

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

## Diplomová práce

Bc. Nikola Kalivodová

Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy

Kvalita života u pacientů s nádory hlavy a krku

Olomouc 2019

Vedoucí práce: RNDr. Kristína Tománková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Novém Jičíně dne 10. 6. 2019

Nikola Kalivodová

Děkuji RNDr. Kristíně Tománkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Dále také děkuji MUDr. Ivanu Kalivodovi, MBA za poskytnutí odborných komentářů v oblasti otorinolaryngologie při tvorbě praktické části diplomové práce.

## Obsah

Úvod.....	6
Cíle práce a výzkumné otázky .....	7
1 Nádory hlavy a krku .....	8
1.1 Nádory dutiny ústní .....	11
1.2 Nádory hltanu .....	12
1.3 Nádory hrtanu .....	14
1.4 Nádory štítné žlázy .....	15
1.5 Nádory slinných žláz .....	17
2 Léčba nádorů hlavy a krku.....	18
2.1 Chirurgická léčba .....	19
2.2 Radioterapie.....	20
2.3 Chemoterapie.....	21
2.4 Biologická léčba .....	22
3 Kvalita života .....	24
3.1 Definice kvality života .....	25
3.2 Měření kvality života.....	25
4 Kvalita života spojená se zdravím .....	27
4.1 Zdraví .....	27
4.2 Faktory ovlivňující kvalitu života spojenou se zdravím .....	27
4.2.1 Bolest .....	28
4.2.2 Změny vzhledu.....	30
4.2.3 Poruchy polykání .....	30
4.2.4 Poruchy řeči .....	32
4.2.5 Poruchy chuti .....	32
4.2.6 Psychický stav.....	33
4.2.7 Omezená aktivita.....	35
5 Kvalita života u pacientů s nádory hlavy a krku.....	36
5.1 Formulace problému.....	36
5.2 Cíle a výzkumné problémy.....	36
5.3 Charakteristika souboru.....	37
5.4 Metoda sběru dat .....	37
5.5 Organizace výzkumu .....	37

5.6	Zpracování dat .....	38
6	Výsledky .....	39
6.1	Doménové otázky .....	39
6.2	Globální otázky .....	50
6.3	Otázky důležitosti .....	53
6.4	Splnění cílů .....	56
7	Diskuze .....	66
	Závěr .....	70
	Souhrn .....	72
	Summary .....	73
	Referenční seznam .....	74
	Seznam zkratk .....	79
	Seznam obrázků .....	80
	Seznam tabulek .....	81
	Seznam grafů .....	82
	Seznam příloh .....	83
	Anotace .....	91

## Úvod

Cílem snad každého člověka je žít a prožít kvalitní život. Život, jenž bude smysluplný a jedinec v něm bude spokojený a šťastný. Jak ale tuto skutečnost můžeme měřit, ověřovat nebo porovnávat? A co přesně pojem kvalitní život zahrnuje?

Kvalita života je téma, které se v dnešní době dostává více do popředí a povědomí veřejnosti. I přes tuto skutečnost stále není uvedena jednotná definice objasňující tento pojem. Je to tedy něco, co je komplexním a multidimenzionálním pohledem, který vymezují různé definice. Obecně by se dalo říct, že jde o jakési vlastní vnímání a posouzení životní situace jedince, komunity, společnosti...

Pro tuto práci je směrodatná především oblast kvality života spojená se zdravím. Ta nás dnes zajímá i proto, že se přestáváme zaměřovat na tzv. léčbu za každou cenu. Jde tedy o to, že cílem medicíny již není jen samotné vyléčení nemoci, které je i mnohdy opravdu nereálné, ale také zaměření se na kvalitu života nemocného během a po léčbě.

Jako zdravotní sestru, pracující v onkologickém centru na oddělení otorinolaryngologie, mě v běžném pracovním životě zajímá mimo jiné i kvalita života pacientů, kteří mají onkologické onemocnění hlavy a krku. Jedná se o nejzávažnější diagnózy v tomto oboru, které podstatným způsobem postihují běžné fyziologické funkce, jako je např. polykání, dýchání a žvýkání, nebo radikálně mění vzhled nemocného. A právě s takto nemocnými přicházím do kontaktu denně, tudíž bych ráda pochopila, jak vnímají kvalitu svých životů, a také bych ráda tímto zkoumáním zodpověděla otázky, které mě vždy napadají při práci s onkologickými pacienty. Následně bych touto prací chtěla poznatky předat dále, aby se rozšířilo povědomí o tomto tématu, a to nejen mezi zdravotnickými pracovníky.

Diplomová práce tudíž předkládá teoretické a empirické informace k tématice kvality života u pacientů s nádory hlavy a krku. Teoretická část sumarizuje potřebné poznatky vztahové k onkologickým onemocněním a kvalitě života jako takové. Empirická část se poté snaží objasnit vnímání kvality života u vybraných onkologicky nemocných za pomoci standardizovaného dotazníku.

## **Cíle práce a výzkumné otázky**

### **Hlavní cíl**

Posoudit kvalitu života u pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku.

### **Dílčí cíle**

Zjistit, jak pacienti s nádory hlavy a krku hodnotí celkovou kvalitu svého života.

Zjistit, jak pacienti s nádory hlavy a krku hodnotí kvalitu svého života související se zdravím.

Zmapovat nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy u pacientů s nádory hlavy a krku.

Posoudit do jaké míry se liší kvalita života s nádory hlavy a krku mezi muži a ženami.

### **Výzkumné otázky**

Jak hodnotí pacienti s nádory hlavy a krku celkovou kvalitu svého života?

Jak hodnotí pacienti s nádory hlavy a krku kvalitu svého života související se zdravím?

Které zdravotní problémy se nejčastěji vyskytují u pacientů s nádory hlavy a krku?

Jaké jsou rozdíly ve vnímání kvality života s nádory hlavy a krku mezi muži a ženami?

# 1 Nádory hlavy a krku

*„Nádory hlavy a krku pod sebou skrývají malignity z oblasti spadající do kompetence otorinolaryngologie, ...“ (Tomášek, 2015, str. 164).*

Do skupiny nádorů hlavy a krku patří nádory rtů, dutiny ústní, jazyka, dutiny nosní, paranazálních dutin, epifaryngu, orofaryngu, hypofaryngu, laryngu, slinných žláz a ucha. V poslední době se zde řadí i nádory štítné žlázy. Tato nádorová skupina je definována svou anatomickou lokalizací, která ovlivňuje i závažnost celého onemocnění. Bohužel nádory hlavy jsou záludné tím, že mohou být dlouho bezpříznakové, nebo mohou vypadat pouze jako nezávažná chronická zánětlivá onemocnění. Nejčastěji těmito nádory bývá postiženo polykání, řeč či dech (Adam, 2004).

Méně častými nádory v ORL oblasti jsou nádory parafaryngu, krční části jícnu, sarkomy, lymfomy, nádory slzných cest, paranazálních dutin, mostomozečkového koutu a středního ucha. Tyto nádory se vyskytují zřídka, a proto nemocné s těmito typy nádorů na ORL a chirurgii hlavy a krku v Novém Jičíně neléčíme ani nedispenzarizujeme. Nemocní jsou sledováni na vyšších pracovištích. Naopak nejčastějšími nádory hlavy a krku jsou nádory kůže, avšak ty bývají zachyceny v nízkých klinických stádiích, tudíž jsou vyřešeny jednoduchými chirurgickými zákroky a nevyžadují další ORL léčbu, a jsou pouze pravidelně sledováni na kožních ambulancích.

Výskyt nádorů hlavy a krku souvisí s expozicí určitým rizikovým faktorům. Nejčastěji se jedná závislosti na alkoholu a nikotinu (konzumace myšlena kouřením, žvýkáním i šňupáním) - zvláště pak jejich kombinace, špatná hygiena dutiny ústní, kouření marihuany, malnutrice, virus HPV 16 a 18 (jako následek současných změn v sexuálních praktikách), EB virus, konzumace slaných ryb a solených uzenin, ionizační záření, profesní faktory - dřevný prach, těžké kovy atd. (Vorlíček, 2006).

Tomášek (2015) pro názornost uvádí, že typickým pacientem s karcinomem dýchacích či polykacích cest v ORL oblasti je muž nad 50 let, který má nižší socioekonomické zázemí, špatnou hygienu dutiny ústní a nezdravě se stravuje. Navíc je zároveň kuřák i alkoholik, který tráví svůj čas ve špatně ventilovaných prostorech a zakouřených místnostech.



Incidence nádorových onemocnění hlavy a krku v našich zeměpisných šířkách vzrostla za posledních 30 let na téměř dvojnásobek. Obecně například v USA se incidence nových onemocnění lehce snižuje, zato situace v Evropě a Asii je horší a vina se přičítá malému úspěchu protikuřáckých kampaní. „V Evropě je ročně zjištěno přibližně 150 000 nových případů, 70 000 jich umírá“ (Tomášek, 2015, str. 164).

Většina maligních tumorů hlavy a krku vychází z povrchového epitelu. Nejčastěji se vyskytujícím histologickým typem nádoru je tedy dlaždicobuněčný (spinoelulární) karcinom a představuje až 90 % všech tumorů. Nazální a paranazální dutiny postihuje nejčastěji adenokarcinom. Dalšími histologickými typy maligních tumorů v oblasti ORL jsou adenoidně-cystické karcinomy, mukoepidermoidní karcinomy, lymfoepiteliomy, lymfomy, melanomy, sarkomy a extramedulární plazmocytomy (Adam, 2004).

Příznaky nádorových onemocnění vyskytujících se v ORL oblasti se liší lokalizací samotného onemocnění. Mezi projevy tak mohou patřit slizniční léze (ztluštění až okem viditelný vředový útvar), chrapot či kašel trvající déle než 3 až 4 týdny, dysfonie, dysfagie, odynofagie, bolesti krku, foetor ex ore, krev ve slinách, hemoptýza, obstrukce dýchacích cest, nosní neprůchodnost, zápach z nosu, epistaxe, exoftalmus, poruchy zraku, čichu, sluchu, zduření na patře či tváři a nebolestivé rezistence na krku. To je výčet pouze nejčastěji se objevujících symptomů doprovázejících malignity v této oblasti (Tomášek, 2015).

V rámci diagnostiky nádorů hlavy a krku je nutností podrobné ORL vyšetření včetně endoskopie s odběrem vzorku. K běžnému ORL vyšetření používáme speciální nástroje, jako jsou ústní lopatky, laryngální zrcátka, nosní zrcátka, ušní zrcátka, a to vše za přítomnosti světelného zdroje. Mezi endoskopie prováděné v otorinolaryngologii řadíme epifaryngoskopii, přímou hypofaryngoskopii a laryngoskopii, dále flexibilní laryngoskopii a také otoskopii a otomikroskopii. Odběr vzorku suspektní nádorové tkáně provádíme buď v místní, nebo v celkové anestezii. Vždy záleží na umístění nádoru a na schopnosti spolupráce nemocného. Vždy se snažíme odebrat dostatečně velký vzorek pomocí ostrých nástrojů, aby nedocházelo ke zhmoždění samotné tkáně. V diagnostice nesmí chybět také anamnéza, získaná od nemocného nebo rodiny. V anamnéze se klade důraz na faktory související s možným vznikem nádorového onemocnění v oblasti hlavy a krku. Ptáme se na výskyt nádorového onemocnění u pokrevních příbuzných a pátráme po možných etiologických činitelích (kouření, alkohol, ozařování, imunosupresivní léčba, expozice

toxickým vlivům a slunečnímu záření). Zajímají nás i sexuální zvyklosti, protože mohou mít význam především u HPV pozitivních nádorů. Důležité jsou i veškeré příznaky, které získáme od nemocného anamnesticky a mohou nás upozornit na přítomnost zhoubného onemocnění v oblasti polykacích a dýchacích cest (Smilek, 2015).

Nesmíme opomenout na zobrazovací vyšetření. Zde se využívá ultrasonografie (USG), která může pomoci odhalit povrchově uložené tumory a lymfadenopatii. Při hodnocení lymfatických uzlin krku pomocí ultrazvukového vyšetření sledujeme tyto ukazatele: změny struktury uzliny, krevní zásobení uzliny, ohraničení uzliny a také samotný tvar a velikost dané uzliny. Dále provádíme počítačovou tomografii (CT) či magnetickou rezonanci (MR), které nám zobrazí rozsah postižení a vztah tumoru k okolním strukturám. CT vyšetření nemá tak vysoký kontrast jako USG nebo MR, ale velmi dobře zhodnotí destrukci kostěných struktur a umožní nám hodnocení primárního tumoru a posouzení lymfatických uzlin. Oproti tomu MR poskytuje detailní informace o lokalizaci a morfologii primárního nádoru a změnách ve struktuře okolní tkáně. Vyšetření MR umožňuje ještě vyšší přesnost stanovení TNM klasifikace maligních onemocnění. Ne vždy, ale u nejasných nálezů na CT či MR, můžeme využít vyšetření pomocí pozitronové emisní tomografie (PET). Toto vyšetření bývá indikováno při pátrání po primárním ložisku u nemocného, který má metastázy v krčních uzlinách nebo také k upřesnění rozsahu a stádia již diagnostikovaného nádoru (Smilek, 2015). Definitivní diagnostika je vždy stanovuje až na podkladě histologického vyšetření, a to bez ohledu na výsledky klinických a zobrazovacích metod. Pokud se diagnóza maligního onemocnění potvrdí, je nutné doplnit k vyloučení vzdálené diseminace RTG plic, USG jater, laboratoř a stomatologické vyšetření (Tomášek, 2015).

Tak jako v jiných oborech, i v otorinolaryngologii je důležitá úzká klinicko-patologická spolupráce. Úkolem ORL lékaře je srozumitelná a jednoznačná orientace resekátu a hlavním úkolem histopatologa je poté správné rozpoznání histologického typu nádoru, neboť je to nezbytné pro volbu optimálního způsobu další léčby nemocného.

Dnes se k určení rozsahu nádorových onemocnění využívá klasifikace TNM. Jedná se tedy o jeden ze základních mezinárodních klasifikačních systémů používaných v onkologii. Tento systém byl vyvinut mezi roky 1943 a 1952 francouzským chirurgem Pierrem Denoixem. Samotné určení rozsahu nádorového onemocnění pomáhá při plánování léčby, napomáhá při hodnocení léčebných výsledků, poskytuje údaje při prognóze onemocnění, usnadňuje výměnu informací mezi léčebnými centry, přispívá

k průběžnému výzkumu zhoubných nádorů, podporuje aktivity v oblasti kontroly a dohledu nad nádorovými onemocněními. TNM systém je založen na hodnocení tří následujících složek. T značí rozsah primárního nádoru, N nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách a M nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz (Sobin a Wittekind, 2004). V současné době je platné 8. vydání klasifikace, jehož česká verze byla vydána v roce 2018.

## 1.1 Nádory dutiny ústní

K dutině ústní řadíme rty, tváře, zuby, alveolární výběžky horní a dolní čelisti, jazyk, spodinu dutiny ústní, měkké a tvrdé patro. Podle Smilka (2015) se tyto nádory vyskytují častěji u mužů a incidence nádorů dutiny ústní byla v roce 2010 v České republice 4,5 případu na 100 000 obyvatel. Tyto čísla u mužů odpovídají evropskému průměru, ovšem incidence u žen je téměř dvojnásobná. K hlavním rizikovým faktorům pro vznik karcinomu dutiny ústní patří kouření cigaret, alkohol, virové infekce, genetické faktory, profesionální vlivy, nesprávná životospráva, příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině, konzumace konopí a špatný stav ústní hygieny a zubů.

Dutina ústní patří k místům, která jsou lehce přístupná jak pro lékaře, tak pro nemocného. I přesto jsou tyto nádory často diagnostikovány až v pozdních stádiích nemoci vzhledem k chudé symptomatologii a podceňování příznaků ze strany nemocného. K nejčastějším symptomům nádorů dutiny ústní patří nehojící se slizniční ulcerace, pocit cizího tělesa, dysfagie, odynofagie, otalgie, dysartrie, foetor ex ore, krvácení, ankylostoma, dušnost, úbytek tělesné váhy a zduření na krku. Výskyt uzlinových metastáz nádorů dutiny ústní je diagnostikován u 15-75 % nemocných, v závislosti na stádiu onemocnění a lokalitě primárního nádoru.

- Karcinom alveolárního výběžku – Projevuje se bolestí při kousání, intermitentním krvácením až ztrátou zubů. Známkou hluboké infiltrace a pokročení nádoru je vznik ankylostomatu nebo porucha citlivosti rtů a dentice.
- Karcinom spodiny dutiny ústní – Je nebolestivý, dochází k rychlé infiltraci růstu do okolních struktur a důsledkem je porucha hybnosti jazyka, problematické kousání, posun stravy a porucha artikulace.
- Karcinom orální části jazyka – Začíná jako malá granulace nebo ulcerace na povrchu jazyka. Může být nebolestivá a při dalším růstu dochází k infiltraci

hlubokých svalů jazyka a poruše hybnosti. Toto doprovází obtížné polykání a mluvení, bolesti se postupně prohlubují, dochází k propagacím do krku a ucha.

- Karcinom bukální sliznice – Projevuje se exofytickou slizniční lézí, která je v počátcích nebolestivá a při hlubší infiltraci dochází k narušení pterygoidních svalů. To se projeví omezeným otevíráním úst (Smilek, 2015).

K diagnostice karcinomů dutiny ústní patří kromě jednotlivých vyšetřovacích metod i odběr anamnézy od nemocného. Velký význam má také palpační vyšetření, které nám může pomoci určit rozsah infiltrace nádorem a stanovit tak hranice pro případné chirurgické resekce. Endoskopie provádíme pouze tehdy, je-li diagnostika nádorů hůře přístupná přímé aspekci a nezapomínáme na biopsii postižené tkáně a provedení zobrazovacích vyšetření (USG, RTG, CT, MR, PET).

## 1.2 Nádory hltanu

Hltan je asi 13 cm dlouhá svalová trubice umístěná před krční páteří sahající od dna lebky až po plynulý přechod do jícnu. Je to orgán, který se podílí na polykání a dýchání a bývá k němu klinicky i funkčně přiřazena hraniční oblast mezi polykacími a dýchacími cestami (jazyková plocha epiglottis). Hltan dělíme na 3 části: nazofarynx, orofarynx a hypofarynx (Profant, 2000).

- Nazofarynx neboli nosohltnan je nosní část hltanu, která je nejprostornější a má kubický tvar. Nosohltnan je řazen k dýchacím cestám. Horní hranicí je spodina lebky a dolní hranicí je pomyslná čára v úrovni dolního okraje měkkého patra.
- Orofarynx je ústní část hltanu a začíná od úrovně dolního okraje měkkého patra a končí přibližně v úrovni těla jazyky.
- Hypofarynx je hrtanová část hltanu, která sahá od horního okraje jazyky po dolní okraj prstencové chrupavky a tam přechází v jícen (Smilek, 2015).

Incidence nádorů v České republice byla v roce 2010 podle Smilka (2015) u orofaryngu 4,6 případu na 100 000 obyvatel a u nosohltnanu 0,6 případu na 100 000 obyvatel. Nádory se opět vyskytují častěji u mužů, v poměru k ženám je to u orofaryngu 4,2 a u nosohltnanu 2,3. Karcinomy nosohltnanu se mezi všemi nově diagnostikovanými malignitami nacházejí na 23. místě v celosvětové incidenci.

Rizikové faktory pro vznik karcinomu hltanu jsou totožné jako u dutiny ústní. Oddělenou problematiku ale představují karcinomy nosohltnanu, protože tam převažují

genetické faktory (rodinný výskyt). Příbuzní v první linii mají 4 - 10 krát vyšší riziko pro vznik tohoto onemocnění nebo vznik dalších malignit. Dalším významným faktorem je infekce EBV. Tato infekce je klíčová pro vznik karcinomu nosohltanu v doprovodu environmentálních faktorů. Mezi tyto faktory řadíme konzumaci solených sušených ryb a další podobně upravované potraviny. Důležitý je i věk, kdy byla zahájena konzumace této potraviny (Smilek, 2015).

Jako symptomy, které mohou signalizovat výskyt nádoru hltanu, uvádí Profant (2000) bolest při přijímání potravy (kousání, polykání), dysfagie, bolesti v hrdle, pocit plnosti v hrdle, krvavé sputum, pálení jazyka, zahleněnost, foetor ex ore, porucha slinotvorby, porucha dechu, porucha řeči a chrápání. Projevy se liší v závislosti na přesné lokalizaci nádoru.

Velkou skupinou nádorů jsou karcinomy orofaryngu:

- Karcinom patrové tonzily – Představuje asi 75 % všech nádorů orofaryngu. Malé nádory jsou bezpříznakové, jen 25 % nemocných přichází se zduřením na krku. Pokud nádor dále roste, objevuje se dysfagie, otalgie, odynofagie až krvácení z polykacích cest. Pokud nádor prorůstá do dolní čelisti a nervových struktur, způsobuje bolest čelisti, vypadávání zubů, poruchy citlivosti až omezené otevírání úst.
- Karcinom kořene jazyka – Jedná se o agresivní formu karcinomu, který je v počátečních stádiích asymptomatický, poté přichází dyskomfort v krku a pocit cizího tělesa. Častým prvním příznakem je krční lymfadenopatie (u 60 % nemocných). K pozdním příznakům řadíme dušnost, dysfonii, krvácení a foetor ex ore.
- Karcinom zadní a laterální stěny hltanu – Jde o nejvzácnější lokalitu, kdy nádor bývá navíc odhalen až v pozdním stádiu. Prvním příznakem bývá krční lymfadenopatie (20 % nemocných), dále dysfagie, odynofagie, otalgie, hubnutí, při šíření do nosohltanu i nosní obstrukce, epistaxe a změněná nosní sekrece.
- Karcinom měkkého patra – Tento typ nádoru je symptomatický už od časného stádia a je dobře přístupný běžnému ORL vyšetření. Jde o 15 % orofaryngeálních karcinomů. Mezi příznaky patří bolest s odynofagií, huhňavost, zaskakování potravy do nosu, nosní obstrukce nebo krvácení.

Karcinomy nosohltanu jsou skupinou, kdy časné příznaky bývají nespecifické a nevýrazné. Tato oblast je špatně přístupná klinickému vyšetření, a proto bývá karcinom nosohltanu diagnostikován až v pokročilém stádiu. Prvním příznakem je zduření na krku, dále se vyskytuje ušní symptomatologie. Zde patří pocit plnosti ucha, převodní sluchová porucha a tinnitus. Dalším příznakem je nosní symptomatologie, kam patří nosní obstrukce, patologická nosní sekrece, uzavřená rinolálie, recidivující epistaxe a foetor. Nádory nosohltanu doprovázejí i poruchy polykání, krční metastázy, neurologická symptomatologie (obličejové bolesti, hypestézie, cefalea, poruchy hybnosti bulbu a diplopie), oční symptomatologie (bolest v krajině orbity, patologické zduření v oblasti víček, zvýšené slzení, protruze bulbu, oftalmoplegie, diplopie a poruchy vidění) a výskyt vzdálených metastáz. Ty poskytují nejčastěji kosti, plíce a játra (Smilek, 2015).

U diagnostiky malignit hltanu se opět uplatňuje odběr anamnézy nemocného, klinické vyšetření, zobrazovací metody a v neposlední řadě endoskopie s biopsií.

### **1.3 Nádory hrtanu**

Karcinomy hrtanu představují nejzávažnější onkologický problém v otorinolaryngologii. Na rozdíl od řady států Evropy (včetně Slovenska) a Ameriky se u nás za poslední léta výskyt nezvyšuje, pouze nepatrně přibývá žen (Hybášek, 1999). Ovšem většinu těchto nemocných tvoří muži, nejčastěji kolem 50. a 60. roku života. Nejčastěji jde o kuřáky, kteří pravidelně konzumují alkohol a pocházejí z nižších sociálních vrstev společnosti. Fyzický věk těchto nemocných je zpravidla pokročilejší než jejich reálný věk. Prognóza onemocnění závisí na stanovení včasné diagnózy a následné léčby. Bohužel většina nemocných s nádory hrtanu přichází k lékaři pozdě, protože podceňují časné příznaky nemoci. Nejčastější důvod návštěvy lékaře bývají dýchací potíže, kdy je už nutné udělat nemocnému tracheostomii (Profant, 2000).

