

Katedra psychologie Filozofické fakulty

**Reakce a chování pacienta po sdělení závažné diagnózy:
individuální kvalita života pacienta s diagnózou
karcinomu hrtanu**

Diplomová práce

Autor: Ťupová Ingrid

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2012

Děkuji Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D., za metodické vedení, cenné připomínky a velkou ochotu, kterou mi věnoval při vypracování mé diplomové práce. Zároveň děkuji všem pacientům za vstřícnost při rozhovorech o jejich závažné nemoci a spolupráci při vyplňování dotazníku týkajícího se jejich kvality života.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Plzni 25. března 2012

.....

OBSAH:

(str.)

Úvod.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. Sdělování závažné diagnózy.....	8
1. 1 Nemoc jako zátěžová životní situace.....	8
1. 2 Faktory ovlivňující zvládnání nemoci.....	10
1. 3 Vyrovnávání se s těžkou a nevléčitelnou nemocí.....	12
1. 4 Sdělování diagnózy jako součást komplexní terapie.....	16
1. 5 Zásady sdělování diagnózy lékařem.....	19
1. 6 Reakce nemocného na sdělení diagnózy.....	21
2. Kvalita života.....	23
2. 1 Definice kvality života.....	23
2. 2 Vliv prostředí a zdraví na kvalitu života jedince.....	23
2. 3 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	24
2. 4 Kvalita života a naplnění smyslu.....	31
2. 5 Vliv životního stylu na kvalitu života.....	33
2. 6 Měření kvality života.....	34
3. Rakovina hrtanu, Carcinoma laryngis.....	37
3. 1 Nemoci hrtanu.....	37
3. 2 Onkologické členění nádoru hrtanu.....	38
3. 3 Kvalita života pacienta s diagnózou Ca hrtanu.....	43
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	45
4. Cíl a postup praktické části.....	46
5. Průběh výzkumu - sběr dat a aplikovaná metodika.....	47
5. 1 Standardizovaný rozhovor.....	47
5. 2 Pozorování.....	47
5. 3 Metoda SEIQoL.....	47
5. 4 Charakteristika zkoumaného souboru.....	48
6. Výsledky šetření.....	49
6. 1 Sledovaný č.1.....	49
6. 2 Sledovaný č.2.....	52

6. 3 Sledovaný č.3.....	55
6. 4 Sledovaný č.4.....	58
6. 5 Sledovaný č.5.....	61
7. Diskuze a závěr výzkumné části.....	64
8. Souhrn.....	66
Seznam použité literatury.....	68
Seznam příloh.....	70

Úvod s uvedením cílů

Významným faktorem pro účinné jednání s lidmi a pomocníkem při jejich posuzování jsou znalosti z psychologie osobnosti. V praxi se však většinou setkáváme s chováním, které má svérázné projevy vlivem daných vnitřních a nejrůznějších vnějších faktorů. Jestliže vědomě pomineme chorobně narušené projevy osob duševně nemocných nebo projevy jedinců s poruchou osobnosti, se kterými se v běžném životě občas setkáváme, zůstává široká oblast chování lišícího se více či méně od běžných, standardních projevů normální osobnosti, a to buď trvale, nebo v určitých náročných životních situacích. Takovou reakci označujeme jako anomální chování. U „normálních“ osob je zpravidla odchylka lišící se od chování méně výrazná a krátkodobá. Tyto projevy proto nelze považovat za abnormální neboli patologické.

Uvedené pojetí anomálního chování vychází z předpokladu kontinuity mezi psychicky normální osobností a osobností s duševní poruchou. Je to všeobecně uznávaný předpoklad, který je podložen dosavadními teoretickými poznatky vycházejícími z kvantitativních či kvalitativních výzkumů. Existují však také směry, které se snaží nalézt přesnou hranici mezi psychickou normou a poruchou, a popírají jejich plynulý přechod.

Reakce pacientů na sdělení závažné diagnózy jsou mnohdy zvláštní, bouřlivé či na první pohled neadekvátní. Nabízí se tudíž otázka, zda se jedná o anomální osobnost nebo anomální situaci.

V diplomové práci bych se ráda zabývala projevy, které jsou ovlivněny právě situačními vlivy, především zátěžovými nebo stresovými situacemi. To znamená takovými podněty, vlivy nebo působením, jímž je organismus vychylován z rovnovážného zdravého, normálního stavu. Jednou z náročných životních situací, která mění naše postoje k životu a ovlivňuje naši osobnost, je např. závažné onemocnění a sdělení její diagnózy. Odpovědí organismu na psychickou zátěž je poplachová reakce, která je vlastně prvním článkem složitého mechanismu adaptace.

Cílem diplomové práce bude popsat reakce různých typů pacientů na způsob a podmínky sdělování závažné diagnózy v nemocničním prostředí. Dalším

cílem bude zmapovat subjektivně vnímanou změnu kvality života se závažnou nemocí. Posuzovaný vzorek budou tvořit pacienti ORL kliniky FN v Plzni, u kterých byl diagnostikován karcinom hrtanu. Ke sběru dat využijeme studium zdravotní dokumentace, pozorování reakcí a chování pacienta, dotazník vlastní konstrukce a metodu SEIQoL, která rozhovorem s pacientem zjišťuje nejdůležitější aspekty individuální kvality života jedince.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Sdělování závažné diagnózy

1. 1 Nemoc jako zátěžová životní situace

Na nemoc je mnoho medicínských a psychologických názorů, všechny se však shodují, že onemocnění znamená vždy pro organismus a psychiku člověka vznik zátěžové situace. Z psychologického a mentálně hygienického hlediska lze jakoukoli závažnější nemoc pokládat za zátěžovou situaci, kterou nemocný psychicky zvládá se značnými obtížemi nebo se pod její tíhou hroutí. Naopak zdravotník k nemocnému a jeho nemoci zaujímá profesionální postoj. Velmi těžko si člověk, který situaci osobně neprožil, dokáže představit vše, co nemocný může ztratit – jméno, postavení, životní jistotu, soukromí, práci, vlastní volnost a aktivitu (Svatošová, 1999).

Nemoc je porucha zdraví, která doprovází nemocného člověka. Při pozorování nemocných vycházíme ze skutečnosti, že nemocí dochází u člověka k narušení vžitého životního stereotypu a k ohrožení základních životních hodnot. Nemoc má pro člověka většinou negativní význam. Lidská nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální. Tyto tři složky určují průběh nemoci, stupeň zátěže a způsob léčby (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Autoři Vokurka a Hugo nemoc definují jako: *„stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů vedoucím ke vzniku příznaků nemoci a dalším důsledkům“* (Vokurka, Hugo, 1998, s. 301-302).

Autorky Zacharová, Hermanová, Šrámková uvádějí ve své knize několik definicí nemoci:

„Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví“ (Křivohlavý, 2002, s. 15).

„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních a vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu“ (Praktický slovník medicíny, 1994, s. 229).

„Nemoc (illness) je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdráva. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě“ (Staňková, 1997, s. 4).

„Nemoc je porucha schopností individua plnit očekávané úkoly“ (Bártlová, 1996, s. 19).

Nemoc jako zátěž lze tedy charakterizovat jako odchylku od normální sociální role, což přináší řadu potíží. Odpověď nemocného se odvíjí od typu a závažnosti onemocnění, nemoc nelze oddělit od pacienta a jeho vnitřních prožitků. Navenek se projevuje ve formě bolesti, která má různou intenzitu a ovlivňuje naše bytí. Každý z nás se s onkologickou bolestí vyrovnává jiným způsobem, ale užívání léků v tomto boji je nevyhnutelné. Většinou tato léková léčba slouží pouze k potlačení bolesti, ne k řešení problémů. Avšak existence pacienta bez bolesti pozitivně působí na jeho kvalitu života (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 16-17).

Křivohlavý přesněji vymezuje kognitivní schéma nemoci takto: „identifikaci – přesné určení nemoci, důsledky této nemoci pro člověka touto nemocí postiženého a pro skupinu lidí s ním úzce spojených, představy o příčinách nemoci – co asi tuto nemoc způsobilo, proč k této nemoci u pacienta došlo, dobu trvání nemoci – pobyt v nemocnici, jak tato nemoc omezuje životaschopnost, pracovní schopnost, perspektivu, možnost léčení dané nemoci – zda stačí klasická forma léčení, aby nemoc odstranila, nebo je třeba obrátit se na jiné alternativní zdroje léčení“ (Křivohlavý 2002, s. 26).

Vašina (1999) objasňuje potřebu rozlišení pojmu onemocnění v psychologii i medicíně: „*Choroba je založena v objektivním slova smyslu na diagnóze (disease) a nemoci v subjektivním slova smyslu jako prožitku (illness).*“

Pojetí nemoci podle Vašiny srovnáním anglosaské a české terminologie:

disease = choroba

illness = nemoc

sickness = nemoc v podtextu sociálního prožívání

disorder = porucha

injury = úraz, poranění

handicap = znevýhodnění, postižení, vada

disability = tělesná nebo duševní nezpůsobilost

impairment = vyjadření poškození, ztráty nebo abnormality v kontextu psychickém, fyzickém, anatomickém

(Kebza, 2005, s. 28).

Závažná onemocnění, do kterých řadíme všechny onkologické diagnózy, mají pro člověka jednoznačně negativní význam, protože dochází k narušení

vžitého životního stereotypu a k ohrožení základních hodnot. Je ovlivněno několika faktory – druhem a vážností onemocnění, premorbidní osobností, stupněm citlivosti, citovou reaktivitou, povahovými vlastnostmi, věkem, lékařskými vědomostmi, postojem příbuzných a sociálním postavením člověka ve společnosti (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Jobánková napsala: „*Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochybně náročnou, nebo jinak řečeno, svízelnou životní situací. Takovou situací může být např. chronické onemocnění, které nemocného omezuje v jeho aktivitách, případně ho ohrožuje nepříznivou prognózou, stejně jako taková onemocnění, která postihují intimní části těla, dále onemocnění, která jsou dosud považována za „nevléčitelná“; chirurgické výkony, které představují zásadní zásah do organismu (amputace končetiny...), zdravotní postižení, v jejichž důsledku dochází k významným omezením hybnosti (vozíčkáři), ztráty některého smyslu (slepoty)*“ (Jobánková, 1992, s. 53).

1. 2 Faktory ovlivňující zvládání nemoci

Podle názoru Obereignerů existuje řada pohledů na nemoc a zdraví a jejich zvládání, protože vyvstává mnoho otázek: „proč jsme nemocní, proč intenzita nemoci je individuální, proč neonemocní každý, proč ji každý zvládá jinak?“.

Lékařsky pohlížíme na nemoc z hlediska biologického, chemického a fyzikálního selhávání organismu. Naopak v psychologickém kontextu zvládání nemoci se setkáváme se dvěma termíny – odolnost (hardiness) a nezdolnost (resilence). Tyto dvě formy zvládání úzce souvisí s našimi příznivými i nepříznivými životními zkušenostmi a vlastními fyzickými hranicemi. Organismus je celkově poškozen (operační zákrok) a na základě fyzické a psychické regenerace dochází k postupnému obnovování všech funkcí a činností našeho těla. Návrat ke zdraví závisí na osobnostní charakteristice, hlavně na sebedůvěře a sebehodnocení. Obereignerů publikuje ve své knize, že pacient zvládá těžkosti tím, že si sám „překládá“ svůj zdravotní stav (autoplastický obraz nemoci) a tím ve vývoji názorů na svou fyzickou stránku „interaguje“ sám se sebou. Zároveň ve své knize poukazuje na dělení jedinců v boji s nemocí u druhých kolegů.

Křivohlavý (1999) naopak člení jednotlivce ve zvládání životních těžkostí pomocí tří typů osobnostní nezdolnosti – osobní soudržnosti, odolnosti a houževnatosti.

Rozdělení jedinců podle osobnostní nezdolnosti:

1. Je vázán na smysluplnost, srozumitelnost a zvládnutí okolností.
2. Vnímá problémy jako výzvy, řídí boj s nemocí, využívá při řešení těžkostí různé možnosti a staví se k nim čelem.

Clark a Clarková (2000) vyčleňují oblasti, které činí člověka resilientním a mají významnou roli při zvládání nemoci.

Rozdělení faktorů nezdolnosti:

1. Konstituční dispozice jedince k okolí – sociabilita, schopnost řešit problémy, neúspěch a mít své cíle.
2. Přítomnost podpůrné emoční sítě – vztahy s blízkými osobami.
3. Sociální prostředí – podpůrný přístup k výsledkům, motivace pacienta při léčbě.
4. Schopnost účelně plánovat – aktivní přístup a pohled pacienta na vlastní onemocnění.

(Obereignerů, 2011).

Vašina upozorňuje na to, že: *„Ve stavech přetíženosti se emoční charakteristiky stále více prosazují na úkor kognitivních. Narůstá emoční tenze. Navenek jsou tyto stavy verbalizované člověkem jako: vše je beznadějně až k zbláznění, děsím se zítřka, přivádí mě to k šílenství, vše se mnou točí, hlava mně může ulítnout a nic nemohu dělat“* (Vašina, 1999, s. 64).

Jedná se o projevy jedince, které jsou zaměřeny především na situační vlivy. Existence člověka je neustále ve vzájemném působení s okolím. Následkem různých životních situací se periodicky porušuje jeho dynamická rovnováha, protože každá nová okolnost klade na organismus větší nebo menší potřeby či nároky. Mobilizací psychických sil – emocí, intelektu, motivace, dochází k ovládnutí situace a obnovení dynamické rovnováhy.

Zacharová, Hermanová a Šrámková generalizují, že: *„život je v podstatě stálá adaptace na měnící se podmínky, trvajících od narození až do smrti. Adaptace je pojem velmi široký, vyjadřující vyrovnávání, obnovování rovnováhy jedince a prostředí. Tento proces se může týkat jak obnovování fyzické rovnováhy*

organismu, tak obnovování mezi osobností a prostředím, ale i vnitřní rovnováhy organismu a osobnosti. Může mít podobu adaptace pasivní (akomodace – přizpůsobování se), nebo podobu adaptace aktivní (asimilace – přizpůsobování si) proces uspokojování potřeb bývá spojen s překážkami, problémy a potížemi. Jejich překonávání k životu patří, tvoří přirozenou součást života“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 53).

1. 3 Vyrovnávání se s těžkou a nevléčitelnou nemocí

U vitálně ohroženého nemocného se smrt stává neodkladným a velmi složitým problémem. Nemocný bude zachráněn, ale následky budou těžké a poškození trvalé nebo léčba pouze oddálí konec jeho života.

