

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života nemocných po totální laryngektomii

Mgr. Eva Baudyšová

Diplomová práce  
2008

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Eva BAUDYŠOVÁ**

Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

Název tématu: **Kvalita života nemocných po totální laryngektomii**

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

1. Studium odborné literatury, vyhledávání odborných článků, orientace v této oblasti, vyšetření aktuálních přístupů
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce
3. Konzultace o struktuře magisterské práce s vedoucím práce
4. Teoretická část zaměřená na kvalitu života po totální laryngektomii
5. Zpracování výzkumu zaměřeného na kvalitu života nemocných po totální laryngektomii

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 stran

Forma zpracování diplomové práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HLOŽEK, J.; HLEDÍKOVÁ, V. Psychická a sociální situace nemocných po totální laryngektomii. Časopis lékařů českých, 1989, roč. 128, č. 15, s. 453-455.

CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. a kol. Tracheostomie a koniotomie. Techniky, komplikace a ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-031-3.

LINDOVSKÁ, M; HAASOVÁ, K. Problematika laryngektomovaných pacientů, Sestra, 2003, roč. 13, č. 12, s. 40-42.

NALBADIAN, M. et al. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2001, vol. 258, no. 7, p. 336-340.

PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

ZOTTI, P. et al. The EORTC quality of life questionnaire-head and neck 35 in Italian laryngectomized patients. Quality of Life Research, 2001, vol. 9, no. 10, p. 1147-1153.

Vedoucí diplomové práce:

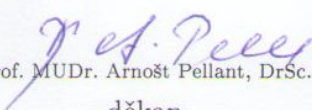
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce:


30. listopadu 2007

Termín odevzdání diplomové práce:

18. dubna 2008

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

## **SOUHRN**

*Diplomová práce se zabývá ovlivněním kvality života nemocných po totální laryngektomii (odstranění hrtanu). Výzkum probíhal anonymně mezi nemocnými a obecnou populací podle standardizovaného dotazníku kvality života SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Program hodnocení individuální kvality života (O'Boyle, McGee, Joyce, 1994) - 187 osob (87 laryngektomovaných, s průměrným věkem 58 let, 78 mužů, 9 žen; 100 osob s průměrným věkem 59 let, 50 mužů a 50 žen) a vlastního dotazníku Život po totální laryngektomii, ŽIPOLET (50 respondentů - jen muži, průměrný věk 61 let). Uzavíráme, že skóre kvality života u SEIQoL (životní cíle) se výrazně neliší u laryngektomovaných (QL 75%) a obecné populace (QL 82%). Větší rozdíl je u SEIQoL před operací a po ní (před operací QL 85%, po QL 75%) a dotazníku ŽIPOLET (problémy po operaci) a SEIQoL (QL 75% SEIQoL, QL 60% ŽIPOLET). Výsledky studie odpovídají výzkumům v této široké problematice.*

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

*kvalita života; rakovina hrtanu a hypofaryngu; laryngektomie; dotazník; SEIQOL; ŽIPOLET*

*A quality of life of patients after total laryngectomy*

## **ABSTRACT**

*This thesis treats of the interference of quality of life after total laryngectomy (extirpation of larynx). The investigation cursed anonymously between patients and general population according to standardized questionnaire of quality of life SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (O'Boyle, McGee, Joyce, 1994) - 187 persons (87 people with laryngectomy, with a mean age of 58 years, 78 men and 9 women; 100 people, a mean age of 59 years, 50 men and 50 women) and own questionnaire The Life after Total Laryngectomy, ŽIPOLET (50 respondents, a mean age of 61 years, only men). In conclusion the quality of life of people doesn't differ markedly in questionnaire SEIQoL (goals of life) after laryngectomy (QL 75%) and general population (82%). Greater difference is in issues of the questionnaire SEIQoL before surgery and after this (before QL 85%, after 75%) and the questionnaire ŽIPOLET (problems after surgery) and SEIQoL (QL 75% SEIQoL, QL 60% ŽIPOLET). The results of this investigation accord with studies about this broad issue.*

## **KEYWORDS**

*quality of life; laryngeal and hypopharyngeal cancer; laryngectomy; questionnaire; SEIQoL; ŽIPOLET*

## **Poděkování**

*Děkuji všem, kteří mně pomohli radou, podněty a připomínkami, zvláště: prof. MUDr. Arnoštu Pellantovi, DrSc., Doc. MUDr. Chrobokovi, CSc., MUDr. Slavíčkoví, CSc., MUDr. Pálovi, MUDr. Malinové, MUDr. Jirkovské, MUDr. Vaňáskovi, Ph.D., MUDr. Boháčovi, MUDr. Čadovi, MUDr. Chovancovi, Mgr. Škvrňákové, zdravotní sestřím otorinologické ambulance, JIP a standardního oddělení, onkologického oddělení v Praze a Pardubicích a nemocným po totální laryngektomii a jejich blízkým.*

## " " " O B S A H

ÚVOD.....	7
Cíl práce .....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. Kvalita života .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Pojem kvalita života .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Historie .....	9
1.1.2 Obsah pojmu kvalita života.....	12
1.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu života .....	15
1.1.4 Vztah mezi zdravím a kvalitou života.....	18
1.1.5 Pohled medicíny a ošetřovatelství, psychologie a sociologie .....	20
<b>1.2 Posouzení kvality života.....</b>	<b>25</b>
1.2.1 Metody a nástroje zjišťování kvality života.....	26
<b>1.3 Kvalita života onkologicky nemocných v oblasti hlavy a krku.....</b>	<b>30</b>
1.3.1 Kvalita života nemocných po totální laryngektomii.....	38
<b>II. VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	
<b>2. Cíl výzkumu a výzkumný problém .....</b>	<b>54</b>
<b>2.1 Stanovení hypotéz .....</b>	<b>55</b>
<b>2.2 Koncepce výzkumu.....</b>	<b>56</b>
2.2.1 Metody sběru dat a tvorby databáze .....	56
2.2.2 Způsoby zjištění kvality života .....	57
2.2.2.1 Dotazník SEIQoL .....	57
2.2.2.2 Dotazník kvality života po totální laryngektomii.....	61
2.2.3 Podmínky a postup ve výzkumu.....	62
2.2.3.1 Charakteristika souboru.....	63
<b>3. Výsledky výzkumu .....</b>	<b>64</b>
<b>4. Diskuse .....</b>	<b>124</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>139</b>
<b>Použité zkratky .....</b>	<b>142</b>
<b>LITERATURA.....</b>	<b>143</b>
<b>Vysvětlivky.....</b>	<b>162</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH, přílohy .....</b>	<b>164</b>

## Úvod

Totální laryngektomie<sup>1</sup> (TLE, LET) je úkon postihující zhruba 1/3 nemocných s karcinomem hrtanu, jednoho ze sta nemocných za situace, kdy v České republice přibývá každý rok zhruba 400 nových onemocnění (135). Dotýká se i části nemocných s karcinomem hypofaryngu (hrtanové části hltanu).

Mezi hlavními faktory způsobující rakovinu těchto orgánů je alkohol, kouření a v poslední době nalezení působení HPV virů (human papilomavirus, lidský papilomavirus), při jeho zjištění u nemocných se zvolí účinný typ léčby (**Příloha č. 2**). Zdravá populace má znát patrné varovné příznaky onemocnění hrtanu a hltanu – hlavně chrapot (**Příloha č. 3**). Na včasné diagnostice a léčbě závisí velikost dopadu onemocnění na psychosociální a somatickou stránku jedince - 1/3 osob trpí úzkostí a depresí (**Příloha č. 10 - 12**). Rozpětí léčby je od záchrany hlasu po chirurgickou radikalitu, radioterapii, chemoterapii, radiochemoterapii (**Příloha č. 6**). V případě odmítnutí radikální léčby nastupuje adekvátní paliativní a podpůrná péče - **Příloha č. 4**. Nemocní se monitorují dispenzarizací, která včas odhalí opětný rozvoj nemoci, následky terapie, duplicitní nádory (pak se sledují doživotně). Po pěti letech kontroly bez příznaků nemoci se vyřadí pacienti z evidence (**Příloha č. 3**). Odborníci zvažují při léčbě těchto nemocných zlepšit existující techniky, přinést nové chirurgické metody, volbu intervencí a použití terapeutických metod z výsledků práce více oborů (128).