Hrtan neboli larynx je nepárový orgán a zároveň složité ústrojí, které slouží k dýchání, uzavěru průdušnice a tvorbě hlasu. Patří k dolním cestám dýchacím a je uložen ve střední části krku před hypofaryngem. Jsou zde uloženy i dvě proti sobě se pohybující hlasivky.

Pouze 10 % těchto nádorů začíná na podkladě dříve zjištěné prekancerózy, zbytek případů vzniká náhlým zvratem s krátkou anamnézou. Nejběžněji jde o různě zralé formy dlaždicobuněčného karcinomu (Hybášek, 1999). Karcinomy hrtanu se liší svými příznaky

podle lokalizace primárního nádoru a stádia onemocnění. V počátečních stádiích karcinomu glottis sledujeme u nemocných výskyt chrapotu, u karcinomu supraglottis zaznamenáváme polykací potíže a pocit cizího tělesa v krku a karcinom subglottis bývá dlouhou dobu asymptomatický. V dalších stádiích onemocnění se setkáváme s výskytem příměsí krve ve sputu, polykací a dechové obtíže, odynofagii a exulcerace na krku (Vorlíček, 2006).

- Glotické nádory – Jde zhruba o polovinu hrtanových karcinomů v ČR. Tyto nádory rostou nejprve exofyticky, poté i infiltrativně. V případě růstu do hlasivky, může docházet k jejímu znehybnění. Objevuje se zde chrapot, který pomáhá zajistit včasné stanovení diagnózy.
- Supraglotické nádory – Tento typ onemocnění tvoří druhou polovinu hrtanových karcinomů v ČR. Zde se vyskytuje časně metastazování do do spádových krčních uzlin, díky bohatému cévnímu a lymfatickému zásobení.
- Infraglotické nádory – Tato oblast je pro karcinom nejméně častá (méně než 3 % všech hrtanových malignit). Karcinom metastazuje do spádových krčních uzlin a vzdálené metastázy se objevují nejčastěji v plicích a játrech (Hybášek, 1999).

Ke stanovení diagnózy nádoru hrtanu využíváme odběr anamnézy a nepřímou i přímou laryngoskopii s biopsií. Dále opět pro stanovení rozsahu onemocnění provádíme USG, CT či MR a popřípadě i vyšetření PET.

#### **1.4 Nádory štítné žlázy**

Malignity štítné žlázy mají ve světě trvale narůstající incidenci. Karcinomy štítné žlázy vznikají nejčastěji mezi 40. a 50. rokem života. Méně často, ale přesto ne výjimečně, se vyskytují i u dětí, dospívajících či starých lidí. Tyto nádory tvoří až 90 % všech karcinomů endokrinních žláz. Krška (2014) uvádí, že v letech 1979 až 2009 incidence zhoubných nádorů štítné žlázy stoupla v ČR u žen z 3,33 na 14,26 případů na 100 000 obyvatel. Zato nárůst u mužů nebyl tak výrazný, šlo o vzestup z 1,2 na 4,3 případy na 100 000 obyvatel. V tomto sledovaném období bylo zjištěno, že nejvíce případů se vyskytuje u obyvatel Olomouckého a Zlínského kraje a nejvyšší mortalita byla hlášena z Plzeňského kraje.

Skupina karcinomů štítné žlázy pod sebe zahrnuje několik typů těchto zhoubných onemocnění.

- Papilární karcinom – Je nejčastější malignitou štítné žlázy. Vyskytuje se familiérně, asi 3-4 x častěji u žen a diagnostikován bývá mezi 34. a 40. rokem života. Častěji se také vyskytuje u jedinců s Hashimotovou thyreoiditidou nebo u jedinců, kteří jsou 10-20 let po ozařování hlavy a krku. Symptomy doprovázející papilární karcinom jsou hemoptýza, chrapot, porucha polykání a postižení krčních uzlin. Tento nádor ve většině případů dobře reaguje na léčbu.
- Folikulární karcinom – Jde o druhou nejčastější malignitu štítné žlázy, která se vyskytuje ve větší míře hlavně v oblastech s endemicky nižším příjmem jódu ve stravě. Postihuje až 3 x častěji ženy a diagnostikován bývá mezi 40. a 60. rokem života. Folikulární karcinom téměř nepostihuje lymfatické uzliny, ale tvoří vzdálené metastázy (až 20 % případů) v plicích a kostech.
- Medulární karcinom – Představuje u 75 % případů velmi agresivní onemocnění, které se objevuje ve vyšším věku. Prognózu tohoto karcinomu značně zhoršuje postižení lymfatických uzlin, protože u zhruba poloviny nemocných s postižením lymfatických uzlin byly prokázány také další vzdálené metastázy (játra, plíce, skelet).
- Anaplastický karcinom – Vyskytuje se hlavně v oblastech s endemickou strumou, postihuje starší osoby (maximální výskyt je u osob mezi 60. a 80. rokem života) a nejčastěji ženy. U tohoto onemocnění dochází k velmi rychlému šíření do okolí, lymfatických uzlin i vzdálených orgánů. S ohledem na prognózu onemocnění se jedná o nejhorší typ malignity štítné žlázy a celkově představuje jednu z nejagresivnějších malignit vůbec, protože doba přežití je uváděna na 6-24 měsíců (Krška, 2014).

Diagnostika karcinomů štítné žlázy probíhá následujícím způsobem. Důležitá je opět anamnéza odebraná od nemocného, dále se zde ale připojuje fyzikální vyšetření štítné žlázy. Zde patří vyšetření pohledem, které nám umožňuje sledovat změny ve velikosti strumy. Dále zde řadíme vyšetření pohmatem a to nám umožňuje vidět směr a rozsah pohybu štítné žlázy, případně i zvětšení uzlin. Provádíme také měření obvodu krku, které je významné pro sledování dynamiky onemocnění a vyšetření poslechem, které umožňuje zaznamenat přítomnost hypervaskularizace. Z ORL vyšetření se klade důraz na nepřímou laryngoskopii a endoskopii k posouzení pohyblivosti hrtanu. Dalším důležitým vyšetřením, které provádíme v rámci stanovení diagnózy karcinomu štítné žlázy je sonografie krku. V porovnání s ostatními zobrazovacími vyšetřeními se jedná o velmi levnou, ale efektivní



metodu, kterou je možno provádět v libovolném počtu vyšetření, aniž by to ohrozilo nemocného. Další výhodou tohoto vyšetření je neinvazivnost a eliminace radiační zátěže. Dalším prováděným vyšetřením je scintigrafie. Jde o zobrazovací metodu, kdy se podává radionuklid a na základě jeho metabolismu se diagnostikují funkce štítné žlázy. Také můžeme vyšetřovat nemocného pomocí CT, MR a PET. Posledním vyšetřením, které se běžně u diagnostiky malignit štítné žlázy provádí je tenkojehlová biopsie (FNB). Jde o invazivní metodu, při které se získává buněčný materiál. Využívá se metody s aspirací či bez. FNB přináší mnohdy nejvýznamnější výsledek s ohledem na další léčbu nemocného (Astl, 2013).

### **1.5 Nádory slinných žláz**

Systém slinných žláz tvoří tři velké párové slinné žlázy. Jedná se o příušní slinnou žlázu (*glandula parotis*), podčelistní slinná žláza (*glandula submandibularis*) a podjazyková slinná žláza (*glandula sublingualis*). Největší z těchto žláz je žláza příušní, poté žláza podčelistní a nejmenší je žláza podjazyková, která se skládá z 10 až 12 menších žláz. Kromě těchto velkých slinných žláz existuje i několik stovek až tisíc malých slinných žláz, které jsou uloženy ve sliznici dutiny ústní, hltanu a měkkého patra (Profant, 2000).

K nejčastěji se vyskytujícím nádorům slinných žláz patří mukoepidermoidní karcinom, adenoidně cystický karcinom, maligní smíšený tumor a karcinom z acinárních buněk (Mačák, 2012).

Malignity slinných žláz se obvykle projevují pozvolna rostoucím zduřením v místě žlázy, které je dlouhou dobu nebolestivé a fixované. Podle lokalizace nádoru se může vyskytovat i obrna lícního nervu nebo parestezie. Některé karcinomy ovšem mohou být skryté, jejich prvním příznakem tak bývá až regionální metastáza (Adam, 2004).

Pro diagnostiku zhoubných nádorů je rozhodující sialografie. Jde o rentgenologické vyšetření vývodů velkých slinných žláz, které se nasondují a následně vyšetří pomocí aplikované kontrastní látky. Provádíme opět CT, USG, aspirační biopsii a nezapomínáme na důležitost ORL vyšetření a získání anamnézy (Hybášek, 1999).

## 2 Léčba nádorů hlavy a krku

Maligní nádorové onemocnění je chorobným stavem, který je charakterizovaný nekoordinovaným růstem abnormálních buněk. Ty se postupně šíří do okolních tkání, pronikají do mízního a krevního systému a postihují vzdálené orgány. Petruželka (2003) uvádí, že ve většině rozvinutých zemí je zhoubné nádorové onemocnění na druhém místě v příčinách úmrtí.

V léčbě nádorových onemocnění pozorujeme v posledních dekádách změny. Dříve používané metody, jako je operace a radioterapie, se navzájem kombinují a přístup k léčbě je tak jednoznačně multidisciplinární. Začleňuje se chemoterapie a využívají se speciální frakcionační režimy v oblasti radioterapie. Celkově se v léčbě klade velký důraz na kvalitu života nemocných a sleduje se tak poměr mezi účinkem léčby a její toxicitou, protože záměrem nových léčebných metod je zlepšení účinnosti samotné léčby za současného udržení její toxicity na akceptovatelné úrovni (Tomášek, 2015).

Před zahájením terapie je vhodné stanovit léčebné cíle. Tyto cíle by měly být reálné a uskutečnitelné. Mnohdy se i přesto stává, že původně vytyčený cíl se stane nereálným a neuskutečnitelným a musí se změnit celá léčebná strategie. Tyto cíle v praxi označujeme jako kurativu, paliaci a symptomatiku. Kurativní léčba má za úkol zbavit nemocného nádorového onemocnění a uzdravit jej. Paliativní léčba usiluje o zlepšení, nebo alespoň o zachování dosavadní kvality života nemocného. Touto léčbou můžeme tedy prodloužit život nemocným, ale už je nemůžeme vyléčit. Posledním typem léčby je léčba symptomatická a ta nám pomáhá zmírnit stávající obtíže, které často doprovázejí základní onemocnění (Petruželka, 2003).

O způsobu léčby rozhodují jisté faktory. Jde o pokročilost nádoru (hodnocení pomocí TNM klasifikace), jeho histologický typ a lokalizace, věk nemocného, jeho celkový stav a kvalita života po léčbě (Adam, 2004). O dalším postupu léčby rozhoduje specializovaná ORL onkologická komise, která se skládá z otorinolaryngologa, rentgenologa a patologa. Zásadní je i samotné přání nemocného, který je vždy důkladně informován o možnostech a typech léčby. Například pokud se ORL onkologická komise přikloní k operační léčbě a následné radioterapii, ale sám nemocný operační léčbu nebude chtít podstoupit, lékaři jej musí informovat o rizicích, které vyplývají z odmítnutí léčby. Nikdo ovšem dále nemocného nenutí a jeho rozhodnutí musí být respektováno.

## 2.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba zaujímá významné místo v terapii nádorových onemocnění, neboť byla první, která se dokázala s maligními nádory potýkat a léčit je k úplnému uzdravení nemocného. Např. nemocní s nádorem, který je dosud nerozšířený v organismu a lze jej radikálně odoperovat, mají šanci na úplné uzdravení. Běžně se v chirurgické léčbě bavíme o tzv. operabilitě a inoperabilitě, tedy o stavech, které můžeme a nemůžeme operovat. Inoperabilitu můžeme dělit na chirurgickou a onkologickou. Chirurgická inoperabilita nastává z příčin nádoru a jeho umístění (umístění v oblasti, kterou nelze operovat, generalizace nádoru, atd.) nebo z interních příčin (vysoký věk nemocného, nemožnost podání celkové anestezie, atd.). Oproti tomu onkologická inoperabilita může být zapříčiněna generalizovaným nádorovým procesem, nádory lokálně pokročilé, kde je velká pravděpodobnost založených mikrometastáz a také typy nádoru, které jsou pro svou biologickou povahu nevhodné operovat (Petruželka, 2003).

Před začátkem samotné terapie je vhodné určit si cíl, kterého chceme léčbou dosáhnout. Tímto postupem odlišujeme principy chirurgické terapie. O radikalitě samotného výkonu se vyjadřuje již operátor, ale konečné slovo má vždy až histopatolog. Operace s kurativním záměrem mají za cíl vyléčení nemocného, tudíž odstranit nádor a vyloučit recidivu. Tento typ léčby je ale podmíněn lokoregionálně omezeným růstem nádoru a nejlépe i omezeným metastazováním. Snahou je provedení různých resekcí, exstirpací nebo amputací a to tak, že se nádor odstraní až do zdravé tkáně (R0 – resekce). Oproti tomu operace s paliativním záměrem neřeší odstranění nádoru jako celku, ale pouze zabraňuje vzniku symptomů, odstraňuje je nebo alespoň zmírňuje u stavů, které jsou inoperabilní (Becker, 2005).

Nejběžnějšími onkochirurgickými výkony prováděnými v otorinolaryngologii jsou blokovaná krční disekce, parciální faryngektomie, totální thyreidektomie, parotidectomie, totální nebo parciální laryngektomie, resekce jiných tumorů měkkých tkání (dutina ústní, malé slinné žlázy, parafaryng) a vzácně tvrdých tkání (středouší, paranazální dutiny, dolní čelist).

Principem léčby nádorů v ORL oblasti je tedy dosažení co nejradikálnějšího odstranění a dosažení maximálního léčebného výsledku s minimálním funkčním poškozením (problémy s příjmem stravy, dechové obtíže a problémy s mluvením či

slyšením). Vždy je tedy nutné brát ohled na možné poškození nemocného vyplývající z operačního výkonu a také obecně na jeho kvalitu života (Vorlíček, 2006).

## 2.2 Radioterapie

Radioterapie je metoda onkologické léčby, která využívá ionizující záření k léčbě nádorových a vybraných nenádorových onemocnění. Tuto léčbu podstupuje více než polovina onkologicky nemocných (Tomášek, 2015).

Objev a možnost využití rentgenových paprsků umožnilo zcela nový způsob protinádorové léčby. S postupem času se zlepšovala ozařovací technika, zaváděly se nové zdroje ionizujícího záření, které měly větší účinnost na nádor a mnohem méně poškozovaly okolní zdravé tkáně. V neposlední řadě se zdokonalovaly i celkově metody plánování radioterapie (Klener, 2013).

Radioterapii lze rozdělit podle léčebného záměru na kurativní (radikální), paliativní, neoadjuvantní, adjuvantní a intraoperační. Kurativní radioterapie má za cíl zničení všech nádorových buněk a v ORL oblasti se využívá pro počáteční stádia onkologických onemocnění. Opakem je paliativní radioterapie, která již nemá za cíl vyléčit nemocného, ale odstranit nebo alespoň zmírnit symptomy pokročilého onemocnění (např. bolest). Neoadjuvantní neboli předoperační radioterapie se snaží zmenšit rozsah nádoru a umožnit tak následný operační výkon, a naopak adjuvantní radioterapie probíhá po samotném chirurgickém výkonu a řeší ozáření reziduálního nádoru. Intraoperační typ radioterapie se používá během operace, kdy ozáření probíhá na operačním sále a aplikuje se vysoká dávka přímo do nádoru v operačním poli. Dalším rozdělením radioterapie je podle polohy zdroje záření, tedy rozdělní na zevní radioterapie a brachyterapie. K zevní radioterapii se využívá přístroj, který se nazývá lineární urychlovač. Oba typy lze použít samostatně nebo se navzájem kombinují (Tomášek, 2015).

Bohužel i radioterapie sebou nese určité nežádoucí účinky. Tyto nežádoucí účinky sebou nesou jak akutní, tak i chronické změny ve tkáních. V ORL oblasti se nejběžněji jedná o tyto nežádoucí účinky. Kožní reakce na podávanou léčbu, kdy se kůže spálí a je nutné se o ni starat a používat různé léčebné krémy a masti, ale i přípravky určené k hojení chronických ran. Dále se může vyskytovat poškození sliznice dutiny ústní, kdy jde o jakési prosáknutí sliznic, které doprovází tvorba puchýřů a krvácivé projevy. Tito nemocní poté mohou mít problémy s příjmem stravy a tekutin. Často se po radioterapii vyskytuje také

suchost sliznic v dutině ústní v závislosti na poškození slinných žláz zářením, což v organismu omezí produkci slin. Bohužel tento problém může přejít i v problém chronický. Dalšími nežádoucími účinky může být výskyt chronického poškození kostní tkáně, anémie, hypofunkce štítné žlázy, aj. (Hynková a Doleželová, 2008).

Radioterapii lze nemocným podávat ambulantně i za hospitalizace. Nemocní, kteří vyžadují další léčbu tak bývají nejčastěji hospitalizováni na onkologickém oddělení. Vždy ale záleží na konkrétním stavu nemocného a možnostech léčebného zařízení.

### **2.3 Chemoterapie**

Principem chemoterapie je účinek cytostatik na proliferující buňky. Cytostatika jsou léky používané v chemoterapii a jde tedy o léčivo, které nám ničí nádorové buňky. Bohužel neničí jen ty, ale i některé zdravé buňky a s tím souvisí i výskyt nežádoucích účinků léčby. Účinnost protinádorové léčby může být ale i limitována rezistencí nádorových buněk k chemoterapii – cytostatikům (Petruželka, 2003). Obecně chemoterapii provádíme pro vyléčení nemocného, zničení, zpomalení nebo zabránění růstu nádoru a zmírnění potíží pojících se s výskytem nádoru (Vorlíček, 2013).

I v tomto případě se budeme opět bavit o léčebném cílu podávané chemoterapie. Každý lékař, který nemocného k chemoterapii indikuje, si musí být vědom cíle léčby u vybraného nemocného, a následně cíl musí také písemně formulovat do zdravotnické dokumentace pacienta. Rozhodující je výsledná kvalita života nemocného, tedy přínos léčby musí být vždy větší než nežádoucí účinky chemoterapie. Prvním záměrem podání chemoterapie je kurativa. Kurativní chemoterapie může fungovat jako jediná varianta léčby, ale také jako součást komplexní onkologické léčby zahrnující chirurgickou léčbu, radioterapii a systémovou aplikaci chemoterapie. Zde je nutno počítat s dočasným snížením kvality života a s možnou pravděpodobností výskytu pozdních komplikací souvisejících s aplikací kurativní chemoterapie (Vorlíček, 2004). Dalším záměrem je paliativní léčba. Paliativní chemoterapie pomáhá zmenšit nádor a zmírnit jeho příznaky s hlavním cílem prodloužení délky života a zlepšení jeho kvality.

Podání chemoterapie v návaznosti na další přídatnou léčbu můžeme rozdělit na tzv. adjuvantní a neoadjuvantní chemoterapii. Adjuvantní terapie má za cíl odstranění zbylých nádorových buněk (po operaci, ozařování) a zabránit tak vzniku metastáz. Pokud ale onkologická léčba začíná samotnou chemoterapií (před operací, ozařováním), jde

o neoadjuvantní chemoterapii, která slouží např. ke zmenšení nádoru před operačním výkonem (Vorlíček, 2013).

Aplikace chemoterapie sebou bohužel nese i výskyt nežádoucích účinků. Pro jejich hodnocení se používá škála o čtyřech stupních. První stupeň = mírný, druhý stupeň = střední, třetí stupeň = silný, vyžadující léčbu a čtvrtý stupeň = silný, vyžadující léčbu, život ohrožující. Cytostatika, jak jsme si již řekli, zasahují i zdravé buňky. Nejčastěji se jedná o ty, které se vyskytují v kostní dřeni, zažívacím traktu, reprodukčních orgánech, vlasových váčcích, srdci, ledvinách, močovém měchýři, plicích a nervovém systému. Proto se často vyskytují tyto nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, vypadání vlasů, únava, psychické potíže aj. Většina z těchto nežádoucích účinků vymizí po skončení podávání cytostatik, některé ale pacienta mohou obtěžovat i delší dobu (Petruželka, 2003).

Chemoterapie se nemocným nejčastěji podává v nemocnici za hospitalizace nemocného, nebo ve stacionáři ambulantně. V jistých případech lze chemoterapii podávat i doma, vždy záleží na rozhodnutí lékaře a na výběru podávaných cytostatik. Možností je mnoho, cytostatika můžeme podávat ústy, lokálně, do svalů, podkožně, přímo do nádoru, do tepny nebo do žíly. Při nitrožilním podání využíváme možností žilní kanylace, žilních portů katetrů s následnou možností intravenózního a intraarteriálního podání chemoterapie pomocí pumpy. Chemoterapie se běžně podává v cyklech, které zahrnují třítydenní pauzu na zotavení organismu a vytvoření zdravých buněk (Vorlíček, 2013).

## **2.4 Biologická léčba**

V dnešní době je cílená biologická léčba zavedena do běžné praxe, ovšem už sám pojem biologická léčba v mnohých lidech vyvolává určité rozpory a diskuze. Cílem této léčby je selektivní ovlivnění nádorových buněk s využitím biologických látek, které jsou přímo namířeny proti cílovým buněčným strukturám (Petruželka, 2003).

*„Tzv. biologickou léčbou se obecně rozumí podání látek biologické povahy. V praxi tímto pojmem dnes označujeme podávání monoklonálních protilátek“* (Coufal, 2011, str. 334).

Biologická léčiva vstoupila na trh v roce 1982 a jejich nárůst stále trvá. Zájem o tuto skupinu léčiv je v poslední době opravdu velký, protože biologická léčba přináší dobré výsledky a využití těchto léků není jen v onkologii, ale i ve spoustě dalších oborů, jako je např. hematologie, plicní lékařství, kardiologie, dětské lékařství, transplantační medicína,

neurologie, revmatologie, oční lékařství, gastroenterologie či kožní lékařství. Kromě těchto zmíněných oborů nacházíme využití také při léčbě vzácných dědičných onemocnění. Velké plus této léčby je i to, že nám otvírá dveře tam, kde by byly jindy nekompromisně zavřené a přináší nám další možnosti naší léčby (Fusek, 2012).

### 3 Kvalita života

Ve zdravotnictví zaznamenáváme nejvyšší nárůst zájmu o problematiku kvality života v posledních třech desetiletích. Stále častěji se tak k tomuto tématu objevují vědecké studie či publikace, které se tuto problematiku snaží zkoumat a hodnotit (Gurková, 2011).

Obecně má kvalita života tři základní rozměry: subjektivní pocit pohody – spokojenosti; objektivní schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role; dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální podpory (Bártlová, 2003).

Rozsah samotného pojetí pojmu mapují Engel a Bergsma ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

V makro-rovině se řeší otázky kvality života velkých společenských celků (vybraná země, kontinent) a jde o nejhlubší zamyšlení nad celou touto problematikou, protože se přemýšlí nad absolutním smyslem života. Život v tomto pojetí chápeme jako absolutní morální hodnotu a tato problematika se tak stává součástí základních politických úvah. Myslíme tím např. hladomor, boj s epidemiemi, chudoba, genocida, terorismus aj.

V mezo-rovině máme na mysli otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, kterými jsou např. škola, nemocnice, domov důchodců, podniky atd. Tady už nám tedy nejde jen o respekt k morální hodnotě života člověka jako u makro-roviny, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi a otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena vybrané společenské skupiny.

Poslední rovinou je rovina personální neboli osobní. Zde se zajímáme o kvalitu život a život jednotlivce, kterým může být nemocný, lékař nebo kdokoliv jiný. Hodnotíme zde jeho zdravotní stav, bolesti, spokojenost, naděje a další jiné faktory ovlivňující kvalitu života jedince. Jde o nejčastěji využívanou rovinu v posuzování kvality života ve zdravotnictví.

Vždy při diskuzích o kvalitě života bychom měli vědět, kterou z těchto rovin chceme zkoumat a řešit (Křivohlavý, 2002). V této práci, kde sledujeme kvalitou života pacientů s nádory hlavy a krku, jde o rovinu personální a touto se tedy budeme i zabývat.