Paulík poukazuje na tři fáze stresové reakce podle Selye:

1. *poplachová reakce – šok, zmatek, útlum, pak mobilizace*
2. *rezistence – relativní zklidnění, rozvoj specifických obranných aktivit*
3. *vyčerpání – trvalé vypětí, pohotovost, negativní důsledky*

(Paulík, 2010, s. 66).

Bouchal uvádí řadu různých reakcí, kterými lidé reagují na závažnou diagnózu či blížící se smrt:

1. *smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného)*
2. *pasivní rezignace (netečnost a nezájem)*
3. *únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo*
4. *únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti*
5. *pozitivní kompenzace - snaha o dokončení rozdělaného díla*
6. *negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům atd.*

(Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 30).

Mezi nejznámější dělení patří tzv. „5 fází smířování se ztrátou“ podle Elisabeth Kübler-Rossové:

1. *negace – šok, popírání*

Jedná se o okamžik, kdy se pacient dozvídá o svém závažném onemocnění. Tento stav má dva opačné póly, na jedné straně dochází k ustrnutí a na druhé straně ke zděšení. Šok a popírání se vzájemně střídají a prolínají a

z psychologického pohledu dochází u nemocného k mentálnímu odpoutávání od skutečnosti. Jedná se o relativně krátké období.

2. agrese – hněv, vzpoura

Pacient si začíná uvědomovat skutečnost. Vzhledem k závažně změněnému zdravotnímu stavu dochází k výrazným, emocionálně negativním projevům. Dostaví se obava, strach, zármutek, žal a bezmocnost.

3. smlouvání – vyjednávání

Snaha změnit skutečnost, vyjednáváním zvrátit negativní vývoj závažné nemoci.

4. deprese – smutek

Pochopení nemožnosti změnit stávající stav. Smutek, že situace je neměnná.

5. akceptace – smíření, souhlas

Smíření se s danou situací bez výraznějších emocí.

(Křivohlavý, 2002, s. 107).

Kübler-Rossová jednotlivé fáze blíže popisuje v knize „Hovory s umírajícími“. V první fázi dochází k zavírání očí před skutečností a osamění. Lidé většinou reagují na nález zhoubného onemocnění takto: „Já? To není možné, pro mě to neplatí.“ Pacienti se pokoušejí nemoc od sebe zapudit, a to nejen v prvním okamžiku, ale i později a opakovaně. Nemocný tápe a není schopen si uvědomit skutečnost nebo se k ní nechce znát. „Pštosí politikou“ lze tedy nazvat reakci pacienta, který je příliš brzy informován někým, kdo nepoznal dobře jeho psychiku a chce to „mít rychle za sebou.“ V úvodní fázi dominuje nebrat nemoc na vědomí, až poté následuje akceptování choroby. Některé případy, podle mínění autorky, je lepší držet v nevědomosti až do smrti, tzv. milosrdná lež.

Ve druhé fázi se projevuje zloba, nevraživost, závist. Pacient si klade otázku: „ Proč právě já? Čí je to vina?“ Nemocný je v tomto období popudlivý a rodina i zdravotnický personál to mají při spolupráci velmi těžké. Nemocný reaguje, jako by mu bylo těžce ubližováno, hašteří se s Bohem. Zloba pramení z vytržení člověka z normálního života, nemocný podstupuje mnoha vyšetřením a musí respektovat nová pravidla a pokyny v novém prostředí. Ze strany okolí je třeba oprávněný i neoprávněný hněv pacienta tolerovat.

Ve třetí fázi se pokouší nemocný oddálit příchod nevyhnutelného, vyjednává s Bohem o prodloužení života, touží po zmírnění obtíží a bolestí. Hledá

záračné léky a je ochoten zaplatit cokoliv. Smlouvá a slibuje. Za dodržování léčebného režimu čeká odměnu ve formě uzdravení.

V této čtvrté fázi se nemocný již nedokáže klamat a má jasno o povaze jeho nemoci. Smutek a zoufalství z hrozící prohry nad nemocí ho vrhá do deprese. Vyrovnává se s velkou psychickou i fyzickou bolestí, myslí na svůj konečný odchod z tohoto světa kamsi do neznáma.

V poslední páté fázi boj skončil a nastává čas loučení. Nemocný svůj osud přijímá vyrovnaně a s pokorou, je unavený a většinou velmi slabý, hledí vstříc svému konci. Tato fáze znamená do jisté míry rezignaci, ale souhlas nesmí být chápán jako šťastný stav. Nemocný ukončil svůj boj, opustila ho zloba vůči všemu a všem. Stále dodržujeme zásadu nemocnému psychicky pomáhat a co nejvíce mu závěr života ulehčit.

Všechny tyto uvedené fáze mají obranný smysl. V psychologii je nazýváme jako obranné mechanismy, které slouží k posílení organismu v extrémně těžkých situacích. Různě se časově opakují, navzájem se prolínají a mohou působit souběžně i odděleně. V každé etapě smířování je bezmála vždy zastoupena naděje. Je to možnost (šance) člověka v neřešitelné situaci začít věřit v pozitivní výsledek.

Psychické chování nemocných v konečném stádiu uceleně demonstruje ve své knize Kübler-Rossová na několika konkrétních kazuistikách. Nemocný má krátce před smrtí určité přání a starosti. Úsilím zdravotníka je umět naslouchat, snažit se splnit tyto potřeby a projevit připravenost převzít na sebe jeho starosti a úzkosti. Při rozhovoru by z našeho chování měl vyzařovat klid, vyrovnanost a respektování požadavků pacienta. Hovoříme spolu otevřeně, bez výhrad a slovu rakovina a smrt se nevyhýbáme. *„Vždy znovu se setkáváme s tím, že už jediné sezení může pacienta osvobodit od nesnesitelného břemene. Vždy znovu se však díváme, když okolí v nemocnici a členové rodiny nechápou potřeby nemocného, ačkoliv by k vyjasnění mohla stačit jedna otevřená otázka“* (Kübler-Rossová, 1992, s.127-128).

Šok je bezprostřední reakcí při zjištění život ohrožující nemoci. U člověka se může projevat tak, že je zmatený, nechápe co se s ním děje, není schopen přijímat ani třídit informace. Jedná se o prudkou reakci, která rychle odeznívá a přechází do stádia popírání. Přestože jsou fáze popření seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí být vždy jejich sled zachován. Často se setkáváme, že se

některé fáze vracejí, různě se prolínají a střídají, některé mohou třeba zase úplně chybět.

Mezi hlavní důsledky každé těžké nemoci lze zařadit: ztrátu smyslu života, ztrátu pozitivního vnímání sebe sama, pocit osamocení v nadcházejícím období, pocit životní hořkosti, bezmocnosti a beznaděje. Tragicky smutné bývá umírání člověka, kterého už jeho okolí odepsalo, nikdo se s ním nebaví, nikdo ho nebere vážně a nakonec je poslán do nemocnice – umřít. „Zrání je lidská cesta životem a smrt je poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti“ (Kübler-Rossová, 1992).

I umírající člověk zůstává do konce svého života lidskou bytostí. Prvořadým úkolem zdravotníků a jeho blízkých je zajištění kvalitní péče a důstojného umírání. Empatie a pochopení potřeb a přání nemocného je velmi náročný úkol. Zdraví člověk se musí snažit porozumět smyslu lidské existence v konečné fázi. Stejně tak jako člověk je jedinečný, tak i smrt je jedinečná, každý z nás ji prožije podobně, ale nikdy ne stejně. Umírající člověk se „neznámé“ situace bojí. „Čím více se blíží konec života, tím více je stresován verdiktem smrti a každý další stres, ať už psychosomatický či sociální, jeho stav zhoršuje. Kdo nás učí umírat, učí nás i žít.“ Proces umírání rozděluje Misconiová na tři období:

1) *před umíráním = pre finem*

2) *umírání = in finem,*

3) *po smrti = post finem*

(Misconiová, 1996).

Shontz (1975) dělí řešení problému pacienta s nemocí do čtyř etap:

1) *šok*

2) *usebrání*

3) *stažení se ze hry*

4) *tvorba programu k řešení krize*

Moos a Schaefer (1984) diferencují konflikt pacienta s nemocí v následujícím průběhu:

1) *kognitivní zhodnocení situace*

2) *proces adaptace*

3) *dovednosti zvládnání těžkostí*

(Křivohlavý, 2002, s. 36-38).

1. 4 Sdělování diagnózy jako součást komplexní terapie

Diagnóza přesně vymezuje typ nemoci podle Klasifikace nemocí MKN 10. Je stanovena na základě nejrůznějších vyšetřovacích metod. Podle druhu onemocnění a sdělení diagnózy lze tedy plánovat postup ošetřování a léčení pacienta.

Psycholog Obereignerů popisuje ve své knize konkrétní zkušenosti se sdělováním diagnóz. Každé podávání negativních zpráv má svá pravidla. Nikdo není nikdy na přijetí závažné diagnózy dostatečně připraven. Správná komunikace mezi lékařem a pacientem je částečným, avšak podstatným úspěchem celého léčebného procesu. Při setkání s pacientem je snahou lékaře determinovat diagnostické cíle, objasnit příčinu a vznik jeho obtíží a usilovat o rychlou úlevu od bolestí. Onkologické diagnózy vyžadují individuální, komplexní ošetření a léčebnou péči. Pacient se vždy stává součástí nemocničního prostředí. Novým partnerem pro řešení jeho současných, negativních problémů se stává zdravotnický personál v čele s ošetřující lékařem.

Nedílnými součástmi účinné terapie je proto: adekvátní výměna informací, účinná komunikace, kvalitní vztah mezi lékařem a pacientem a spoluúčast pacienta na rozhodnutích (Obereignerů, 2011).

Výměna informací

Výsledkem předávání informací o onemocnění je stanovení diagnózy. Diagnóza znamená rozpoznávání nemoci a její správné pojmenování. Diagnóza tvoří tzv. objektivní stránku nemoci, tělesné a psychické pocity pacienta tvoří subjektivní stránku nemoci. Diagnózu tvoří řada symptomů a syndromů podle klasifikačního rámce a její stanovení má náležitý význam, který upřesňuje Baštecká (2001):

- 1) *když má smysl, aby byl člověk léčen*
 - 2) *když umožňuje lepší pochopení druhého a lepší dorozumění a zacházení s ním*
 - 3) *když si udrží v životě pacienta přiměřené místo*
- (Obereignerů, 2011, s. 65).

Komunikace jako součást účinné terapie

Sdělováním se utvářejí základní mezilidské vztahy. Správná komunikace je nedílnou součástí při léčbě a péči o všechny pacienty. Podle typu onemocnění může být komunikace značně ztížená. Při dorozumívání s nemocným je nutné vědět, zda jsou příčiny neschopnosti mluvit psychické nebo fyzické.

Základní rozdělení komunikace je na verbální – řeč myslí, mluvené slovo a neverbální – řeč těla, mimika, gestikulace, vnitřní fyziologické změny a vnější tělesná pohybová aktivita. Mluvené slovo si většinou uvědomujeme a ovlivňujeme ho. Při některých onemocněních však dochází k poruchám verbální / slovní komunikace. Používat neverbální / mimoslovní komunikaci se musí naučit např. pacienti, u kterých došlo k poškození mozkového centra řeči či sluchu nebo trvalé ztrátě hlasu po chirurgickém odstranění hrtanu. Výměna informací je nezbytná pro člověka, jako jedince, pro utváření sociálních vztahů ve společnosti.

Budoucnost a kvalita života závisí na pochopení i nevyslovených přání a potřeb nemocného. Komunikací nemocný vyjadřuje vše, co je pro něho životně důležité – pocity, požadavky a problémy (Bastlová, 1993).

Hlavní funkcí komunikace podle autora Obereignerů je výměna informací prostřednictvím jazyka. Do oblasti komunikace s pacientem zahrnujeme též psychologické mechanismy poznání. Pod pojem komunikace možno shrnout efektivní sebevyjadřování, transfer od jedné osoby ke druhé, výměnu, předávání a sdílení informací (Obereignerů, 2011).

Vztah mezi lékařem a pacientem

Mezi lékařem a pacientem se vytváří z jedné strany profesionální a z druhé strany laický vztah. Dvě role, dvě strany téže mince popisuje Obereignerů v následující tabulce:

Pacient vnímá nemoc závažněji než lékař.	Lékař je o nemoci odborně informován.
Nemoc je doprovázena strachem.	Práce s danou nemocí je pro lékaře rutinou.

Pacient může klást zdánlivě iracionální otázky (např. „Proč se to stalo právě mě?“).	Vcítění se do pacienta pomáhá porozumět jeho chování.
Pacient při léčbě přichází o část vlastní autonomie.	Podřízení se léčebnému režimu chápe lékař jako předpoklad úspěšné léčby.

(Obereignerů, 2011, s. 38).

Vokurka a Hugo podotýkají ve své publikaci, že: *„stanovení přesné diagnózy je předpokladem správné léčby. Vychází ze základních příznaků nemoci a posouzení okolností, které by s nimi mohly být v příčinném vztahu. Diagnostika je proces stanovení diagnózy vyšetřením pacienta“* (Vokurka, Hugo, 1998, s. 83).

Haškovcová v oblasti požadavku informovanosti shledává dvě základní strategie: *„každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví, každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním vztahu, nicméně přání každého ne být takto informován je nutno respektovat“* (Haškovcová, 2007, s. 23).

K závažným diagnózám patří infaustní a komplikovaně léčitelná onemocnění, protože význačným způsobem zasahují do celého života jedince. Proto pravidla pro sdělování nepříznivých zpráv onkologicky nemocným mají určité obecné zásady. Nejdůležitějším cílem lékaře je objasnit příčinu a vznik pacientových potíží a dosažení co největší úlevy od bolesti. Pacient musí své nemoci porozumět, podílet se na rozhodnutích o způsobu léčby, spolupracovat a dodržovat léčebný režim. Pro komplexnější onkologickou léčbu je nutná vždy hospitalizace. Člověk je vytržen z dosavadního sociálního prostředí a dochází k psychickým změnám. Obvykle je pacient ve značném stresu, je rozrušený, nervózní a sebeobviňující se. Úspěch spočívá v kvalitním vztahu lékaře a pacienta a adekvátní výměně informací mezi nimi (Obereignerů, 2011).

Znát svoji diagnózu je prvořadým cílem pacienta. Nekonečné čekání na sdělení věcné informace o daném onemocnění zhoršuje psychiku pacienta a stupňuje jeho obavy z nejhoršího. Způsob sdělení diagnózy musí být vždy přiměřený intelektu jedince. Nevhodný výběr slov i prostředí, ve kterém je rozhovor veden, může značně zhoršit celkový stav nemocného. Lékař nemůže těžce nemocnému účinně pomoci, pokud nezná přesnou diagnózu a prognostický vývoj onemocnění, jeho potřeby a situaci v ostatních oblastech (Křivohlavý, 2002).