Soustředíme se hlavně na prevenci (předejdeme většině vzniku nádorů), na vyléčení a usnadnění návratu do běžného života po výkonu - rehabilitaci (zvláště navrácení hlasu: podobně jako oko u civilizovaného člověka přijímá 75% až 90% všech informací z okolí pro naše zapojení rozumu do výkladu světa (50), tak i hlas je významný pro naše sociální včlenění do společnosti, pro vyjádření emocí a dotváření osobnosti). *Při návratu do běžného života pro laryngektomované se doporučuje:* neuzavírat se do sebe, vyhledávat kontakty s ostatními lidmi, neztrácet trpělivost, odvalu a vytrvalost (124). Bohužel již nefunguje Klub laryngektomovaných jako např. v USA, (který pomáhá nemocným po léčbě do znovuzачlenění do společnosti), kvůli nezájmu členů a nedostatku financí, podobně i ve Francii si stěžují na pokles zájmu členů klubu (**Příloha č. 14**).

**Informovanost** (*edukovaní nemocní a jejich blízcí* - informované souhlasy, pomůcky, péče o tracheostoma, doporučení k výživě a životnímu stylu atd.) **ošetřujícím kooperujícím týmem**, např. praktický lékař, otorhinolaryngolog, zdravotní sestry, onkolog, psycholog, sociální pracovnice, fyzioterapeut, **je důležitým prvkem zlepšení spolupráce** (viz **Příloha č.**

5). Nejen důvěra v lékařský tým, ale i **ošetřovatelská péče** hraje zvláště po operaci významnou roli při vyrovnávání se s realitou – viz **Příloha č. 7, č. 8, č. 9**.

**Rehabilitace** (např. formou lázeňské péče) se orientuje na somatiku: případnou poruchu žvýkání a polykání, dysfunkci ramenního kloubu a krku, deformity, postižení periferních hlavových nervů a nervových plexů. Další oblastí je hlasová rehabilitace: jícnový hlas, mluvení pomocí hlasové protézy, elektrolaryngem atd. Pokračuje změnou životního stylu při léčbě a po ní, přijetím tělesného vzhledu (body image) a v sexualitě (**Příloha č. 11**). Nemocní po totální laryngektomii patří do skupiny onkologicky nemocných, sociální dávky a podpory dostávají, pokud se stanou obecně sociálně potřebnými, výhody zdravotně postižených nemají (jako např. v Německu). Zdravotní pojišťovna jim hradí některé pomůcky „rehabilitační“ zcela či částečně a v omezeném množství, viz podrobněji o sociálně-právních otázkách v **Příloze č.12 a 13**.

Do seznamu příloh jsme dále zařadili např.: edukaci tracheostomovaného, pomůcky pro laryngektomovaného, ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách u nemocného před a po totální laryngektomii, dotazníky kvality života použité ve výzkumu.

Všechny přílohy (č. 1-15), které obsahuje seznam, jsou na přiloženém datovém nosiči CD-R.

## **Cíl práce**

Naším úkolem je zjistit kvalitu života a životní hodnoty nemocných po totální laryngektomii ve výzkumu mezi nemocnými a obecnou populací podle dotazníku SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Program hodnocení individuální kvality života*), dále dotazníkem Život nemocného po totální laryngektomii, ŽIPOLET, který se zabývá specifickými obtížemi po operaci: fyzické, psychosociální atd. a sestaveným elektivně syntézou čtyř zdrojů: dotazníky kvality života EORTC-QLQ-HN&35, třetí verze (37), UW-QOL-R, čtvrtá verze (17) a upraveného dotazníku kolektivu řeckých lékařů (104), kteří vycházeli z těchto jmenovaných (viz více v kapitole 1.3 *Kvalita života onkologicky nemocných v oblasti hlavy a krku*) a doplnění vlastními otázkami (**Příloha č. 15**).

Snažíme se o porovnání výsledků s obdobnými výzkumy o kvalitě života.



## 1. TEORETICKÁ ČÁST

### 1.1 Pojem kvalita života

#### 1.1.1 Historie

Kvalitou života se lidé zabývali ve své historii již velmi dávno v náboženství a filosofii. Po druhé světové válce se intenzivněji projevuje individualismus a objevují otázky po smysluplnosti lidského jednání - jeho motivaci, cílesměrnosti<sup>2</sup> a existenci (logoterapie, V.E. Frankl),<sup>3</sup> stanovení obecného cíle života, hierarchie a typu hodnot<sup>4</sup> v lidském životě ovlivněné zaměřením člověka (74),<sup>5</sup> uvažuje se o vnějších podmínkách a vlivech na jedince a o jeho životě ve společnosti. *Hlinica* spatřuje počátek idey o kvalitě života v osvícenském myšlení 18. století, kdy se stává smyslem existence život sám, a ne služba Bohu nebo králi, důraz je kladen na jedince, ústřední hodnota je štěstí a seberealizace, společnost je prostředkem k vytváření dobrých podmínek pro život občanů (47).

Pojem "kvalita života" se objevil v roce 1920 v souvislosti s úlohou státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev a ekonomickém vývoji a celkovém vývoji státních financí (*Wood-Dauphinee, USA, 1999 In 47*). V psychologii ho prosadil koncem 30. let 20. století *Thorndike*, v sociální psychologii se stal v 50-tých letech pojem politickým cílem v USA.<sup>6</sup> Ukázalo se, že ekonomický růst nevede ke spokojenosti lidí, ale ke zvyšování požadavků, z nichž všechny nelze splnit, poté se objevil pojem v medicíně (*Kirby, 1994 In 28*). *Leplege (1997 In 102)* uvádí, že od konce 40. let 20. století byla v centru zájmu nejprve kvalita života u somatických nemocných - hlavně v onkologii, traumatologii a farmakologii, později i v sociální psychiatrii. Jedna z prvních monografií o kvalitě života od *Strausse (Strauss, 1975)* se zabývala hodnocením života chronicky nemocných a starých lidí (75). Termín přijala i sociologie. Pojem se užívá také pro výzkum monitorace dopadu společenských změn na život občanů *Campbell, Converse, Rodgers, 1976 (48)*. V 70. letech proběhlo první celonárodní šetření v USA o kvalitě života obyvatel s výsledkem, že pro subjektivní vnímání kvality života je důležité kognitivní hodnocení a emoční prožívání, které se socioekonomickým postavením a s biologickým zdravím nemusí být v přímé úměře (*Berg, Hakllauer, Berk, 1993 In 48*).

**Kvalita života je multidimenzionálním konceptem s hierarchickou strukturou domén.** Odborníci různého zaměření vytváří tzv. *koncepty kvality života*. Přístup měření kvality života se odvozuje od existence životních domén. Každá obsahuje své hodnocení

kvality života, např. rodina a přátelé, zaměstnání, zdraví, vzdělání (107). **V zásadě má koncept dva rozměry: objektivní** - společné všem lidem, naplnění sociálních a kulturních požadavků pro hmotné zabezpečení, sociální stav a psychický pocit pohody (viz dimenze kvality života) *a subjektivní* - míra spokojenosti s adaptací člověka na dané podmínky sociokulturní a ekologické (49, 38). Kvalitu života hodnotí statistické údaje - např. stoupání životní úrovně obyvatel, zatížení životního prostředí negativními faktory (38).