### 3.1 Definice kvality života

Jednotně definovat kvalitu života není jednoduché. Jde o komplexní a multidimenzionální pojem, který tak vymezují mnohé definice. Tyto definice se poté od sebe odlišují nejčastěji s ohledem na to, v jakém oboru je pojem používán. Pojem kvalita života se tedy může vyskytovat v pojetí různých vědních oborů, jako je například ekonomie, sociologie, psychologie, ekologie, filozofie, medicína atd.

Pokud se tedy na pojem zaměříme z obecného hlediska, Světová zdravotnická organizace uvádí, že kvalita života je „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem“ (WHO, 1995).

Samotný pojem kvalita vyjadřuje hodnotu, jakost nebo stav věci. Ovšem v případě kvality života jde především o hodnocení individuálního života. Nejčastěji v ohledu na lidského jednotlivce, skupinu nebo populaci (Gurková, 2011).

*„Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod.“* (Slováček, 2004, s. 6).

### 3.2 Měření kvality života

Kvalita života je běžně posuzována na základě údajů, které získáváme od daného nemocného. K hodnocení využíváme objektivní i subjektivní přístupy, ale podstatnější je pro nás vždy subjektivní hodnocení nemocného. Sledujeme tedy to, jak pacient vnímá svou vlastní zdravotní situaci a uplatnění se v pracovním, rodinném a sociálním prostředí (Slováček, 2004).

Nesmíme opomenout, že hodnocení může probíhat i zcela neformální otázkou „Jak Vám dnes je?“, nebo naopak pomocí formálního měření - např. pomocí dotazníku (Salajka, 2006). Jako nejčastější okruhy vyšetřované v dotaznících, které se zabývají kvalitou života, uvádí Slováček (2004) fyzikální funkce, emocionalitu, sociální funkce, práci, bolest, spánek a jeho kvalitu a symptomy specifické pro dané onemocnění.

Křivohlavý (2002) uvádí, že k otázce měření kvality života se obecně vztahují tyto tři přístupy:

- Metody měření kvality života, kde je hodnotitelem druhá osoba.
- Metody měření kvality života, kde tuto problematiku hodnotí sám jedinec.
- Metody smíšené, které vyplývají z kombinace výše uvedených dvou metod.

Do těchto tří skupin potom patří hned několik různých metod a nástrojů, kterými je možné kvalitu života měřit. Tyto používané metody rozdělujeme na obecné a specifické pro danou chorobu. Výhodu obecných nástrojů vidíme v možnosti využití u velkého množství diagnóz (tedy i nemocných) a naopak nevýhoda je ta, že nemusí zahrnout všechny aspekty vybraného onemocnění. Pokud se zaměříme na specifické nástroje k měření kvality života, je nutné vybrat vždy vhodný nástroj k měření (Mandincová, 2011).

Pro tuto práci byl jako nástroj k měření zvolen dotazník UW-QOL v4 (University of Washington Quality of Life Version 4). Jedná se o dotazník, který byl vytvořen odborníky, statistikem Derekem Lowe a maxilofaciálním chirurgem Simonem N Rogersem. Dotazník nám poskytuje základní údaje o fyzické, funkční a emocionální stránce kvality života pacienta s karcinomem hlavy a krku. Obsahuje 12 uzavřených otázek vztahujících se k nádorům v ORL oblasti a také 3 uzavřené všeobecné dotazy. Je určen pro dospělé nemocné a jeho vyplnění zabere cca 10 minut času.

## 4 Kvalita života spojená se zdravím

Hlavním ukazatelem spojeným s kvalitou života v souvislosti se zdravím je zdraví. Termín zdraví Světová zdravotnická organizace definovala jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“ (WHO, 1946).

### 4.1 Zdraví

*„Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“* (Čeledová, 2010, str. 16).

Jako zdraví je označován stav optimální tělesné, psychické, sociální a duchovní pohody a mělo by být pro jednotlivce základní biologickou potřebou a prioritní individuální osobní hodnotou, která je mimo jiné předpokladem pro dobrou kvalitu života (Čeledová, 2010). Pojem zdraví nevyjadřuje pouze nepřítomnost nějaké nemoci, poruchy nebo tělesné vady, ale jde o souhrn, kdy je jedinec schopen běžně saturovat své základní, biologické potřeby, a to ve většině případů i bez pomoci druhých – sám se nají, uvaří si, nakoupí, umyje se, nemá bolesti, atd. Ovšem v nemoci už tomu může být jinak, jedinec je mnohdy odkázaný na druhé (rodina, zdravotnický personál, pečovatelská služba...) a není tak schopen plnit své základní, biologické potřeby (Šamánková, 2011).

David Seedhouse popisuje čtyři odlišné náhledy na pojem zdraví: Pohled lékaře – zdraví je nepřítomnost nemoci, choroby nebo úrazu. Pohled sociologa – zdravý člověk je ten, který je schopen dobře fungovat ve všech sociálních rolích, které mu přísluší. Pohled humanisty – zdravý člověk je ten, který je schopen se pozitivně vyrovnávat s životními úkoly, které se před něj postaví. A pohled idealisty – pojem zdravý člověk představuje člověka, kterému je dobře jak po tělesné, duševní, duchovní i sociální stránce (Křivohlavý, 2001).

### 4.2 Faktory ovlivňující kvalitu života spojenou se zdravím

Podle Hnilicové (2005) má pojem kvalita života dvě základní dimenze, objektivní a subjektivní. Objektivní kvalitou života myslíme splnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínekžití, sociálního statusu a v neposlední řadě fyzického zdraví. Na rozdíl subjektivní kvalita života vyznačuje lidskou emocionalitu a celkovou spokojenost se životem.

Tyto dvě zmíněné dimenze, a tedy i celkově kvalitu života spojenou se zdravím mohou ovlivňovat různé faktory. Pokud se zaměříme na oblast otorinolaryngologie a nemocné s nádory hlavy a krku, jde především o problémy uvedené v dalších podkapitolách. Nicméně nejsou to jediné problémy, které se u malignit v ORL oblasti vyskytují, ale jsou těmi nejčastějšími. Dalšími problémy mohou být např. nedoslýchavost převodního typu, obtížné otvírání úst, poruchy krevního toku v a. carotis interna nebo endokrinní aktivita (Stárek, 2006).

#### 4.2.1 Bolest

*„Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní“ (Rokyta, 2009, str. 12).*

Bolest je stav, který sebou nese nepříjemnou senzickou a emocionální zkušenost, vždy spojenou s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. A proto tlumení bolesti patří k základním etickým požadavkům (Rokyta, 2009).

*„...bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, když to pacient říká...“ (Brant, 2005, str. 89).*

Bolest v oboru otorinolaryngologie patří mezi základní příznaky zánětů, nádorů, úrazů a deformací a v oblasti hlavy a krku bývá zprostředkována hlavovými nervy. V., VII., IX., X., druhým a třetím krčním obratlem, vegetativními a smyslovými nervy (Hybášek, 1999). Bolest může být ovšem podceňována a nedostatečně léčena. Vliv na tuto skutečnost má hned několik faktorů, mezi nimi jsou zdravotničtí pracovníci, rodina pacienta i pacient samotný. Bolest nemusí být jen špatně léčena, ale i hodnocena. Zdravotníci se nejčastěji bojí, že se u léčeného pacienta trpícího chronickými bolestmi objeví psychická závislost, zvýšená tolerance nebo fyzická závislost na podávaných analgetikách či opiátech (Brant, 2005). Intenzitu takovýchto bolestí můžeme hodnotit pomocí stupnic. V ČR je k tomuto nejčastěji používána VAS, kdy pomocí ní pacient může vyjádřit intenzitu prožívajících bolestí na stupnici od 0 do 10. Kdy 0 označuje žádné bolesti a naopak 10 je největší bolest, jakou si pacient dovede představit. Pro zdravotníky je důležité provádět pravidelné hodnocení a nepodhodnocovat, to co pacient udává a pro pacienty je důležité, aby hodnotili reálně a své bolesti sdělovali (Fricová, 2009).

Jako základní rozdělení typů bolestí je uváděno dělení podle délky trvání na akutní a chronickou. Akutní bolest trvá hodiny, maximálně dny a má pozitivní význam, protože působí jako výstražná funkce pro organismus. Jedná se o bolesti, které se rychle zlepšují, příčina bývá častěji periferní a lokalizuje se jen na určitou oblast těla. Zatímco bolest chronická má delší trvání, jedná se o měsíce až roky a postrádá pozitivní význam, protože není biologicky užitečná. Příčina těchto bolestí je častěji centrální, lokalizace bývá difúzní a bolesti se nelepší, spíše se zhoršují (Fricová, 2009). V ohledu na kvalitu života související s nádorovým onemocněním nás zajímají bolesti chronického typu.

Chronická bolest je považována za samostatné onemocnění a typickými projevy pacientů trpících touto bolestí mohou být bolestivé grimasy, vzdechy, pláč, úlevové polohy nebo časté návštěvy zdravotnických zařízení. Spolu s těmito jevy chronickou bolest mohou doprovázet i tyto příznaky: poruchy chování, poruchy spánku, sociální izolace, poruchy libida, změny osobnosti, deprese až suicidální myšlenky a chování (Fricová, 2009).

Jedním z typů chronických bolestí je bolest nádorová. Jedná se o nejčastější a nejobávanější klinický symptom samotného nádorového onemocnění a podle statistik prováděných Světovou zdravotnickou organizací, již při stanovení diagnózy onkologického onemocnění, trpí bolestí asi 30 % z celkového počtu nemocných a v pokročilých stádiích nemoci se dokonce jedná o 80 – 90 % pacientů. Podle typu a lokalizace nádoru se poté odvíjí i incidence a intenzita bolesti (Vorlíček, 2006). V oblasti otorinolaryngologie mohou takovéto bolesti způsobovat to, že nemocný málo jí a pije, popřípadě nejí či nepije vůbec. Tito pacienti jsou poté obvykle kachektičtí, neprospívají a jsou zesláblí, což negativně ovlivňuje celou léčbu.

V současné době je medicína na vysoké úrovni a jsme tak schopni mírnit bolesti na snesitelnou úroveň. Moderní medicína nabízí několik variant tišení bolesti. Jednou z nich je farmakoterapie. Jde především o léky z těchto lékových skupin: neopioidní analgetika (analgetika – antipyretika, nesteroidní antiflogistika – antirevmatika), opioidní analgetika (slabší a silné opioidy), adjuvantní analgetika a analgetika kombinovaná. Léky těchto lékových skupin jsou nejčastěji podávány per os, intravenózně, transdermálně atd. Další z nabízených variant je léčba bolesti pomocí rehabilitace nebo neuromodulačních metod, dále psychoterapie a psychologické zvládání bolesti, akupunktura, využití placebo efektu a jiné alternativní postupy v léčbě bolesti (Rokyta, 2009).

#### **4.2.2 Změny vzhledu**

Vzhled člověka má velký význam v mezilidské komunikaci, protože při každé komunikaci (vyjma nevidomých) je první kontakt právě vizuální. Tělesný vzhled podle Janáčkové (2009) poskytuje informace o osobnosti, příslušnosti člověka k určité skupině, míře agresivity, společenském postavení, sexuální ochotě, zaměstnání a individuálních vztazích. Kromě tohoto nám tělesný vzhled jedince může poukázat na různá onemocnění, kterými si nemocný prochází nebo prošel. Změny vzhledu u onkologických pacientů jsou velmi časté. Nemocní mohou být vyhublí, unavení, ustaraní a jejich těla mohou zdobit různé stomie, katétry, porty. Mnohdy mají díky podstupené operační léčbě v ORL oblasti změněný výraz, chybí jim symetrie nebo mají různé deformity v obličeji. Pokud tito nemocní podstupují chemoterapii, přicházejí o vlasy, i to může značně změnit tělesný vzhled doposud zdravého člověka. Všechny tyto situace mohou mít velký vliv na vnímání tělesného vzhledu, který narušuje vnímání prezentace těla a celkově obrazu jedince o sobě. Obraz těla je velice individuální záležitostí a v přijímání změn ve vzhledu způsobených onkologickým onemocněním, záleží nejen na adaptibilitě nemocného, ale také na jeho komplexním psychickém stavu (Janíková, 2013).

#### **4.2.3 Poruchy polykání**

Polykání zahrnuje složitý děj mechanismů, kterého se účastní struktury dutiny ústní, jazyka, hltanu, hrtanu, jícnu a slinných žláz. Přijímání potravy patří odjakživa k základním lidským potřebám (viz. Maslowova pyramida potřeb), kterou však často komplikují či dokonce znemožňují různé problémy, včetně dysfagie (Mandysová a Škvrňáková, 2016). Dysfagie je porucha polykání, která může spočívat v poruše polání slin, tekutin, tuhé stravy různé konzistence nebo léků a nastává při narušení mechaniky polykacího aktu, při neurologických, gastrointestinálních nebo jiných problémech. Dysfagii dělíme podle místa výskytu obtíží na orofaryngeální a ezofageální. Orofageální dysfagii způsobuje problém před a během polykání (problém v dutině ústní nebo hltanu) a ezofageální dysfagie je způsobena problémem po samotném polknutí (problém v jícnu). Pokud nelze přijímat tuhou stravu, jde o mechanický problém. Naopak pokud nemocnému nejde přijímat ani tekutou potravu, jde o problém motility jícnu. Úplná neschopnost polykat je poté označována jako afagie, a bolestivé polykání je označováno jako odynofagie. K nejčastějším důvodům těchto poruch polykání patří záněty, tumory, ztráty tkání či orgánů po operaci, úraze atd. Často se dysfagické potíže vyskytují i jako následek

radioterapie a chemoterapi. Tyto stavy potom mohou vést k aspiraci, dehydrataci a malnutrici (Tedla, 2009).

Dysfagie relativně často se vyskytujícím problémem. Zahraniční studie uvádějí 6 - 16 % obecné populace a 13,8 - 38 % seniorů. Celkově se očekává spíše nárůst výskytu dysfagických potíží vzhledem ke stárnutí populace ve vyspělých zemích světa (Mandysová a Škvrňáková, 2016).

Všechny poruchy polykání mají výrazný vliv na kvalitu života jedince. Zejména pak pokud jde o problémy trvalejšího charakteru, protože to postiženého ovlivňuje nejen po stránce zdravotní, ale i sociální a ekonomické. Pokud se zaměříme na zdravotní komplikace, které sebou nese dysfagie vyskytující se u onkologicky nemocných, první z těchto komplikací je malnutrice. Malnutrice je označována jako stav špatné výživy, který zahrnuje jak obezitu, tak podvýživu. Podvýživa vzniká nedostatečným příjmem nebo absorpcí energie a proteinů – hladověním a je typická právě pro pacienty s dlouhotrvajícími dysfagickými potížemi. Tito pacienti při nedostatečném stravování částečně nebo úplně hladoví a dochází tak ke změnám složení těla a hmotnosti jedince (Mandysová a Škvrňáková, 2016). Následkem podvýživy mohou být: rozpady operačních ran, vznik píštělí, infekční komplikace až sepse, multiorgánové selhání, slabost, únava, až smrt. Proto je pro zdravotnický personál velmi důležité u těchto pacientů sledovat jejich nutriční stav. K tomuto lze využívat BMI, tabulky ke sledování bilance tekutin a různé záznamové archy určené na monitorování příjmu stravy.

Další komplikací vyskytující se u nemocných s dysfagií je dehydratace neboli nedostatek vody v tělesných tkáních. Jde o stav, kdy je v organismu deficit tekutin (Hehlmann, 2010). Mezi základní projevy dehydratace patří žízeň, oligurie, suché rty a sliznice, snížený turgor, zácpa, zvýšená viskozita sekretů, riziko dekubitů. Dehydratace se ale také může projevovat nespecifickými příznaky, jako je únava, slabost, nevěle, zmatenost, závrať atd. (Lukáš, 2014). K posuzování nedostatku tekutin v organismu využíváme tabulky ke sledování bilance tekutin, hodnotíme fyzikální známky deficitu tekutin, kterými je například snížený turgor kůže, suchá kůže v axilách, rýhovaný jazyk, suché sliznice a chybění slin. Rehydratace by měla probíhat postupně, pokud není možný přirozený perorální příjem, tak zajistit pomocí intravenózní linky, nasogastrické sondy, gastrostomie aj. (Vorlíček, 2004).

Další závažnou komplikací dysfagických potíží je aspirace. Aspirací je myšlen stav, kdy jídlo či tekutiny proniknou do cest dýchacích pod úroveň hlasivek a význam způsobem ohrožuje zdravotní stav pacienta. Předstupněm aspirace je penetrace – průnik sousta nad úroveň hlasivek (Mandysová a Škvrňáková, 2016). Z aspirace potom snadno vzniká aspirační pneumonie, tedy infekční proces způsobený vdechnutím orofaryngeálního obsahu, který kolonizují bakterie. Dalším stav, ke kterému může dojít z aspirace je aspirační pneumonitida, kdy jde o chemické poškození tracheobronchiálního stromu vdechnutím sterilního žaludečního obsahu. Oba tyto důsledky pneumonie jsou závažné a v nejhorším případě mohou končit až smrtí (Tedla, 2009).

#### **4.2.4 Poruchy řeči**

Poruchy řeči se projevují narušením článků funkcí dýchání, fonace, artikulace, slyšení a paměti. Obecně jde o příznak, který se projevuje poruchou schopnosti komunikovat pomocí mluveného slova. Poruchy řeči dělíme na vrozené a získané. Vrozené poruchy řeči vznikají již vývojové úrovni plodu a projevují se již v průběhu ranného dětství. Získané poruchy řeči jsou problémy, které vznikají při normálně rozvinutých řečových schopnostech jedince (Lukáš, 2014). Řadíme zde dysartrii, která představuje poruchu výslovnosti při zasažení mozkových center v místě mluvicího aktu. Často se tato porucha vyskytuje spolu s poruchami žvýkání, polykání a lokomoce. Druhou získanou poruchou je dysfázie až afázie, která může vzniknout v souvislosti s centrální poruchou sluchu. Jde o poruchy nebo úplné chybění chápání, myšlení a tvorby slov. Postižený se poté jeví tak, že nechápe řeč a obecně známé zvuky, nedovede opakovat, ukázat a pojmenovat. Pokud je i porucha motorického centra, postižený je hlasitější, má zpomalené tempo a může mít projevy zakoktávání (Hybášek, 1999). Další získanou poruchou řeči je dysfonie až afonie a jde o poruchu tvorby hlasu při primární nebo sekundární poruše mluvidel (například u pacientů s tracheostomickou kanylou, po odstranění hrtanu, poškození hlasivek atd.). Dále existují i jiné získané poruchy řeči (například dysartrie, chrapot), ale tyto jsou u pacientů s nádorovým onemocněním hlavy a krku nejčastěji vyskytované a tvoří skupinu faktorů, které výrazně ovlivňují kvalitu života těchto pacientů.

#### **4.2.5 Poruchy chuti**

Poruchy chuti, neboli dysgeuzie, jsou poměrně vzácným symptomem, protože tuto funkci zajišťují tři různé hlavové nervy (VII., IX., X.), ale i přesto se u pacientů s nádory



hlavy a krku vyskytují a snižují tak kvalitu jejich života (Hybášek, 1999). Chuťový orgán se skládá ze dvou částí, periferní a centrální. Periferní část je tvořena chuťovým epitelem dutiny ústní a hltanu s receptorovými buňkami a nervovými vlákny uvedených hlavových nervů. Centrální část se skládá z drah a chuťových center, kdy ještě dále rozlišuje primární a sekundární chuťové centrum (Lukáš, 2014).

Obecně jsme schopni rozpoznat pět základních chutí – sladká, slaná, kyselá, hořká a umami. Poruchy rozpoznávání chutí dělíme na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvantitativní poruchy patří hypogeuzie, tedy snížená chuťová ostrost. Tato porucha se vyskytuje například i u rýmy, kdy se nám jídlo jeví nevýrazné chuti nebo bez chuti úplně. Další kvantitativní poruchou je ageuzie. To je termín, který označuje úplnou ztrátu chuti. Kvalitativní poruchy chuti se vyznačují pojmem parageuzie a jde o změněnou kvalitu vnímání chutí. Tento stav se může vyskytovat i po užití některých léků (Orel, 2010).

Vyšetření k diagnostice poruch chuti se provádí sladkým, slaným, hořkým a kyselým roztokem, který se nanáší vatovými štětičkami na každou polovinu jazyka zvlášť a mezi vyšetřeními si musí nemocný vyplachovat ústa destilovanou vodou, aby nedocházelo ke zkreslení výsledku. Poruchy chuti nejsou jen projevem onkologického onemocnění, ale mohou být projevem i různých infekčních, metabolických a nervových onemocnění. Stejně tak i jako následek úrazu, špatné výživy (např. avitaminóza) nebo symptom duševního onemocnění (Orel, 2010). Léčba se vždy odvíjí od její příčiny, a pokud je tento stav dlouhodobějšího charakteru, je vhodné doporučit nemocnému využívat komplexnost chuťového vjemu a klást důraz na čichovou a vizuální složku potravy (Lukáš, 2014).

#### **4.2.6 Psychický stav**

Psychický stav je jednou ze tří základních typů psychických jevů člověka a jde o psychický jev s určitým obsahem, jako je zloba, radost, psychofyzický stav (vzrušení, útlum, únava) nebo stavy dlouhodobějšího charakteru (stres, frustrace, konflikt). (Nakonečný, 2002). Termín psychický stav je někdy mylně chápán jako nálada a bývá s ním zaměňován. Ovšem nálada postihuje pouze emoční stránku psychického stavu (Stackeová, 2011).

*„Psychiku (mysl) lze definovat jako souhrn duševních dějů během celého lidského života“ (Plháková, 2003, str. 43).*

Každý zdravotnický pracovník by měl znát model Elisabeth Kübler-Rossové či Horowitze, kteří popisují fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy (šok, popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření). Tyto fáze se u nemocných mohou opakovat, případně mohou některé zcela chybět, a to většinou v návaznosti na změnu fyzického stavu v průběhu léčby.

Autor Vorlíček (2006) popisuje zmíněné fáze následovně:

1. Šok - U fáze šoku jde o emočně silnou odezvu na sdělení maligní diagnózy, která se projevuje pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem nebo naopak strnulostí. Tato reakce může trvat různě dlouhou dobu, ale sama většinou odeznívá.
2. Popření - Při fázi popření se nemocní nechtějí smířit s diagnózou, která jim byla sdělena, hledají racionální vysvětlení a vyjadřují pochybnosti. Tato fáze může v extrémních případech trvat i celou dobu léčby.
3. Agrese – V této fázi se nemocní ocitají v emoční pasti a projevují zlost vůči svému okolí a obecně všem zdravým lidem. Podle své individuální mentality tak buď přestávají úplně komunikovat, nebo naopak jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají léčbu.
4. Smlouvání – Fáze smlouvání je popisována tak, že se nemocní uchylují k bohu, přírodě či autoritě lékaře. Nemocní uvažují o smyslu života, počítají čas, který jim ještě zbývá, protože jejich častým přáním je právě dožít se něčeho (narození vnuka, svatba dcery atd.)
5. Deprese – Tato fáze je brána jako nejtěžší, protože nemocní se zcela ponoří do beznaděje, úzkosti, strachu a poté buď trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem či přemrštěnou komunikací s jeho okolím, nebo se naopak uzavrou do sebe a odmítají veškerou léčbu. S překonáním této fáze můžeme nemocným pomoci psychofarmaky.
6. Smíření – V poslední fázi je smíření se s nemocí, přijetí pravdy. Nemocní se zklidní a jsou schopni spolupracovat na své léčbě.

Nejen u onkologicky nemocných je psychika velmi křehká, a zároveň také velmi pozměňená oproti dobám před samotným vypuknutím nemoci. Je tedy nutné brát tyto okolnosti během péče o nemocné na vědomí a v komunikaci s nemocnými uplatňovat psychologický přístup. Tento přístup pomáhá včas rozpoznat změny psychiky nemocných a účinně jim pomáhat ve zvládnání psychické zátěže.