Záměrem je tedy jasně formulovat diagnózu a konečné stádium onemocnění, např. úplné uzdravení, snášení a zmírnění útrap nevyléčitelného onemocnění, důstojné a klidné umírání (Svatošová, 1999).

Podle aktuálního psychického stavu nemocného může lékař vědomě poskytnout pouze částečné informace, tzv. milosrdná lež. Všechny další skutečnosti související s jeho zdravotním stavem postupně doplňuje. Správná volba slov i upřesnění diagnózy má svůj čas. Právo pacienta je však dozvědět se celou pravdu a všechny skutečnosti související s jeho zdravotním stavem. Z lékařského hlediska je to povinnost, kterou lékaři ukládá zákon. Nikdy by nemělo dojít ze strany lékaře ke stereotypnímu sdělování diagnózy, protože přestane být senzitivní k individuálním potřebám pacienta (Obereignerů, 2011).

1. 5 Zásady sdělování diagnózy lékařem

Diagnózu sděluje pouze lékař nejlépe za přítomnosti třetí osoby (se souhlasem nemocného), v prostoru k tomu přímo určeném. Je nepřijatelné, aby diagnózu oznamovala pouze sestra, jiný zdravotnický pracovník nebo psycholog. Ostatní osoby (rodina, studenti) jsou přítomni pouze se souhlasem pacienta. Lékař se na závažné sdělení předem připraví, musí hlavně znát, co pacient ví a co chce vědět. Podané informace jsou objektivní, stanoví plán terapie a dalšího sledování. Objasní důležitost a způsob spolupráce nemocného při léčbě. Zdůrazní možnosti léčení, ale neslibuje vyléčení! Respektuje osobnost jedince, empaticky reaguje na jeho dotazy a emoce (Obereignerů, 2011).

Vymětal tzv. psychologickou první pomoc vymezuje jako: *„jednorázový zásah, uskutečňovaný převážně prostřednictvím rozhovoru mezi lékařem a potřebným člověkem, který se nalézá v náročné životní situaci, je psychicky destabilizován či k této destabilizaci nemá daleko“* (Vymětal, 2003, s. 289).

Jednou z možných variant „Zásad pro sdělování diagnózy“ uvádí Obereignerů volně podle Vorlíčka a kol. (2001):

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání. Každému svéprávnému občanovi musí být sdělena informace o diagnóze a prognóze stávajícího onemocnění. K rozhovoru je možné přivolat klinického psychologa. Obsah dialogu musí odpovídat věku, znalostem a zkušenostem postiženého jedince.

2. *Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor. Spolupráce s psychologem a podpůrná psychoterapie se orientuje na adaptaci pacienta v závažné životní situaci, na vyrovnání se se závažnou diagnózou.*
3. *Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat. Závažná diagnóza ovlivní jedince ve všech sférách – psychické, sociální a finanční, proto sám určuje komu, kde a co sdělit.*
4. *S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby. Každá onkologická léčba má své žádoucí i nežádoucí účinky.*
5. *Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.*
6. *Odpovídej na otázky, obavy a sdílné pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.*
7. *Informace o prognóze z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu. Medicína již dokáže vymezit rizika, průběh a vývoj konkrétního onemocnění. Nemá smysl, abychom podali nemocnému neadekvátní informaci, protože tím ztratíme jeho důvěru v další spolupráci.*
8. *Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem. Praktický lékař i sestra se stávají rovnocennými partnery a informace musí být jednotné.*
9. *Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou. Poskytneme nemocnému jistotu a bezpečí v těžkých chvílích jeho života.*
10. *Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.*

Vžitě zásady sdělování patří ke znakům vysoké profesionality lékaře, ale vždy je nutné brát na zřetel i kompetence každého odborníka (Obereignerů 2011, s. 68-70).

1. 6 Reakce nemocného na sdělení diagnózy

Velmi často se tímto oznámením nemocný dostává do stresu a chová se rozrušeně, nervózně, obviňuje sám sebe nebo je neústupný. Svatošová zastává názor, že každá reakce nemocného je ovlivňována okolím a na novou situaci má právo nemocný reagovat různě: *„agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na takové pacientovy projevy negativně, to jeho agresivitu dále stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nemocnému obrovskou oporou a pomocí“* (Svatošová, 1999, s. 21).

Všichni lidé neustále reagují na děje ve svém okolí a ani nemoc není výjimkou. Reakce jedince lze rozdělit do dvou hlavních kategorií. Jestliže pacient akceptuje nemoc a vyrovná se s touto skutečností, jedná se o adaptivní reakci. Maladaptivní reakce vznikne v případě, kdy se s touto skutečností nemocný neumí vyrovnat a následuje agrese a únik.

Zacharová, Hermanová a Šrámková uvádějí, že: *„každé onemocnění působí na člověka nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy a případně i některé rysy osobnosti“* (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 29).

Při sdělování závažné diagnózy dochází téměř vždy k projevům nepřiměřeného chování jedince. Své výklady vždy přizpůsobíme znalostem a inteligenci nemocného, obsah musí být jasný, konkrétní a srozumitelný pro naslouchající osobu. Zdravotník mnohdy při nejasném sdělení paradoxně vyvolá u nemocného pocit, že něco tají nebo přesně neví. Tento projev vzbuzuje značnou nejistotu a nedůvěru u pacienta, což následně velice zhoršuje další, tak důležitou spolupráci při léčení. U nemocného se dostaví změny v prožívání, např. náladovost, mrzutost, plačtivost, neklid, porucha spánku.

Psycholožka Jobánková projevy chování nemocného na sdělení závažného nálezu dělí na následující kategorie:

1. *Klid skutečný*
2. *Klid zdánlivý*
3. *Zřetelné obavy a strach, deprese*
4. *Panika*

5. Sebevražedné tendence nebo pokus o sebevraždu

(Jobánková, 1978, s. 140).

Vedle profesionální schopnosti musíme nemocnému projevovat pocit porozumění a opory a pečovat o jeho emocionální stav. „Když v životě zápasíme s těžkostmi, které nedokážeme zvládnout, klademe si čtyři základní otázky: V čem je problém? Kdo mi může pomoci? V čem bude pomoc spočívat? V jaké výsledky mohu doufat?“ Největší hrůzu v nás vzbuzuje situace, kdy nevíme, co dělat dál a co bude dál (Crabb, Allender, 2002, s. 12).

2. Kvalita života

2. 1 Definice kvality života

Definovat kvalitu života je velmi problematické. Jedná se o složitý a velmi široký pojem, který charakterizuje multidimenzionalita a komplexnost. Má dva základní rozměry: subjektivní a objektivní. Jako celek obsahuje několik subsystémů, ke kterým řadíme především osobnost jedince, pojetí zdraví, nepřítomnost nemoci, pochopení lidské existence, smysluplnosti života, ekonomickou situaci i prostředí. Zjednodušeně lze vymežit kvalitu života podle Maslowovy teorie uspokojování základních a vyšších životních potřeb. Obecně se kvalitou života chápe hodnocení pocitů člověka při vnímání svého života (Křivohlavý, 2002).

Světová zdravotnická organizace uvádí definici vytvořenou odborníky z celého světa. *„Kvalita života je definována tím, jak jedinci vnímají své životní pozice v kulturním kontextu a hodnotovém systému, v němž žijí a dále vztahem ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům. Je to široký koncept komplexně ovlivnitelný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, mírou nezávislosti (soběstačnosti), sociálními vztahy, osobními přesvědčeními a jejich vztahem k hlavním charakteristikám prostředí.“*

U nemocného člověka posuzujeme kvalitu ve vztahu ke zdraví. Hodnotíme veškeré atributy, které ovlivňují jeho zdravotní stav a vnímání. Studujeme-li kvalitu nemocného, soustředíme se pouze na dílčí oblasti života. Engel a Bergsman (1988) *„mapují celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině“* (Křivohlavý, 2002, s. 162-163).

2. 2 Vliv prostředí a zdraví na kvalitu života jedince

Sociální prostředí ve vztahu k lidskému zdraví a péči o ně jsou neoddělitelně propojeny. S kvalitou života a zdravím bezprostředně souvisí rozsah hodnoty, kterou opravdu představuje život člověka. Hlavní složkou kvality života je nepochybně zdraví, ale v rozšířeném slova smyslu je přesnější vyjádření stav bio-psycho-sociální pohody. Kvalita života je velmi individuální a vychází vždy ze

subjektivního chápání jedince, závisí tedy na vlastním pojetí životních hodnot a cílů. Hodnotové prvky závisí na svobodné volbě. Během života se neustále vyvíjí a mění podle nových vnitřních a vnějších faktorů člověka.

Drbal napsal: *„Spektrum jednotlivých, avšak vzájemně se dynamicky prolínajících a navzájem na sebe působících komponent kvality života včetně zdravotního stavu se mění podle změn bio-psycho-sociálních podmínek a podnětů, působících na daný subjekt. To znamená, že také validita zdraví je v závislosti na proměnách měnícího se kaleidoskopu různých zevních podnětů i ostatních komponent kvality života v různých situacích a různé době různá“* (Drbal, 2008, s. 27-28).

Payne vidí důležitost poznatků získaných zkušeností a rozmanitostí poznání. *„Pro problém kvality života získáváme těmito poznatky důležitou orientaci, totiž tu, že lidský život není ukotven pouze ve světě přírody, a že tato skutečnost bude konstituovat právě tu okolnost, že v případě života lze o kvalitě vůbec uvažovat“* (Payne, 2002, s. 55).

2. 3 Faktory ovlivňující kvalitu života

Mezi hlavní činitele tvořící kvalitu našeho života patří naše zdraví, hodnoty a cíle. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.

Křivohlavý se ve své knize zmiňuje i o definici D. Seedhouse, která uvádí, že: *„optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)“* (Křivohlavý, 2003, s. 39).

Kantor ve své publikaci zdraví upřesňuje jako: *„stav – homeostázy, tj. labilní rovnováhy, jednoty organismu a prostředí“* (Kantor, 1994, s. 28).

Payne pohlíží na zdraví jako na stav, který lze vymezit jako: *„normu a potažmo dobro týkající se oblasti léčení nemocí a chorob, či jejich předcházení.“* Podotýká, že zdraví je neobyčejným případem všeobecného konceptu dobra a že sdílí společně některé zvláštní znaky. Tvrdí, že každý člověk je zdravý do té míry, do které splňuje určitá kritéria obecné povahy. Mezi dvě hlavní kritéria začleňuje etické a ontické kritérium (Payne, 2002, s.102).

Zdraví lze hodnotit ze dvou přístupů. Individuální hledisko vychází z kvalitativní i kvantitativní metodologie, která je zaměřena na fyzickou, psychickou, sociální, duchovní a etickou normu člověka. Druhé celospolečenské hledisko naopak hodnotí zdraví dané populace. Mapuje vývoj vztahu mezi zdravím a nemocí skupiny nebo společnosti v termínech: nemocnost, incidence, prevalence, úmrtnost, smrtelnost (Kebza, 2006).

Zdraví nelze oddělit od prostředí, s kterým je v neustálé interakci, a jeho opakem je nemoc. Každé závažné onemocnění změní náš dosavadní žebříček hodnot a životní cíle, a tím se mění i naše kvalita života. Ani v dnešní moderní době není medicína všemocná a lpění na neskutečném cíli končí vždy zklamáním (Svatošová, 1999).

Na kvalitu života působí tzv. přímé a nepřímé determinanty zdraví. Přímé determinanty - životní styl, životní prostředí, zdravotnictví, genetické faktory. Nepřímé determinanty - kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, demografické a sociální prostředí, role jednotlivce. Determinanty zdraví obecně nazýváme ovlivnitelné faktory, které působí na naše zdraví a mohou ho chránit nebo naopak poškozovat. Zdraví je prvořadým faktorem kvalitního života a označuje absenci nemoci (Machová, 2006).

Zdraví je ovlivňující a neoddělitelnou součástí kvality života jednotlivce a potažmo úrovně celé společnosti. Tyto termíny spolu úzce souvisí, navazují na sebe a tvoří základ celosvětové strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“, která byla vytvořena WHO v roce 1977. Podporu zdraví proto chápeme jako prevenci chorob, léčbu a rehabilitaci (Kebza, 2006).

Zdraví je norma, která zahrnuje oblasti léčení a prevence nemocí a chorob. Definice zdraví podle WHO (World Health Organization, 1948): „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.*“ Světová zdravotnická organizace rozvíjí celosvětovou spolupráci a koordinaci aktivit v oblasti zdravotnictví a medicínského výzkumu (Vokurka, Hugo, 1998, s. 487).

Lze tedy říci, že skupina proměnných – psychologická, sociální a behaviorální tvoří psychosociální determinanty zdraví a utváří vztah mezi zdravím a nemocí. Mezi významné složky ve vztahu ke zdraví lze zařadit několik základních pojmů - well-being, vulnerabilita, resilience, zátěž a stres, social support (Kebza, 2005).

Well-being a zdraví

Pojem subjektivní pohody lze shrnout pod termín well-being. Z psychologického pohledu tvoří hranici mezi afekty, náladou a osobnostními rysy. Koncept představuje oblast individuální (duševní a tělesné blaho) i sociální (ekonomiku, kulturu, vzdělání, mezilidské vztahy). V psychologii Paulík výraz řadí na rozhraní afektivních vztahů a osobnostních vlastností a postoje tvoří jejich součást. Jednotlivé pojmy jsou součástí duševního života člověka a vzájemně se překrývají. C. D. Ryff a C. L. M. Keyes (1995) považují za základní dimenzi osobní pohody: *sebepřijetí (self-acceptance), pozitivní vztah k druhým lidem, autonomii, zvládnutí životního prostředí, osobní rozvoj a smysl života*“ (Paulík, 2010, s. 127).

Národnostní vyjádření pojmu well-being

Antické období – *eudaimonia* = *blaženost*

Anglie – *satisfaction* = *spokojenost*, *pleasure* = *radost*, *happines* = *štěstí*, *welfare* = *blaho*

Německo – *Wohlbefinden* = *cítit se dobře*

Česko – *osobní pohoda, pozitivní a příjemné emocionální prožitky*

Psychologové se zaměřují zejména na emocionální hledisko subjektivní pohody (nálada, rozpoložení) vycházející z předpokladu, že: „v životě jedince převažují pozitivní události nad negativními“ (Paulík, 2010, s. 128).