*Lehman* (věnoval se od 80.tých let především nemocným s duševními chorobami - hlavně se schizofrenií) vypracoval model kvality života (1982), odtud vychází jeho dotazník měření kvality života *QOLI, Quality of Life Interview* (103). Kvalita života zahrnuje **osobní pocit spokojenosti** „*well-being*“ funkční stav jedince, jeho zdroje a možnosti a pocit pohody (*Katsching, 1997 In 119*). Měří sice objektivní podmínky života nemocných, ale dokládá, že nejsou tak určující jako subjektivní ukazatelé. Jádrem verze dotazníku obsahuje celkové měření kvality života stejně jako měření objektivní a subjektivní kvality života v osmi životních doménách: životní situace, denní aktivity a fungování, rodinné vztahy a sociální, finance, zaměstnání a škola, otázka právní jistoty a bezpečí, zdraví. Položky spokojenosti se životem jsou vybrány ze škály národního výzkumu o kvalitě života v USA. Typy objektivních indikátorů kvality života jsou brány jako měření fungování (frekvence sociálních kontaktů či denních aktivit) a měření přístupu ke zdrojům a příležitostem (příjem) (29). *Bigelowo (1991 In 28)* pojetí kvality života rozšiřuje klinický přístup, který měří hladinu psychických schopností tak, že zahrnuje schopnost jedince odpovídat na výzvy okolí. Prostředí nabízí příležitost, ta vyžaduje určitý výkon, ten se zakládá na schopnostech, a ty jsou běžně klinicky měřitelné. *Becker (1991, In Džuka a Dalbert, 1997)* ve svém modelu pohody klade důraz na pozitivní emoce a nálady, proto jeho model obsahuje komponenty: 1. *aktuální psychickou pohodu* - pozitivní emoce, nálady, absence aktuálních psychických problémů, 2. *habituální psychickou pohodu* - občasný výskyt negativních emocí a nálad, 3. *aktuální fyzickou pohodu* - pozitivní tělesné pocity, 4. *habituální fyzickou pohodu* - sestává z přetrvávající absence fyzických obtíží (126). *Engel a Bergsma* vytvořili koncept kvality života jedince (1988) se třemi rovinami: makrorovina,<sup>7</sup> mezorovina,<sup>8</sup> personální rovina<sup>9</sup> a fyzická/tělesná existence<sup>10</sup> - ze čtvrté nedoporučují brát data při definování kvality života (74).

Pojetí kvality života u člověka podle kanadského *Centra pro podporu zdraví (CHP: Centrum for Health Promotion, University of Toronto)* pracuje s výběrem devíti obecných klíčových dimenzí, v nichž může člověk pociťovat různou míru spokojenosti a kvality života. Posuzují se podle spokojenosti a významnosti, kterou jim jedinec přisuzuje (73, 123).

**Dimenze kvality života člověka obecně jsou:**

- **being, Já: kdo jsem, Člověk jako osobnost:** 1. somatická stránka: tělo a fyzické zdraví, 2. psychická stránka, 3. duchovní stránka, víra a životní hodnoty,
- **becoming, Uplatnění, Člověk a jeho uplatnění:** 1. praktická stránka: každodenní rutinní aktivity, 2. aktivity volného času, 3. osobní růst a zrání,
- **belonging, Sounáležitost, Člověk a společnost:** 1. demografická oblast: místo bydlení a trávení volného času, 2. sociální oblast: mezilidské vztahy, 3. oblast nabízených služeb a činností od společnosti: přístup k sociální a zdravotní péči, vzdělání (73, 123).<sup>11</sup>

**Model konceptu kvality života nemocného člověka vychází z plnohodnotného života zdravého jedince se čtyřmi doménami:** *fyzická, sociální, psychický stav a spiritualita*. (130, 136). *Současný lékařský koncepční rámeček kvality života* poskytuje teoretickou bázi pro globální porozumění, propojení se sociokulturními a ekonomickými specifiky. Lékařský koncept se také ohlíží na cíl zvýšit kvalitu života nemocných během terminální nemoci a zvyšuje celkovou povinnost k péči o nemocné (89). **Pozitivní prvek v ošetrovatelské péči** působící na kvalitu života nemocného je *pohodlí, komfort* (uspokojování základních lidských potřeb), plyne z konkrétní zdravotní situace - s dimenzemi fyzickou, psychospirituální, sociální a působení okolí (*Kolcaba, 1994 In 28*).

**Kdo se tedy zajímá o hodnocení kvality života?** Každá skupina má jiné představy o prioritách a hodnocení. V medicíně jsou to kliničtí pracovníci, organizátoři zdravotní péče, akademičtí výzkumní pracovníci, průmysl, regulační struktury a nemocní (130). **Kvalita života** (Quality of Life, QoL, QOL) je cílem a společným jmenovatelem různých vědních disciplín, zvláště u pomáhajících profesí, např. sociální práce, pedagogika. Právě zabývání se kvalitou života z pohledu různých vědních oborů v odlišných souvislostech znemožňuje vytvoření jednotného konceptu kvality života (48). **V posledních letech se tématu kvality života věnuje mnoho výzkumných týmů.** Hledají a identifikují faktory a interakci mezi nimi, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu štěstí. Důvod pro studium kvality života je podpora rozvoje životního prostředí a podmínek, aby si lidé svůj život mohli "užít" (např. koncept *Antonowského* o salutogenezi - vztah kvality života a zdraví), programy WHO o podpoře zdraví (např. v roce 1986 Otawská charta) (48). V roce 2000 byla v odezvě na vysoký počet různě kvalitních studií kvality života, založena *Evropská skupina pro regulaci výzkumu kvality života v medicíně (European Regulatory Issues on HRQoL Assessment, ERIQA)* s hlavním cílem vytvořit a doporučit jednotné postupy pro výzkum (*Acquadro, 2000*) (102). Výzkumy např. hodnotí životní úroveň národní populace, psychiatrické komunitní péče, pomáhají srovnat potřeby různých skupin populace a měří se individuální spokojenost (29).

### 1.1.2 Obsah pojmu kvalita života

Pojem kvalita života stojí vedle pojmu kvantita života, jeho délka (75).

**Kvalitou** se obecně rozumí charakteristický rys, kterým se daný jev liší jako celek od jiného celku (různé životy jedinců). **Jednotná a obecná definice kvality života není stanovená vlivem šíře a nejednoznačnosti pojmu** (*Leplege, Hunt, 1997 In 81*), **je to relativní termín** (25). *Lidé v různých zemích a kulturách budou za kvalitní život označovat jiné věci, je patrný i vliv globalizace* (80). **Kvalita života je multidimenzinální veličina (můžeme říci dynamická)** (39). Lze určit společné rysy kvality života, působící faktory a kvalitu života po jednotlivé stránce: *sociální, psychické, fyzické či vlivů životního prostředí* a zároveň je kvalita produktem mezi podmínkami společenskými, zdravotními, ekonomickými a životního prostředí, které ovlivňují člověka a společenský rozvoj (106). S rozvojem oboru psychologie v kontextu kvality života se více uvažuje o složkách osobnosti člověka (s třemi kvalitami: tělesnou, duševní v prožitkové oblasti a volní - duchovní, existenciální) a jeho interakce s okolím (6). Člověk prožívá běžný život ve vztahu subjekt (já) - objekt (vše ostatní, vůči mně vnější). **Kvalita prožitku vlastní existence ovlivňuje kvalitu života člověka.** *Žák (2005)* poznamenává, že 98% až 99% každodenního života prožíváme mechanicky bez sebe-uvědomování (165).

V *medicině* se snahou stává nejen kvantita: záchova života, zdraví, ale i kvalita, kvalita života ve zdraví a nemoci, otázka poskytnutí život zachraňující léčby, umírání.<sup>12</sup> Zájmem se stávají indexy zdravotního stavu (chování a prožitky nemocného, aktivity běžného dne, stupeň pohyblivosti), ale i subjektivní vnímání nemocného (*Berg, Hallauer, Berk, 1976 In 28*), jeho prožívání, dovednosti, schopnosti, pozitivní rysy života nemocných a zvyšování zdraví i v nemoci (61). Pohled na kvalitu života nemocného dává představu, jak ho určitá nemoc mění, které oblasti ovlivňuje, může-li se dopad nemoci zmírnit nabídnutím jiné péče než zdravotnické, vliv komunitní péče a institucionální, sledování průběhu rehabilitace nemocného (29). Měření a zjišťování kvality života příbuzných duševně či somaticky nemocného a možnosti jejího zlepšení zůstávají ještě v pozadí, jejich život mohou zlepšit psychoedukační programy. *Motlová a kol. (2002)* předpokládají, že např. skupinová rodinná psychoedukace zvyšuje kvalitu života dvěma způsoby: *nepřímo* tím, že dojde ke zmírnění symptomů v důsledku snížení napětí v rodině a *přímo* tím, že selepší *spokojenost* pacientů i příbuzných (101). Rovněž kvalita života ošetřujících: např. lékařů a zdravotních sester se stává také zájmem studií („*burn-out*“ syndrom vyhoření).