#### 4.2.7 Omezená aktivita

Pohybová aktivita patří k základním životním projevům a můžeme ji rozdělit do několika podskupin. (Kukla, 2016). První z těchto podskupin je léčebná tělesná výchova a tu provádí fyzioterapeut. Jedná se o aktivní i pasivní pohyby, kondiční cvičení, dechovou gymnastiku atd. Další podskupinou je zdravotní tělesná výchova, která je určena pro osoby zdravotně oslabené. Tuto techniku provádí speciálně vyškolený pedagog a cvičitelé. Nás ale nejvíce zajímá habituální pohybová aktivita, která zahrnuje souhrn všech fyzických činností, jako jsou například pracovní činnosti a součásti pohybové aktivity. Jedná se např. o různé domácí práce, práce na zahradě, aj. (Pastucha, 2014).

U onkologicky nemocných se s problémem omezené aktivity setkáváme poměrně často. Onkologické onemocnění způsobuje únavu, která je zapříčiněna nejen samotnou nemocí, ale i následnou léčbou (operace, chemoterapie, radioterapie), psychickými změnami atd. Tito pacienti již poté nezvládají míru fyzické aktivity jako doposud. Omezení běžných denních aktivit v oblasti ORL může způsobovat poškození přídatného nervu (XI. hlavový nerv), který může být poškozen u operačních výkonů, které vyžaduje léčba vybraných nádorů hlavy a krku. Tito nemocní poté nejsou schopni zvedat horní končetinu nad horizontálu. Další omezení může zapříčinit např. tracheostomie. Nemocní s tracheostomií se nemohou koupat jako dříve, protože už nesmějí ponořit hlavu pod vodní hladinu (potápění). Dalším omezením je např. ztuhlý krk v důsledku radioterapie či operačních výkonů. Samozřejmě nesmíme opomenout bolest, která velkou mírou ovlivňuje celkovou fyzickou aktivitu jednotlivce. Rozsah omezení fyzické aktivity je tedy rozlišná a zcela individuální. Tato omezení fyzické aktivity jsou někdy pouze dočasným jevem, mnohdy ale bohužel stavem trvalým.

## **5 Kvalita života u pacientů s nádory hlavy a krku**

### **5.1 Formulace problému**

Nádory hlavy a krku nejsou v oblasti otorinolaryngologie novým problémem, ale bohužel incidence těchto nádorů v posledních letech stále stoupá, což znamená, že se zvyšují i počty takto onkologicky nemocných. Tito nemocní poté ve většině případů podstupují lékařem navrhovanou terapii, která má za cíl co nejlepší výsledný efekt navržené léčby a zároveň také co nejmenší výskyt doprovodných nežádoucích jevů a následků zvolené terapie.

Sledování kvality života je považováno za jeden z klíčových faktorů komplexní péče o onkologicky nemocné, a proto je kvalita života v současné době společenským a individuálním cílem. I to je jeden z důvodů proč společnost usiluje o celoplošné vyvinutí snahy o zvyšování kvality života, nebo alespoň zachování její dostatečně uspokojivé úrovně při zapojení dostupných metod pro léčbu onkologických onemocnění. Jak je to ale s kvalitou života těchto nemocných? Jsou i po proběhlém onemocnění a následné léčbě stále spokojeni se svými životy?

### **5.2 Cíle a výzkumné problémy**

Hlavním cílem diplomové práce je posoudit kvalitu života u pacientů s nádorovým onemocněním hlavy a krku léčených v Nemocnici Nový Jičín.

Díličními cíli práce bylo zjistit, jak pacienti s nádory hlavy a krku hodnotí celkovou kvalitu života a kvalitu života související se zdravím. Dále zmapování nejčastěji se vyskytujících zdravotních problémů u těchto pacientů a také posouzení, zda a jak se liší kvalita života s nádory hlavy a krku mezi muži a ženami.

Vyhodnocení výzkumných problémů by mělo přinést odpovědi na následující otázky: Jak hodnotí pacienti s nádory hlavy a krku celkovou kvalitu svého života? Jak hodnotí pacienti s nádory hlavy a krku kvalitu svého života související se zdravím? Které zdravotní problémy se nejčastěji vyskytují u pacientů s nádory hlavy a krku? Jaké jsou rozdíly ve vnímání kvality života s nádory hlavy a krku mezi muži a ženami?

### **5.3 Charakteristika souboru**

Výzkum byl proveden mezi 180 respondenty, z nichž bylo 90 mužů a 90 žen. Jednalo se o pacienty léčené nebo dispenzarizované na pracovišti ORL a chirurgie hlavy a krku Nemocnice Nový Jičín. Tito pacienti podstoupili kombinovanou léčbu, která zahrnuje chirurgické řešení a radioterapii.

Z důvodu relevantnosti výzkumného šetření a ve snaze o co nejvyšší reálné výsledky byli z tohoto šetření vyřazeni pacienti nesvéprávní, negramotní, nespolupracující a také pacienti v terminálním stádiu onemocnění, kteří byli indikováni pouze k symptomatické léčbě.

### **5.4 Metoda sběru dat**

Pro výzkumné šetření byl zvolen standardizovaný dotazník – University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL v4). Dotazník obsahuje celkem 16 otázek. Jedná se o 12 doménových otázek (otázky č. 1 až 12), 3 globální otázky dotazující se na kvalitu života a otázky důležitosti vztahující se k výskytu jednotlivých problémů, které mohou doprovázet nádorové onemocnění hlavy a krku. Tento dotazník byl po předchozí komunikaci s autorem Simonem Rogersem vypůjčen a dále přeložen z anglického jazyka do češtiny pomocí služeb Ostravské překladatelské agentury, která se zabývá medicínskými překlady.

### **5.5 Organizace výzkumu**

Veškerá data byla shromažďována v Nemocnici Nový Jičín. Výzkum byl realizován na lůžkové i ambulantní části oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku. Šetření bylo předem schváleno ředitelstvím nemocnice a probíhalo v období od listopadu 2017 do ledna 2019. Sběr dat neprobíhal anonymní formou, ale každý respondent byl vyzván o vyplnění svého jména a příjmení a také o datum vyplňování dotazníku. Uvedení zmíněných dat bylo důležité pro potvrzení, že vybraný respondent splňuje předem stanovené podmínky pro zařazení do výzkumu, tedy diagnózu, vybraný typ léčby a též dodržení intervalu po léčbě. Tyto data nebyla žádným způsobem šířena dál, sloužila pouze pro správné vyhodnocení výsledků dotazníku a přístup k těmto informacím neměla žádná třetí osoba. Původním záměrem byla snaha o zapojení do průzkumného šetření celkem 200 onkologicky nemocných. Tato snaha bohužel nebyla naplněna, jelikož 13 dotazovaných nemělo zájem o zapojení se do probíhajícího výzkumu, a dalších 7 dotazovaných nevyplnilo všechny

otázky nebo strany dotazníku. Proto byl celkový počet zpracovaných dotazníků snižen na 180.

## **5.6 Zpracování dat**

Vyplněné dotazníky byly zpracovány podle návodu na vyhodnocení přiloženého k oficiálnímu souboru standardizovaného dotazníku. První část dotazníku se týká doménových otázek, kde je škála odpovědí od 0 (nejhorší) do 100 (nejlepší). Druhá část dotazníku se týká globálních otázek, kde i zde je stejná škála odpovědí. V poslední, třetí části dotazníku, se vyskytují otázky důležitosti. Zde si respondenti volili až 3 domény, podle toho, které pro ně byly nejdůležitější za posledních 7 dní. Všechny tyto odpovědi byly vyhodnoceny pomocí tabulek nebo grafů v programu Microsoft Excel. Tato data byla, mimo tabulky a grafy, interpretována také pomocí popisné statistiky, tedy počtem, váženým průměrem, mediánem, maximem a minimem. Analýza takto zpracovaných dat dále probíhala pomocí naformulovaných hypotéz, kde bylo pro jejich otestování a vyhodnocení použito Spearmanova koeficientu korelace a Studentova nepárového t-testu.

## 6 Výsledky

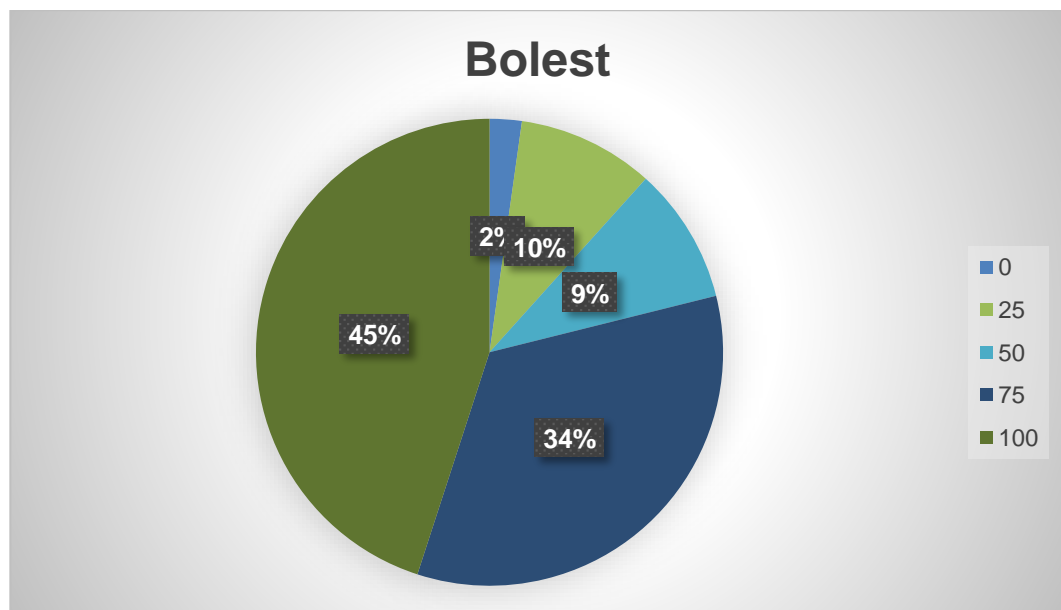
Výsledky jsou rozděleny do několika podkapitol. První z nich je zaměřena výsledkům 12 doménových otázek. Druhá podkapitola je zaměřena výsledkům globálních otázek. Třetí se věnuje výsledkům otázek důležitosti. A poslední, čtvrtá podkapitola, předkládá samotné výsledky hlavního a dílčích cílů diplomové práce.

### 6.1 Doménové otázky

Zde jsou předkládány výsledky na otázky číslo 1 až 12, které odpovídají tabulkám a grafům se stejným číslováním.

**Tabulka 1. Bolest**

Doména	0	25	50	75	100
Bolest	4	17	17	61	81

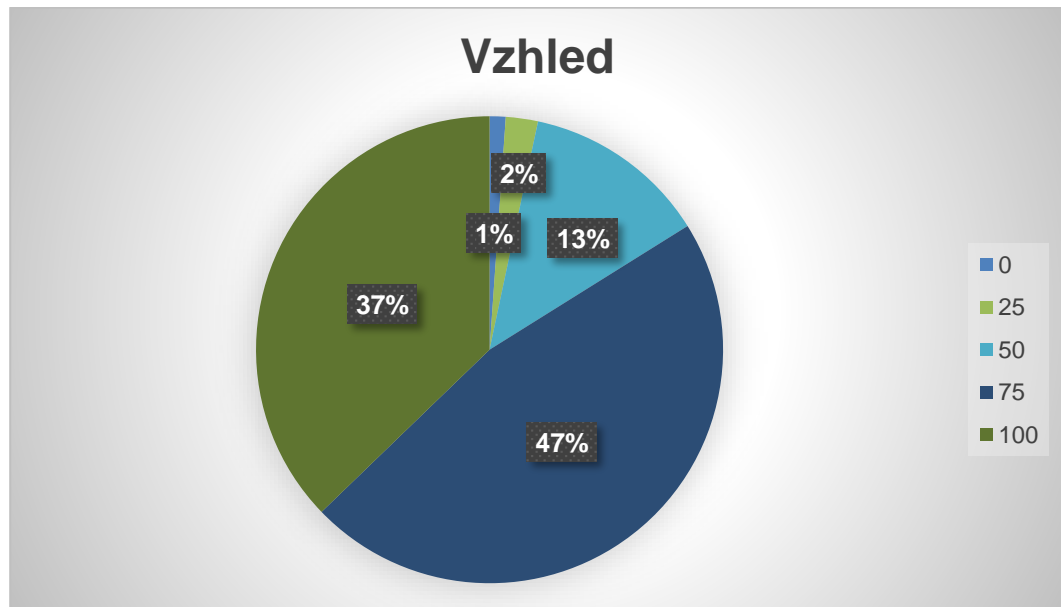


**Graf 1. Bolest**

V otázce „Bolest“ 45 % respondentů (81) zvolilo odpověď nic mne nebolí a 34 % dotazovaných (61) uvedlo, že pociťují mírné bolesti, ale nevyžadují medikaci. 17 pacientů (9 %) uvedlo, že pociťují středně silné bolesti, které vyžadují pravidelnou medikaci, např. paracetamol. Dalších 10 % dotazovaných (17) uvedlo, že mají silné bolesti potlačované pouze léky na předpis (např. morfiium) a zbylé 2 % respondentů (4 pacienti) uvedlo, že mají silné bolesti nepotlačitelné léky.

**Tabulka 2. Vzhled**

Doména	0	25	50	75	100
Vzhled	2	4	23	84	67



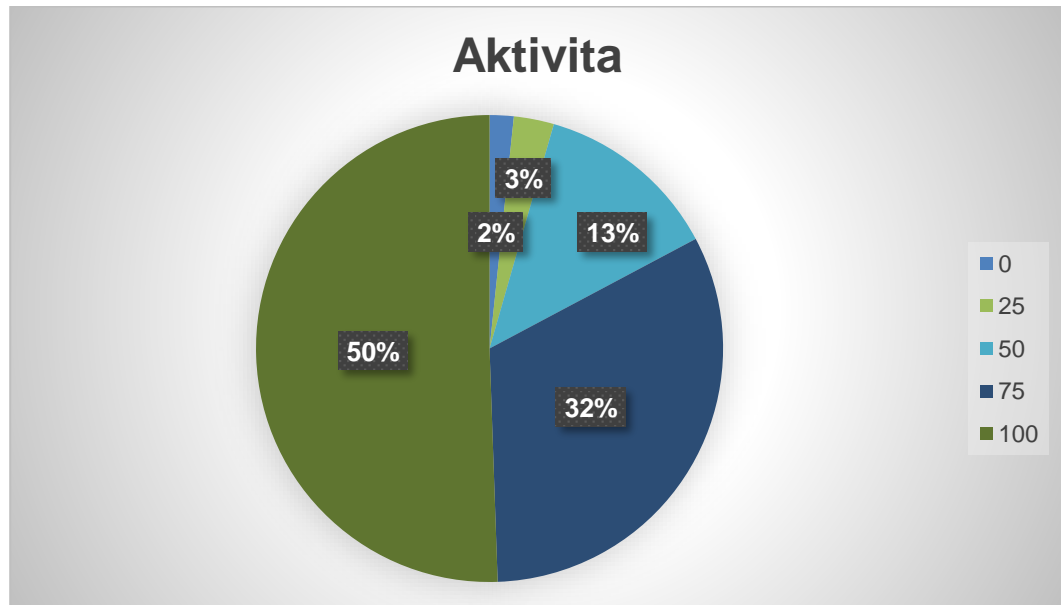
**Graf 2. Vzhled**

V otázce „Vzhled“ uvedlo 67 % (37) dotazovaných, že se na jejich vzhledu nic nezměnilo. Nejvíce pacientů – 84 (47 %) sdělilo, že jejich vzhled se změnil jen trochu, dalších 23 (13 %) pacientů vybralo možnost, že jim jejich vzhled vadí, ale i přesto zůstávají aktivní. Naopak 2 % pacientů (4) uvedli, že se cítí značně znetvoření a omezují kvůli tomu své aktivity a 1 % pacientů (2) uvedlo, že se díky svému vzhledu vyhýbají společnosti.



**Tabulka 3. Aktivita**

Doména	0	25	50	75	100
Aktivita	3	5	23	58	91

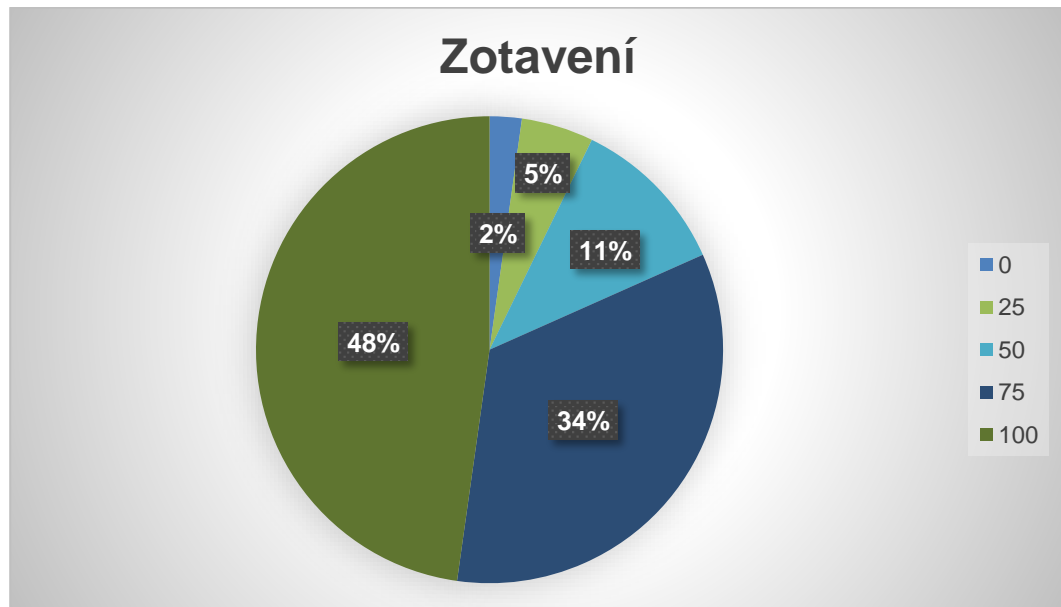


**Graf 3. Aktivita**

V otázce „Aktivita“ 50 % (91) pacientů uvedlo, že jsou stále velmi aktivní, 32 % (58) pacientů uvedlo, že někdy nemůžou udržet tempo, ale není to často. 23 pacientů (13 %) sdělilo, že jsou často unavení a musí zvolnit, ačkoli stále vycházejí ven. Další 3 % (5) pacientů uvedla, že nevycházejí, protože na to nemají sílu a pouze 2 % pacientů (3) uvedlo, že obvykle jsou v posteli nebo křesle a nevycházejí z domu.

**Tabulka 4. Zotavení**

Doména	0	25	50	75	100
Zotavení	4	9	20	61	86

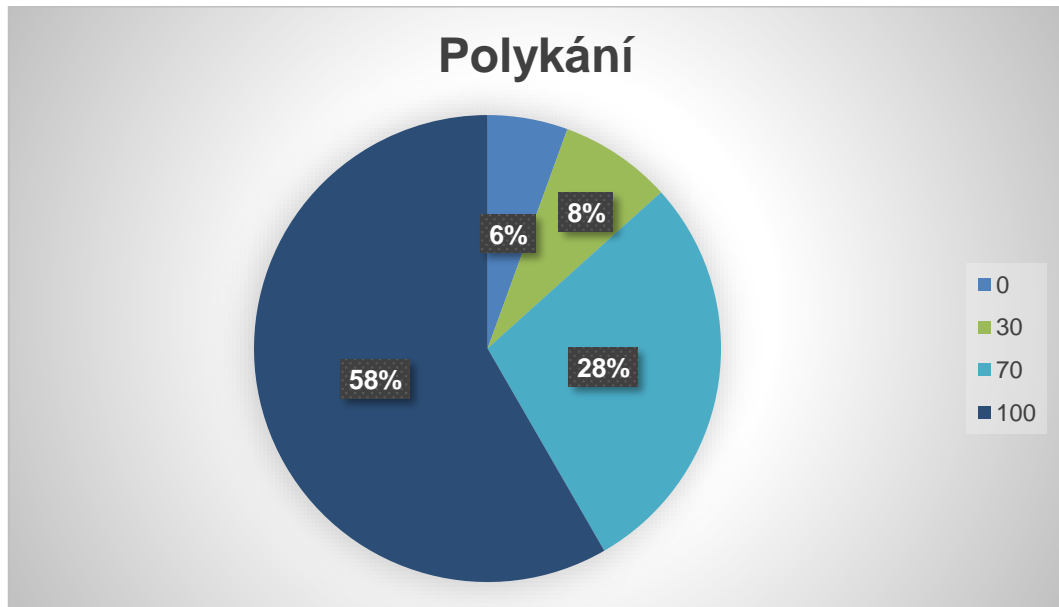


**Graf 4. Zotavení**

V otázce „Zotavení“ 48 % pacientů (86) uvedlo, že nemají žádné omezení pro zotavení doma nebo jinde, 34 % pacientů (61) uvedlo, že je pár věcí, které nemohou, ale přesto si užívají života, 11 % (20) pacientů uvedlo, že si mockrát přejí, aby si mohli více užívat, ale nejde to. Dalších 5 % (9) pacientů může dělat jen velmi omezené množství věcí a většinu dne zůstávají doma a sledují televizi. Zbylé 2 % (4) pacientů nemůže dělat nic příjemného.

**Tabulka 5. Polykání**

Doména	0	30	70	100
Polykání	10	14	51	105

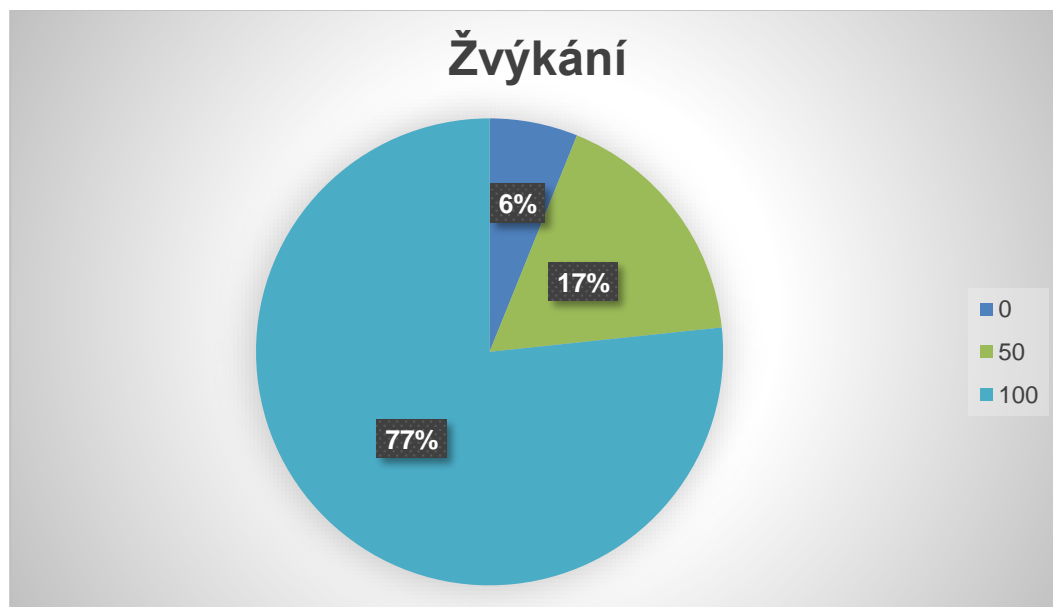


**Graf 5. Polykání**

V otázce „Polykání“ 58 % (105) pacientů uvedlo, že může polykat normálně, 28 % (51) pacientů uvedlo, že nelze polykat některou pevnou stravu, 8 % (14) pacientů může polykat pouze tekutou stravu a 6 % (10) pacientů uvedlo, že nemohou polykat vůbec, protože jim zaskočí a dusí se.