Srovnajme pojem Well-being jak jej uvádí ve své knize Kebza. „*Prožitek osobní pohody (Well-being) je nesporně jednou z významných složek zdraví. Je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, avšak zasahují do řady dalších společenskovedních a přírodovědných oborů a jsou užívány též v obecném jazyce.*“ V českém významu se spojuje tento termín s dimenzí duševní pohody či životní spokojeností. Přesněji však vystihuje tento výraz pojem osobní pohoda, která zahrnuje duševní, tělesnou, sociální a spirituální část (Kebza, 2005, s. 62).

Vulnerabilita a resilience zdraví

Na škále mezi zdravím a nemocí jsou dvě skupiny faktorů, které ovlivňují další vývoj tohoto procesu. Obě tyto skupiny působí jako dva protipóly slovního spojení zdraví – nemoc.

Vulnerabilita (ranit, ublížit, uškodit) představuje souhrnně zranitelnost, předpoklad reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu. Zdroje vulnerability jsou primární (získávání) a sekundární (vývoj). Koncepce trojí vulnerability vzniká v souvislosti s úzkostnými poruchami. Vědec Barlow dělí vulnerabilitu na obecnou biologickou, obecnou psychologickou a specifickou psychologickou.

Resilience tvoří druhou část a představuje odolnost, nezdolnost nebo-li nezlomnost působícími stresy. Obecný pojem zahrnuje osobnostní dispozice a užší význam označuje některé druhy odolnosti. Dále lze rozlišit odolnost skutečnou (autentickou) od resilience zdánlivé (pseudoresilience) (Kebza, 2005).

Zátěž a stres

Vzhledem k hektickému životnímu stylu dnešní doby se stává stres nedílnou součástí běžného života člověka. Za stres se označuje jakákoli zátěž a často se nerozlišuje její pozitivní nebo negativní vliv na organismus. Užívá se jako universální pojem, slouží k označení při vyhovění jakéhokoli požadavku a označení kterékoli části stresové reakce. Tento pohled na stres považuje Kemeny (2003) za pojem vágní, inkonzistentní a velmi obtížně definovatelný (Kebza, 2005, s. 107)

Stresová situace vzniká působením rušivého podnětu, stresoru (čas, riziko, odpovědnost, atypické prostředí), který v průběhu určité akce ztěžuje dosažení cíle. Jedná se o specifický druh překážky, kdy nejde o blokování k cíli, ale odvedení od pokračování v činnosti tím, že aktualizuje vnitřní tlak obranných mechanismů proti rušícím podnětům. Nejtypičtějším symptomem prožívání stresu je úzkost a nejistota. Mezi nejčastější stresové situace patří vlivy extrémních mikroklimatických podmínek, časový deficit, tlak rizika nebo ohrožení zdraví či života.

Jedinec selhává i přes velkou pozitivní motivaci a dostatečnou připravenost na daný úkol. Jeho sebekontrola je potlačena. Naopak dobrá fyzická a psychická

forma, pozitivní sebepojetí a myšlení, negativní působení stresu na organismus snižují.

Stresem se zpravidla označuje vnitřní stav organismu jedince, který je konkrétně něčím ohrožen nebo trvale ohrožován a jeho obrana proti nepříznivým vlivům je nedostatečná. Křivohlavý uvádí několik příkladů stresových definic od jiných autorů.

Hans Selye se zasloužil o poznání základních mechanismů stresu, které lze přesně určit podle vztahu mezi silou působící na člověka a schopností organismu tomuto tlaku odolat.

W. Kanon definuje stres jako: *„boj, nebo útěk. Stres je silná spotřeba nashromážděných energií.“*

„Mezi stresem a organismem existuje vazba. Člověk má možnost rozsoudit a zhodnotit situaci.“ (R. S. Lazarus)

„Stres vyjadřuje situaci člověka v napětí (tenzi) při řešení problémů, když se do cesty řešení tohoto problému postaví nepřekonatelná překážka.“ (A. Hovard a R.

A. Scott)

„Stresem označujeme extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací (neuspokojením základních potřeb).“ (M. H. Appley)

„Stres je následek (duševního úrazu) a velice intenzivní frustrace (pocitu neuspokojení).“ (D. H. Funkenstein, S. King a M. E. Dorlette)

„Stres je stav vyvolaný stresovou situací, tj. takovou náročnou situací, ve které nějaká rušivá okolnost nebo škodlivý vliv působí na organismus a ztěžuje mu vykonávání činností či uspokojování potřeb.“ (J. Čáp)
(Křivohlavý, 1994).

Stres je odpověď organismu na stresor, kterým je např. zátěžový faktor, jako je strach apod. Situace zátěže jsou obvyklým průvodcem nemoci. Jako činitel stresu může vystupovat nemoc sama nebo negativní emoce, které ji doprovázejí např. kritický stav, umírání druhé osoby (Jobánková a kol., 2002).

Tři typy strategií jak zvládat stres a neztrácet naději: *„strategie zaměřená na příznaky – řízení vlivů, strategie zaměřená na hodnocení – změna myšlení, strategie zaměřená na situaci – zvládání okolností“* (Jones, Moorhouse, 2010, s. 74).

Projevy stresové reakce podle příznaků uvádí Křivohlavý ve své knize.

Jednotlivé fyziologické příznaky stresové reakce.

- *Bušení srdce.*
- *Bolest a sevření za hrudí.*
- *Nechutenství a plynatost v břišní (abdominální) oblasti.*
- *Křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha a průjem.*
- *Časté nucení k močení.*
- *Sexuální impotence a nedostatek sexuální touhy.*
- *Změny v menstruačním cyklu.*
- *Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou.*
- *Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla.*
- *Migréna – záchvatovitá bolest jedné poloviny hlavy.*
- *Exantém – vyrážka na obličeji.*
- *Nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík).*
- *Úporné bolesti hlavy – často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temene hlavy k čelu.*
- *Dvojitě vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod.*

Mezi emocionální projevy stresu patří prožívání obavy a strachu. Pacient se cítí ohrožen, propadá pocitu bezmoci a beznaděje.

- *Prudké a výrazně rychlé změny nálady (od radosti ke smutku a naopak).*
- *Nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité.*
- *Neschopnost projevit emocionální náklonnosti, sympatizování (sympatizea - spolucítění) s druhými lidmi.*
- *Nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled.*
- *Nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, omezení kontaktu s druhými lidmi.*
- *Nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti.*
- *Zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost (anxiozita).*

Behaviorální projevy jsou patrné v chování a jednání s lidmi – plačtivost, nerudnost, netrpělivost, zapomnětlivost, nesoustředěnost, zlost, agrese.

- *Nerozhodnost a do značné míry nerozumné nářky.*

- ·Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech.
- Sklon ke zvýšené osobní nehodovosti a nepozornému řízení auta.
- Zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti.
- Zvýšené množství vykouřených cigaret za den.
- Zvýšená konzumace alkoholických nápojů.
- Větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní.
- Ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání.
- Změněný denní životní rytmus – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a pak pozdní vstávání s pocitem velké únavy.

(Křivohlavý, 1994, s. 29).

Social support – sociální opora

Součástí systému sociálních vztahů tvoří zdroje sociální opory. První přístup je zaměřen na sociální interakci a studiu okolností jejího pozitivního a negativního ovlivňování. Druhý přístup výkladu podstaty sociální opory v souvislosti psychologicko-medicínských modelů zvládnání stresu a tlumení jeho negativních důsledků pro zdraví (coping) (Kebza, 2005, s. 152).

Druhy sociální opory podle obsahu rozdělil House (1981):

- 1) *emocionální opora*
- 2) *hodnotící opora*
- 3) *informační opora*
- 4) *instrumentální opora*

(Kebza 2005, s.159).

Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

(modifikováno podle Klenera, 2002, Stablové, 2002)

Faktor	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů

	onemocnění, event. i nežádoucími účinky aplikované terapie.
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity (performance status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofským. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.
Psychický stav	Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.
Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi apod.

(www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf).

2. 4 Kvalita života a naplnění smyslu

Smysl našeho života úzce souvisí s prostředím, váže se k problematice lidské kultury, víry, spirituality a naděje. V neposlední řadě je značně ovlivněn uspokojováním našich potřeb a přání. Potřeby, věci, aktivity a činnosti směřují k vytyčenému hlavnímu cíli a dávají životu „dobrý“ smysl. Potřeby lze rozdělit na biologické, psychologické a sociální. Základní, fyziologickou potřebou je dýchání, příjem potravy a tekutin, odpočinek a spánek i prostředí. Základní psychologickou potřebu tvoří pocit bezpečí, jistoty a lásky. Seberealizace a kontakt s ostatními tvoří sociální, vyšší potřeby člověka. Potřeby biologické, psychické a sociální nelze od sebe izolovat, potřeby z jednotlivých oblastí se prolínají a ovlivňují (Bastlová, 1993).

Paulík charakterizuje smysl života jako moment lidské interakce s prostředím: „*a pokud je jedinec přesvědčen, že nežije marně, má pro co žít atd., je vysoce pozitivní.*“ Do širšího pojetí je však nutno zahrnout i pojem odolnost, jako odpověď na nepříznivé podmínky. „*Účinek smysluplnosti na odolnost organismu se odehrává jednak přímým působením na imunitní systém, jednak také nepřímo v používaných adaptivních vzorcích chování*“ (Paulík, 2010, s. 141-142).

Zjistit jak rozsáhlý je soubor zdrojů, ze kterých čerpáme při utváření smysluplnosti našeho bytí, není snadné. První kategorie psychologů tvrdí, že zdroj je pouze jeden a druhá zastává opačný názor, že zdrojů je více. Zdrojem smysluplnosti života mohou být např. osobní hodnoty a přesvědčení jedince. Známý je Franklův (1975) výčet oblastí, z nichž čerpáme témata k smysluplnému zaměření života: tvořivé – kreativní aktivity, zážitkové – prožíváme je tváří v tvář kráse, pravdě, lásce, postojové – projevují se např. tváří v tvář statečnému čelení utrpení (Křivohlavý, 2006, s. 106). Filozofie chápe smysluplnost žití a bytí jako pojetí svobody, která je nadřazena samotnému smyslu hodnot a dílčím cílům. Baumeister (1991) analyzoval čtyři oblasti cílů, ke kterým se soudobý člověk v životě upíná: k oblasti práce, k oblasti lásky, k touze po štěstí, k oblasti sebepojetí / identity (Křivohlavý, 2006, s. 174). Pojem svoboda lze vysvětlit také jako: „*možnost daná člověku volit podle vlastní vůle – směřovat svou aktivitu ke zvolenému cíli. Volba cíle, rozhodnutí se pro určitý směr zájmu a směřování motivace jednání znamená zároveň i přidělení určité hodnoty tomuto cíli*“ (Křivohlavý, 2006, s. 120).

Detailně se zabýval problematikou smyslu života u nás velmi známý filozof 20. století Machovec Milan. Předložil kompaktní přehled „zkušenosti věků“ v hledání smyslu bytí. Podklady čerpal z antické filozofie, která se ve své koncepci snažila najít odpověď na otázky: „Kdy jsme šťastni a v čem spočívá boj o štěstí?“ (Křivohlavý, 2006, s. 121-124).

Směry antického myšlení o hledání štěstí (Machovec, 1965)

Vulgární epikureismus: jedná se o komplex cílů, kterými je možno dosáhnout tělesné rozkoše a slasti, tento pojem vystihuje dnešní heslo „žít si a užít“.

Hédonismus: stejně jako předchozí termín vidí hlavní přednosti v tělesné rozkoši a slasti, kterých lze ovšem docílit i cestou zločinu. Z toho vyplývá, že toto pojetí smyslu života má mnoho nedostatků.

Kynismus: znamená nenásilné dosažení spokojenosti, protože více někdy znamená méně. Příkladem uvedeného postoje k životu je heslo „totálně soběstačný a na celém světě rádoby zcela nezávislý“. Machovec přesně uvádí, že toto pojetí podněcuje lidi: „k vnitřní práci na sobě samém, pěstování sebekázně, soběstačnosti, odolnosti i nezdolnosti a tím k růstu osobnosti.“

Klasický epikureismus: je založen na záporném a kladném poznání o životě. V životě je mnoho věcí, které jsou člověku nepříjemné - bolesti, utrpení a bída a na druhé straně věci naopak příjemné - radostné, slastné a pohodové. Jedná se o směr individualistický až egoistický, kterému chybí aktivita, tvořivost, plodná práce a úsilí o nové hodnoty.

Tvořivá činnost – aktivita a kreativita: hlavním pozitivem v životě člověka je činnost a tvořivost, z které vyplývá pocit radosti a štěstí (Aristoteles). „Radost je vedlejším produktem nadějně cesty k vytýčenému cíli (Frankl).“

Stoicismus: cíl je dosažen vnitřní sebekázní a všestrannou aktivitou, což znamená růst a zrání osobnosti. Stoické pojetí „konat dobro pro dobro samé“ zahrnuje smysl člověka v životě. „Jen tím, že jednám s tebou, se já sám stávám tím, kým jsem (Buber).“

(Křivohlavý, 2006, s. 122).

2. 5 Vliv životního stylu na kvalitu života

Na životní styl velmi významně působí zdraví, které po té mění kvalitu života. Sociologie je věda, která se zabývá zkoumáním životního stylu jednotlivce nebo skupiny ve společnosti. Na životní styl je mnoho pohledů a je ovlivněn různými biopsychosociálními faktory. Každý si ho utváří podle dané společnosti, vlastních hledisek a priorit. Životní styl vymezuje dva základní pojmy – styl a způsob.

Životní způsob je širší pojem, zahrnuje celospolečenský obraz národa – kultura, náboženství, ekonomika.

Naopak životní styl je mnohem konkrétnější a týká se každého jednotlivce – např. moje zdraví, můj způsob chování a prožívání, moje práce, moje aktivita, zvyklosti mé rodiny, moje sociální postavení a moje ekonomická situace. Určuje hodnoty, postoje a cíle, v životě jedince rozděluje situace a věci na prvořadé a podřadné.

„Životní styl je v sociologii definován jako způsob, kterým člověk nebo skupina žije. Ten obsahuje pravidla společenského chování a vztahů, způsob, jakým se jedinec baví, jak se obléká apod. Pro životní styl je také typické to, že odráží individuální postoje, hodnoty a pohled na svět.“ Z tohoto tvrzení vyplývá, že životní styl je v podstatě vše, co děláme a jak žijeme.

Přesnou definici životního stylu uvádí Machová: *„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“* (Machová, 2006, s. 12).

Lze tedy říci, že životní styl je velmi individuální a formuluje ho velké množství vnějších a vnitřních činitelů.

2. 6 Měření kvality života

Měřením kvality života lze zmapovat život lidí s onkologickým onemocněním. V současné době je již mnoho metod na měření kvality života, ale mezi odborníky panuje stále názor, že výsledky nejsou přesné, spolehlivé a ne zcela teoreticky uspokojivé.