Vrátíme-li se k definování kvality života, **odborných definic je mnoho, záleží, z jakého kritéria vychází a jakou stránku života postihují:** zdraví, potřeby, celková spokojenost/nespokojenost, výběr určitých životních dimenzí, pohled určitého oboru: např. sociologie, medicína, ekonomie. Např. podle sociologie je kvalita života charakterizována protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému (34).

*Křížová* se zamýšlí nad **pojmem kvalita života v běžném jazyce a laickém podvědomí**, ve své studii uvádí, že pojem v laickém povědomí kvality života je multidimenzionální, relativistický, idealizovaný a nedosažitelný. Je historicky a sociokulturně podmíněn, odlišně interpretován v závislosti na výchově a socializaci, normy generací jsou transformovány (80). Běžně **lidé nemají představu kvality života a vnímají ji jako štěstí a spokojenost** (např. rodinný život, zdraví) (129). Dle *Schwarzmannové (2003 In 79)* se začíná shodovat laické vnímání pojmu kvality života a odbornou představou o jeho obsahu.

Hodnocení kvality života závisí na tom, o jaké vrstvě života uvažujeme:

**1. » kvalitu života obecně, „quality of life“, QoL, QOL** – se širším záběrem bez rozdílu u zdravé a nemocné populace: kombinaci prožitku úrovně vlastního zdraví, osobní pohody, postavení v sociální stratifikaci (66), životní spokojenosti s různými životními okolnostmi: standardem bydlení, příjmem, pracovními podmínkami, manželstvím, rodinou a přáteli, vládním systémem, veřejnou správou, úrovní vzdělání, společností, v níž jedinec žije, (42) či

**2. » kvalitu života vztaženou pouze ke zdraví, „health-related quality of life“, HRQoL, HRQOL** - která je silně ovlivněná fyzickým a funkčním zdravotním stavem, ale i sociální oporou a integrací a psychickým zdravím (*Testa, 1994 In 28*). Kvalita vztažená ke zdraví je podle *Patricky a Eriksona, (1993)* hodnota přiřazená k délce života upravená následky chorob, funkčními stavy, vjemy a sociálními příležitostmi, které jsou ovlivněny nemocí, úrazem, léčbou či všeobecně politikou (42).

Kvalitu života můžeme definičně *pojmut jinými používanými pojmy, stanovit výčetem, charakterizovat podstatným znakem či objasnit vzájemnou souvislost těchto znaků viz tab. č. 1* (28).

Tab. č. 1

Definice kvality života

<p><b><u>1. definice kvality života pomocí jiného pojmu:</u></b></p>	<p>- vychází z pojetí zdraví definovaným WHO z definice <i>Cambella Converse</i>, kdy kvalita života je subjektivně pociťované zdraví (<i>Nagpal, Sell, 1983 In 26</i>) či nespokojenost, jak je vnímána jedincem či skupinou (<i>Weber et al., 1994 In 28</i>).</p> <p>- z hlediska spokojenosti se životem vychází definice <i>Echtelda, 1999</i> jako: „prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu“. Život v pohodě – „wellbeing“, životní pohodě „wellness“ je blízký konceptu psychologické kvality života (75).</p>
<p><b><u>2. definice zaměřené na typický znak kvality života:</u></b></p>	<p>- založena na subjektivním vnímání spokojenosti nezávisle na úrovni zdravotního stavu. <i>Skantze, Malm, Dencjer, May, Corringan (1992)</i> definují kvalitu života jako člověkem subjektivně hodnocenou situaci (28).</p> <p>- <i>O'Boyle, McGee a Joyce (1994)</i> zdůrazňují při definici kvality života formulaci kvality života, jak ji vyjadřuje daný jedinec (75).</p> <p>- Podle <i>Engela a Bergsmy (1988)</i> je třeba uvažovat a ujasnit si, o jakou rovinu nám jde. Např. cíle medicíny jsou zachování biologického života (udržení nemocného, jak je to jen možné) či zachování autonomie – vlastní řízení života, zajištění integrity člověka. V tomto rozpětí prosvítá otázka kvality života (75).</p>
<p><b><u>3. definice vyjadřující vztah mezi rysy kvality života</u></b></p>	<p>- zde se zaměřuje na vztah okolí a subjektivního prožívání, kdy se dává důraz na naplnění potřeb, soulad přání a očekávání a reálné možnosti zásahu jedince do okolí. <i>Calman (1984)</i> popsal kvalitu života v určitém čase a situaci jako rozdíl mezi nadějemi a očekávanými člověka a současným stavem jeho života, kdy se při nemoci tento rozdíl může zvýšit (75).</p> <p>- <i>Zannotti, Prinquey, Thauby, Lambotin, Darcourt (1994)</i> upřesňují, že kvalita života je individuální, subjektivní a emoční stav ve vztahu k okolí, je ovlivněna sociálními a kulturními rysy a přáními. Samo pohodlí moderní společnosti není dostatečné pro kvalitu života (28).</p> <p>- <i>Kirby, Brooks, Oescher (1994)</i> spatřují v kvalitě života stupeň, v němž prožívání života uspokojuje jedinec svá psychologická a fyzická přání a potřeby, je to výsledek jeho naplněných či nenaplněných osobních hodnot a životního stylu (28).</p>
<p><b><u>4. definice kvality života určená výčtem</u></b></p>	<p>- zahrnují určité oblasti: např. spokojenosti v sociální, psychické, zdravotní oblasti. Pro <i>Bludena (1991)</i> je kvalita života pojatá jako souhrn čtyř oblastí spokojenosti a pohody „well-being“: fyzická, materiální (bydlení a příjem), kognitivní (pocit spokojenosti) a sociální (vztahy k ostatním, sounáležitost) (28).</p> <p>- kvalita života jako multidimenzionální pojem se skládá podle <i>Ondrejky, Drímalové a Frankla (2000)</i> z pěti oblastí, které jsou charakterizovány subjektivními a objektivními parametry: stavem psychickým, fyzickým, funkčním, oblastí sociálních vztahů a ekonomicko-finanční (127).</p>
<p><b><u>5. definice kvality života jako měřitelné veličiny</u></b></p>	<p>- kvalita života se vymezuje tím, za jakým účelem se měří: je subjektivně a objektivně měřitelná. <i>Kirby, Brooks, Oescher (1994)</i> nabízí možnosti měření: 1. objektivní: sociálních ukazatelů (zdraví, bezpečí, vzdělání atd.) u velkých skupin obyvatel, 2. subjektivní: odhad celkové spokojenosti se životem, 3. subjektivní: odhad spokojenosti v různých oblastech života (28).</p>

**Kritika sledování a měření kvality života** vytýká teoretickou a definiční nejednotnost a nedostatečnost pojmu kvality života, používání psychometricky neprověřených nástrojů, vyvození nepodložených nebo velmi zobecňujících interpretací a následné etické či psychologické důsledky (29). Přesto odpůrci uznávají, že výsledky výzkumů pomáhají k lepšímu pochopení podstaty lidské existence (48).

### 1.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu života

**Na čem závisí kvalita života jedince?** Kvalitu života ovlivňují *vnější a vnitřní podmínky*. S faktory působící na život jedince pracují koncepty studující kvalitu života.

◆ *Vnější*: nejdůležitější čtyřlístek tvoří životní prostředí, socioekonomické podmínky, zdravotní péče, které ovlivňuje politika - některé politické strany mají kvalitu života jako bod svého programu v České republice Strana zelených (141), dále kultura, demografické charakteristiky, pohlaví, vzdělání, zaměstnání atd.

◆ *Vnitřní*: smysluplnost života a spokojenost, seberealizace.

Vnitřní a vnější podmínky spojuje *kontrola a ovlivnění možností dosažení cíle*, které jsou buď *neovlivnitelné* (pohlaví, genetické vlohy, období, ve kterém se žije) či se dají *ovlivnit a kontrolovat* (volba povolání, přátel, partnera, volný čas) (72).

