příčina a co následek.

Zdeněk (2004) uvádí studii, podle které skoro polovině pacientů (47 %) jsou k onkologické diagnóze přiřazeny ještě diagnózy psychiatrické. Ve studii Německé skupiny pro studium mnohočetného myelomu byly příznaky deprese odhaleny u čtvrtiny zúčastněných pacientů. (Zdeněk, 2004) Jiné publikace uvádí počet pacientů s depresí taktéž 25-30 %, což popírají Raudenská s Javůrkovou (2011), které uvádí deprese u 40-50 % onkologických pacientů a až u 60 % diagnostikování psychiatrické poruchy. I naše šetření ukazuje, že více než 2/3 respondentů obou pohlaví alespoň občas trpí negativními pocity, někteří z nich dokonce často. Krom samotného onemocnění může být příčina v nedostatečné podpoře okolí, která může vést až k sociální izolaci. Tímto problémem trpí spíše ženy-v našem výzkumu čtvrtina. Další spouštěč psychických potíží může nespokojenost se sexuálním životem, kterou trpí skoro čtvrtina respondentů obou pohlaví. Onemocnění ohrožuje i sociální jistoty jedince, což může rovněž vyústit v deprese. Především hovořím o skoro třičtvrtě respondentů, které nemoc zasáhla osobně jako jednotlivce nebo i jejich rodiny. Myslím, že v tomhle případě se může negativní dopad na psychiku ještě umocnit výčitkami ze snížení rodinného rozpočtu a celkového zatížení rodiny, na což může navázat i strach z budoucnosti. Stejně důsledky na psychické zdraví a pocit nepohody mohou mít i vedlejší účinky léčby např. Nespokojenost s fyzickým vzhledem, nauzea a zvracení. Díky potížím se spánkem, které pociťuje až třetina dotázaných respondentů, mohou být všechny tyto potíže umocněny a hůře tolerovány.

Průměrná odpověď této oblasti je 2,57, což se dá hodnotit jako dobrý až chvalitebný. Je tedy naprosto zřejmé, že psychologická pomoc a podpora jsou pro onkologické pacienty klíčové a měly by být prioritou pro zdravotnický personál.

Výzkumná otázka č. 4: Jak pacienti hodnotí svou sociální pohodu?

Z našeho vzorku většina respondentů hodnotí svou sociální pohodu jako dobrou-průměrná odpověď otázek 2,8. Toto hodnocení je ale ovlivněno psychickou pohodou, neboť tyto dvě složky jsou spolu velmi úzce spjaté. Ráda bych zde opět vyzdvihla studii uváděnou profesorem Adamem (2019) o důležitosti sdílení domácnosti s osobou blízkou. Jelikož je onkologické onemocnění onemocnění celé rodiny (Adam, 2019), je na ošetřujícím personálu edukovat pacientovi blízké, jak důležitá je teď pro pacienta podpora-pomůže mu nést břemeno, ať se mu uleví. Výsledky dotazníku také poukazují, že pacienti vnímají určitá omezení týkající se zapojení do sociálních aktivit, udržování kontaktů s rodinou a přáteli. Tato omezení mohou vést k postižení sociálních vazeb. Vidím zde tedy prostor pro utužení, zlepšení a vznik nových sociálních interakcí, což rozhodně může vést ke zvýšení kvality života. Zdravotnický personál může být v tomto ohledu nápomocen zvýšením přístupnosti a dostupnosti aktivit a programů pro pacienty s onkologickým onemocněním páteře např. Organizovaná setkání, kurzy nebo podpůrné skupiny.

Závěr

Onkologická onemocnění páteře jak z hlediska diagnostiky a léčby, tak i z hlediska zachování kvality života pacientů trpících tímto onemocněním jsou výzvou pro zdravotníky po celém světě. Nelze zde opomenout ani samotné nemocné, kteří se dnes a denně potýkají s fyzickými a sociálními výzvami. Skrz velice komplexní povahu onkologické problematiky nemohu popřít, jak klíčový k zajištění optimálních výsledků léčby je multidisciplinární přístup zahrnující spolupráci onkologů, neurologů, ortopedů, nutričních specialistů, algeziologů, fyzioterapeutů, psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků.

Kvalita života je obecně velmi složité téma, který se pro svou subjektivnost velmi těžce hodnotí. Nicméně z dat výzkumu je patrné, že pacienti s onkologickým onemocněním páteře hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou. Stále je ale zde prostor ke zlepšení.