Dělení podle způsobu sběru dat:

- 1) kvalitativní metody – vyprávění, formální rozhovor potlačujeme
- 2) kvantitativní metody – dotazníky

Dělení podle hodnotitele dané osoby:

- 1) kvalitu hodnotí druhá osoba – objektivní metoda
- 2) kvalitu hodnotí sama hodnocená osoba – subjektivní metoda
- 3) kvalitu hodnotí obě předchozí osoby – smíšená metoda

Metody, které se velmi často využívají ve zdravotnictví.

1. Objektivní metody

1. APACHE II.

Vystihuje momentální fyziologický a patofyziologický stav pacienta. Kvantitativně zachycuje závažnost nemoci podle odchylky od normálu číslem 0 – 71. Čím vyšší výsledek, tím je větší pravděpodobnost exitu pacienta.

2. Karnofsky index

Lékař vyjadřuje názor na celkový zdravotní stav onkologického pacienta k danému datu.

Karnofsky index v procentech (pouze část)

100%	Normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže.
90%	Normální stav pacienta, minimální projevy choroby.
70%	Omezená výkonnost pacienta, sebeobsluha zachována, pracovní neschopnost.
10%	Pacient je moribundní, nemoc rychle pokračuje a léčení nepomáhá.
0%	Pacient je mrtev.

3. Symbolické vyjádření kvality života pomocí sérií křížků

Pokrok, jelikož šlo o normalizované hodnocení každodenní kvality života pacienta v nemocnici. K vyjádření se používá soustava křížků 1 - 4 (++++), čím vyšší počet, tím vyšší závislost na okolí.

4. Slovní vyjádření kvality života

Velký význam zavedení Indexu kvality života pacienta (QL Index ILF), který používá slovně formulovaná a předem stanovená kritéria se body odstupňují – např. sebeobslužnost, sociální opora, emocionální stav. Hodnotí více lidí a posuzují jednotlivá kritéria.

2. Subjektivní metody

(Patrick a Ericsson, 1993) Pacient sám hodnotí svůj stav, jelikož externí přístup hodnocení má mnoho nedostatků. Jedinec si stanoví prioritní dimenze a zabývá se těmi, které považuje za nejdůležitější (O'Boyle, McGee a Joyce, 1994). Subjektivní hierarchie dimenzí kvality života je proměnlivá v průběhu času a situací. Např. to, co je prvořadé před operací, se diametrálně liší po operaci. Metoda je zaměřena na subjektivní prožívání, pohodu, štěstí a spokojenost se životem.

1. Škála spokojenosti se životem

(Diener, 1994) Metoda SWLS se zaměřuje na jeden nejdůležitější faktor spokojenosti lidí a stupeň souhlasu je vyjádřen na škále od 1 – minimum – 7 – maximum souhlasu.

2. SEIQoL

Program hodnocení individuální kvality života. Metoda SEIQoL je návodem zjišťování životních úkolů a cílů osob v bezprostřední situaci. Podle získaných výsledků je možno částečně zmapovat kvalitu života jedince.

Výzkumná metoda SEIQoL se opírá o strukturovaný rozhovor. Rozhodujícím pojmem techniky SEIQoL je výraz „životní cíl“ (cue, cílový podnět snažení) - cíl snažení, podnět k aktivitě. Dotazovaná osoba popíše pět životních cílů, které považuje v dané situaci za nejdůležitější. Pro potřebu zjištění kvality života nesmí být aspektů více ani méně. Příklady eventuálního zaměření v určité oblasti klientům neuvádíme, aby nedošlo k sugestivnímu ovlivnění. Lze pouze uvést konkrétní témata cílových podnětů snažení: rodina, manželství, zdraví, duševní pohoda, duchovní život, vztahy mezi lidmi, práce na sobě, kultura, sport, ruční práce, koníčky. Míra uspokojení s dosahováním životních cílů se uvádí v procentech od 0% - 100% a na stupnici od špatné až dobré označíme křížek míru spokojenosti se životem. Formulář tvoří stupnice a tabulka rozdělená na tři části: životní téma - oč vám v životě jde, důležitost daného tématu, míra spokojenosti s dosaženým cílem. Vyhodnocení se provádí násobením důležitosti a spokojenosti, pak součtem všech pěti řádek a děleno stem. Porovnání se provádí v rámci skupin nebo jednotlivců ve skupině (Křivohlavý, 2001).

3. VAS

Viditelná analogová škála zjišťování celkové míry spokojenosti, stoupající, 10cm dlouhá úsečka, na kterou jedinec zakresluje, jak je spokojen se svým životem.

3. Smíšené metody

Využívají prvky metod subjektivního posuzování a metod objektivního měření v předem daných oblastech.

1. MANSA

Postup vypracovaný univerzitou v Manchesteru zkoumá celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem vymezených dimenzí života.

(http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html).

3. Rakovina hrtanu, Carcinoma laryngis

3. 1 Nemoci hrtanu

Anatomicky je hrtan uložen ve střední části krku ve výši závislé na pohlaví a věku. Je dutým nepárovým orgánem dýchacího ústrojí, kde dochází k tvorbě hlasu, je proto nezbytný k řeči. Má 2 základní funkce – respirační a fonační.

Hybášek definuje larynx jako: „*složitě ústrojí sloužící dýchání, uzávěru průdušnice a tvorbě hlasu*“ (Hybášek, 2006, s.45).

Praktický slovník medicíny definuje larynx jako: „*součást horních cest dýchacích, slouží k tvorbě hlasu a je uložen na přední straně krku*“ (Vokurka, Hugo, 1998, s.252).

Je to zároveň místo křížení dýchacích a polykacích cest. Má tvar přesýpacích hodin, přičemž nejužším místem je oblast hlasivek. Na délku má asi 6cm, u mužů je větší. Člověk má dvě hlasivky (pravou a levou). Této oblasti se říká glotis. Pod hlasivkami je prostor, který je nahoře ohraničen hlasivkami, v dolní části pak končí přechodem do průdušnice. Nazývá se subglotis. Oblast nad hlasivkami se označuje jako supraglotis. Je vymezena dole hlasivkami, po stranách nepravými hlasovými vazy (ventrikulárními či vestibulárními řasami, výchlípkou zvanou ventriculus) a v horní části příklopkou hrtanovou (epiglotis), která uzavírá hrtan při přijímání potravy, aby nedošlo k vdechnutí sousta.

Celý hrtan je tvořen několika chrupavkami, které jsou navzájem spojeny klouby a vazy. Největší chrupavkou je štítná chrupavka, dále pak v dolní části se nalézá prstencová chrupavka, horní část tvoří příklopka hrtanu. Nejmenší je párová chrupavka hlasivková.

Hrtan je spojen s jazykou vazy a svaly. Jedná se o orgán velmi pohyblivý a citlivý. Představuje dominantní strukturu přední části krku (Hahn a kol., 2007, Hybášek, 2006, Dršta, 2010).

V zásadě se setkáváme s následujícími typy onemocnění hrtanu:

1. Vývojové vady - projevují se dýchací, hlasovou nebo polykací dysfunkcí. Obvykle se jedná o stavy neslučitelnými se životem. Další anomálie bývají spíše náhodným nálezem při vyšetření.

2. Zánětlivá onemocnění – sem řadíme chrapot, afonie, pálení až bolest v hrtanu, suchý a dráždivý kašel. „Každá dystonie (porucha hlasu) trvající déle než 3 týdny musí být vyšetřena ORL lékařem k vyloučení eventuelních nádorových změn“ (Hahn a kol., 2007, s. 225).
3. Nezánětlivý edém hrtanu – se projevuje dušností a je závislý na rozsahu edému (otoku).
4. Poruchy hrtanové inervace – jsou nervové poruchy, různé obrny svalstva nebo hlasivek.
5. Úrazy a poranění hrtanu – zevní i vnitřní, způsobují dušnost, asfyxii, dysfonii, bolest, poruchy polykání a mluvení.
6. Nádory hrtanu – dělíme na tumory benigní (nezhoubné), edém Reinkeho (otok hlasivek) a maligní (zhoubné). Podle rozsahu a lokalizace způsobují dušnost, chrapot, pocit cizího tělesa (Hahn a kol., 2007).

3. 2 Onkologické členění nádoru hrtanu

Histologicky se jedná v 95% o dlaždicobuněčné karcinomy. Ostatní typy nádorů jsou velmi vzácné. Patří mezi ně adenokarcinomy, sarkomy aj. (mívají zpravidla horší prognózu).

Společným rysem těchto nádorů je tendence k lokálnímu šíření s časným vznikem lokoregionálních metastáz.

Karcinomy se projevují ve třech základních formách – glotické, supraglotické a subglotické. Tyto nádory se liší svou symptomatologií, chováním a prognózou. Vzájemně však mohou do sebe pronikat a na sebe navazovat (Hahn a kol., 2007).

Hodnocení nádorů hrtanu

Jako i v jiných lokalitách se tumory hrtanu klasifikují dle TNM klasifikace. Jedná se systém hodnocení nádoru podle velikosti a lokalizace vlastního nádoru – krajina supraglotická, glotická a infraglotická (T). Dále se určuje nález na regionálních mízních uzlinách (N). Součástí této klasifikace je i hodnocení případných vzdálených metastáz (M).

T primární nádor – se vzrůstající hodnotou souvisí rozsah tumoru

T1 nádor postihuje pouze jednu lokalitu hrtanu (tj. glotis, supraglotis či subglotis)

T2 nádor se šíří do více lokalit hrtanu, hlasivky jsou však pohyblivé

T3 nádor je omezen na hrtan, hlasivky jsou již fixované, nehybné

T4 nádor se šíří mimo oblast hrtanu do okolních struktur

Dále je součástí hodnocení nález na regionálních mízních uzlinách N

N0 znamená, že mízní uzliny na krku postiženy nádorem nejsou

N1 je postižena pouze jedna uzlina, je menší než 3 cm a je na straně nádoru

N2 a/ je postižena jedna uzlina větší než 3 cm, ale menší než 6 cm

b/ je postiženo více uzlin na straně nádoru, přičemž žádná z nich není větší než 6 cm

c/ je postižena uzlina na druhé straně krku, není však větší než 6 cm

N3 postižení uzliny, která je větší než 6 cm

Se vzrůstající hodnotou N se výrazně zhoršuje prognóza onemocnění

Přítomnost, či nepřítomnost vzdálených metastáz určuje M

M0 vzdálené metastázy nejsou přítomny

M1 přítomné vzdálené metastázy

Pro prognózu onemocnění není rozhodující, kde jsou vzdálené metastázy, ale jestli jsou přítomné.

V případě karcinomu hrtanu lze říci, že vzdálené metastázy nejsou tak časté, bohužel metastázy do regionálních mízních uzlin pozorujeme velmi často (Hybášek, Vokurka, 2006, s.273).

Objektivní příznaky a subjektivní potíže souvisí s lokalizací nádoru. Zjednodušené je možno rozdělit příznaky onemocnění na časně a pozdní. S lokalitou tumoru nesouvisí pouze typ příznaku, ale i subjektivní stesky nemocného.

Nejdříve se projeví onemocnění v případě, že je nádor lokalizován v oblasti hlasivek. Je zde nejméně prostoru v dýchacích cestách a proto i velmi malý tumor se záhy projeví. Téměř vždy se jedná o chrapot (v počátečních stádiích). Později

se nádor v této oblasti projevuje poruchou dýchání ve smyslu neprůchodnosti dýchacích cest. V krajním případě se pacient dusí.

Dalším méně častým prvním příznakem nemoci jsou polykací obtíže. Ty pozorujeme u pacientů, kde je nádor lokalizován v horní části hrtanu, především v oblasti příklopky hrtanové (je to místo křížení dýchacích a polykacích cest).

Bolest v krku jako první příznak onemocnění není tak častý, jak bychom očekávali (i když se jedná o velmi citlivou oblast). Provází spíše pokročilejší stádia onemocnění.

Naopak poměrně častým iniciálním příznakem jsou zvětšené zpravidla nebolestivé, často fixované mízní uzliny na krku. Jedná se o projevy metastatického šíření nádoru do regionálních lymfatických uzlin.

Mezi vzácné příznaky nemoci patří krvácení z dýchacích cest. Doprovází vždy pokročilé formy nádoru.

Obecně lze říci, že nejdříve se projevuje nemoc u pacientů, kde je nález lokalizován v oblasti glotis, tj. hlasivek. V případě nádoru oblasti supraglotis, tj. horních partií hrtanu bývají příznaky spojeny až s více rozsáhlými tumory. Největší problém představují nádory v oblasti pod hlasivkami, tj. subglotis. Ty jsou totiž velmi často dlouho klinicky němé, neprojevují se, je zde poměrně dost prostoru (Hahn a kol., 2007, Hybášek, Vokurka, 2006).

Výskyt a příčiny onkologického onemocnění hrtanu

Karcinom hrtanu (rakovina hrtanu) postihuje asi 2% nemocných s nádorovým onemocněním. To odpovídá výskytu cca 9/100 000 obyvatel. Jedná se o poměrně vzácné, ale velmi závažné nádorové onemocnění. V Evropě je největší výskyt v oblasti Středozemního moře a dále pak ve Skandinávii vyjma Finska. Celosvětově je nejčastější výskyt nemoci v Indii. V České republice je ročně hlášeno přibližně 650 nových případů tohoto onemocnění.

Karcinom hrtanu je nejčastějším maligním tumorem ORL oblasti. Obecně platí, že onemocnění postihuje více muže. Poměr mezi muži a ženami je 10 : 1. Věkové rozložení nemocných je od 35 let do 80 let. V poslední době se statisticky významně zvyšuje výskyt rakoviny hrtanu u žen kuřaček a je patrný trend výskytu nemoci u mladších věkových skupin. Téměř všichni postižení jsou kuřáci. Pouze asi 5% nemocných nikdy nekouřili. Proto kouření je považováno za hlavní rizikový

faktor této nemoci. U mužů tvoří 95% nemocných silní kuřáci, kteří vykouří 20 cigaret denně po dobu delší než 20 let.

Dalším rizikovým faktorem je užívání alkoholu. Především destiláty výrazným způsobem mohou poškozovat sliznice horních partií hrtanu, což má za následek chronické zánětlivé změny, na jejichž podkladě snáze vzniká nádor.

S abúzem alkoholu je také velmi často spojena malnutrice (podvýživa). Nemocní nezřídka pocházejí z nižších sociálních vrstev, s ne vždy dobrými hygienickými a stravovacími návyky (Hahn a kol., 2007).