*Křivohlavý u nemocného* považuje za *vnější faktory*: terapeutická aliance čili přátelský vztah nemocného a lékaře, existenci doprovazeče (přítel, -kyně), skupinová sociální opora – přátelé a rodina, dobrá kvalita sociální komunikace, nemocný má mít sociální vzor (např. jiného nemocného, který úspěšně bojuje s chorobou), kvalita odborné zdravotní a ošetrovatelské péče a *vnitřní faktory*: fyzický stav nemocného a jeho změny, poměrně trvalé charakteristiky nemocného (odolnost, zralost, flexibilita), hierarchie hodnot nemocného (materiální a nemateriální, falešné představy, že medicína je všemocná), zkušenosti nemocného a dovednosti zvládání obtíží (7).

*Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek a Kačerovský (2004 In 135)* se inspirovali *Klenerem (2002 In 67)* a *Stablovou (2002 In 139)* a modifikovali faktory ovlivňující *celkovou kvalitu života nemocného*: **fyzická kondice, funkční zdatnost, psychický a sociální stav, spokojenost s léčbou**. Také různé životní události působí negativně či pozitivně (rozvod, choroba - viz tabulka *Testové* o míře negativních změn na kvalitu života vlivem různých životních událostí) na kvalitu života (*Testa, Simonson, 1996, 130*). Tu také ovlivňují dva důležité faktory, které jsou vzájemně svázané, pokud se objeví současně: **věk** a **nemoc** - osobní vztah, ve kterém se jedinec necítí být zdravý, může a nemusí mít vztah k chorobě (140), se považuje za soubor příznaků u konkrétního člověka či **choroba**, která je abstraktním výčtem přítomných příznaků pro stanovení diagnózy (160).

#### ⌘ **1. VĚK**

Věk má svůj specifický vliv na kvalitu života, proto se jím budeme krátce zabývat. Úsudek, že fyzicky postižení nebo starší lidé mají horší kvalitu života než mladí či zdraví

jedinci, upevňuje stereotypy, které vedou k diskriminaci (*Leplége, Hunt, 1997 In 130*). Z výzkumu provedeného skupinou AXA (2007),<sup>13</sup> který se zabýval životem v důchodovém věku vyplývá, že 75% z 5000 dotazovaných důchodců uvedla, že kvalitu života mají nyní vyšší nebo stejnou, než když pracovali (5). Ve studii *Evy Křížové* se projevily malé rozdíly mezi seniory a studenty vysokých škol (76 respondentů) - obě skupiny kladly důraz na morální, sociální obsah pojmu kvality života. Klíčová slova kvalitního života jsou: vztahy, aktivita, přiměřené zdraví a uspokojené potřeby (80).

◆ **Kvalita života v mládí je ovlivněna:** rodinou, školou, sociálním prostorem kolem daného jedince: přátelé, zájmy. Odvozování kvality života od zdraví je u mladého člověka problematické, tím že zdraví pro mladé zdravé osoby je pozitivní, ale obecná a abstraktní hodnota do určité míry samozřejmostí. Zdraví také přisuzují nižší význam lidé s nižší úrovní vzdělání a ekonomickým postavením (65).

◆ **Kvalita života v dospělosti:** na jedince je obecně vázáno více jedinců: v rodině děti a partner, je to období bilancování a hodnocení života. Člověk je k sobě více kritický, změny spíše představují hrozbu, protože většinou jsou výhodnější pro mladé. V tomto období pracuje na své seberealizaci, většinou v zaměstnání. Je dobré mít i jiné zájmy, na něž lze navázat ve stáří. Starší lidé mohou být v některých aspektech spokojenější i vzhledem k realističtějším očekáváním, nižším materiálním požadavkům i vzhledem k celkové vyšší vyzrálosti (66).

◆ **Kvalita života ve stáří.** Stáří je pro některé seniory fáze spojená s rozvojem a potěšením, pro jiné negativní stadium života. Determinanty dobrého životní kvality jsou individuální. Studie prováděná v Brazílii se zabývala výzkumem osmdesátiletých o pozitivních a negativních stránkách kvality života a jaké domény tuto negativitu či pozitivitu ovlivňují. Zdraví se zdá být dobrým indikátorem pro negativitu v kvalitě života, ačkoli je to nedostatečný indikátor úspěšného stárnutí (160). Ve stáří ubývají síly a ekonomická stabilita. Přibývá více problémů se zdravím, kognitivními a psychickými stránkami osobnosti. Člověk se přibližuje konci života. Socioekonomický status nemá poklesnout pod minimální hranici, často jsou senioři osamělí, což jim snižuje osobní pohodu a tím kvalitu života (51). Kvalita života je tvořena materiálním zabezpečením, zdravotním stavem, veřejnými a soukromými službami, rodinným stavem a situací - partner, ochota dětí a vnuků pečovat, kvalitou bydlení, možností vzdělávání a rozvíjení sociálních kontaktů. Populace stupňuje požadavky na kvalitu života, subjektivní potřeby se zvyšují a snižuje se možnost společnosti je uspokojit (84). *Ženy jsou méně spokojené než muži, mužům se dostává větší podpory od společnosti než ženám.*

**Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 (usnesení vlády ČR**



485/2002) obsahuje jako jednu z deseti oblastí zdravý životní styl a kvalitu života.<sup>14</sup> Dalším dokumentem je **Zdraví pro všechny do 21. století - cíl 5.**<sup>15</sup> Snaha zdravotnického a sociálního resortu je zajistit život seniorů ve vlastní domácnosti s profesionální pomocí a zdravotní péčí (70).

## 2. NEMOC či CHOROBA

**Nemoc se považuje za stav nouze, za který mu není kladena vina ani odpovědnost** (americký sociolog *Parsons, 1951 In 66*) - otázkou je, zda toto pojetí je udržitelné. Nemoc či choroba je každá objektivně či subjektivně zjistitelná porucha zdraví včetně poruchy adaptace, obsahuje různá pojetí rozpracované zvláště v anglosaské literatuře.<sup>16</sup> S těmito pojmy pracuje klasifikace *ICF, International Classification of Impairment, Disability and Handicap* čili *International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO 1980 se zkratkou ICIDH, 1998, 1999, od roku 2001 zkratka ICF, nyní verze ICIDH-2/ICF, 2002)*, *Mezinárodní klasifikace poruch, aktivit a participace* (66) klasifikační systém, který analyzuje a dokumentuje zdravotní stav jedince (116). Nemoc stejně jako zdraví vykazuje biologický, psychický a společenský aspekt (9).

Podle psychologických studií **existuje osobnostní rys „osobnost se sklonem k nemocem“**, *disease-prone personality* projevující se pesimismem, depresivitou, hostilitou a zlostí. (*Taylor, 1995 In 66*).<sup>17</sup> **U nemocných je kvalita života ovlivněna výrazně i dobou nemoci.** Přechodnému snížení kvality života vlivem nemoci vzdorujeme, pokud trvá déle, je to již obtížné: např. bolest prohlubuje depresi a sociální izolaci, při sérii chemoterapie se vytvoří anticipační zvracení, vedlejší účinky terapie se stávají nesnesitelnými (*Geddes, 1991 In 130*). Reakce každého jedince na nemoc jako stresovou situaci je odlišná vlivem osobnosti, zážitků, zkušeností atd. (*Partridge, 1996 In 130*). Subjektivní prožívání nemoci má podobu autoplastického obrazu (*Mohapl, 1992 In 161*).<sup>18</sup> Kolektiv vedený *Smithem, 1999* sledoval vztahy u nemocných mezi kvalitou života, zdravotním stavem, mentálním zdravím, fyzickým a sociálním fungováním. Při hodnocení subjektivního zdravotního stavu je důležitější fyzické fungování než duševní zdraví. Sociální fungování má malý vliv na kvalitu života vztahující se ke zdraví, ale i na subjektivní zdraví. Zjistilo se, že zdravotní stav a kvalita života vztažená ke zdraví vnímají nemocní jako různé pojmy. Nemocný očekává: dlouhý život, bez fyzických, psychických a sociálních potíží, iatrogenních projevů léčby a ekonomických obtíží vlivem nemoci a léčby (130).