**Tabulka 6. Žvýkání**

Doména	0	50	100
Žvýkání	11	31	138

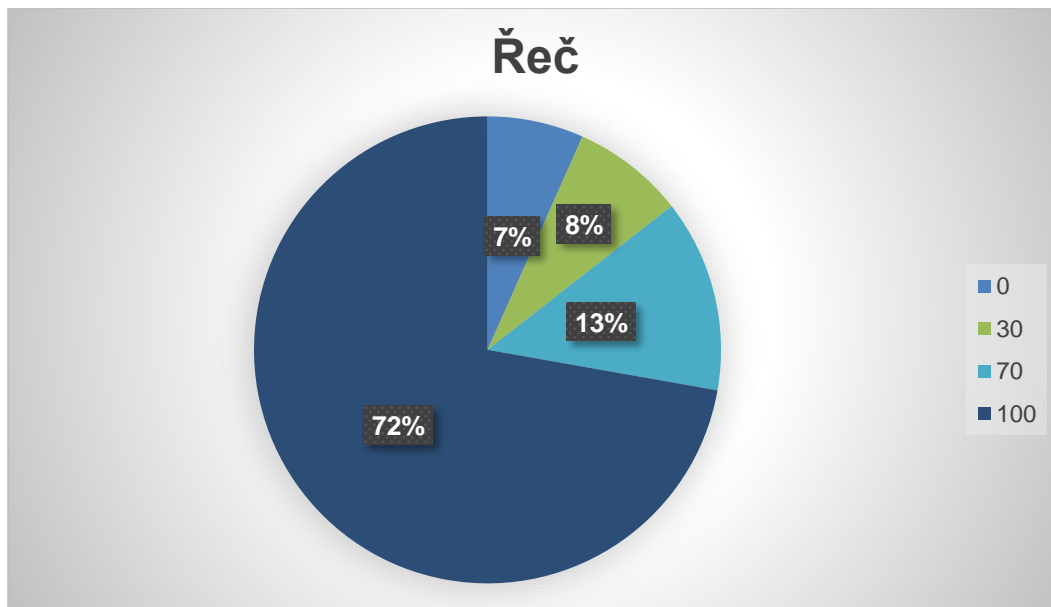


**Graf 6. Žvýkání**

V otázce „Žvýkání“ 77 % (138) pacientů uvedlo, že mohou normálně žvýkat, 17 % (31) pacientů uvedlo, že mohou jíst měkké potraviny, ale ne žvýkat určitá tuhá jídla, 6 % (11) pacientů uvedlo, že nemohou žvýkat ani měkké potraviny.

**Tabulka 7. Řeč**

Doména	0	30	70	100
Řeč	12	14	24	130

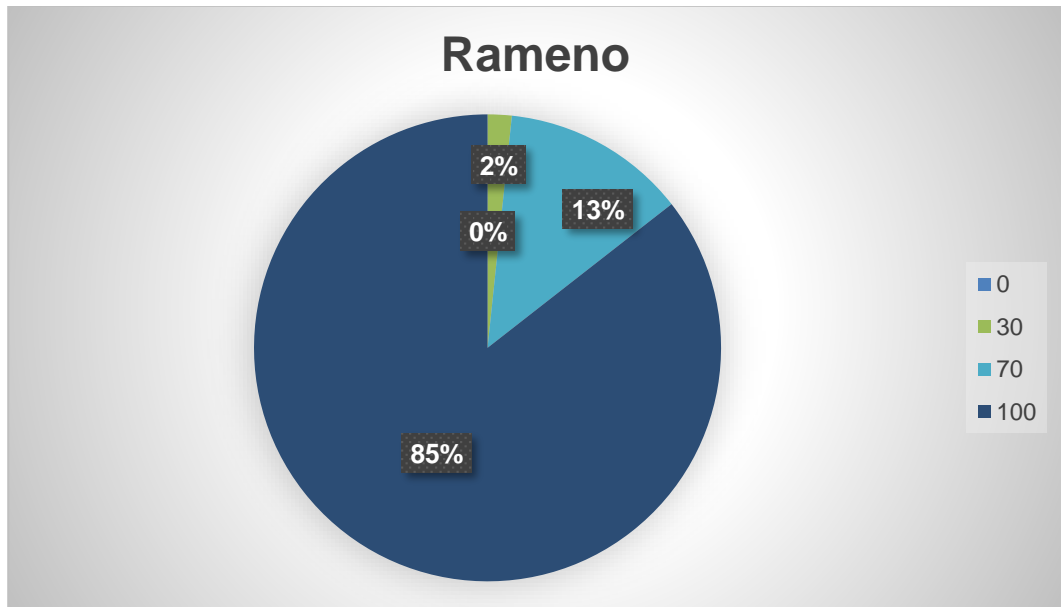


**Graf 7. Řeč**

V otázce „Řeč“ uvedlo 72 % (130) pacientů, že jejich řeč je stejná jako předtím, dalších 13 % (24) pacientů uvedlo, že obtížně vyslovují některá slova, ale v telefonu je jim stále rozumět. 14 pacientů (8 %) uvedlo, že jim rozumí pouze jejich rodina a přátelé a 7 % (12) respondentů uvedlo, že jim není rozumět vůbec.

**Tabulka 8. Rameno**

Doména	0	30	70	100
Rameno	0	3	23	154

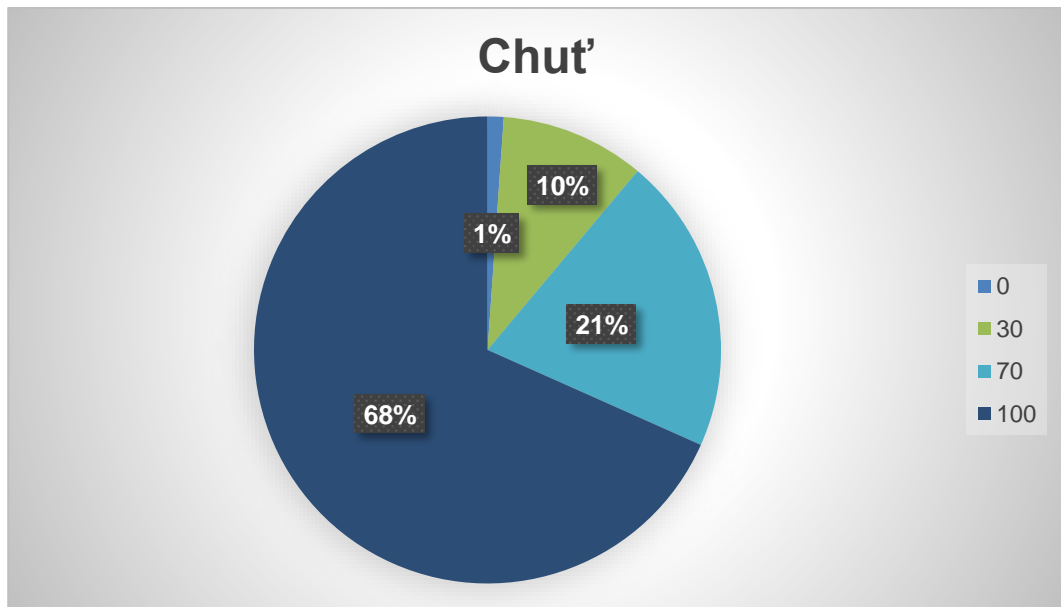


**Graf 8. Rameno**

V otázce „Rameno“ 85 % (154) pacientů uvedlo, že jejich rameno je v pořádku, dalších 13 % (23) pacientů uvedlo, že mají rameno ztuhlé, ale neomezuje je v aktivitách nebo síle a pouhá 2 % (3) pacientů uvedlo, že bolest nebo slabost v rameni je přinutila změnit svou práci nebo koníčky. Naopak žádný pacient v této otázce nezvolil možnost, že díky problémům s ramenem nemůže pracovat nebo se věnovat koníčkům.

**Tabulka 9. Chut'**

Doména	0	30	70	100
Chut'	2	18	37	123

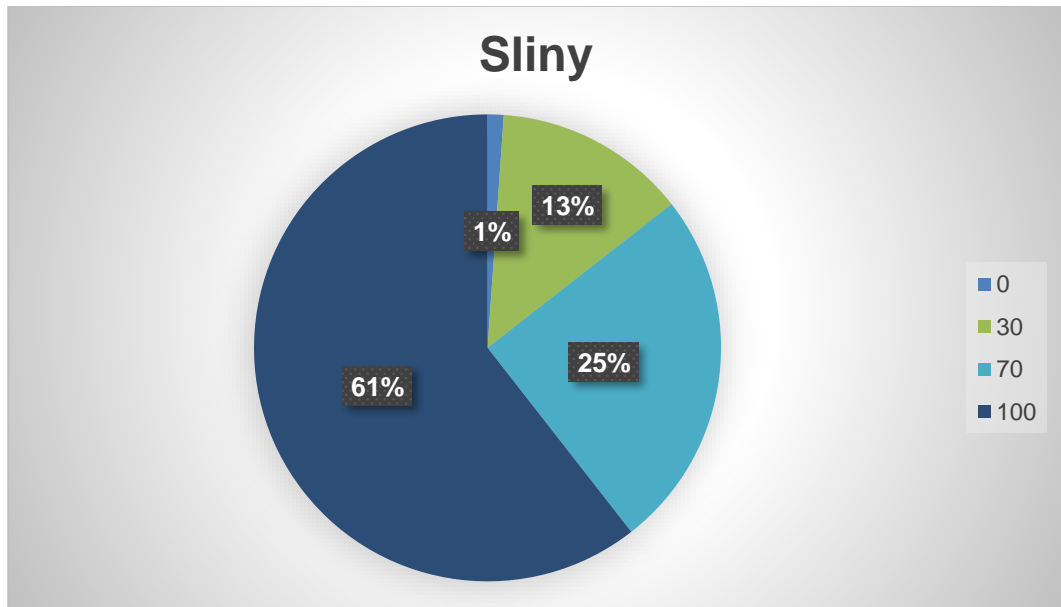


**Graf 9. Chut'**

V otázce „Chut“ 68 % (100) pacientů uvedlo, že jim jídlo chutná normálně. Dalších 21 % (37) pacientů uvedlo, že většina jídel jim chutná normálně a 10 % (18) respondentů uvedlo, že cítí chuť pouze některých jídel. Pouze 1 % (2) pacientů uvedlo, že necítí chuť žádného jídla.

**Tabulka 10. Sliny**

Doména	0	30	70	100
Sliny	2	24	45	109



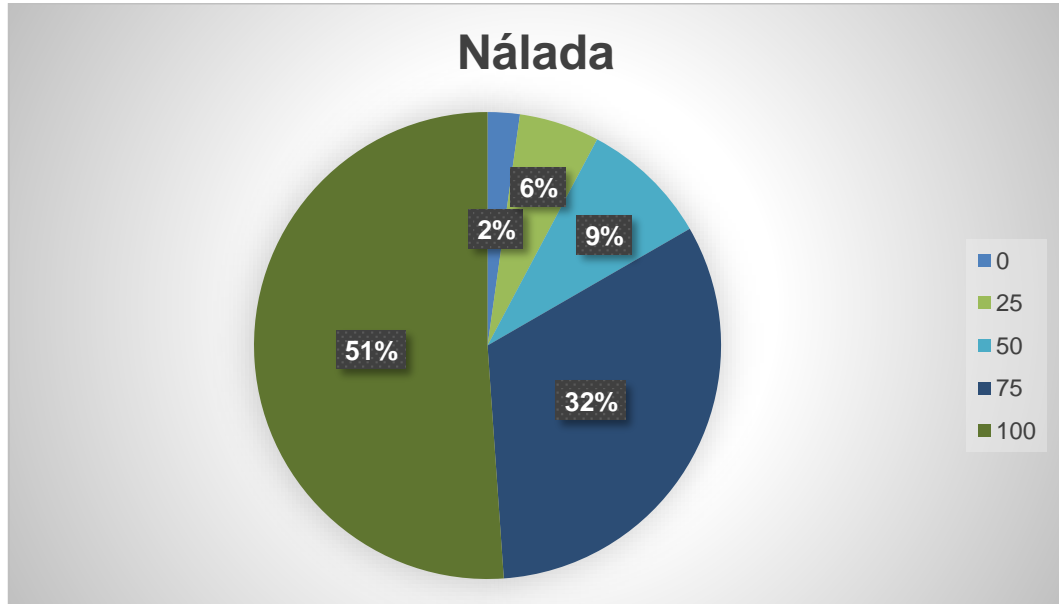
**Graf 10. Sliny**

V otázce „Sliny“ 61 % (109) pacientů uvedlo, že jejich sliny mají normální konzistenci, 25 % (45) pacientů uvedlo, že mají méně slin než normálně, ale stále to dostačuje jejich běžnému fungování. Jen 13 % (24) pacientů uvedlo, že mají příliš málo slin a pouze 2 pacienti z celkového souboru respondentů (1 %) uvedli, že nemají sliny vůbec.



**Tabulka 11. Nálada**

Doména	0	25	50	75	100
Nálada	4	10	16	58	92

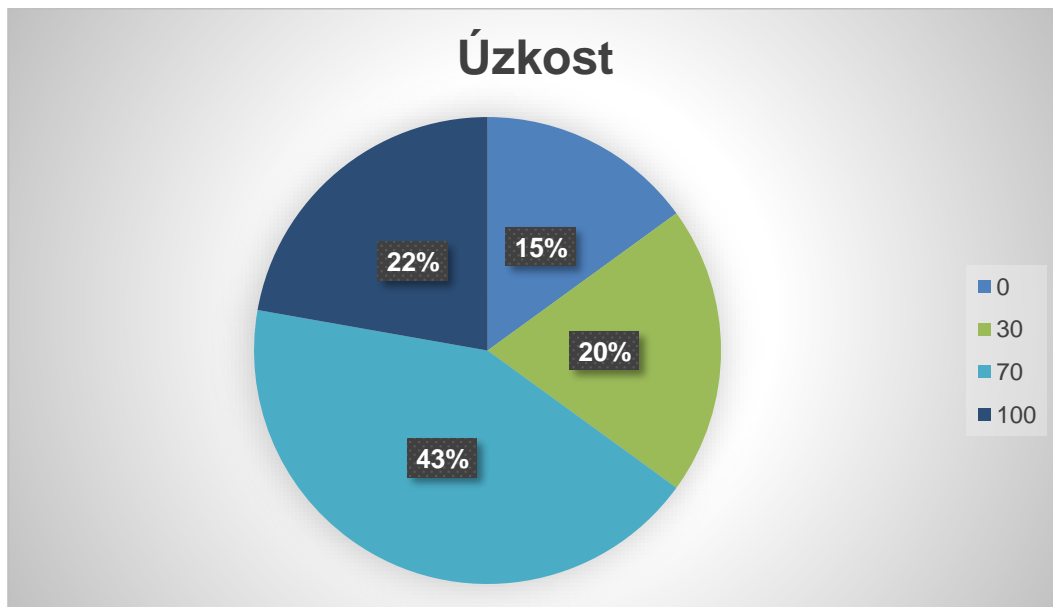


**Graf 11. Nálada**

V otázce „Nálada“ 51 % (92) dotázaných uvedlo, že jejich nálada je skvělá a neovlivněná rakovinou. 58 pacientů (32 %) uvedlo, že jejich nálada je obecně dobrá a pouze občas je ovlivněna jejich onkologickým onemocněním. Dalších 9 % (16) pacientů uvedlo, že nejsou v dobré náladě, ani v depresi kvůli své rakovině. 10 (6 %) pacientů uvedlo, že jsou poněkud depresivní díky svému onemocnění a zbylé 2 % (4) pacientů uvedlo, že jsou ve velké depresi kvůli jejich rakovině.

**Tabulka 12. Úzkost**

Doména	0	30	70	100
Úzkost	27	36	77	40



**Graf 12. Úzkost**

V otázce „Úzkost“ vybralo 22 % (40) pacientů odpověď, že se své rakoviny nebojí. Dalších 43 % (77) pacientů uvedlo, že má trochu obavy ze své rakoviny, 20 % (36) pacientů z celkového souboru dotázaných má obavy ze své rakoviny a zbylých 15 % (27) pacientů má velké obavy ze své rakoviny.

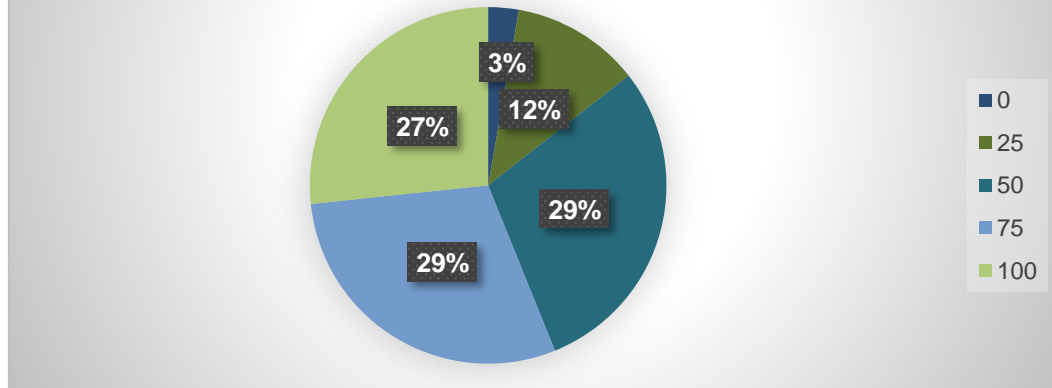
## 6.2 Globální otázky

Otázky vyskytující se ve třetí části dotazníku zaměřené na všeobecné dotazy vztahující se na posouzení celkové kvality života i kvality života vztažené ke zdraví. Předkládané výsledky odpovídají tabulkám a grafům s číslováním 13 až 15.

**Tabulka 13. Kvalita života související se zdravím v porovnání s měsícem před propuknutím onemocnění**

Skóre otázek	0	25	50	75	100
Kvalita života související se zdravím v porovnání s měsícem před propuknutím onemocnění	5	21	53	53	48

### Kvalita života související se zdravím v porovnání s měsícem před propuknutím onemocnění



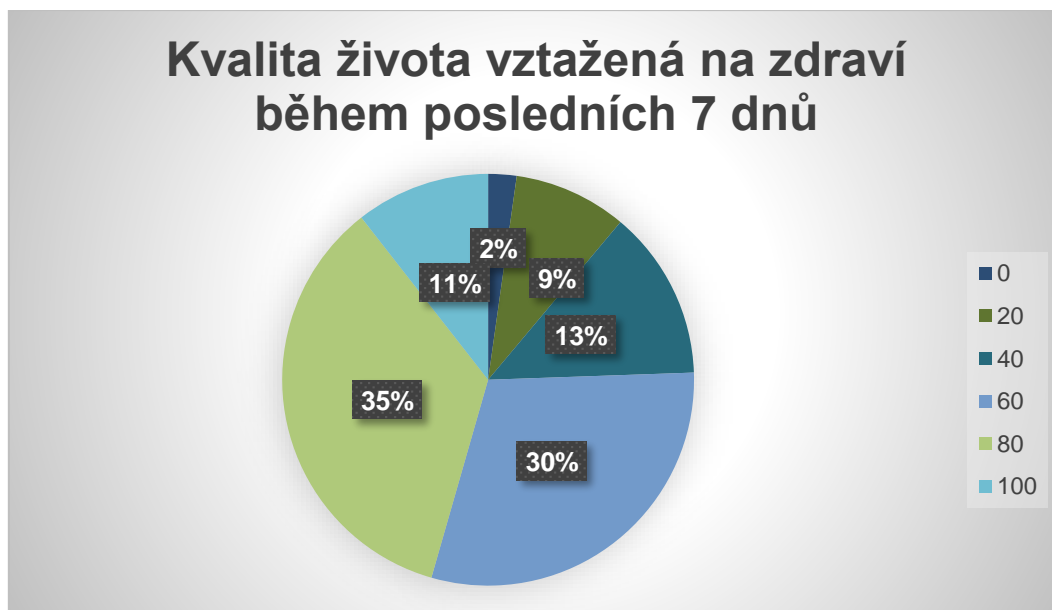
**Graf 13. Kvalita života související se zdravím v porovnání s měsícem před propuknutím onemocnění**

V otázce „Ve srovnání s měsícem před propuknutím rakoviny, jak hodnotíte kvalitu svého života související se zdravím?“ uvedlo 27 % (48) pacientů, že jejich aktuální kvalita života je mnohem lepší. Shodně po 29 % (53 a 53) pacientů uvedlo, že jejich aktuální kvalita života je poněkud lepší nebo stejná. Dalších 12 % (21) pacientů uvedlo, že kvalita jejich života je poněkud horší a pouhé 3 % (5) pacientů uvedlo, že kvalita jejich života je mnohem horší.

**Tabulka 14. Kvalita života vztažená na zdraví během posledních 7 dnů**

Skóre otázek	0	20	40	60	80	100
Kvalita života vztažená na zdraví během posledních 7 dnů	4	16	24	54	63	19

## Kvalita života vztážená na zdraví během posledních 7 dnů

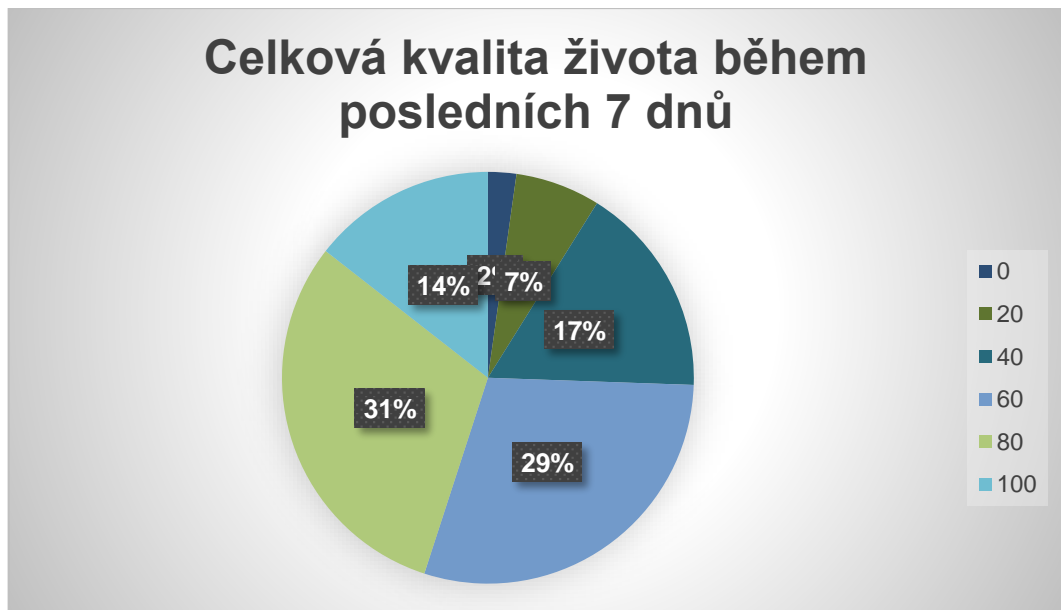


**Graf 14. Kvalita života vztážená na zdraví během posledních 7 dnů**

V otázce „Celkově byste řekli, že kvalita vašeho života související se zdravím, byla během minulých 7 dní:“ odpovědělo 11 % (19) pacientů, že kvalita jejich života je vynikající a 35 % (63) pacientů uvedlo, že kvalita jejich života je velmi dobrá. Dalších 30 % (54) pacientů uvedlo, že kvalita jejich života je dobrá a 13 % (24) pacientů uvedlo, že je kvalita jejich života uspokojující. Naopak 9 % (16) pacientů uvedlo, že je jejich kvalita života špatná a zbylé 2 % (4) pacientů uvedlo, že kvalita jejich života je velmi špatná.

**Tabulka 15. Celková kvalita života během posledních 7 dnů**

Skóre otázek	0	20	40	60	80	100
Celková kvalita života během posledních 7 dnů	4	12	30	53	55	26



**Graf 15. Celková kvalita života během posledních 7 dnů**

V otázce „Celková kvalita života nezahrnuje jenom fyzické a mentální zdraví, pro užívání jsou důležité také další aspekty, jako je rodina, přátelé, duchovnost, nebo osobní aktivity trávení volného času. Vezmeme-li v úvahu vše, co ve vašem životě přispívá k vašemu osobnímu blahu, ohodnoťte celkovou kvalitu svého života za posledních 7 dní.“ uvedlo 14 % (26) pacientů vyjádřilo, že jejich celková kvalita života je vynikající, 31 % (55) pacientů uvedlo, že celkovou kvalita jejich života je velmi dobrá, 29 % (53) pacientů uvedlo, že jejich celková kvalita života je dobrá, 17 % (30) pacientů uvedlo, že jejich celková kvalita života je uspokojující. Malé množství respondentů - 7 % (12 pacientů) uvedlo, že jejich celková kvalita života je špatná a pouze 2 % (4) pacienti uvedli, že jejich celková kvalita života je velmi špatná.