Pro praxi bych doporučila na všechna oddělení, kde může personál přijít do styku s onkologickými pacienty začlenit standardizované postupy - např. semináře vytvořeny sestrami z onkologických oddělení. Neboť pro udržení vysoké úrovně péče je potřeba nepřetržitého vzdělávání zdravotnického personálu, která by měla zahrnovat odbornou přípravu nejen v oblasti diagnostiky a léčby, ale především v oblasti komunikačních dovedností a empatie. Nesmí být ovšem ale opomíjena ani fyzická, psychická a sociální náročnost profese jako takové, tím spíše pak náročnost na odděleních pro onkologické pacienty. S tímto bodem je i úzce spjata prevence a včasné odhalení psychického a fyzického vyčerpání sester, které by mohlo vést až k syndromu vyhoření. Dalším mým doporučením je pravidelný screening výskytu příznaků a vedlejších účinků léčby díky kterým mohou být včasné odhaleny potíže. Následně mohou být lépe identifikovány jeho potřeby, kterým pak může být lépe přizpůsobena, individualizována péče. Jelikož je důležité neléčit jen samotnou nemoc, ale také poskytnout podporu a péči k překonání obtíží spojených s onkologickou diagnózou tak, aby mohli nemocní žít kvalitní a co nejlhodnotnější život, tak navrhuji do této individualizované péče zařadit poskytnutí psychosociální podpory prostřednictvím terapie, poradenství, skupinových setkání.

Hodnocení kvality života by mělo být prováděno pravidelně a individuálně. Provádět by je měla především zdravotnická zařízení, jichž se tato problematika přímo dotýká.

Seznam obrázku:

Obrázek 1: Stádia nádorové kachexie	21
Obrázek 2: Pohlaví respondentů	29
Obrázek 3: Věk respondentů	30
Obrázek 4: Délka léčby	31
Obrázek 5: Sociální zázemí	32
Obrázek 6: Vyhledání psychologické pomoci.....	33
Obrázek 7: Vyhodnocení efektivity	34
Obrázek 8: VAS.....	35
Obrázek 9: Hodnocení samostatnosti	36
Obrázek 10: Hodnocení kvality spánku	37
Obrázek 11: Únava	38
Obrázek 12: Spokojenost s fyzickým vzhledem	39
Obrázek 13: Četnost nevolností	40
Obrázek 14: Výskyt negativních emocí v posledním měsíci	41
Obrázek 15: Hodnocení samostatnosti	42
Obrázek 16: Hodnocení kvalita života	43
Obrázek 17: Podpora rodiny a blízkých.....	44
Obrázek 18: Hodnocení sexuálního života	45
Obrázek 19: Spokojenost s péčí.....	46
Obrázek 20: Srozumitelnost podávání informací.....	47
Obrázek 21: Well-being	48
Obrázek 22: Připomínky respondentů	49
Obrázek 23: Rozvázání pracovního poměru	50
Obrázek 24: Ovlivnění finanční situace	51
Obrázek 25: Změna postavení	52

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Průměrná odpověď na otázku č. 7	36
Tabulka 2: Průměrná odpověď na otázku č. 8	37
Tabulka 3: Průměrná odpověď na otázku č. 9	38
Tabulka 4: Průměrná odpověď na otázku č. 10	39
Tabulka 5: Průměrná odpověď na otázku č. 12	41
Tabulka 6: Průměrná odpověď na otázku č. 13	42
Tabulka 7: Průměrná odpověď na otázku č. 16	43
Tabulka 8: Průměrná odpověď na otázku č. 15	44
Tabulka 9: Průměrná odpověď na otázku č. 16	45
Tabulka 10: Průměrná odpověď na otázku č. 17	46
Tabulka 11: Průměrná odpověď na otázku č. 18	47
Tabulka 12: Průměrná odpověď na otázku č. 19	48