**U akutní nemoci** lze posoudit kvalitu života, ale nemá to tak rozhodující vliv jako dopad chronického onemocnění, kde jsou faktory podporující kvalitu života, např. u dialyzovaných vliv pohybové léčby (139). **Chronickou nemoc** ovlivňuje kvalitu života část

vztažená pouze ke zdraví:<sup>19</sup> dopad choroby a její léčby na osobnost nemocného a přizpůsobení se životním podmínkám. *Testová* sleduje aktuální kvalitu života nemocného jako průsečík dvou os subjektivního vnímání zdraví a objektivního zdravotního stavu (*Testa, 1996 In 130*). Pro člověka trpícího **chronickou nemocí** jsou důležité čtyři oblasti: **1. tělesné potíže podmíněné nemocí a léčbou, 2. psychický stav a výkonnost, 3. výkonnost v oblastech každodenního života, 4. sociální vztahy** (*Schandry, 1995 In 130*). Často objektivní parametry vykazují, že nemocný je závažně nemocný a potřebuje léčení, aniž nemocný sám cítí zhoršení svého zdraví (*van Schayck, 1997 In 130*). Kvalita života se stala užitečným ukazatelem úspěšnosti léčby chronických potíží: u hemodialyzovaných, v revmatologii, po transplantaci, u nádorových onemocnění, nemocných s HIV, umírajících. V praxi se využívá k hodnocení dopadu nemoci a léčby na nemocného, při rozhodování mezi typy léčby s podobnou účinností a ve studiích její ekonomické náročnosti (30).

#### 1.1.4. Vztah mezi zdravím a kvalitou života

**Standardní pojem** kvality života se odvíjí od nejznámější **definice stavu ideálního zdraví** (66)<sup>20</sup> Světové zdravotnické organizace, kdy „*zdraví je stav kompletního fyzického, psychického (mentálního) a sociálního (well-being) pocitu pohody a nejen absence nemoci nebo choroby.*“ (1946) (51, s. 18). Zdraví je kladnou hodnotou, tzv. pozitivní zdraví. WHO podpořila koncept a měření pozitivního zdraví a sociálního zdraví v souvislosti s konceptem kvality života (73). Zdraví jako hodnota představuje hodnotu osobní (předpoklad pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí, seberealizaci) a společenskou (význam pro hospodářský rozvoj, ovlivnění sociálních výdaj a společenské atmosféry) (162). **Všeobecně přijatá definice zdraví dosud není**, (66) podobně jako kvalita života je to multidimenzionální veličina a odvíjí se z různých teorií o zdraví, *Seedhouse* je rozděluje do čtyř skupin: *1. zdraví jako ideální stav člověka, kdy je mu dobře „wellness“, 2. zdraví jako normální dobré fungování, „fitness“, 3. zdraví jako zboží, 4. zdraví jako určitý druh „síly“* (76). Individuální hodnocení zdraví je komplexní zhodnocení zdravotního stavu člověka, jeho fyzická, psychická, sociální, spirituální a etická dimenze. Úroveň zdraví v populaci je uznávaným měřítkem vyspělosti dané společnosti v oblasti medicíny, ekonomie, politiky a kultury. Platí zde tak systémový přístup na principech cirkulární kauzality, dynamika vývoje zdraví v čase v ontogenezi jedince a vývoje změn na škále od zdraví k nemoci a konečně holistické pojetí zdraví s rovinami eko-bio-psycho-socio-spirituálními (66).<sup>21</sup>

K pojmu **subjektivního prožívání osobní pohody** „*well-being*“, se objevuje i termín **zdravotní nepohody**, „*ill-being*“ (66). Oproti osobní pohodě se staví **pojem blahobyt**, „*welfare*“, vztahující se k úrovni kvality života celé společnosti, kam se promítají ekonomická kritéria posuzování (např. lze sem zařadit HDP<sup>22</sup>) (3). **Osobní pohoda** („*well-being*“) se člení na různé dimenze, např. šest (Ryffová, Keyesová, 1995 In 66).<sup>23</sup> Podle Snydera a Lopeze, 2002 In 73 obsahuje pojem „*well-being*“ dimenze psychologické<sup>24</sup> a sociální.<sup>25</sup> Dieber, Lucas a Oishi, 2002 vychází ze zkušenosti dotazovaných lidí a definují subjektivní životní pohodu jako kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života“(75). Důraz na individualitu vedlo k prohloubení poznání toho, co vede k ovlivnění této pohody psychické a sociální. Otázku subjektivní pohody řeší tři teorie: **1. teorie životních cílů a cílesměrného života**, **2. teorie uspokojování životních potřeb** a **3. teorie biologických základů pocitu pohody** (74).<sup>26</sup> Předpokládáme, že životní pohoda je daná kulturním prostředím (představa o dobrém životě), životní zkušeností a genetickým předurčením daného člověka (optimista-pesimista), jeho relativně stálým nastavením, postojem k životu a světu pod vlivem dynamiky života. Člověk potřebuje aspoň subjektivně minimální životní pohodu (případně i virtuální), cítit se dobře, pokud ji nenalézá v pozitivním, najde ji v negativním. Zdraví je hodnotou a cílem moderní medicíny. V křesťanském pohledu je zdraví dobrem, cílovou hodnotou, patří k prvotnímu plánu Božího stvoření, nemoc zlem, zkouškou jako důsledek hříchu. Pastorační cíle církevního života se zaměřují na probuzení sil o uzdravení, posiluje víru ve vlastní uzdravení a naději (115). *Jiné koncepce* pracují s vlivem stanovení si obsahu životních cílů, sociokenomického stavu, věku, zdravotního stavu a jeho posouzení, vzdělání, pohlaví, genetickými vlivy, působením stresu, zkušeností, pozitivního vlivu víry (66).

Pokud **kvalitu života odvíjíme od zdraví**, pokračujeme v definování kvality života. Sepětí zdraví a kvality života popsal Seedhouse, 1995 ve své definici zdraví: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“ (75, s. 34).

**Definice kvality života v medicíně** se odvozuje z Maslowovy teorie potřeb, kterou využívá i ošetrovatelství. V lékařském výzkumu se pracuje s pojmem „*health related quality of life*“, HRQOL zahrnující oblasti spojené s fyzickým, funkčním, psychickým a sociálním zdravím jedince. *Je definován jako subjektivní názor nemocného na zdraví a tělesné, psychické i sociální funkce.* Podle většiny autorů obsahuje tento koncept tři rozměry, jak shrnul Thomas Kücher: *1. subjektivní pocit pohody - spokojenosti, 2. schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role, 3. zevní zdroje materiální povahy a sociální podpora* (42). Hlavním prvkem je sebehodnocení. Na rozdíl od „pocitu

pohody“ (*well-being*: psychický či emoční stav), obsahuje koncept kvality života rovněž tělesný, sociální, kognitivní a funkční rozměr, odrážející způsob, způsob vnímání sebe a svého reagování na okolí (*Awad, 1997 In 102*).

**Disponujeme sedmi přístupy k určení kvality života ve vztahu ke zdraví:** klinické příznaky; klinické symptomy včetně bolesti: tyto přístupy tvoří „medicínský model“, dále vliv diagnózy/nemoci na specifické funkce, fungování člověka v reálném životě; soběstačnost v aktivitách denního života; fungování v sociálních rolích; emocionální stav včetně prožívání bolesti; životní spokojenost, štěstí či potěšení (42).

*Kvalita života jako subjektivní charakteristika*<sup>27</sup> není jen součtem podmínek a zdravotního stavu (101), ale spíše obtiskem vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince, jak formuluje **definice Světové zdravotnické organizace (SZO, WHO, 1994) kvalitu života, která** vyjadřuje, jak člověk hodnotí svou životní situaci.: **„jako to, jak člověk vnímá své postavení v životě, v kontextu kultury, ve které žije, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“** (*Üstun et al., 1994 In 28*). Projekt WHO týkající se kvality života se zaměřuje na šest domén: tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita (66). Je to multidimenzionální koncept hodnocení pocitu zdraví samotným pacientem, tvořený kombinací fyzikálních a sociálních funkcí, duševního a emocionálního stavu a jejich ovlivnění příznaky choroby (*Coulter, 1993 In 52*). Tuto definici vezmeme jako bazální pro definování kvality života v medicíně. Z ní vycházel *Kováč* ve svém tříúrovňovém modelu kvality života (*Kováč, 2001 in 66*).<sup>28</sup> V návaznosti na kvalitu života nebo zdraví, jsou otázky stanovení kritérií k jejímu určení. Řeší se paradox problému nemoci: lidé, kteří navzdory svému omezení našli potěšení ze života, potřebují jiná kritéria posouzení svého života než plně zdraví lidé (42).