### 6.3 Otázky důležitosti

Zde si pacienti volili domény, které pro ně byly nejdůležitější za posledních 7 dní. Dotazovaní vždy mohli vybrat maximálně 3 odpovědi.

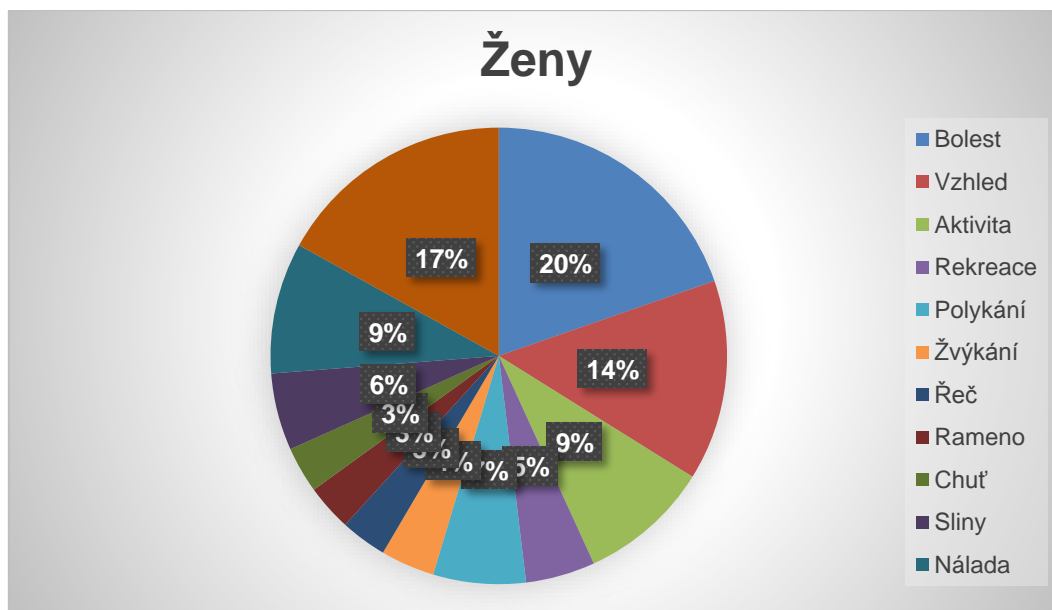
Tabulka 16 zobrazuje kolikrát danou doménu považovali za důležitou ženy a muži odděleně, tabulka 17 zobrazuje pořadí. Muži označili celkem 206, průměrně tedy každý muž vybral 2,29 domén, ženy 183, průměrně 2 domény. Grafické zobrazení je na grafech 16 a 17.

**Tabulka 16. Důležitost vybraných domén u žen a mužů odděleně**

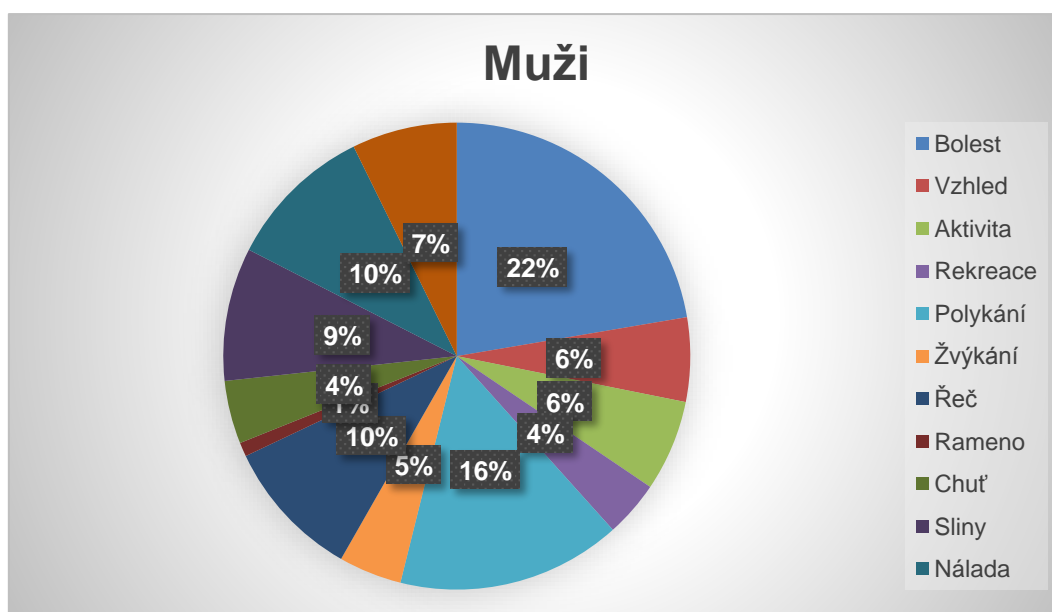
UQ-QOL	Ženy	Muži
Bolest	36	46
Vzhled	26	12
Aktivita	17	13
Zotavení	9	8
Polykání	12	32
Žvýkání	7	9
Řeč	6	20
Rameno	6	2
Chuť	6	9
Sliny	10	19
Nálada	17	21
Úzkost	31	15

**Tabulka 17. Pořadí důležitosti vybraných domén u žen a mužů odděleně**

UQ-QOL	Ženy	Muži
Bolest	1	1
Vzhled	3	8
Aktivita	4,5	7
Zotavení	8	11
Polykání	6	2
Žvýkání	9	9,10
Řeč	11	4
Rameno	11	12
Chuť	11	9,10
Sliny	7	5
Nálada	4,5	3
Úzkost	2	6



**Graf 16. Procentuálně vyjádřená důležitost vybraných domén u žen**



**Graf 17. Procentuálně vyjádřená důležitost vybraných domén u mužů**

## 6.4 Splnění cílů

Zde si rozebereme všechny výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku průzkumného šetření a ověříme, zda byly naplněny cíle práce.

Výzkumná otázka č. 1

### Jak hodnotí pacienti s nádory hlavy a krku celkovou kvalitu svého života?

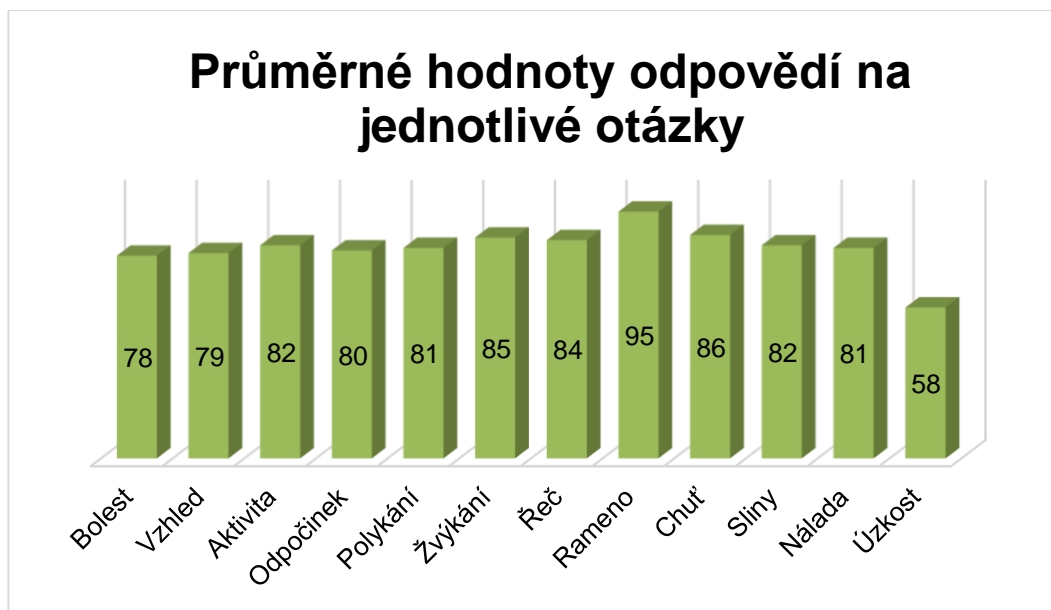
Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsme získávali z dotazníku. V první řadě jsme se zaměřili na to, co respondenti uváděli v doménových otázkách. Zde je škála odpovědí od 0 (nejhorší) do 100 (nejlepší). Následující tabulka 18 zobrazuje odpovědi všech 180 pacientů – mužů i žen na otázky týkající se zdraví a celkové kvality života za posledních 7 dní. Konkrétně šlo o dotazy na bolest, vzhled, aktivitu, odpočinek, polykání, žvýkání, řeč, rameno, chuť, sliny, náladu a úzkost.

**Tabulka 18. Doménové otázky**

UW-QOL	N	UW-QOL skóre								Vážený průměr	% Nejlepší skóre (ze 100)
		0	25	30	50	70	75	100			
Bolest	180	4	17		17		61	81	78	45	
Vzhled	180	2	4		23		84	67	79	37	
Aktivita	180	3	5		23		58	91	82	51	
Odpočinek	180	4	9		20		61	86	80	48	
Polykání	180	10		14		51		105	81	58	
Žvýkání	180	11			31			138	85	77	
Řeč	180	12		14		24		130	84	72	
Rameno	180	0		3		23		154	95	86	
Chuť	180	2		18		37		123	86	68	
Sliny	180	2		24		45		109	82	61	
Nálada	180	4	10		16		58	92	81	51	
Úzkost	180	27		36		77		40	58	22	

Graf 18 zobrazuje vážený průměr hodnot odpovědí na jednotlivé otázky. Nejvyššího skóre dosáhla otázka týkající se problémů a bolesti ramene. Nejhůře na tom byli dotazovaní v otázce, která se týkala úzkosti, zde je vážený průměr všech odpovědí 58. Průměr ze všech těchto skóre je 81. Medián 81,5.





**Graf 18. Doménové otázky**

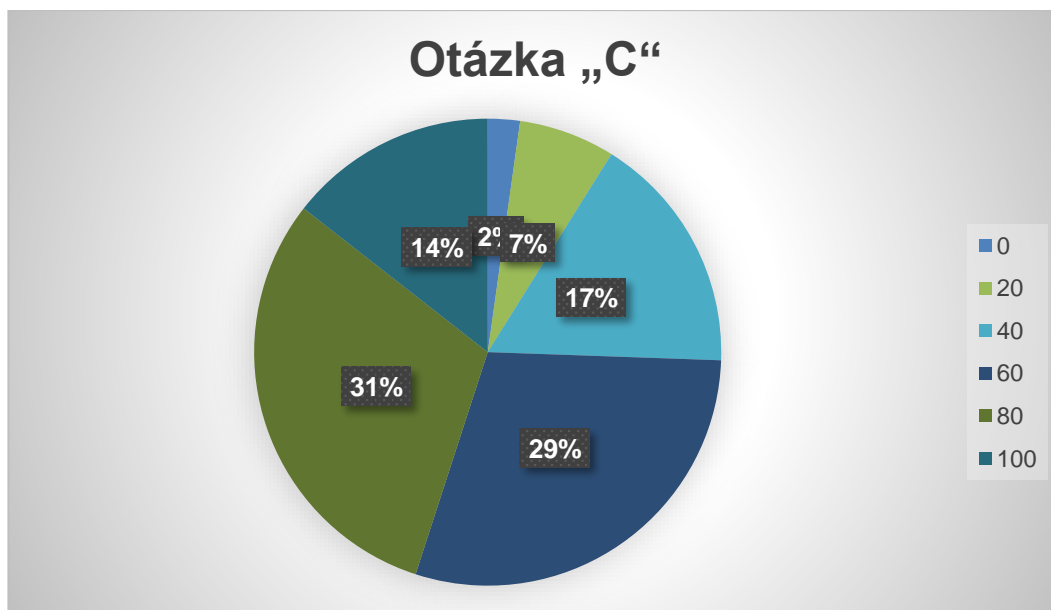
Další část dotazníku se týkala globálních otázek. I tyto byly využity k získání odpovědí na obě zmíněné výzkumné otázky. V této části dotazníku byly pacientům položeny 3 otázky: jaká je jejich kvalita života vztažená na zdraví v porovnání s kvalitou života před diagnostikováním rakoviny, jaká je jejich kvalita života vztažená na zdraví za posledních 7 dní a jaká je v posledních 7 dnech celková kvalita života. Škála odpovědí je opět od 0 do 100 a otázky byly položeny stejné skupině pacientů jako předešlé. Výsledky prezentuje tabulka 19.

**Tabulka 19. Globální otázky**

UW-QOL	Skóre otázek									Vážený průměr	% nejlepších skóre
	0	20	25	40	50	60	75	80	100		
A. Kvalita života vztažená na zdraví v porovnání s tou, měsíc před diagnostikováním rakoviny	5		21		53		53		48	66	86 %
B. Kvalita života vztažená na zdraví během posledních 7 dnů	4	16		24		54		63	19	64	76 %
C. Celková kvalita života během posledních 7 dnů	4	12		30		53		55	26	65	74 %

Na otázku ohledně celkové kvality života za posledních 7 dní (otázka C) pacienti nejvíce odpovídali, že kvalita jejich života je velmi dobrá. Následovaly odpovědi dobrá a výborná. Nejméně lidí považovalo celkovou kvalitu svého života za velmi špatnou. Průměrná hodnota odpovědi byla 65. V případě nejlepšího skóre, za které se v tomto případě považuje odpověď (60) a lepší, má kvalita života vztažená na zdraví 74 %.

Graf 19 poté zobrazuje procentuální zastoupení odpovědí u otázky C.



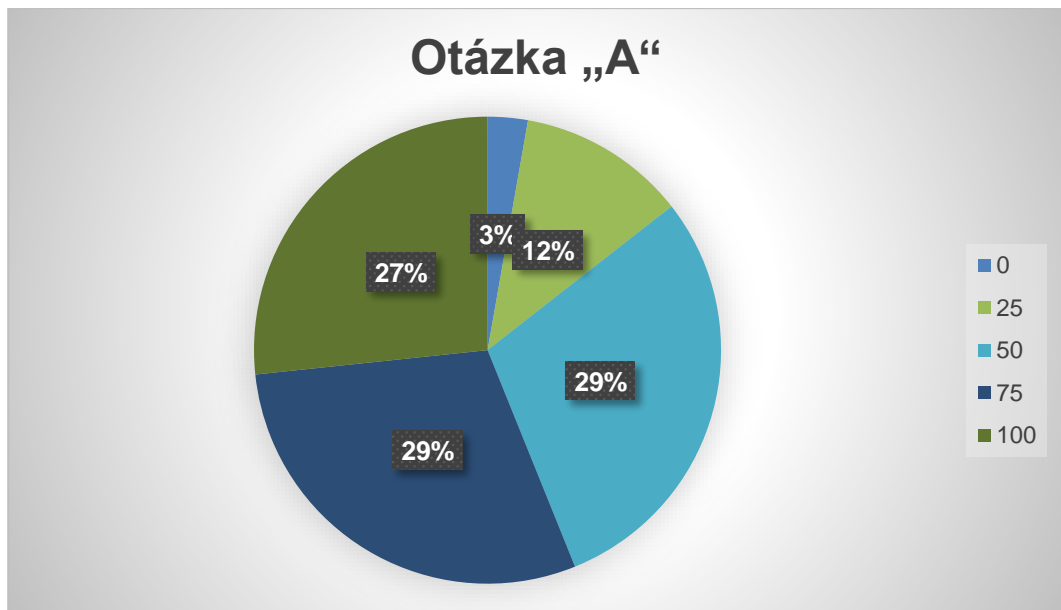
**Graf 19. Otázka „C“**

Průměrné skóre ze všech doménových otázek je 81 bodů, medián pak 81,5. Na otázku, jaká je celková kvalita života za posledních 7 dní, pacienti nejčastěji odpovídali, že velice dobrá a průměrná hodnota skóre byla 65. Dílčí cíl, který měl za úkol zjistit, jak pacienti s nádory hlavy a krku hodnotí celkovou kvalitu svého života byl naplněn, protože ze všech těchto získaných hodnot lze tedy usuzovat, že celková kvalita života pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku je velice dobrá.

Výzkumná otázka č. 2

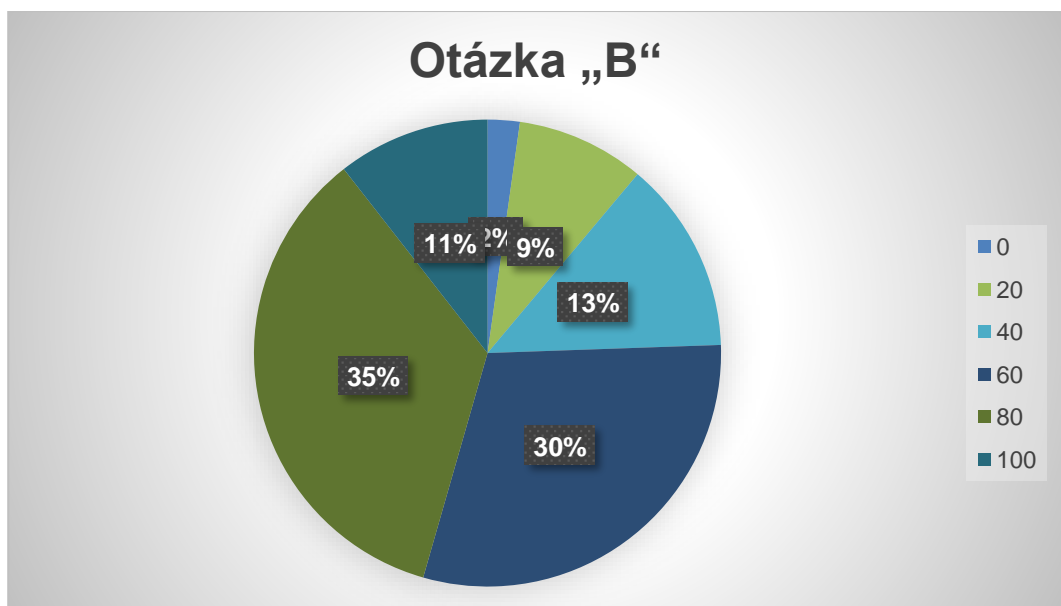
**Jak hodnotí pacienti s nádory hlavy a krku kvalitu svého života související se zdravím?**

K této výzkumné otázce se váže otázka označená písmenem „A“ v části dotazníku, která se opět věnuje globálním dotazům. Tato otázka se věnuje porovnání kvality života související se zdravím před diagnostikováním rakoviny. Zde odpovědělo 48 lidí, že nynější kvalita života je o mnoho lepší. 53 pacientů považovalo současnou kvalitu života za o trochu lepší a stejný počet stejnou jako před diagnostikováním rakoviny. Podle 21 dotázaných se jejich kvalita života o trochu zhoršila a pouhých 5 osob uvedlo, že se výrazně zhoršila. Nejlepší skóre, které je pro tuto otázku považováno hodnocením (50) a lepší, zvolilo 86 % osob. Průměrné skóre je rovno 66 bodům. Graf 20 předkládá procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.



**Graf 20. Otázka „A“**

Další otázka obsažená v dotazníku, kterou jsme použili k získání odpovědí na výzkumnou otázku č. 2, je otázka označená písmenem „B“. Ta se zaměřuje na kvalitu života vztáženou na zdraví za posledních 7 dní. Zde se objevily velmi podobné odpovědi, jako u celkové kvality života. I v tomto případě pacienti nejčastěji odpovídali, že kvalita jejich života je velmi dobrá. Následovaly odpovědi dobrá a výborná a nejméně lidí odpovědělo, že kvalita jejich života je velmi špatná. Vážený průměr odpovědi je 64, nejlepšího skóre zvolilo 76 % respondentů. Procentuální zastoupení odpovědí u této otázky zobrazuje graf 21.



## Graf 21. Otázka „B“

Z odpovědí získaných globálními otázkami lze usuzovat, že kvalita života vztažená na zdraví pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku je velice dobrá a tímto zjištěním byl naplněn dílčí cíl, který měl zjistit, jak pacienti s nádory hlavy a krku hodnotí kvalitu svého života související se zdravím.

Výzkumná otázka č. 3

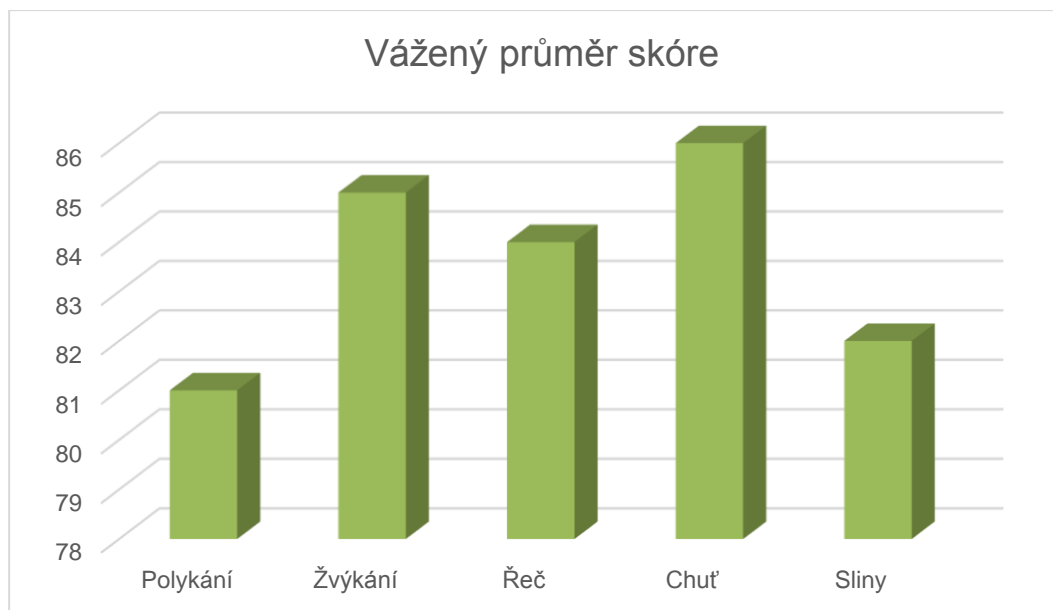
### Které zdravotní problémy se nejčastěji vyskytují u pacientů s nádory hlavy a krku?

K naplnění dílčího cíle, který měl za úkol zmapovat nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy u pacientů s nádory hlavy a krku bylo využito odpovědí z doménových otázek a otázek důležitosti v dotazníku.

Mezi nejčastější zdravotní problém patří polykací potíže, jehož průměrné skóre je 81 bodů. 10 pacientů uvedlo, že nemůže polykat a dusí se, 14 pacientů může polykat pouze tekutou stravu. Nejlepší skóre (100) zvolilo pouze 58 % dotázaných. Dalším problémem jsou sliny. 45 dotázaných má méně slin než dříve, 24 velmi málo a 2 vůbec žádné. Zde nejlepší skóre zvolilo 61 % pacientů. Také se vyskytují problémy s řečí. Až 12 pacientů uvedlo, že jim není vůbec rozumět, 14 pacientům rozumí pouze rodina a přátelé. Stejně jako před onemocněním mluví 72 dotázaných. Mezi další problémy patří problémy se žvýkáním a chutí.

Tabulka 20. Nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy

UW-QOL	UW-QOL skóre						Vážený průměr	% Nejlepší skóre	
	0	25	30	50	70	75			100
Polykání	10		14		51		105	81	58
Žvýkání	11			31			138	85	77
Řeč	12		14		24		130	84	72
Chuť	2		18		37		123	86	68
Sliny	2		24		45		109	82	61



**Graf 22. Nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy**

V doménových otázkách si tedy respondenti volili jako nejčastěji se vyskytující problém potíže s polykáním, slinami a řečí. Naopak v otázkách důležitosti si respondenti vybírali jako hlavní problém bolest. Tuto skutečnost zobrazují tabulky a grafy 16 a 17.