I u tohoto onemocnění nepochybně hrají roli genetické vlivy. Také v našem souboru nemocných jsme se setkali s několika pacienty v rámci příbuzenstva. V poslední době se stále častěji objevují teorie, v nichž se za jeden z důležitých faktorů vzniku onemocnění považují viry, konkrétně papilomaviry.

V hrtanu jsou benigní a maligní nádory častější než v ostatních orgánech hlavy a krku, pomineme-li kůži (Hybášek, Vokurka, 2006).

Léčba a prognóza karcinomu hrtanu

Léčba závisí na stádiu choroby, které určíme pomocí TNM klasifikace, dále pak na lokalizaci primárního tumoru a samozřejmě na celkovém zdravotním stavu a přání pacienta. Léčebné možnosti dělíme na chirurgické a nechirurgické.

Chirurgická léčba karcinomu hrtanu představuje operaci v různém rozsahu.

1) Parciální zákroky na hrtanu.

Jedná se o odstranění tumoru, kdy je hrtan jako orgán řeči z větší části zachován. Tyto výkony jsou indikovány zpravidla u méně rozsáhlých tumorů.

Nejjednodušším výkonem je vynětí hlasivky, tzv. chordektomie. Pacient po výkonu zpravidla nemá větší obtíže, občas má lehce zastřený hlas.

Rozsáhlejším výkonem jsou pak tzv. hemilaryngektomie. Tyto výkony již bývají zpravidla spojeny s určitými pooperačními následky, jako jsou chrapot, někdy zhoršené polykání, možnost aspirování (vdechnutí) potravy či dušnost při námaze. Základní funkce hrtanu jako orgánu řeči je nicméně zachována.

Po operaci je nutná hlasová rehabilitace, která zahrnuje léčbu zaměřenou na navrácení porušené funkce hlasivek. „*Hlasová reedukace je hlasová terapie za účelem zlepšení (normalizace) narušeného hlasu. Hlasová edukace znamená*

kultivaci hlasu bez postižení nebo i postižením funkce, hlasovou výchovou“ (Dršta, 2010, s.103).

2) U rozsáhlých tumorů je nutný radikální zákrok na hrtanu, kdy je odstraněn hrtan kompletně. Hovoříme o totální laryngektomii. Součástí tohoto zákroku je tzv. tracheostomie. Jedná se trvale vyústění dýchacích cest v přední části krku (lidově řečeno slavík). Polykací cesty jsou obnoveny plastickou úpravou hltanu. Při této operaci pacient ztrácí orgán řeči.

Nechirurgickou formu léčby prezentuje aktinoterapie (ozařování) nebo chemoterapie (cytostatika). Zpravidla trvá 6 - 7 týdnů.

Terapeutické možnosti jsou tedy chirurgické a nechirurgické. Avšak u rakoviny hrtanu se zpravidla jedná o léčbu komplexní, tj. kombinovanou - chirurgický výkon doplněný aktinoterapií nebo systémovou – chemoterapie a aktinoterapie, eventuálně chirurgie. Každá metoda má své výhody a nevýhody. Způsob léčení je určen na základě spolupráce otolaryngologa, radioterapeuta a někdy i psychologa. V neposlední řadě se respektuje přání nemocného.

Při každém operačním zákroku dochází k částečnému poškození nebo úplné ztrátě hlasu. MUDr. Dršta popisuje možné způsoby částečné obnovy hlasu po operačním zákroku: *„Rehabilitace hlasu po parciálních onkochirurgických výkonech je možná pomocí hlasové redukce. Náhradními hlasovými mechanismy po totální laryngektomii jsou především jícnový hlas, tracheozofageální píštěl nebo elektrolarynx. Za další součást rehabilitace považuje edukaci pacienta o péči o tracheostoma, tracheostomatickou kanylu a možnosti sociální pomoci“ (Dršta, 2010, s. 284).*

Prognóza nemocných s karcinomy oblasti hlavy a krku závisí na primární lokalizaci nádoru, místním rozsahu, stupni postižení regionálního uzlinového systému, přítomnosti vzdálených metastáz a celkovém stavu nemocného. Možnosti vyléčení u časných klinických stadií jsou velmi dobré. Při klinickém stadiu I a II lze dosáhnout dlouhodobého léčebného efektu u 70-90% nemocných. Výsledky léčby pokročilých stadií (klinické stadium III-IV) jsou mnohem méně uspokojivé. Při použití optimální léčby (chirurgie, radioterapie) se u více než 60% těchto nemocných objeví lokální recidiva a u 5-25% pak vzdálený metastatický rozsev. U kompletně odstraněných nádorů je pětileté přežití 40% a u nádorů bez možnosti chirurgického řešení léčených pouze radioterapií 18-20%. Přežití u

neoperabilních pokročilých nádorů činí v průměru méně než 14 měsíců (Hahn a kol., 2007).

Jak z výše uvedeného vyplývá, jedná se o velmi závažné onemocnění s následky, které vždy představují pro nemocného výrazný zásah do života. O negativěch tohoto onemocnění a jeho léčení má představu prakticky každý. Týká se to i lidí z nejnižších sociálních vrstev, se kterými se velmi často u této diagnózy setkáváme.

Včasná diagnostika onemocnění závisí na pravidelném a dlouhodobém sledování prekancerózních nálezů hrtanu, které jsou nebezpečné zhoubným potencionálem. Opakovaně se odebírají vzorky sliznice a odesílají se na histologické vyšetření. Otorinolaryngolog je lékař specialista, který odhaluje časné stádia nejčastějších nádorů v oblasti horních cest dýchacích (Dršta, 2010).

3. 3 Kvalita života pacienta s diagnózou Ca hrtanu

Důsledky této léčby karcinomu hrtanu (Ca) jsou pro nemocného velmi znatelné. Jak již bylo naznačeno, léčba nádoru hrtanu v pokročilých stádiích je vždy spojena se spoustou nepříjemností pro pacienta. Nejenom, že léčení trvá přibližně 6 měsíců, ale prakticky vždy zanechává trvalé následky. V případě totální laryngektomie (odstranění hrtanu) pacient ztrácí orgán řeči. Je tedy výrazně omezen v možnosti verbální komunikace. To je pro většinu lidí naprosto zásadní problém, který významným způsobem zhoršuje kvalitu života. Trvalé vyústění dýchacích cest na přední části krku (tracheostomie, lidově slavík) představuje další společenský handicap. Pacient je nápadný, často budí odpor a strach u okolí. V důsledku ozařování dochází k poškození sliznice v hltanu, což má za následek sucho v ústech, zhoršené polykání, bolesti v krku. Tracheostomie umožňuje přímý vstup vzduchu do dolních cest dýchacích (vzduch se neohřívá a nezvlhčuje v horních cestách dýchacích), což má za následek časté infekce průdušnice a průdušek. Dalším problémem je nebezpečí vniknutí vody do plic tracheostomií (problém při mytí a samozřejmě nemožnost plavání). Operace mízních uzlin vede často k porušení různých nervů, v důsledku čehož je omezení hybnosti horních končetin (pacient nezvedne dostatečně ruce). Po léčbě se pak rovněž často projevují otoky krku a obličeje, které vedou k další společenské diskriminaci. Léčba samozřejmě zanechává následky na fyzické kondici

nemocného. To má za následek mnohdy nemožnost vykonávat soustavnou pracovní činnost, ale také věnovat se běžným činnostem či koníčkům.

Je jasné, že toto onemocnění výrazným způsobem mění kvalitu života nemocného. Snad žádný jiný nádor (přesněji nádor v jiné lokalitě) není pacientem vnímán tak negativně. Jedná se o vůbec nejhůře přijímanou diagnózu v rámci onkologie. Není to dáno biologickou povahou tumoru, ale především následky léčby, které vždy poškodí nemocného. Pacient je ve společnosti výrazně handicapován. Jeho postižení je patrné na první pohled – má tracheostomii (slavíka) a nemluví.

Jak z výše uvedeného vyplývá, jedná se o velmi závažné onemocnění s následky, které vždy představují pro nemocného výrazný zásah do života. O negativěch tohoto onemocnění a jeho léčení má představu prakticky každý. Týká se to i lidí z nejnižších sociálních vrstev, se kterými se velmi často u této diagnózy setkáváme.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Cíl a postup praktické části

Cílem praktické části diplomové práce je zmapovat individuální kvalitu života nemocného po karcinomu hrtanu a přinést poznatky o subjektivních stavech nemocného s touto diagnózou. Výzkum je koncipován kvalitativním způsobem.

Kvalitativní výzkum nedosahuje cílů prostřednictvím statistických metod ani způsobem kvantifikace. Bádání je zaměřeno na subjektivní pocity, reakce, jednání a chování jedince v životní situaci a v daném prostředí. Snaží se o nalezení motivu a důvodu, který stojí za jednáním člověka a významu, který lidé okolním jevům a věcem přisuzují. Jde o univerzální, intenzivní a detailní popis konkrétního případu nebo události a cílem je objasnit jednání lidí v určité životní etapě. Základními využívanými metodami jsou dotazování, pozorování a sběr dokumentů (Miovský, 2006).

Za účelem naplnění výše uvedeného cíle byli o spolupráci požádáni pacienti ORL kliniky FN v Plzni, u kterých byl diagnostikován karcinom hrtanu. Do šetření bylo zahrnuto celkem 5 pacientů. Jednalo se o čtyři muže a jednu ženu. Na základě získaných informací z rozhovoru, pozorování a dotazníku vlastní konstrukce jsem vytvořila pět kazuistik, kterých jsem využila při výzkumném šetření a poté vyhodnotila metodou SEIQoL.

5. Průběh výzkumu - sběr dat a aplikovaná metodika

Pro zpracování vyhodnocení dat výzkumu jsem zvolila kombinaci více metod, které však byly cíleně zaměřeny na zjištění individuální kvality života pacienta. Po tak závažném operačním zákroku jako je odstranění hrtanu, dochází u nemocného ke ztrátě hlasu a nemocný není schopen přirozené, verbální komunikace.

Jako metody sběru dat byly použity:

- standardizovaný rozhovor vlastní konstrukce
- přímé pozorování projevů pacienta
- metoda SEIQoL

5. 1 Standardizovaný rozhovor nebo dotazník vlastní konstrukce

Cílem zařazení standardizovaného rozhovoru bylo získat o sledovaných vstupní anamnestická data. Z osobních anamnestických dat se jednalo především o věk, zaměstnání, rodinný stav, zájmy a návykové chování. Zdravotní anamnéza se týkala především hodnocení celkového zdravotního stavu, genetické predispozice k onemocnění a popis aktuálních zdravotních potíží. Získaná anamnestická data byla dále připojena ke struktuře jednotlivých kazuistik.

5. 2 Pozorování

Pozorování projevů pacienta prováděli nezávisle lékař a zdravotní sestra. Jednalo se o nesystematické pozorování strukturované pouze dle jednotlivých kontaktů (lékařských prohlídek), aby byl materiál využitelný pro kvalitativní zpracování. Oba pozorovatelé svá zjištění písemně zaznamenávali a posléze sloučili.

Písemný záznam pozorování byl následně podroben otevřenému kódování a dle významu obsahu kategorizován (trsování – Miovský). V rámci jednotlivých kazuistik jsou přikládány původní záznamy pozorování v doslovném znění i jejich obsahově kategoriální analýzy.

5. 3 Metoda SEIQoL

Metoda SEIQoL je popisována již v průběhu teoretické části diplomové práce. Umožňuje zjišťovat životní úkoly a cíle osob v bezprostřední situaci a částečně mapuje kvalitu života jedince. Opírá se o strukturovaný rozhovor, jehož podkladem je níže uvedený formulář.

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Důležitost daného tématu v %	Životní téma-oč vám v životě jde a oč vám jde především (nejvíce)	Míra spokojenosti (v každé řádce od 0 do 100%)

Se zjištěnými údaji bylo dále nakládáno dle manuálu nástroje. Výsledky jsou srovnávány s průměrnými hodnotami dle rozsáhlé studie z roku 1994 (O'Boyle, McGee, Joyce). U zdravých starších lidí: 82,1 a u mladých lidí: 77,4. Výzkumy velkých vzorků, které by byly orientované na populaci pacientů s různými onemocněními, nejsou známy. Proto pro srovnání využíváme tyto dostupné výsledky.

5. 4 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl realizován ve Fakultní nemocnici v Plzni v roce 2011 na otorinolaryngologické klinice. Pomocí metody SEIQoL, pozorováním a standardizovaného rozhovoru (dotazníku) vlastní konstrukce byl zrealizován na pěti náhodných pacientech (4 muži a 1 žena), kteří měli pouze jedno společné a tím byla diagnóza karcinom hrtanu. Další faktory jako je např. pohlaví, věková hranice nebo stupeň dosaženého vzdělání nebyly vymezeny, protože cílem bylo zjistit individuální kvalitu života jedince po tak závažném zákroku jako je odstranění hrtanu.

6. Výsledky šetření

6. 1 Sledovaný č.1

Z exploračního rozhovoru

Osobní anamnéza

Pohlaví: muž

Věk: 49 let

Rodinné poměry: ženatý

Zaměstnání: majitel obchodu s potravinami

Zájmy: trenér dětské kategorie sportovního tance, vášnivý lyžař

Abúzus: kuřák 20 cigaret

Zdravotní anamnéza

Subjektivně: dosud zdrav

Genetickou zátěž k onemocněním: nejuje

Aktuální obtíže: několik měsíců chrapot, který přičítá zvýšené hlasové námaze v obchodě a při tréninku tance v hale

Dg.: karcinom hrtanu

Záznam pozorování

1. Návštěva (sdělení diagnózy) – pláč, nevěří, naprosté zoufalství, nikoho neobviňuje, ale ptá se proč já, nikomu jsem nic neudělal, co bude s mým obchodem, manželka na to nestačí, a kdo bude trénovat děti.
2. Návštěva po týdnu - je již výrazně vyrovnanější, s navrhovanou operací souhlasí, ale chce ji ještě odložit, aby si mohl zařídit záležitosti týkající se podnikání (obchodu).
3. Přichází na plánovanou operaci - smlouvá, chtěl by parciální zákrok, nakonec souhlasí s totální laryngektomií, je výrazně depresivní, o rodinné firmě nemluví, se svými zálibami se rozloučil (tanec, lyže), přestože byl přesvědčován, že to nemusí tak být.