#### 1.1.5. Pohled medicíny a ošetřovatelství, psychologie a sociologie

Sociologie, psychologie, medicína a ošetřovatelství jsou vzájemně propojené a ovlivňující se obory podílející se na vývoji pojetí kvality života, proto se o nich zmíníme v následujícím textu. Medicína a ošetřovatelství svou vizi o kvalitě života odvozuje z teorie potřeb člověka psychologa *Abrahama Maslowa*<sup>29</sup> - potřeby fyziologické, jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, úcty a sebeaktualizace (159). Sociologie se promítá do medicíny jako obor sociologie medicíny, která se zabývá fenomény zdraví a nemoci, analýzy zdravotnického zařízení a povolání v interakci s nemocným. Cíl tvoří porozumění působení sociálních vlivů na zdraví, vznik a průběh nemoci, tím se snaží pochopit hranice medicínských výkonů a

důsledků pro jedince a společnost. (*Siegrist, 1988 In 9*) Ukázala na podmíněnost individuálního zdraví a na sociální zdroje nemoci a bolesti (*Bláha, 1928 In 9*).

#### ⌘ Medicína a kvalita života

Kvalitu života nemocného ovlivňuje kvalita poskytované péče. Nezbytnou součástí léčby je zabývání se očekáváním nemocných. Zdravotník by neměl přehlédnout nemocného ztotožnění fyzické změny s totální změnou, což může vést k jeho agresi (142). Pohled na kvalitu života v medicíně prošel jistým časovým vývojem – od 50. let objektivní hodnocení nezávislosti a fungování v běžném životě, 60. léta kvalita přežití, 70. léta metody léčby, 80.léta subjektivní pohled, 90.léta rozvoj psychometrie, hodnocení farmakologie<sup>31</sup> (30). *Kaptein (1997)* uvádí, že nejstarší odkaz na heslo „kvalita života“ v databázi Medline je z roku 1969, v němž lékař popisuje návštěvu u nemocné slavící 90. narozeniny (129, 127). Zájem o názor jedince na kvalitu života, co je pro něho důležité, je vnímán jako rovnováha k technickému rozvoji, také i kvalitě péče, služeb nejen v lékařství (28). V současnosti má medicína mnohé diagnostické a léčebné metody, jež pomáhají lidem, kteří by dříve nepřežili, prodlužuje se věk, ale i zvyšuje kumulace chronických chorob, narůstá počet degenerativních onemocnění: demence, onkologických onemocnění. S nemocným vstupují zdravotníci do vztahu prostřednictvím jeho obtíží a potřeb, jejich účinné zvládnutí je měřítkem profesionality a příspěvkem ke zlepšení kvality života. K celkovému pocitu kvality života přispívá citlivá a otevřená komunikace s nemocným o aspektech nemoci a léčby, respekt k jeho přáním, organizace práce ve zdravotnických zařízeních, úroveň hotelových služeb, možnosti dobrovolníků (133).

**Kvalita života<sup>30</sup> v medicíně** je kvalita života spojená se zdravotní stavem (129), **sleduje, jaký má dopad onemocnění na jedince (psychický, fyzický stav), na způsob života, pocit životní spokojenosti (67), má dynamickou povahu: mění se v čase s ohledem na povahu nemoci a celkový stav nemocného.** Uvažuje se o ní v protikladu ke kvantitě, oprávněnost život zachraňující léčby. Změnilo se také pojetí péče a příjemci péče: komplexní terapie, důraz na nemocného (např. s rakovinou, AIDS či se stálým příznakem jako je bolest, únava, nechutenství), jeho rehabilitace a návrat do života, začlenění psychické a sociální oblasti. *Medicína je postavena před otázkou, kdy život nemocného se ocitá na tak nízké úrovni, že jeho prodlužování je horší než smrt. (Brock, 1993, str. 280 In 121).* Současná řešení jsou dvě, jedno směřuje k eutanázii, druhé ke kvalitní paliativní léčbě. Hodnocení kvality života nemocného má význam pro lékaře v rozhodování, kdy léčit choroby za každou cenu a kdy nepřistoupit k předčasné rezignaci (129).

Pohled na kvalitu života nemocného doplňují objektivní ukazatelé zdravotního stavu: dopad nemoci na každodenní život, odráží hodnocení své situace nemocným a dopad léčby, v níž nedojde k úplnému vyléčení. Kvalita života se testuje v individuálním pojetí při plánu péče, při sledování skupin a jejich srovnání a v populačním šetření jako podklad pro preventivní programy (30). Zkoumá se zdraví fyzické a psychosomatika, pracuje se s pojmem *health related quality of life* (tj. kvalita života ovlivněná zdravím - subjektivní pocit životní pohody, který je spojen s nemocí, úrazem, léčbou, jejími vedlejšími účinky) (48). Sledují se tedy klinické ukazatele úspěchu a neúspěchu terapie a i objektivní a subjektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu nemocného, tento přístup se využívá u léčby onkologických a psychiatricky nemocných. U nevléčitelně tělesně nebo duševně nemocných se směřuje ke zlepšení života nemocných. O kvalitě života se uvažuje u onkologicky nemocných, když se rozhoduje, zda je nutné použít zatěžující terapii s nejasnou prognózou. U nich se také začala zkoumat kvalita života (130). Terapie (hodnoty a priority léčby) se může lišit pohledem lékaře a nemocného, svou agresivitou často zhoršuje život než samotná nemoc. Posuzuje se podle klinických výsledků a vlivu na život, ale i subjektivního hodnocení nemocných: emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy atd (48). *Nemocní při hodnocení subjektivního účinku staví kvalitu života vysoko, často výše než jeho délku.* Obecně léčba může snížit mortalitu a zvýšit kvalitu života, snížit mortalitu a snížit kvalitu života, či zvýšit mortalitu a zvýšit kvalitu života (115).

#### **Kvalita života nemocného se projevuje dvěma rysy:**

- 1. mnohorozměrností (multidimenzionalita), kvalita se týká více oblastí, většinou od tří do pěti: oblast tělesných obtíží (bolest, nevolnost, únava), funkční zdatnost (schopnost zvládat běžné denní aktivity, pracovní zátěž), oblast psychologická/emocionální (nálada, úzkost, deprese), oblast sociální (vliv nemoci na vztahy v rodině, přáteli, sociální postavení, oblast finančních potíží), oblast existenciální a duchovní (otázky smyslu života, naděje, smíření a odpuštění),

- 2. subjektivností: je skutečnost, že dva různí jedinci tutéž nemoc prožívají rozdílně, výsledek ovlivní osobnost, stupeň sociální podpory, schopnosti adaptace atd. (133).