Seznam použité literatury

- 1) ADAM, Zdeněk a VORLÍČEK, Jiří. *Obecná onkologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3574-9.
- 2) ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; POUR, Luděk; KRÁL, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice et al. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.
- 3) ADAM, Zdeněk; KOPTÍKOVÁ, Jana a VORLÍČEK, Jiří. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- 4) ADAM, Zdeněk; KREJČÍ, Marta a VORLÍČEK, Jiří. *Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2502-4.
- 5) ADAM, Zdeněk; KREJČÍ, Marta a VORLÍČEK, Jiří. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
- 6) ADAM, Zdeněk. *Kostní nádorová choroba*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1357-8.
- 7) BÜCHLER, Tomáš. *Obecná onkologie*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2019]. ISBN 978-80-7345-617-7.
- 8) Česká myelomová skupina. *Mnohočetný myelom-léčba: ortopedická léčba*. [Online] Rok [3.12.2023] Dostupné: <https://www.myeloma.cz/index.php?pg=mnohocetny-myelom--lecba--ortopedicka-lecba>
- 9) GROFOVÁ, Kala Zuzana, 2012. Hladovění v nemocnici. *Interní medicína pro praxi*. 14(1), s. 38-39. ISSN 1212-7299.
- 10) GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
- 11) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- 12) HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 4., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-727-3.
- 13) HAVRÁNEK, Bohuslav, VÁCHA, Jaroslav (ed.). *Slovník spisovného jazyka českého*. Praha: Academia, 1971.
- 14) HERCOVÁ, Kamila. 2009. Onkologie: Mukozitida dutiny ústní při radioterapii v oblasti hlavy a krku. [Online] Rok [15.11.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/02/16.pdf>
- 15) HONZÁK, Radkin. 2012. Psychiatrie pro praxi: Deprese u onkologických pacientů. [Online] Rok [10.12.2023] Dostupné: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/11.pdf>
- 16) KAŇOVSKÝ, Petr a BÁRTKOVÁ, Andrea. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5611-9.
- 17) KISSOVÁ, Kamila. 2018. Onkologie: Anémie u onkologických pacientů-diagnostika a léčba. [Online] Rok [3.12.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2018/06/05.pdf>
- 18) KLENER, Pavel a KLENER, Pavel. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4171-0.
- 19) KREJČÍ, Martin. 2009. Časopis vnitřního lékařství: Transplantace krvetvorných buněk. [3.12.2023] Rok [20.11.2023] Dostupné: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2009/09/08.pdf>

- 20) KREJČÍŘOVÁ, Lenka. 2018. Intimita pacientů ve zdravotnickém zařízení. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.
- 21) LEJČKO, Jan. 2009. Praktické lékarenství: Přehled opioidních analgetik. [Online] Rok [15.11.2023] Dostupné: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2009/04/05.pdf>
- 22) LEJČKO, Jan. 2018. Onkologie: Současné možnosti léčby nádorové bolesti. [Online] Rok [3.12.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2019/05/08.pdf>
- 23) MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2008. ISBN 80-86633-65-9.
- 24) MEISNEROVÁ, Eva. 2017. Onkologie: Výživa a nádorové onemocnění. [Online] Rok [3.12.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/01/06.pdf>
- 25) NAVRÁTIL, Ondřej. 2021. Onkologie: Nádory páteřního kanálu. [Online] Rok [5.12.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2021/05/06.pdf>
- 26) PETROVICOVÁ, Eva. 2015. *Respekt autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti*. České Budějovice. 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetřovatelství a porodní asistence, Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
- 27) PETRUŽELKA, Luboš a VOTRUBA, Jiří. *Karcinom plic*. Druhé, rozšířené vydání. Farmakoterapie. Praha: Farmakon Press, spol. s r.o., [2019]. ISBN 978-80-906589-8-1.
- 28) POCHOP, Lukáš. 2012. Onkologie: Kostní nádorová bolest a možnosti její léčby. [Online] Rok [3.12.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2012/01/03.pdf>
- 29) POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 30) RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
- 31) RYSKA, Miroslav. 2011. Onkologie: Multidisciplinární přístup v radikální léčbě nemocných s jaterními metastázemi kolorektálního karcinomu z pohledu chirurga [Online] Rok [10.12.2023] Dostupné: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/06/09.pdf>
- 32) SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi. 3., zcela přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3710-7.
- 33) SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. Paliativní medicína pro praxi. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2022]. ISBN 978-80-7492-627-3.
- 34) SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena a SLÁMA, Ondřej (ed.). *Paliativní péče v onkologii*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.
- 35) SUZUKI, Kazuhito et al., 2018. Clinical significance of cancer-related fatigue in multiple myeloma patients [online]. International Journal of Hematology [cit. 2018.10.29]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12185-018-2516-1>
- 36) TOMÍŠKA, Miroslav. *Výživa onkologických pacientů*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4064-8.
- 37) VOLTROVÁ, Kateřina, 2017. Nejlepší nemocnice 2017: Jaké jsou silné a slabé stránky. Zdravotnické noviny. 66(50), 1-3. ISSN 18052355.
- 38) VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Sestra (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.
- 39) ŽÚBOR, Pavol, *Karcinom prsníka: Etiopatogenetické aspekty*, KD Osveta, 2014, ISBN: 978-80-8063-405-6.