4. Po operaci probíhá hojení bez větších komplikací, přesto je pacient skleslý, nejeví zájem o okolí ani rodinu, cca po 2 týdnech je propuštěn v dobrém stavu, bude následovat aktinoterapie.
5. Přichází ke kontrole po 1 měsíci, je výrazně optimističtější naladěný, doprovází ho sestra a manželka, byl seznámen s pacientem, který je sportovně založený a i po takovéto operaci dále jezdí na kole a zúčastňuje se amatérských cyklistických závodů. Začíná se zajímat o svoji budoucnost, plánuje možný návrat ke svým zálibám. Zajímá se o možnost nácviku řeči.
6. Částečně se naučil náhradní jícnovou řeč, přesto se cítí omezen ve svém způsobu života. Jak říká, kam jsem přišel, tam mě bylo plno. Před operací byl výrazně hlučný, hlasitý. Dále si stěžuje na zhoršení dechu a vyšší únavnost.; Lyžování se bude muset vzdát. Ještě neví, jak to bude s trénováním tance. Možnost opětovné práce ve svém obchodě vidí rovněž skepticky. Obtížná komunikace a tracheostomie samotná v obchodě jsou mu překážkou.
Špatné počasí mu dělá i objektivní problémy – zhoršené dýchání.

Metoda SEIQoL

Důležitost daného tématu v %	Životní téma - o čem vám v životě jde a o čem vám jde především (nejvíce)	Míra spokojenosti v = (v každé řádce od 0 do 100%)
20	Manželství, rodina	50
20	Práce	10
20	Zdraví	25
25	Koníčky, tanec sport	0
15	Sociální činnost, přátelé, známí	15
Vyhodnocení		19,25

Pozn. Průměrné srovnávací hodnoty jsou u zdravých lidí v rozmezí 77,4 až 82,1 dle věku.

Obsahově kategoriální analýza pozorování

Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy:

Neverbální projevy: pláč

Verbálně: „Proč já?“ „Nikommu jsem nic neudělal.“

Vývoj postoje k diagnóze:

Diagnóze nevěří – s operací souhlasí, ale chce ji odložit – smlouvá, chce pouze parciální zákrok – nakonec souhlasí.

Průběh emocionality:

Zoufalství – vyrovnanější, klidnější – výrazně depresivní – **po operaci** skleslost, apatie – optimismus, pozitivní nálada – skepse, na neurotickém podkladu somatizuje (zhoršené dýchání).

Vývoj postojů k dosavadním aktivitám a činnostem:

Projevuje strach o činnosti „Co bude s mým obchodem?“ – ukončil své zájmy, o firmě nemluví – **po operaci** plánuje pokračování ve svých zálibách a aktivitách, zájem o nácvik řeči – vzdává se sportovních aktivit, částečně pokračuje v práci.

Vývoj postojů k sociálnímu okolí:

Projevuje zájem o manželku i okolí „Kdo bude trénovat děti?“ „Manželka na to nestačí.“ – **po operaci** nejeví zájem o rodinu a ni okolí - dále nelze zjistit.

Hodnocení změny kvality života:

V práci i při zájmech to vadí. Změna selfkonceptu: nemožnost projevovat svoji extraverci „Kam jsem přišel, všude mě bylo plno...“ – nenaplněné očekávání zlepšení stavu.

6.2 Sledovaný č.2

Z exploračního rozhovoru

Osobní anamnéza:

Pohlaví: muž

Věk: 72 let

Rodinné poměry: rozvedený, dobré vztahy se synem a jeho rodinnou

Zaměstnání: důchodce, dříve montér

Zájmy: myslivost, turistika

Abúzus: kuřák, 40 cigaret

Zdravotní anamnéza:

Objektivně: chronické plicní onemocnění

Aktuální obtíže: několik měsíců zhoršené dýchání, zduření v oblasti krku

Dg.: karcinom hrtanu s metastatickým postižením krčních uzlin

Záznam pozorování

1. Návštěva (sdělení diagnózy) – dg. přijímá relativně klidně a žádá co nejrychleji operaci, se kterou souhlasí. Rozhodování je obtížné vzhledem k plicnímu nálezu.
2. Nutno provést další vyšetření k posouzení plicního nálezu, pacient je netrpělivý. Chce co nejdříve operaci, kterou upřednostňuje před eventuální léčbou na onkologii.
3. Domluven definitivní termín operace. Pacient je spokojený, klidný a chce mít vše za sebou, syn a rodina ho pozitivně motivují a podporují.
4. Operace bez komplikací, následné hojení je spojeno s infekčními problémy plic a průdušnice, hospitalizace se výrazně prodlužuje. Pacient přestává být optimistický, je stále více depresivní, netěší ho ani návštěva rodiny. Chce domů, i když vidí, že má velké problémy. Přestává komunikovat s personálem, nejeví o nic zájem. Začíná být zmatený, neví kde je, balí si věci domů. Dojde k fyzickému konfliktu

se synem, který se mu snaží vysvětlit, že ještě nemůže být propuštěn domů.

5. Po domluvě se synem dovolujeme pacientovi 1 pivo denně a má možnost menších procházek. Začíná se zklidňovat. Zdravotní stav se postupně zlepšuje. Pacient je nešťastný z toho, že nemůže volně chodit venku. Trávil v přírodě velké množství času, chybí mu les a jeho pes. Po 6 týdnech je propuštěn.
6. Při kontrole si stěžuje na obtížné dýchání, jeho největší vášeň (procházky v lese) jsou pro něj velmi náročné, často trpí na záněty průdušnice. Nemožnost komunikace (velmi špatně mluví) ho tolik netrápí. Uvádí, že byl vždy spíše samotář. Má problémy se spánkem. Obtížná je pro něho i komunikace se psem. Svě vášně myslivosti se po opakovaných pokusech znovu začít a získat kondici musel prakticky vzdát.

Metoda SEIQoL

Důležitost daného tématu v %	Životní téma - oč vám v životě jde a oč vám jde především (nejvíce)	Míra spokojenosti v = (v každé řádce od 0 do 100%)
20	Zdraví	15
30	Koníčky - myslivost, pes	10
20	Samostatnost	70
15	Syn	10
15	Životní podmínky	50
Vyhodnocení		29,00

Pozn. Průměrné srovnávací hodnoty jsou u zdravých lidí v rozmezí 77,4 až 82,1 dle věku.

Obsahově kategoriální analýza pozorování

Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy:

Neverbální projevy: klid

Verbálně: žádá, co nejrychleji operaci

Vývoj postoje k diagnóze:

S operací souhlasí - chce rychle termín „*Ať už to mám za sebou*“.

Průběh emocionality:

Netrpělivost – klid, uspokojení se stanoveným termínem operace – **po operaci** úbytek optimismu – depresivita – nespokojenost a smutek – somatizuje (spánkové poruchy).

Vývoj postojů k dosavadním aktivitám a činnostem:

K případné nutnosti změnit dosavadní aktivity se nevyjadřuje - **po operaci** se snaží intenzivně věnovat svým zájmům (procházky v přírodě se psem) – ze zdravotních důvodů své zájmy ukončil.

Vývoj postojů k sociálnímu okolí:

Projevuje zájem o rodinu, přijímá její podporu – **po operaci** její návštěva rodiny netěší – přestává komunikovat i s personálem – fyzický kontakt se synem – upíná se ke svému psu.

Hodnocení změny kvality života:

Nemožnost komunikace s lidmi mu příliš nevadí „*Vždycky jsem byl morous a samotář*“. Změna selfkonceptu: snížené sebevědomí - jako myslivec výrazně negativně hodnotí obtížnost komunikace se psem.

6. 3 Sledovaný č.3

Z exploračního rozhovoru

Osobní anamnéza:

Pohlaví: muž

Věk: 63 let

Rodinné poměry: ženatý

Zaměstnání: řidič

Abúzus: kuřák, 30 cigaret

Zdravotní anamnéza:

Subjektivně: dosud zdrav

Genetickou zátěž: nejuje

Aktuální obtíže: 3 měsíce chrapot

Dg.: karcinom hrtanu

Záznam pozorování

1. Po sdělení diagnózy se psychicky hroutí, pláče, ptá se „proč zrovna já“. „Vždycky jsem měl smůlu“, „můj život stál za hovno“. Na informace, že i přes nepříznivou diagnózu je vzhledem k rozsahu nádoru prognóza příznivá, nereaguje. Život bez hrtanu a nemožnosti komunikace nemá smysl. „Raději zemřu dříve bez léčby, než se stále trápím.“ „K ničemu to není.“ Návštěva ukončena dohodou, že se příště setká lékař s pacientem a rodinou.
2. Rodina (manželka a syn) seznámena s diagnózou a navrhovanou operací. Snaží se na pacienta pozitivně působit. Bohužel pacient argumentuje špatnými zkušenostmi známého s obdobnou diagnózou. Léčbu na onkologii zásadně odmítá.
3. Při třetí návštěvě s operací souhlasí. Návštěva je krátká.
4. Operace je bez komplikací, hojení rovněž. Navrhované pooperační ozáření však odmítá. Argumenty o možné recidivě nebere vážně.
5. Při první kontrole po měsíci udává, že je slabý, eventuální návrat do práce není možný. Obtížně polyká, špatně spí, hůře se mu dýchá. Mluvení se

nedaří, a to jej činí stále více skeptickým. Příliš se nesnaží naučit jícnovou řeč. Ani ukázka pacienta, který je mnoho let po operaci a žije velmi kvalitním životem, mu nepomáhá. Podle sdělení rodiny je uzavřený do sebe, velmi se změnil, o nic nejeví zájem, nikam nechce chodit.

6. Další kontrola po 3 měsících odhaluje metastázu na krku. Je navržena operace mízních uzlin a následně ozáření, se kterým pacient stále nesouhlasí. Stává se definitivně apatickým, je velmi negativně naladěný. S operací nakonec souhlasí.
7. Operace mízních uzlin proběhla bez komplikací, rovněž tak hojení.
8. Je objektivně bez recidivy, ale svůj život hodnotí velmi negativně (po 1 roce). Nic ho nebaví, přátele nemá, nikam nechodí. Má tendenci vyčítat rodině, že ho přemluvili k operaci, neboť život, který prožívá, za to nestojí.

Metoda SEIQoL

Důležitost daného tématu v %	Životní téma-Oč vám v životě jde a oč vám jde především (nejvíce)	Míra spokojenosti v = (v každé řádce od 0 do 100%)
30	Zdraví	25
20	Práce	0
20	Rodina	0
30	Životní podmínky	35
-	Neví	-
Vyhodnocení		18,00

Pozn. Průměrné srovnávací hodnoty jsou u zdravých lidí v rozmezí 77,4 až 82,1 dle věku.

Obsahově kategoriální analýza pozorování

Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy:

Neverbální projevy: pláč

Verbálně: „Proč zrovna já?“ „Vždycky jsem měl smůlu.“ „Můj život stál za hovno.“

Vývoj postoje k diagnóze:

Operaci zásadně odmítá, nesouhlasí ani s léčbou na onkologii. „*Raději zemřu dříve bez léčby, než se stále trápím.*“ – po kontaktu s rodinou s operací souhlasí – odmítá však pooperační péči, ignoruje informace – s druhou operací souhlasí.

Průběh emocionality:

Zoufalství – apatie – **po operaci** skepse, depresivní stavy – apatie, rezignace, negativismus.

Vývoj postojů k dosavadním aktivitám a činnostem:

O zaměstnání ani zájmech nemluví, bojí se nemožnosti komunikovat – po operaci - nesnaží se naučit jícnovou řeč, do práce nenastupuje – nemá o nic zájem, uzavírá se doma.

Vývoj postojů k sociálnímu okolí:

S rodinou je v názorovém rozporu na léčbu – **po operaci** se uzavírá, sociálně se absolutně izoluje a s rodinou je v konfliktu.

Hodnocení změny kvality života:

Nemožnost komunikace vnímá jako zásadní, kvalitu života hodnotí velmi negativně, nic ho nebaví, nemá přátele. Změna selfkonceptu: připadá si vyloučen ze společnosti.

6. 4 Sledovaný č.4

Z exploračního rozhovoru

Osobní anamnéza:

Pohlaví: žena

Věk: 53 let

Rodinný stav: vdaná

Zaměstnání: lékařka, vědecká pracovnice, VŠ pedagog

Zájmy: uvádí pouze povolání

Abúzus: nekuřačka

Zdravotní anamnéza:

Subjektivně: dosud zdráva

Genetickou zátěž: neguje

Aktuální obtíže: 2 měsíce chrapot

Dg.: karcinom hlasivky a doporučena chordektomie (odstranění hlasivky)

Záznam pozorování

1. Při sdělení diagnózy a možnosti léčby parciálním výkonem se chová klidně, bojí se, s operací souhlasí. Neustále se ptá, jak u ní mohlo dojít ke vzniku tohoto onemocnění, není přece „typickým pacientem u této diagnózy“.
2. Operace proběhla bez komplikací, i následné hojení bez problémů. Pacientka je optimistická, těší se domů a do práce.
3. V rámci pooperačního sledování je diagnostikována recidiva a navržena totální laryngektomie. Pacientka se hrouťí, smlouvá a zjišťuje, jestli jsou jiné možnosti léčby. Stává se velmi pesimistickou a žádá čas na rozmyšlenou.
4. S operací nakonec souhlasí, nicméně je pasivní, vše za ní vyřizuje manžel.
5. Operace i hojení bez komplikací. Pobyt v nemocnici bez větších emocí.
6. Kontrola po operaci (1 měsíc) – je ráda, že je doma, ale jinak svůj život hodnotí velmi negativně. Velmi se uzavírá do sebe. Má možnost dále pracovat jako vědecká pracovnice na lékařské fakultě, nemá však o nic zájem.

7. Po několika měsících pacientka stále s nikým nekomunikuje, nemluví, do práce nechodí. Se svým životem není spokojena. Chybí jí především možnost komunikace, má přehnané obavy, že vzbuzuje u okolí soucit a možná i odpor. Nenechá se nikým přesvědčit o opaku. Udává zhoršení polykání a velkou únavnost. Největší zábavou pro ni byla práce, tu však již nemá a svůj život proto hodnotí velmi negativně. Ani v průběhu roku se stav nezměnil, na kontroly chodí pravidelně, ale „jakoby ani nežila“.

Metoda SEIQoL

Důležitost daného tématu v %	Životní téma-Oč vám v životě jde a oč vám jde především (nejvíce)	Míra spokojenosti v = (v každé řádce od 0 do 100%)
35	Práce	0
35	Zdraví	20
10	Rodina	80
10	Životní (ekonomické) podmínky	10
10	Sociální činnost, sociální status	0
Vyhodnocení		16,00

Pozn. Průměrné srovnávací hodnoty jsou u zdravých lidí v rozmezí 77,4 až 82,1 dle věku.

Obsahově kategoriální analýza pozorování

Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy:

Neverbální projevy: relativní klid

Verbálně: „*Jak k tomu u mě mohlo dojít, nejsem přece typickým pacientem této diagnózy?*“

Vývoj postoje k diagnóze:

S parciálním operativním výkonem souhlasí – **po zjištění recidivy** smlouvá a zjišťuje, jestli jsou jiné možnosti léčby, žádá čas na rozmyšlenou – s další operací souhlasí.