Výzkumná otázka č. 4

**Jaké jsou rozdíly ve vnímání kvality života s nádory hlavy a krku mezi muži a ženami?**

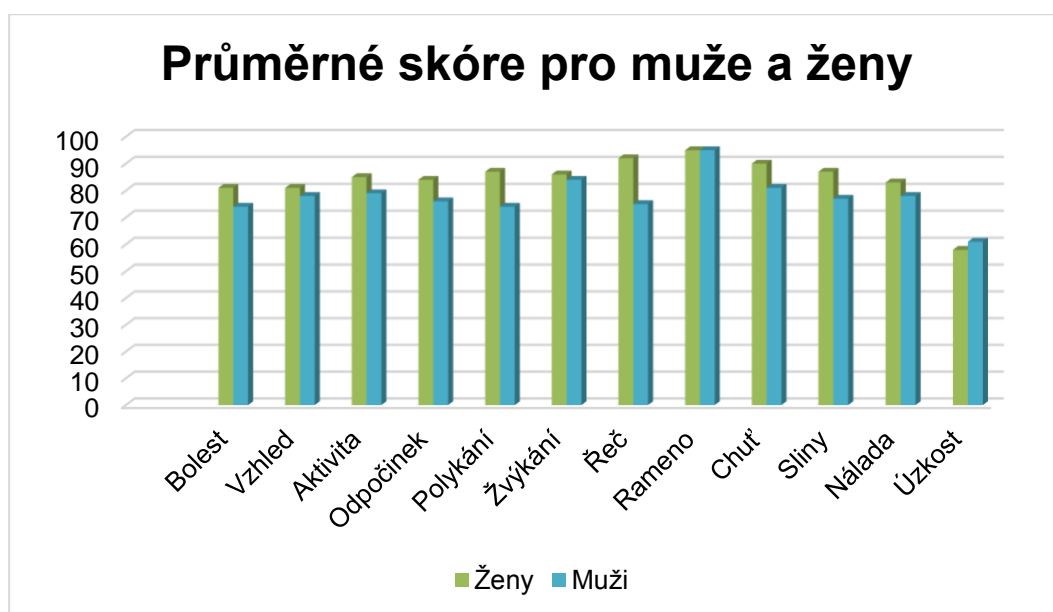
Následující tabulka 21 uvádí průměrné skóre pro jednotlivé domény zvláště u mužů a žen. Jak lze vidět v tabulce, průměrné skóre všech domén dohromady je pro muže 77,66 a pro ženy 84. Medián nabývá podobných hodnot, 77,5 bodů pro muže a 85,5 pro ženu. Maximum bodů z jednotlivých domén je pro muže i pro ženy hodnota 95, obě skupiny této vysoké hodnoty dosáhli v otázce týkající se problémů s ramenem. Minimální skóre je v otázce úzkosti.

**Tabulka 21. Srovnání muži a ženy**

UW-QOL	Muži	Ženy
Bolest	74	81
Vzhled	78	81
Aktivita	79	85
Odpočinek	76	84

Polykání	74	87
Žvýkání	84	86
Řeč	75	92
Rameno	95	95
Chuť	81	90
Sliny	77	87
Nálada	78	83
Úzkost	61	58
<b>Průměr</b>	77,66667	84,08333
<b>Medián</b>	77,5	85,5
<b>Maximum</b>	95	95
<b>Minimum</b>	61	58

Graf 23 zobrazuje průměrné skóre pro jednotlivé domény zvlášť pro muže a pro ženy. Zelené sloupce jsou přiřazeny pro ženy a modré pro muže.



**Graf 23. Průměrné skóre u mužů a žen**

Nyní naformulujeme hypotézy, pomocí kterých ověříme, zda se kvalita života mužů a žen statisticky významně liší. Z výsledků popisných statistik lze předpokládat, že pokud se kvalita života bude lišit, pro ženy bude lepší. Budeme testovat nulovou hypotézu  $H_0$  oproti alternativní hypotéze  $H_A$ , které říkají:

$H_0$ : Kvalita života mužů a žen je stejná.

$H_A$ : Kvalita života mužů a žen se liší.

Pro otestování hypotéz použijeme Studentův nepárový t-test. Tento test slouží k porovnání střední hodnoty  $\mu_1$  jedné skupiny se střední hodnotou  $\mu_2$  jiné skupiny. Liší se v závislosti na shodných či neshodných rozptylech. Zda mají skupiny mužů a žen shodné rozptyly zjistíme pomocí F-testu. Níže na obrázku 1 vidíme výstup z tohoto testu.

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	77,66667	84,08333
Rozptyl	60,78788	85,35606
Pozorování	12	12
Rozdíl	11	11
F	0,712168	
P(F<=f) (1)	0,291507	
F krit (1)	0,35487	

**Obrázek 1. Dvouvýběrový F-test pro rozptyl**

U tohoto testu je také naformulována nulová a alternativní hypotéza. Nulová hypotéza říká, že rozptyly jsou shodné. Zde platí, že pokud je p-hodnota menší než 0,05, nulovou hypotézu zamítáme, tudíž rozptyly shodné nejsou. V našem případě vyšla p-hodnota 0,291, což není menší než 0,05. Říkáme tedy, že nulovou hypotézu na 5 % hladině významnosti nezamítáme, rozptyly jsou shodné. Použijeme tedy Studentův t-test pro shodné rozptyly. Výsledek vidíme v následujícím obrázku 2.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	77,66667	84,08333
Rozptyl	60,78788	85,35606
Pozorování	12	12
Společný rozptyl	73,07197	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	22	
t Stat	-1,8387	
P(T<=t) (1)	0,039749	
t krit (1)	1,717144	
P(T<=t) (2)	0,079499	
t krit (2)	2,073873	

**Obrázek 2. Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů**



Hodnota t-statistiky je 1,717 a p-hodnota je 0,079, čili větší než 0,05. Na 5 % hladině významnosti nezamítáme nulovou hypotézu  $H_0$ , což znamená, že kvalita života mužů a žen je stejná a rozdíl mezi nimi není statisticky významný.

Pomocí Spearmanova koeficientu korelace jsme otestovali, zda muži i ženy vnímají jednotlivé domény za stejně důležité. Jedná se o neparametrický korelační koeficient, který pracuje pouze s pořadími pozorovaných hodnot.

$H_0: r = 0$  -> korelace je nulová = muži i ženy vnímají jednotlivé domény za jinak důležité

$H_A: r \neq 0$  = muži i ženy vnímají jednotlivé domény za stejně důležité

Výsledek koeficientu korelace ( $r = 0,537$ ) a výpočet t-statistiky provedeme podle následujícího vzorce:

$$t = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}}$$

a tuto hodnotu dále porovnáme s kvantilem Studentova t rozdělení na 5 % hladině významnosti se 2 stupni volnosti.  $T = 2,02$  a kvantil Studentova t rozdělení je 2,179. Platí tedy  $2,02 < 2,179$ . Nezamítáme tudíž nulovou hypotézu a lze říci, že muži i ženy vnímají jednotlivé domény za jinak důležité. Pro muže i ženy je nejdůležitější bolest. Na 2. místě je pro ženy úzkost, pro muže až na 6., a na 3. místě je pro ženy důležitý vzhled, který je pro muže až na 8. místě. Pro muže je na 2. místě polykání a na 3. místě nálada.

Byl tedy naplněn i poslední dílčí cíl a za použití Studentova t-testu jsme rozhodli, že kvalita života mužů i žen se od sebe vzájemně statisticky významně neliší. Lze ale usuzovat, že obě pohlaví považují jednotlivé domény za jinak důležité.

## 7 Diskuze

Hlavním cílem práce bylo posoudit kvalitu života u vybraných pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku sledovaných v ORL onkologických ambulancích v Nemocnici v Novém Jičíně. Tento cíl byl splněn díky vyhodnocení získaných informací z použitého dotazníkového průzkumu. Po důkladném zkoumání můžeme tedy prohlásit, že pacienti s onkologickým onemocněním v otorinolaryngologické oblasti mají i vzhledem ke svému onemocnění velice dobrou kvalitu svých životů, a to jak po stránce celkové, tak po té související se zdravím. Podobných výsledků s pomocí tohoto dotazníku (UW-QOL) dosáhla i Mackerlová (2011). Ta ve své práci odhaluje, že průměr spokojenosti s kvalitou života se pohybuje okolo 77,8 %, což nasvědčuje pro velmi dobrou kvalitu života zkoumaných respondentů. V našem šetření byl průměr vyčíslen na 81 %. Také Kubečková (2012) uvádí, že z jejího výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce dotázaných se přiklání ke spíše lepšímu hodnocení kvality života. O tomto zjištění se zmiňuje i autorka Malá (2016). Ta zase ve své práci uvádí, že nemocní s rakovinou hlavy a krku mají celkově dobrou kvalitu svých životů, a navíc významně profitují z klinické výživy v rámci zavedené perkutánní endoskopické gastrostomie. Jedná o minimálně invazivní přístup, který je v dnešní době využíván u většiny ORL onkologických pacientů, kde je nemožnost příjmu stravy klasickou cestou nebo se tento problém očekává (Urbánek a Urbánková, 2012). Doležalová (2018) poukazuje na to, že až 50 % pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti hlavy a krku postihuje váhový úbytek. To může vést k vyšší morbiditě a mortalitě nemocných, a proto je vhodné tomuto stavu předcházet. Zajištění výživy i tekutin tímto způsobem bylo využito také u velké části našich dotazovaných pacientů.

Problém hodnocení kvality života popsali také autoři Pála a kol. (2012) kteří ve své práci uvádějí, že kvalita života jejich respondentů byla před zahájením léčby poměrně vysoká, následně v průběhu léčení ale došlo k výraznému zhoršení, a zpět se stav k původním hodnotám vracel v průběhu 6 až 12 let po léčbě. Ale nejen z tohoto šetření vyplývá, že nelze hodnotit vnímání kvality života společně u nemocných před zahájením léčby, během samotné léčby a po léčbě. A to proto, že jde o tři úplně rozdílné stavy tělesného i duševního prožívání jedince, které se v průběhu této doby od sebe vzájemně odlišují. Tito autoři také ve své práci dokládají, že jejich výsledky jsou obdobné jako v publikovaných zahraničních studiích.

V dílčích cílech jsme se zabývali také zmapováním nejčastějších zdravotních problémů vyskytujících se u ORL onkologicky nemocných. Shah et al. (2012) ve své publikaci uvádí, že nejčastějšími problémy po komplexní léčbě nádorů hlavy a krku jsou polykací potíže, obrna nervu (bloudivý, lícní, přídatný), problémy se vzhledem, potíže v dutině ústní, zubní problémy a trismus. Z našeho průzkumného šetření jsme zjistili, že nejvíce nemocné opravdu trápí potíže s polykáním, slinami, řečí a bolesti. S tímto se shoduje i studie Abbase (2019), který také použil dotazník UW-QOL. V jeho práci byly pro respondenty nejzávažnější právě problémy s polykáním a slinami. Například Kubečková (2012) ve své práci uvádí jako nejčastější zdravotní problémy u pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku, za použití dotazníku QLQ-H&N35, lepkavé sliny, problém s chuťovým smyslem, problémy při jídle, sucho v ústech, porucha polykání tuhé stravy a problémy se zuby. Sjamsudin et al. (2018) ve své práci prokázali, že pooperační bolesti po chirurgickém výkonu v dutině ústní a oblasti ORL mohou zvyšovat negativní pocity nemocného ze samotné léčby. Jde tedy o faktor, který může významně ovlivnit pohled na vlastní kvalitu života. Práce také zmiňuje, že rozvoj deprese a psychického diskomfortu je v tomto období zcela běžným jevem.

O bolesti, jako faktoru ovlivňující kvalitu života, informuje ve své práci i autorka Doležalová (2018). Ta svým výzkumem poukazuje na to, že minimalizace bolesti zvyšuje kvalitu života těchto pacientů. A udává, že obecně platí to, že lidé, kteří nemají bolesti žijí kvalitnější životy. I z tohoto tedy vyplývá, že je nutné poskytovat nemocným dostatečné prostředky k tišení jejich bolesti. Také my sami jsme přesvědčeni o tom, že pokud by naši respondenti trpící bolestmi nebyli správně analgetizováni, bylo by jejich hodnocení kvality života tímto jevem negativně poznamenáno.

V dalším dílčím cíli jsme porovnávali rozdíly v kvalitě života u mužů a žen. Zde jsme využili naše stanovené hypotézy. První z nich zněla: Kvalita života mužů a žen je stejná. A druhá hlásala, že: Muži i ženy vnímají jednotlivé domény za jinak důležité. Ke každé hypotéze byla vytvořena i hypotéza alternativní a v obou případech byly alternativní hypotézy zamítnuty. Všechny předem stanovené hypotézy byly tudíž přijaty.

Můžeme tedy prohlásit, že ze získaných výsledků našeho průzkumného šetření jsme zjistili, že i když se od sebe statisticky významně nelišily problémy těchto dvou skupin, tak přesto každé pohlaví považovalo za jinak důležité jednotlivé domény se zdravotními problémy. Také autorka Čiháková (2006) ve své práci zaměřené na kvalitu

života s tracheostomií zjistila rozdíly s vnímáním v několika oblastech. Například ženy pozorovaly výraznější změny v oblasti duševní pohody, spokojenosti se sportem, se vztahy mezi lidmi a zdravím. Muži navíc pocítili problémy v zaměstnání, s rodinou, koníčky a duchovním životem. Největším rozdílem v autorčině zkoumání ovšem bylo vyrovnávání se s vlastní přítomností tracheostomie, kdy ženy tuto skutečnost snášejí mnohem hůře než muži. Zajisté má na to vliv i to, že pro ženy je jejich vzhled opravdu důležitý a každý „defekt“ vnímají velmi intenzivně. Proto i v našem šetření uváděly problém se změnou vzhledu častěji ženy, které tuto možnost vybraly celkem 26x, oproti mužům, kteří si volili problém se vzhledem jako důležitý jen 12x. Proto můžeme konstatovat, že i v tomto dílčím cíli se naše výsledky shodují s jinými autory a výrazně se neliší.

Malá (2016) ve své práci uvádí, že při tříletém sledování souboru 726 nemocných s rakovinou hlavy a krku, zjistili skutečnost, která se také týká odlišného vnímání kvality života mezi muži a ženami. Autorka poukazuje na to, že dotazované ženy tolerovaly přítomnost samotného onkologického onemocnění i následný léčebný proces lépe než muži, a také vyžadovaly nižší závislost na péči o sebe druhou osobou.

S použitým dotazníkem UW-QOL pracovali také Viana et al. (2017), kteří uskutečnili prospektivní studii v brazilské populaci. Výsledkem této práce bylo zjištění negativního vlivu chirurgických intervencí na většinu HRQoL domén, současně ale také zlepšení stran bolesti, nálady a úzkosti. Většina nemocných následně hodnotilo svůj zdravotní stav a celkovou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou, což se opět shoduje i s výsledky našeho průzkumného šetření.

Naopak s upraveným dotazníkem, který obsahoval část z EORTC (Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny) QLQ – C30 a WOL, což je náš použitý dotazník Univerzity ve Washingtonu v revidované verzi, pracoval i Smilek (2004). Ten pomocí retrospektivní studie zjistil, že přibližně jeden rok po ukončení léčby, mají nemocní statisticky významně sníženou kvalitu života. V tomto případě se ale jednalo o soubor 47 nemocných, kteří absolvovali rozsáhlé život zachraňující chirurgické výkony s výrazně odlišnou prognózou.

Jiným retrospektivním sběrem dat autorka Halámka (2012) získala data, která soužila pro výstup projektu s použitím registru zvaného HARDROCK (Head and Neck Cancer: Assessment of Risk Factors, Stage Distribution, Radiotherapy Optimization, Causes of Relapse – Keypoints). Jednalo se o český výzkum zaměřený na nemocné

v Moravskoslezském kraji, přesněji ve spádovém regionu Fakultní nemocnice Ostrava, které postihuje onkologické onemocnění hlavy a krku. Autoři tohoto průzkumného šetření mimo jiné zjistili i to, že například ženy vůči mužům mají statisticky významně nižší zastoupení aktivních a bývalých kuřáků. Stejně zjištění vyplynulo i v ohledu na konzumaci alkoholu. Dále bylo zjištěno, že při srovnání období 2004 – 2005 a období 2006 – 2010 došlo ke zlepšení úrovně poskytované radioterapie. Následně také došlo ke zlepšení celkového přežití u pacientů v pozdějších stádiích onemocnění. Můžeme tudíž i tuto studii považovat za ukazatel toho, že se možnosti současné léčby zvyšují a tím se zvyšují i možnosti na lepší život těchto nemocných.

Díky našemu průzkumnému šetření a následnému porovnání s jinými autory, kteří se také zabývali zkoumáním této problematiky, můžeme obecně konstatovat, že kvalita života u pacientů s onkologickým onemocněním v ORL oblasti je velmi dobrá. Navíc je také opravdu srovnatelná s hodnocením kvality života, a to nejen jiných českých, ale i zahraničních pacientů s tímto onemocněním, což nám také poukazuje na velice dobrou úroveň našeho zdravotnictví. A to vše i přes skutečnost, že se aktuálně české zdravotnictví potýká s problémy, jako je nedostatek financí a také nedostatek lékařských i nelékařských pracovníků.

V závěru našeho dotazníku bylo ještě místo na případné popsání jakýchkoli jiných problémů, ať už se jednalo o ty zdravotní nebo nezdravotní. Pacienti zde mohli vyjádřit problémy, které jsou důležité pro jejich kvalitu života. Tuto možnost využili z celkového počtu 180 respondentů pouze 4 a neobjevily se zde problémy, ale jen tyto informativní sdělení: „*Všechno je OK.*“ (muž, 67 let) nebo „*Bála jsem se, že umřu, ale žiju. Děkuju vám všem.*“ (žena, 58 let), „*Naštěstí mě nic nebolí.*“ (muž, 64 let) a také věta „*Jsem spokojený, snad se mi rakovina nevrátí.*“ (muž, 73 let). I tyto věty jsou pro nás cennými informacemi, které nám ukazují, že i s proběhlým onkologickým onemocněním může žít pacient život, který je pro něj kvalitní a uspokojivý.

A právě tohle jsou důvody, proč bychom se měli zaměřit a sledovat kvalitu životů našich pacientů, a zároveň se snažili dělat maximum pro to, aby zde lidé s tímto onemocněním s námi mohli skutečně žít, a nejen přežívat.

## Závěr

Diplomová práce nesla název Kvalita života u pacientů s nádory hlavy a krku, a tedy i celý obsah práce byl věnován tomuto tématu. Nahlíželi jsme na něj, jak z pohledu kvality života související se zdravím, tak jsme neopomenuli ani celkovou kvalitu života.

Teoretická část měla za cíl sjednotit dostupné informace týkající se této problematiky, a empirickou část tvořilo seznámení se samotným průzkumným šetřením. Soubor, ke kterému se vztahovala veškerá data, byli pacienti léčení nebo dispenzarizovaní na ORL pracovišti v Nemocnici Nový Jičín a.s., kteří podstoupili chirurgickou léčbu v kombinaci s radioterapií. Výsledná data zkoumání byla předkládána ve čtyřech podkapitolách.

Hlavním cílem práce bylo posoudit kvalitu života u pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku. Dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění toho, jak pacienti hodnotí celkovou kvalitu života a také kvalitu života související se zdravím. Dále bylo cílem zmapování nejčastěji se vyskytujících zdravotních problémů u těchto pacientů a posouzení, zda a jak se liší kvalita života s nádory hlavy a krku mezi muži a ženami.

Získáním a zpracováním dat průzkumného šetření bylo zjištěno, že pacienti s nádory hlavy a krku mají velice dobrou kvalitu života. A to jak kvalitu života celkovou, tak i tu související se zdravím. Také díky tomuto zjištění můžeme konstatovat, že opravdu jen malé procento těchto pacientů se potýká se špatnou nebo velmi špatnou kvalitou života. Dále bylo zjištěno, že nejčastěji se u takto nemocných vyskytují potíže s polykáním, slinami, řečí a bolestí. Uvedených výsledků bylo dosaženo vyhodnocením odpovědí v doménových otázkách a otázkách důležitosti, a jde tedy právě o faktory, které se ve velké míře podílejí na ovlivnění celkových výsledků v samotném hodnocení kvality života. Co se týká rozdílů ve vnímání kvality života u mužů a žen, zde bylo zjištěno, že se tyto dvě skupiny od sebe navzájem statisticky významně neliší, ale každé pohlaví považuje jednotlivé domény za odlišně důležité. Například ženy upřednostňují problém vzhledu a úzkosti, a naopak muže více trápí polykání a bolest.

Teoretická část by mohla pomoci rozšířit vědomosti o daném tématu a sjednotit informace nejen pro pracovníky, kteří s onkologickými pacienty přicházejí do styku. I výsledná data praktické části by mohla posloužit dále, a to jako údaj pro porovnávání výsledků pro české i zahraniční autory. Následně by se diplomová práce jako celek mohla stát dílčím materiálem, díky kterému budou zdravotníci více přemýšlet o tom, jaká kvalita

života doprovází nemocné, o které zrovna pečují. A také, zda nemohou udělat něco jinak, aby se kvalita života těchto nemocných co nejvíce přiblížila té, kterou měli před samotným propuknutím své nemoci.

## **Souhrn**

Tato diplomová práce se věnuje problematice kvality života u pacientů s nádory hlavy a krku. Problematika je sledována pomocí standardizovaného dotazníku (UW-QOL) u pacientů léčených na pracovišti ORL. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část slouží jako východisko pro následný výzkum. Jsou zde rozebrána témata nádorů hlavy a krku, jejich léčba, kvalita života a faktory, které ji ovlivňují. Praktická část představuje samotný výzkum, jeho cíle a poté předkládá fakta získaná průzkumným šetřením. Z výsledků tohoto šetření bylo prokázáno, že dotazovaní pacienti mají velice dobrou kvalitu života, a nejčastěji se u nich vyskytují problémy s polykáním, slinami, řečí a bolestí. Dále můžeme také konstatovat, že nejsou významné rozdíly ve vnímání kvality života u mužů a žen.



## **Summary**

The thesis deals with the quality of life in patients with head and neck tumors. The issue is monitored using a standardized questionnaire (UW-QOL) in patients with head and neck cancer treated at the ENT department. The thesis contains theoretical and practical part. The theoretical part serves as a foundation for subsequent research. The topics of head and neck tumors, their treatment, quality of life and factors influencing it are discussed. The practical part presents the research itself, its objectives and then presents the facts obtained by the exploratory survey. The results of this investigation have shown that the interviewed patients have a very good quality of life, and most often they have problems with swallowing, saliva, speech, and pain. Furthermore, we can also note that there are no significant differences in the perception of the quality of life in men and women.

## Referenční seznam

1. ABBAS, Syed Seyd et al. Assessment of factors affecting quality of life in oral squamous cell carcinoma patients using University of Washington quality of life questionnaire. *Cureus*. 2019, 11(1), e3904 [cit. 2019-04-03]. DOI: 10.7759/cureus.3904. Dostupné z: <https://www.cureus.com/articles/16972-assessment-of-factors-affecting-quality-of-life-in-oral-squamous-cell-carcinoma-patients-using-university-of-washington-quality-of-life-questionnaire>
2. ADAM, Zdeněk a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 684 s. ISBN 80-247-0896-5.
3. ASTL, Jaromír. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 252 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-376-3.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
5. BECKER, Horst D. et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2005. 854 s. ISBN 80-247-0720-9.
6. BRANT, Jeannine. *Léčba bolesti*. In O'Connor, Margaret a Aranda, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
7. COUFAL, Oldřich a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada, 2011. 414 s. ISBN 978-80-247-3641-9.
8. ČELEDOVÁ, Libuše a ČVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. ČIHÁKOVÁ, Ivana. 2006. *Kvalita života u pacientů s tracheostomií: bakalářská práce*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. 89 s. Vedoucí bakalářské práce Jiří Mareš.
10. DOLEŽALOVÁ, Helena. 2018. *Kvalita života pacientů s nádory hlavy a krku: disertační práce*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. 83 s. Vedoucí disertační práce Antonín Šimůnek.
11. FRICOVÁ, Jitka. *Akutní a chronická bolest*. In Rokyta, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. 174 s., vii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3012-7.