Průběh emocionality:

strach – **po operaci** optimismus, po zjištění neúspěšnosti léčby vysoký pesimismus – **po druhé operaci** (v nemocnici) smíření až apatie – radost z návratu domů – postupně se rozvíjející apatie a depresivní stavy.

Vývoj postojů k dosavadním aktivitám a činnostem:

O zaměstnání nejdříve nemluví – **po operaci** se těší do práce – **po druhé operaci** nemá o nic zájem – do práce nenastupuje, přestože může jako vědecká pracovnice dále působit.

Vývoj postojů k sociálnímu okolí:

Pasivita, využívá pomoci manžela – **po operaci** plánuje návrat do pracovního kolektivu – **po druhé operaci** se uzavírá do sebe, s nikým nekomunikuje, nemluví (sociálně se izoluje).

Hodnocení změny kvality života:

Se svým životem je velmi nespokojená: „*jako bych nežila*“. Chybí jí především práce a možnost komunikace, má obavy, že vzbuzuje u okolí soucit a možná i odpor, somatizace: zhoršené polykání a vysoká unavitelnost.

6. 5 Sledovaný č.5

Z exploračního rozhovoru

Osobní anamnéza:

Pohlaví: muž

Věk: 34 let

Rodinné poměry: rozvedený, žije s přítelkyní

Zaměstnání: majitel pekárny

Zájmy: tenis (trenér mládeže), začíná být aktivní v politice na komunální úrovni

Abúzus: kuřák

Zdravotní anamnéza:

Subjektivně: dosud zdrav

Genetickou zátěž: neguje

Aktuální obtíže: bolesti v krku asi 6 měsíců, opakovaně vyšetřován dle spádu

Dg.: karcinom hrtanu

Záznam pozorování

1. Při sdělení diagnózy se hroutí, pláče, je agresivní, chová se velmi hrubě. Nenechá si nic vysvětlit. Opouští ordinaci. Ještě týž den opakovaně telefonuje lékaři a zmateně se ptá na určité detaily týkající se léčby, nečeká však na odpovědi, vše vnímá velmi negativně. Ptá se „proč já“, „v minulosti jsem žil možná nezdravě“ (pravděpodobně užíval návykové látky). Nyní má však přítelkyni, chce se ženit a starat o rodinnou firmu (pekárnu).
2. Druhý den je o něco klidnější, je stále plačtivý a chce slyšet, proč musel onemocnět zrovna on. Smlouvá s lékařem a dokonce nabízí odměnu, když to lékař nějak vyřeší, aby nemusel na operaci a uzdravil se. O totální laryngektomii nechce ani slyšet. Kdyby měl tuto nemoc před 2 roky, nevadilo by mu to, nyní však má velké plány. Je zoufalý. Žádá alternativní způsoby léčení.
3. Souhlasí s léčbou na onkologii, i když byl informován o horší prognóze, než při navrhované operaci.

4. Probíhá léčba na onkologii, pacient žádá kontrolu nálezu v hrtanu – jelikož nádor přetrvává a je stále navrhována operace, je velmi negativní, až agresivní, vinu hledá v okolí. S operací se nechce smířit.
5. Kontrolní vyšetření definitivně ukazuje na neúspěch léčby na onkologii. S navrhovanou operací velmi nerad souhlasí, je si vědom, že jinou možnost už nemá. S rodinou téměř nekomunikuje, do práce nechodí, je skeptický, ničemu nevěří. Snaha o pozitivní ladění (seznámení s jinými pacienty) je neúspěšná.
6. Provedena operace, hojení bez větších komplikací. Pacient je však stále negativní.
7. Na kontroly dochází, ale chová se velmi nepřátelsky i vůči své rodině, své přítelkyni, která ho stále podporuje. Pro své okolí je nesnesitelný. Nechodí ven, se současným stavem se absolutně nevyrovnal a nemá snahu něco změnit. Udává stále bolesti v krku, kanyla jej tlačí, zhoršené polykání, je stále unavený a chce se mu spát. Na přátele, kteří se mu snaží pomoci, rezignoval.
8. Po několika měsících recidiva s meta postižením srdce. Prognóza je velmi nepříznivá. Pacient informován o situaci jen částečně, přesto definitivně upadá do letargie. „*Dělejte se si mnou, co chcete.*“ „*Všechno je mi jedno.*“ Na svou přítelkyni, která ho doprovází, je hrubý. Rovněž se chová velmi agresivně vůči personálu.
9. Přestal chodit na kontroly, z domova nevychází, po několika měsících umírá.

Metoda SEIQoL

Metoda SEIQoL nemohla být u sledovaného č.5 aplikována, neboť předčasně ukončil kontakty se zdravotnickým zařízením.

Obsahově kategoriální analýza pozorování

Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy:

Neverbální projevy: pláč, agresivita, odchod.

Verbálně: projevuje hrubost, dále nonkomunikace, druhý den „*Proč já?*“.

Vývoj postoje k diagnóze:

Prvotní popírání, dále zájem o detaily - smlouvá s lékařem, operaci zásadně odmítá – žádá onkologickou léčbu – s operací stále nesouhlasí – dále není jiné východisko.

Průběh emocionality:

Zoufalství - smutek - **po operaci** skepse, nedůvěra, negativismus - postupná apatie a deprese.

Vývoj postojů k dosavadním aktivitám a činnostem:

Aktuálně plánuje budoucnost s přítelkyní a rodinnou firmou – po operaci do práce nechodí, neochota ke změnám.

Vývoj postojů k sociálnímu okolí:

Chce se ženit - obviňuje okolí - s rodinou přestává komunikovat - nepřátelské projevy vůči rodině i přítelkyni - sociálně se izoluje, nekontaktuje ani přátele, hrubost vůči přítelkyni a personálu nemocnice.

Hodnocení změny kvality života:

Zásadní, dobrovolná absolutní sociální izolace - z důvodu nedocházení na lékařské prohlídky nebylo možné s pacientem vyhodnotit.

7. Diskuze a závěr výzkumné části

Výsledky, které byly dosaženy, lze shrnout následovně:

- Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy měly u sledovaných pacientů podobu pláče, agresivity či relativně klidné reakce. Typická byla otázka: „Proč já?“.
- Diagnóza byla zpočátku většinou popírána a pacienti zásadně nesouhlasili s navrhovaným rozsahem operace. Parciální zákrok byli ochotni připustit. K pozdějšímu souhlasu byli donuceni závažností situace či rodinou. V případě komplikací a nutnosti dalších zákroků byl již souhlas bez prodlevy dáván.
- Co se týká průběhu emocionality, v první vlně se objevovaly pocity zoufalství, strachu a smutku, u kterých následně částečně snížila jejich intenzita. Po prodělaném operativním zákroku jsme se u některých pacientů setkali s částečně optimistickým laděním, které postupně ubývalo. Nastupovaly apatie a prohlubující se depresivní stavy. Často také docházelo k somatizaci na neurotickém podkladu.
- Po sdělení diagnózy byly u sledovaných zjevné obavy z nezbytnosti změnit své životní plány a dosavadní aktivity. Po operaci dochází ke skokovému či postupnému úbytku zájmu o všechny původní činnosti, přestože se jim někteří pokoušeli po určitý časový úsek věnovat.
- Také vývoj vztahu k sociálnímu okolí v průběhu léčby se jeví jako typizovaný, a to tím, že všichni pacienti postupně dobrovolně volili sociální izolaci a všichni muži dospěli i do vyhocené konfliktní situace vůči svým nejbližším.
- Subjektivně je kvalita života po prodělané laryngektomii hodnocena velmi negativně, přičemž jako zásadní je vnímána omezená schopnost až neschopnost verbální komunikace. Přidruženými důvody jsou různá zdravotní omezení a změna sebehodnocení.
- Metoda SEIQoL se osloveným vyplňovala velice obtížně. Tvrdili, že neví, jestli se mají vyjadřovat k tomu, o co usilovali celý život, nebo k tomu, jak to vidí teď, anebo podle toho, co jim za hodnoty může zůstat. Nejtěžším

úkolem pro ně bylo zvolit 5 základních hodnot. Většinou si uvědomovali zhruba 3 až 4, nad pátou museli hodně přemýšlet. Jeden z dotázaných si již pátou hodnotu nevybavil. Na předních místech se převážně umístily hodnoty zdraví, rodina a práce či nějaká jiná činnost. Saturace zdraví se pohybovala v rozmezí 20-25%. Z analýzy pozorování jsme zjistili, že u pacientů přetrvává veliká únavnost a dýchací či polykací problémy. Hodnocení spokojenosti s rodinou souvisí se životním rodinným cyklem pacienta a s mírou jeho negativismu a agrese vůči okolí. Spokojenost s prací je minimální. Většinou pacienti své pracovní aktivity ukončili.

- Výsledné hodnoty hodnocení kvality života jsou velice nízké. Domnívám se, že důvodem jsou specifika onemocnění, které redukcí komunikační schopnosti a také z estetického hlediska pacienty sociálně vyčleňuje. Druhým důvodem je, že všichni dotázaní vykazovali zřetelné znaky reaktivní deprese a v tomto stavu u nich byla metoda aplikována.

Při sběru dat metodou standardizovaného rozhovoru jsem narazila na mnohé komplikace, které byly způsobeny především negativním postojem pacientů z důvodu špatné komunikace následkem jejich závažného onemocnění (ztížená až znemožněná komunikace). Vzhledem ke špatné komunikaci proto někteří raději využili dotazníkovou metodu.

8. Souhrn

Tématem mé diplomové práce je Reakce a chování pacienta po sdělení závažné diagnózy: individuální kvalita života pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. První část obsahuje tři větší kapitoly: Sdělování závažné diagnózy, Kvalita života a Rakovina hrtanu, Carcinom laryngis. V této oblasti jsem nejvíce využila publikací od autorů: Křivohlavý, Kebza, Hybášek a Vokurka. Druhá výzkumná část je založena především na kvalitativní výzkumu metodou SEIQoL, která mapuje kvalitu života lidí. Pozorováním, standardizovaným rozhovorem nebo dotazníkem vlastní konstrukce jsem od pěti onkologických pacientů získala potřebné informace pro následné vyhodnocení jejich individuální kvality života po operaci hrtanu. Ke srovnání jsem použila přehled nejdůležitějších poznatků o kvality života u zdravé populace lidí. O'Boyle, McGee a Joyce (1994) vyčlenili nejčastěji uváděné podněty (cues) pro kvalitu života získané metodou SEIQoL.

10 základních prvků a jejich stupeň důležitosti:

1. Sociální činnost 95
2. Zdraví 91
3. Rodina 89
4. Životní podmínky 80
5. Náboženství 75
6. Finance 25
7. Vztahy 18
8. Nezávislost 16
9. Práce 5
10. Štěstí 5

Bezprostřední reakce na sdělení diagnózy se často projeví pláčem, agresí nebo naopak nepřiměřeným klidem, apatií. Při oznámení nemoci pacient diagnózu většinou popírá a z operací nesouhlasí. Emocionálně se projevuje zoufalství, strach, obava a smutek. Pacient musí přehodnotit své plány a cíle. Budoucnost považuje za nejistou a krátkodobou, dochází k sociální izolaci.

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit kvalitu života nemocného po operaci karcinomu hrtanu pomocí metody SEIQoL a přinést poznatky o

prožívání nemocného s touto diagnózou, což by mělo zlepšit jejich následnou kvalitu života a vyrovnání se s handicapem.

Výsledné hodnoty kvality života byly velmi nízké, protože omezená komunikace a estetické hledisko (slavík) pacienta sociálně zcela vyčleňuje. I přes úspěch vlastní léčby základního onemocnění hodnotí všichni pacienti bez rozdílu svou kvalitu života velmi negativně.

Vzhledem ke specifikaci onemocnění je nutné diagnózu sdělovat v nemocničním prostoru tomu určeném a následná péče by měla vždy probíhat současně ve spolupráci s psychologem (potvrzeno v dotazníkové metodě). Tato spolupráce by měla být dlouhodobá i po ukončení léčení nemocného, tak aby pacient postupně více pozitivně hodnotil kvalitu života.

Seznam použité literatury

1. BASTLOVÁ, H. (1993). Péče o nemocné. Bratislava: Příroda.
2. CRABB, L., ALLENDER, D. (2002), Praha: Psychológia.
3. DRBAL, C. (2008). Budoucnost zdraví a zdravotnictví. Praha: NÚ
4. DRŠTA, J. A KOL. (2010). Foniatrie – hlas. Edice: Medicína hlavy a krku, Havlíčkův Brod: Tobiáš
5. HAHN, A. (2007). Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi. Praha: Grada Publishing.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. (2007). Informovaný souhlas. Praha: Galén.
7. HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. (2006). Otorinolaryngologie. Praha: Karolinum.
8. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. (2002). Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: IDV ZP.
9. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. (1992). Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: IDV ZP.
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. (1978). Základy psychologie. Brno: IDV ZP.
11. JONES, G., MOORHOUS, A. (2010). Jak získat psychickou odolnost. Praha: Grada Publishing.
12. KANTOR, M. (1994). Výchova ke zdraví. Plzeň: ZČU
13. KEBZA, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Akademia.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. (1994). Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. (2006). Psychologie smyslupnosti existence. Praha: Grada Publishing.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. (2001, 2003). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
18. KUBLER-ROSSOVÁ, E. (1992). Hovory s umírajícími. Hradec Králové: Signum unitas.
19. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. (2006). Výchova ke zdravá. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.P.
20. MIOVSKÝ, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
21. MISCONIOVÁ, B. (1996). Péče o umírající, hospicová péče. Praha: Národní centrum DP ČR.
22. OBEREIGNERŮ, R. (2011). Komunikační dovednosti ve službách medicíny. Adamíra.
23. PAULÍK, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada Publishing.
24. PAYNE, J. (2002). Zdraví: hodnota a cíle moderní medicíny. Praha: Triton.
25. SVATOŠOVÁ, M. (1999). Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo.
26. VAŠINA, B. (1999). Psychologie zdraví. Ostrava: Repronis.

27. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. (1998). Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf.
28. VYMĚTAL, J. (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál.
29. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. (2007). Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada Publishing.
30. Získáno:
www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf
31. Získáno:
http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html

Seznam příloh

1. Zadání diplomové práce
2. Abstrakt diplomové práce
3. Abstract of thesis
4. Souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením v rámci FN Pízeň
5. Dotazník vlastní konstrukce
6. Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL
7. Pozvánka k přijetí na operaci
8. Informované souhlasy a poučení pacienta