12. FUSEK, Martin et al. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada, 2012. 219 s. ISBN 978-80-247-3727-0.
13. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
14. HALÁMKA, Magdalena a kol. Projekt HARDROCK: parametrický sběr a analýza dat pacientů s nádory hlavy a krku na Klinice onkologické FN Ostrava – důraz na význam frakcionace a definice cílového objemu v radioterapii. *Klin Onkol* 2012, ročník 25, č. 1, s. 274–281. ISSN 0862-495X.
15. HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. xiv, 450 s. ISBN 978-80-247-2612-0.
16. HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In Payne, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205—216. ISBN 80-7254-657-0.
17. HYBÁŠEK, Ivan. *Ušní, nosní a krční lékařství*. Praha: Galén, 1999. 220 s. ISBN 80-7262-017-7.
18. HYNKOVÁ, Ludmila a DOLEŽELOVÁ, Hana. *Nežádoucí účinky radioterapie a podpůrná léčba u radioterapie nádorů hlavy a krku*. [online]. *Onkologie*. Brno, 2008, roč. 2, str. 88 – 90. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/xon/2008/02/06.pdf>
19. JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada, 2009. 111 s. *Psychologie pro každého*. ISBN 978-80-247-2479-9.
20. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.
21. KLENER, Pavel a KLENER, Pavel. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada, 2013. 198 s. ISBN 978-80-247-4171-0.
22. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. *Psyché*. ISBN 80-247-0179-0.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

25. KUBEČKOVÁ, Helena. 2012. *Kvalita života pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku: diplomová práce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 129 s. Vedoucí práce Roman Michálek.
26. KUKLA, Lubomír a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. 432 stran. ISBN 978-80-247-3874-1.
27. LUKÁŠ, Karel a kol. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. 890 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
28. MACKERLOVÁ, Nikola. 2011. *Kvalita života pacientů po totální laryngektomii: bakalářská práce*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. 115 s. Vedoucí bakalářské práce Jiří Mareš.
29. MAČÁK, Jiří a kol. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 347 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
30. MALÁ, Eva a kol. Kvalita života nemocných s rakovinou hlavy a krku ve tříletém sledování nutriční ambulancí. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2016, ročník 65, č. 1, s. 9-16. ISSN 1210-7867.
31. MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. 123 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3811-6.
32. MANDYSOVÁ, Petra a ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016. 127 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0158-0.
33. NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Český Těšín: Academia, 2002. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
34. OREL, Miroslav a kol. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada, 2010. 248 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2946-6.
35. PÁLA, Miloslav a kol. *Hodnocení kvality života pacientů s pokročilými ORL nádory léčených pooperační/definitivní chemoradioterapií* [online]. XIX. Jihočeské onkologické dny, 2012 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/hodnoceni-kvality-zivota-pacientu-s-pokrocilymi-orl-nadory-lecenyh-pooperaacni-d/>
36. PASTUCHA, Dalibor a kol. *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2014. 288 s. ISBN 978-80-247-4837-5.

37. PETRUŽELKA, Luboš a KONOPÁSEK, Bohuslav. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0395-0.
38. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2003. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
39. PROFANT, Milan a kol. *Otorinolaryngológia*. Bratislava: ARM 333, 2000. 229 s. ISBN 80-967945-3-1.
40. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. 174 s., vii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3012-7.
41. SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. 146 s. ISBN 80-247-1306-3.
42. SHAH, Jatin et al. *Head and neck surgery and oncology*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier/Mosby, 2012. 856 pages. ISBN 9780323055895.
43. SJAMSUDIN, Endang et al. Assessment of oral cancer pain, anxiety, and quality of life of oral squamous cell carcinoma patients with invasive treatment procedure. *Oral Maxillofac Surg*. 2018, 22(1), p. 83-90 [cit. 2019-02-03]. DOI: 10.1007/s10006-018-0672-3. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10006-018-0672-3>
44. SLOVÁČEK, Ladislav a kol. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby* [online]. Vojenské zdravotnické listy. Hradec Králové, 2004, roč. 73, č. 1 [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)
45. SMILEK, Pavel a kol. Kvalita života nemocných rakovinou hlavy a krku po rozsáhlých chirurgických výkonech – podklad pro rozhodnutí o léčebném postupu? *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2004, č. 4, s. 184-189. ISSN 1210-7867.
46. SMILEK, Pavel a kol. *Karcinomy dutiny ústní a hltanu*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. 377 stran. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-153-3.
47. SOBIN, L. H., ed. a WITTEKIND, Christian, ed. *TNM - klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004, ©2002. 196 s. ISBN 80-7280-391-3.

48. STACKEOVÁ, Daniela. *Relaxační techniky ve sportu: [autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace]*. Praha: Grada, 2011. 133 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-3646-4.
49. STÁREK, Ivo a kol. *Nádory parafaryngu: diagnostika a léčba*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2006. 147 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 80-7311-086-5.
50. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.
51. TEDLA, Miroslav a kol. *Poruchy polykání = Poruchy prehltnia*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. 312 s. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.
52. TOMÁŠEK, Jiří a kol. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. 445 s. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.
53. URBÁNEK, Libor a URBÁNKOVÁ Pavla. Perkutánní endoskopická gastrostomie v algoritmu terapie pokročilých nádorů hlavy a krku. *Endoskopie*. 2012, ročník 21, č. 1, s. 32-34. ISSN 1211-1074.
54. VIANA, Thales Salles Angelim et al. Prospective Evaluation of Quality of Life in Patients Undergoing Primary Surgery for Oral Cancer: Preoperative and Postoperative Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017, 18(8), p. 2093-2100 [cit. 2019-02-03]. DOI: 10.22034/APJCP.2017.18.8.2093. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28843228>
55. VORLÍČEK, Jiří et al. *Chemoterapie a vy: rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5., přeprac. a dopl. vyd., 2. vyd. Medical Tribune CZ. Praha: Masarykův onkologický ústav Brno ve spolupráci se společností Teva Pharmaceuticals CR a s nakl. Medical Tribune CZ, 2013. 35 s. ISBN 978-80-87135-51-8.
56. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.
57. VORLÍČEK, Jiří, ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

## **Seznam zkratek**

BMI – Body mass index

CT – Počítačová tomografie

ČR – Česká republika

EBV – Epstein-Barrové virus

HRQOL – Health-Related Quality of Life

FNB – Fine needle biopsy, Tenkojehlová biopsie

KŽ – Kvalita života

MR – Magnetická rezonance

ORL – Otorinolaryngologie

PET – Pozitronová emisní tomografie

RTG – Rentgen

TNM – Tumor node metastasis

USA – United States of America, Spojené státy americké

USG – Ultrasonografie

UW-QOL – University of Washington Quality of Life

VAS – Vizuální analogová stupnice

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 – Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

Obrázek 2 – Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylu



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 – Bolest

Tabulka 2 – Vzhled

Tabulka 3 – Aktivita

Tabulka 4 – Zotavení

Tabulka 5 – Polykání

Tabulka 6 – Žvýkání

Tabulka 7 – Řeč

Tabulka 8 – Rameno

Tabulka 9 – Chuť

Tabulka 10 – Sliny

Tabulka 11 – Nálada

Tabulka 12 – Úzkost

Tabulka 13 – Kvalita života související se zdravím v porovnání s měsícem před propuknutím onemocnění

Tabulka 14 – Kvalita života vztažená na zdraví během posledních 7 dnů

Tabulka 15 – Celková kvalita života během posledních 7 dnů

Tabulka 16 – Důležitost vybraných domén u žen a mužů odděleně

Tabulka 17 – Pořadí důležitosti vybraných domén u žen a mužů odděleně

Tabulka 18 – Doménové otázky

Tabulka 19 – Globální otázky

Tabulka 20 – Nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy

Tabulka 21 – Srovnání muži a ženy

## **Seznam grafů**

Graf 1 – Bolest

Graf 2 – Vzhled

Graf 3 – Aktivita

Graf 4 – Zotavení

Graf 5 – Polykání

Graf 6 – Žvýkání

Graf 7 – Řeč

Graf 8 – Rameno

Graf 9 – Chut'

Graf 10 – Sliny

Graf 11 – Nálada

Graf 12 – Úzkost

Graf 13 – Kvalita života související se zdravím v porovnání s měsícem před propuknutím onemocnění

Graf 14 – Kvalita života vztažená na zdraví během posledních 7 dnů

Graf 15 – Celková kvalita života během posledních 7 dnů

Graf 16 – Procentuálně vyjádřená důležitost vybraných domén u žen

Graf 17 – Procentuálně vyjádřená důležitost vybraných domén u mužů

Graf 18 – Doménové otázky

Graf 19 – Otázka „C“

Graf 20 – Otázka „A“

Graf 21 – Otázka „B“

Graf 22 – Nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy

Graf 23 – Průměrné skóre u mužů a žen

## **Seznam příloh**

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Hlášenka – Incidence a léčba zhoubného novotvaru

Příloha 3. BMI

Příloha 4. VAS

## **Příloha 1. Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentka oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který se věnuje měření kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním hlavy a krku.

Výsledky průzkumného šetření budou použity ke zpracování mé diplomové práce na téma „Kvalita života u pacientů s nádory hlavy a krku“ v rámci mého studia. Uvedení Vašeho jména a příjmení je důležité pro začlenění Vašich odpovědí do vytvořených cílových skupin pro výpočet výsledků. Dále nebudou tyto údaje nikde šířeny ani poskytovány.

Prosím Vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování – jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi cenu.

Za Vaši ochotu a čas věnovaný tomuto dotazníku děkuji.

Bc. Nikola Ďurkáčová

**Dotazník o kvalitě života University of Washington  
(UW-QOL v4)**

---

Tento dotazník se dotazuje na vaše zdraví a kvalitu života **za posledních sedm dní**. Prosím, odpovězte na všechny otázky tím, že u každé z nich zaškrtněte jedno políčko.

---

1. **Bolest** (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Nic mě nebolí.
- Pociťuji mírné bolesti, ale nevyžadují medikaci.
- Pociťuji středně silné bolesti - vyžadují pravidelnou medikaci (např. paracetamol).
- Mám silné bolesti potlačované pouze léky na předpis (například morfium).
- Mám silné bolesti nepotlačitelné léky.

2. **Vzhled** (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Na mém vzhledu se nic nezměnilo.
- Můj vzhled se změnil jen trochu.
- Můj vzhled mi vadí, ale zůstávám aktivní.
- Cítím se značně znetvořený/á a omezují kvůli tomu své aktivity.
- Díky svému vzhledu se vyhýbám společnosti.

3. **Aktivita**. (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Jsem stále velmi aktivní.
- Někdy nemůžu udržet staré tempo, ale není to často.
- Jsem často unavený/á, a musím zvolnit, ačkoli stále vycházím ven.
- Nevycházím, protože na to nemám sílu.
- Obvykle jsem v posteli nebo křesle a nevycházím z domu.

4. **Zotavení**. (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Nemám žádná omezení pro zotavení doma nebo jinde.
- Je pár věcí, které nemohu, ale pořád si užívám života.
- Mnohdy si přeji, abych si mohl/a více užívat, ale nejde to.
- Mohu dělat jen velmi omezené množství věcí, většinou zůstávám doma a sleduji televizi.
- Nemohu dělat nic příjemného.

5. **Polykání**. (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Mohu polykat normálně.
- Nemohu polykat některou pevnou stravu.
- Mohu polykat pouze tekutou stravu.
- Nemohu polykat, protože mi zaskočí a dusím se.

6. **Žvýkání**. (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Mohu žvýkat normálně.
- Mohu jíst měkké potraviny, ale ne žvýkat určitá tuhá jídla.
- Nemohu žvýkat ani měkké potraviny.

7. **Řeč.** (Zaškrtněte jedno políčko: )

- Moje řeč je stejná jako vždy.
- Obtížně vyslovuji některá slova, ale v telefonu je mi stále rozumět.
- Rozumí mi pouze má rodina a přátelé.
- Není mi rozumět.

8. **Rameno.** (Zaškrtněte jedno políčko: )

- Mé rameno je v pořádku.
- Mám ztuhlé rameno, ale neomezuje mě v mých aktivitách nebo v síle.
- Bolest nebo slabost v rameni mě přinutila změnit práci / koníčky.
- Kvůli problémům s ramenem nemohu pracovat nebo se věnovat koníčkům.

9. **Chuť.** (Zaškrtněte jedno políčko: )

- Jídlo mi chutná normálně.
- Většina jídel mi chutná normálně.
- Mohu cítit chuť pouze některých jídel.
- Necítím chuť žádných jídel.

10. **Sliny.** (Zaškrtněte jedno políčko: )

- Mé sliny mají normální konzistenci.
- Mám méně slin než normálně, ale stále je to dostačující.
- Mám příliš málo slin.
- Nemám sliny.

11. **Nálada.** (Zaškrtněte jedno políčko: )

- Má nálada je skvělá, neovlivněná rakovinou.
- Má nálada je obecně dobrá a pouze občas je ovlivněna rakovinou.
- Nejsem ani v dobré náladě, ani v depresi kvůli mé rakovině.
- Jsem poněkud depresivní kvůli mé rakovině.
- Jsem ve velké depresi kvůli mé rakovině.

12. **Úzkost.** (Zaškrtněte jedno políčko: )

- Své rakoviny se nebojím.
- Mám trochu obavy ze své rakoviny.
- Mám obavy ze své rakoviny.
- Mám velké obavy ze své rakoviny.

---

Které problémy pro vás byly během posledních 7 dnů nejdůležitější?

Zaškrtněte  **max. 3 políčka.**

- Bolesti
- Vzhled
- Aktivita
- Zotavení

- Polykání
- Žvýkání
- Řeč
- Rameno

- Chuť
  - Sliny
  - Nálada
  - Úzkost
-

## VŠEOBECNÉ DOTAZY

**Ve srovnání s měsícem před propuknutím rakoviny, jak hodnotíte kvalitu svého života související se zdravím? (Zaškrtněte jedno políčko:  )**

- Mnohem lepší
- Poněkud lepší
- Stejná
- Poněkud horší
- Mnohem horší

**Celkově byste řekli, že **kvalita vašeho života související se zdravím**, byla během minulých 7 dní: (Zaškrtněte jedno políčko:  )**

- Vynikající
- Velmi dobrá
- Dobrá
- Uspokojující
- Špatná
- Velmi špatná

Celková kvalita života nezahrnuje jenom fyzické a mentální zdraví, pro užívání si života jsou důležité také další aspekty, jako je rodina, přátelé, duchovnost, nebo osobní aktivity trávení volného času. Vezmeme-li v úvahu vše, co ve vašem životě přispívá k vašemu osobnímu blahu, ohodnoťte **celkovou kvalitu svého života za posledních 7 dní**. (Zaškrtněte jedno políčko:  )

- Vynikající
- Velmi dobrá
- Dobrá
- Uspokojující
- Špatná
- Velmi špatná

---

Prosím, popište jakékoli jiné problémy (zdravotní nebo nezdravotní), které jsou důležité pro kvalitu vašeho života a nebyly dostatečně pokryty našimi dotazy (v případě nutnosti připojte další listy).

## Příloha 2. Hlášenka – Incidence a léčba zhoubného novotvaru

Incidence a léčba zhoubného novotvaru		Razítko zdravot. pracoviště, které diagnostikuje novotvar	
Vypíšte trojčíslo silně orámovanou část. (Ize zaškrtnout více možností)		Pořadí ZN	Evid. č. ZN
Rodné číslo	Příjmení a jméno	M	Ž
Trvalé bydliště: Obec, okres, PSC		Datum narození	IČ PČZ PČDP odd.
(do registru se nepřepisuje)		Sociální postavení: 1 zaměstnanec 2 samost. pracující 3 nepracující 4 nezaměstnaný 5 bezdomovec 9 neznámo	
Stav (žijící)	1 v rodině 2 osamocené 9 neznámo	Země původu (slovně)	kód
Zjištěno při:	1 skríning 3 klin. maníf. 5 jiný způsob 2 prev. prohl. 4 pitva 9 neznámo	Datum 1. návštěvy lékaře	Datum stanovení diagnózy
Kouření:	1 ano 3 bývalý kuřák 2 ne 9 neznámo	Lateralita	3 oboustranně 1 vpravo 4 odpadá 2 vlevo 9 neznámo
Diagnóza (slovně)		K dg. vedla tato vyšetř. *)	02 operace 16 endoskopie 00 klin. jasné 04 cytologie 32 lab. vyš., markery 01 histologie 08 RTG. zobr. met. 64 pitva 99 DCO
Morfologie hist. cyt.		NET GIST krvetvor. a imunit. org. kód topograf. C kód morf.	
TNM	T mm N M pTNM y pT mm pN pN vyš. pN poz. sn pM ITC	Lokalizace metastáz *)	
0001 plice 0004 kost 0016 játra 0064 mozek 0256 uzliny 1024 jiný orgán 0002 kostní dřeň 0008 pleura 0032 peritoneum 0128 nadledviny 0512 kůže 0000 neznámo		Riziková kategorie (trojčíslo) Sérové nádorové markery (jen u varlat) Onemocnění	
Klinické stadium (0,I,II,III,IV), 6 metastázy u nezn. prim., 7 neuvádí se, 9 neznámo		1 lokalizované 2 pokročilé 9 neznámo	
Praktický lékař, u kterého je pacient registrován		Datum hlášení	Jméno a podpis hlásícího lékaře
Léčebný postup navržený pracovištěm zodpovědným za léčbu:		Datum převzetí do péče	Razítko zdravot. pracoviště zodpovědného za léčbu
Jméno a podpis hlásícího lékaře		Datum hlášení	IČ PČZ PČDP odd.
Operace: operační výkon (slovně) zdr. zařízení a oddělení		Datum operace	
Druh operace		1 extirpace nádoru 3 radik. operace s odstr. regionálních uzlin 7 pokus albeho odlehčovací operace 0 neoperován 2 odstránění orgánu s nádorem 4 radik. odstr. uzlin bez zásahu na prim. nádor 9 neznámo	
Odstránění nádoru		0 R0 žádný reziduální nádor 2 R2 makroskop. rezid. nádor 9 neznámo 1 R1 mikroskop. rezid. nádor 3 nádor ponechán	
Endoskopická operace		1 ano 9 neznámo 2 ne	
Radioterapie (slovně) zdr. zařízení a oddělení		Datum zahájení radioterapie	
Druh záření *)		01 RTG terapie 04 terapie korpuskulárním zářením 16 brachyterapie 00 neozářován 02 teleterapie Co 60, Cs 137, Gama nůž 08 lineární urychlovač 32 terapie otevřeným zářením	
Forma léčby		1 předoperační 3 před i pooperační 9 neznámo 2 pooperační 4 samostatná (bez operace)	
Chemoterapie (slovně) zdr. zařízení a oddělení		Datum zahájení chemoterapie	
Forma léčby		1 předoperační 3 před i pooperační 9 neznámo 2 pooperační 4 samostatná (bez operace) 0 nepodána	
Typ léčby *)		01 systémová 08 lokální 02 regionální	
Hormonální léčba (slovně) zdr. zařízení a oddělení		Datum zahájení hormonální léčby	
Druh léčby *)		1 chirurgická 2 medikamentózní 4 radiační 0 neprovedena	
Jiná léčba (slovně) zdr. zařízení a oddělení		Datum zahájení jiné léčby	
Druh léčby *)		001 imunoterapie 004 kryoterapie 016 fotodynamická 064 jiná léčba 000 neprovedena 002 hypertermie 008 transplantace kostní dřeně 032 regulační terapie 128 cílená (biologická)	
Protinádorová léčba nepodána pro		1 stav nevyžaduje 2 místní rozsah 3 generalizaci 4 kontraind. nes. s nád. 5 odmítnutí 6 úmrtí 9 neznámo	
Příčina smrti z LPZ (kód MKN-10) Bezprostřední (Ia) Základní (Ib) II		Oprava Bezprostřední (Ia) Základní (Ib) II	
Datum úmrtí		Pitva 1 ano 2 ne Předchozí novotvary:	
Počet novotvarů u téhož nemocného		Zařízení dispensární péče	
		IČ PČZ PČDP odd.	

verze 2014/06  
Národní onkologický registr ÚZIS ČR, http://uzis.cz/registry/nzle/nor

Národní onkologický registr, ÚZIS ČR,

[https://www.uzis.cz/system/files/dokumenty/Hlasenka\\_NOR\\_2014\\_V06.pdf](https://www.uzis.cz/system/files/dokumenty/Hlasenka_NOR_2014_V06.pdf)



## Příloha 3. BMI

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška} * \text{výška}}$$

Vzorec BMI

$BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$		
Ženy	Muži	
pod 19	pod 20	podváha
19–23,9	20–24,9	normální stav
24–28,9	25–29,9	mírná obezita
29–38,9	30–39,9	střední stupeň
nad 39	nad 40	těžký stupeň

Výsledková tabulka pro BMI

<https://www.rehabilitace.info/zdravotni/myty-o-bmi-indexu-telesne-hmotnosti-cemu-verit-a-cemu-ne/>

## Příloha 4. VAS

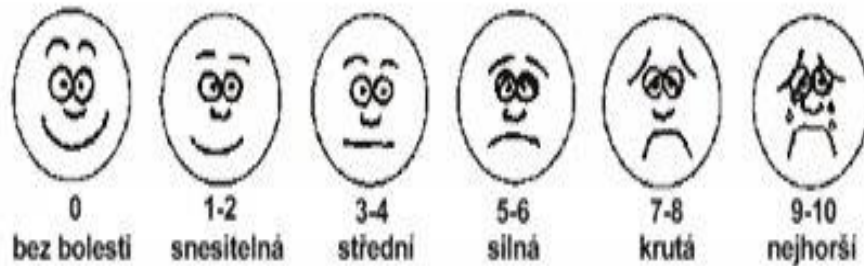
### Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



Vizuální analogová škála, Nemocnice na Homolce

<https://www.homolka.cz/pro-pacienty/11610-informace-o-hospitalizaci/11611-nemusite-snaset-bolest/>

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Nikola Kalivodová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	RNDr. Kristína Tománková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název závěrečné práce:</b>	Kvalita života u pacientů s nádory hlavy a krku
<b>Název závěrečné práce v angličtině:</b>	Quality of life in patients with head and neck tumors
<b>Anotace závěrečné práce:</b>	<p>Tato diplomová práce se věnuje problematice kvality života u pacientů s nádory hlavy a krku. Problematika je sledována pomocí standardizovaného dotazníku (UW-QOL) u pacientů léčených na pracovišti ORL. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část slouží jako východisko pro následný výzkum. Jsou zde rozebrána témata nádorů hlavy a krku, jejich léčba, kvalita života a faktory, které ji ovlivňují. Praktická část představuje samotný výzkum, jeho cíle a poté předkládá fakta získaná průzkumným šetřením. Z výsledků tohoto šetření bylo prokázáno, že dotazovaní pacienti mají velice dobrou kvalitu života, a nejčastěji se u nich vyskytují problémy s polykáním, slinami, řečí a bolestí. Dále můžeme také konstatovat, že nejsou významné rozdíly ve vnímání kvality života u mužů a žen.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	kvalita života, otorinolaryngologie, nádory hlavy a krku
<b>Anotace závěrečné práce v angličtině:</b>	<p>The thesis deals with the quality of life in patients with head and neck tumors. The issue is monitored using a standardized questionnaire (UW-QOL) in patients with head and neck cancer treated at the ENT department. The thesis contains theoretical and practical part. The theoretical part serves as a foundation for subsequent research. The topics of head and neck tumors, their treatment, quality of life and factors</p>

	<p>influencing it are discussed. The practical part presents the research itself, its objectives and then presents the facts obtained by the exploratory survey. The results of this investigation have shown that the interviewed patients have a very good quality of life, and most often they have problems with swallowing, saliva, speech, and pain. Furthermore, we can also note that there are no significant differences in the perception of the quality of life in men and women.</p>
<p><b>Klíčová slova v angličtině:</b></p>	<p>quality of life, otorinolaryngology, head and neck tumors</p>
<p><b>Přílohy vázané v práci:</b></p>	<p>Příloha 1. Dotazník  Příloha 2. Hlášenka – Incidence a léčba zhoubného novotvaru  Příloha 3. BMI  Příloha 4. VAS</p>
<p><b>Rozsah práce:</b></p>	<p>92 stran</p>
<p><b>Jazyk práce:</b></p>	<p>Český</p>