**Výsledky hodnocení kvality života se aplikují v klinické praxi v oblastech, v nichž se má odrazit zlepšení poskytované péče a zdraví nemocného (Petermann, Bergmann, 1995): 1. klinické prognózy, 2. rozhodnutí o léčbě a sledování jejího průběhu, 3. hodnocení výukových programů pro nemocné, 4. ocenění zdrojů zdravotní péče (např. kluby nemocných), 5. zlepšení péče bez velkého růstu finančních nákladů (130).**

Hodnocení kvality života prováděli nejprve lékaři, poté zdravotní sestry či jiný odborný pracovník až později sám nemocný, ten ve svém subjektivním hodnocení může zveličovat (velká deprese) či snižovat dopad určitých oblastí, jejichž význam spatřují opačně v objektivním hodnocení druhé osoby (nemocného vidí jako psychicky stabilního). Často se bere vždy jeden pohled, do budoucna se uvažuje o všech názorech (příjemci péče, poskytovatelé) a zahrnout je do hodnocení zdravotního stavu a kvality života (130). Studie *Newellové* se zabývala vztahem mezi objektivně hodnocenou a subjektivně vnímanou přítomností a velikostí jednotlivých potíží nemocného. Ve skupině 204 onkologických nemocných se sledovala korelace mezi výskytem fyzických příznaků, anxiety a deprese udávaných nemocnými a hodnocením jejich ošetřujícími lékaři. Lékaři se zaměřili na hojení rány, nemocní se zabývají bolestí, únavou, schopnostmi pokračovat v činnostech. *Zjistilo se, že parametry, které hodnotí lékař, nejsou nemocnými vnímány jako prioritní (104).*

**Lékařská péče primárně zlepšuje zdravotní stav a tím ovlivňuje - snaží se pozitivně, i kvalitu života,** (např. úleva od anginy pectoris chirurgickým srdečním bypaselem). **Též zvyšuje kvalitu života zmírněním bolesti a utrpení, tedy i úlevu ve fyzických, sociálních a mentálních dysfunkcích (42).** Člověku, který má nepřijatelnou formu života, ji může změnit do přijatelné kvality, tak že touží žít, být bez bolesti, cítit se užitečný a potřebný, být šťastný a milován, bojovat, aby žil (24).

#### ⌘ **Kvalita života z pohledu ošetřovatelství**

V ošetřovatelství se uplatňuje celostní, holistický (*Smuts, 1924 v díle Holism and Evolution*) (12) pohled na člověka, zdraví a nemoc, tzv. „*bio-psychosociální model nemoci*“, jenž se orientuje na konečný vliv na klienta, dále na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci a zároveň sleduje odpovídající klasifikační systém *International Classification of Impairment, Disability and Handicaps, ICF*, který vnímá konkrétní lidský život po stránce biologické, psychické a sociální. S použitím dotazníkových nástrojů umožňujících skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem, *Health Related Quality of Life, HRQOL*, se kvantifikuje a vyhodnocuje stav nemocných před i po terapeutických a ošetřovatelských intervencích. Význam skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem a používání modelu ICF je vhodné k vytvoření jednotné dohody na mezinárodní úrovni pro indikace a alokace výkonů - zejména v oborech ošetřovatelství a rehabilitace a k zajištění kvality poskytovaných výkonů. *Pokud změříme kvalitu života a její dynamiku v souvislosti s ošetřovatelskou péčí na úrovni fyzické/biologické, duševní/psychické a sociální (životní role a jejich omezení nemocí či handicapem), budeme tuto péči lépe indikovat, provádět*

*i vyhodnocovat, platí to i pro rehabilitační péči, u chronických nemocí lze aplikovat i pro léčbu (117).*

#### ⌘ **Psychologie a kvalita života**

Pro srovnání s medicínou obor **psychologie** kvalitu života postihuje jako subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem (152).<sup>32</sup> Pojem kvalita života pracuje se třemi koncepty: **1. spokojenost se životem:** zjištění životní spokojenosti, co činí člověka spokojeným, škála faktorů, které k ní přispívají, jak instituce ovlivňují spokojenost; **2. prožívanou subjektivní pohodu, štěstí** - všeobecné hodnocení kvality života jako takového; **3. subjektivní pohoda** (s kognitivní a emocionální dimenzí): kognitivní část racionálně hodnotí vlastní život spokojený, či ne, emocionální část postihuje emoce, záleží na převaze pozitivní nebo negativní reakce (*Becker, 1991; Džuka, 1994; Diener, Larsen, 1993*) (48).<sup>33</sup>

#### ⌘ **Sociologie a kvalita života**

**Sociologie** chápe kvalitu života ve světle sociální úspěšnosti: postavení, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Zkoumá se vztah ke kvalitě života definované jako subjektivní životní pocit. Sleduje se dopad sociálních, sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti (*Abbate et al., 2001*). Tomu se věnuje sociologická organizace *Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies)*, jejíž pojem kvality života je výsledek interakce podmínek sociálních, zdravotních, ekonomických a životního prostředí ovlivňující rozvoj lidí (48).



## 1. 2 Posouzení kvality života

Kvalitu života posuzujeme z různých hledisek. Základní pohled vychází z potřeb člověka (Maslowova pyramida potřeb).<sup>34</sup> Kvalitu života v medicíně obvykle posuzujeme podle informací nemocného, k tomu jsou ještě určovány *parametry ve vztahu ke kvalitě života*: např. „ekvivalent počtu let plného zdraví“ **HYE**, *healthy years equivalent*, hypotetický počet let prožitých v dobrém zdravotním stavu (66). Dalším je „kvalita života ve vztahu ke zdraví“, (**HRQoL, HRQOL**, „**health-related quality of life**“). Posuzuje se při hodnocení dopadu nemoci a léčby na jedince, monitoraci psychosociálních problémů, populační studie zaměřené na sledování zdravotních problémů, klinické pokusy (např. porovnávání účinnosti léků), či hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby (72). *Kvalita života má složku vztahovou ke zdraví, HRQOL a jiné: kvalitu závislou na faktorech prostředí či ke zdraví nevztahovatelných, „non-health-related QOL“ (Spilker, Revicki 1999) (4).* Podle *Jaschkeho* a jeho kolegů (*Jaschke, Singer and Guyatt 1989 In 57*) HRQOL domény mají aspekty života, které se zlepšují s lékařsky úspěšnou léčbou, zahrnuje životní domény přímo ovlivněné změnami ve zdravotním stavu. Klinicky signifikantní změna v HRQOL je určena odchylkami v doméně, jež vedou lékaře nebo poskytovatele zdravotní péče k modifikaci léčby. Domény minimálně zahrnují funkční stav (např. zda nemocný je schopen vést domácnost, obléknout se), duševní zdraví nebo stav psychiky (např. depresivní syndrom, pozitivní emoce), sociální zapojení (angažování v aktivitách, styky s jinými lidmi), a symptomy současného stavu (např. bolest, únava, dušnost). Tyto domény reprezentují typická východiska v lékařském a sociologickém výzkumu. *Domény kvality života nevztahující se ke zdraví* zahrnují charakteristiky jak přírodní, tak vytvořené prostředím (např. ekonomické zdroje, bydlení, vzduch a kvalita vody, společenská stabilita, přístup k umění a zábavě) a osobní zdroje (např. kapacita přátelských vztahů, povaha, hledání uspokojení v duchovním či náboženském životě) – u těchto faktorů je menší šance ke zlepšení s vhodnou lékařskou péčí. Pojem HRQOL vyplynul z výzkumu zdravotního stavu. Metody jako **Profil vlivu nemoci (Sickness Impact Profile, SIP)**, (*Bergner, et al., 1976*) identifikoval společné domény dotýkající se nemoci, jež by mohly umožnit klinickým lékařům vyměřit dopad klinických podmínek. SIP identifikuje 22 domén vztahovaných ke zdraví, které zahrnují chuť, pohyblivost, udržování tělesného pohybu, komunikace, bdělost chování, emocionální chování, sociální interakce, spánek a odpočinek, jídlo, zaměstnání, domácnost, rekreaci. Základním klíčem SIPU je, že sami nemocní si stanoví svou úroveň zhoršení. Potíže nastávají u lidí s kognitivními chorobami jako Alzheimerova demence (nerozumí otázkám, potřeba upravený

jednoduchý dotazník). Druhým zdrojem pro stávající zájem o HRQOL je jeho potenciální význam pro ekonomické zhodnocení medicínské léčby a technologie (4).

Jiným parametrem je **„rok života standardizované kvality“ (quality-adjusted life-year, QALY)** jako výsledek léčebného postupu v podobě počtu let, o která se vlivem tohoto zákroku prodloužil život a jsou standardizována s ohledem na jeho kvalitu. Využívá se při analýze účelnosti nákladů na léčbu (66). *Sullivan, 1966* připojil rejstřík založený na životních uspořádáních (např. neschopnost pohybu, schopnost vykonávat sociální role ve vztahu k věku: škola, práce) a omezení v běžných denních aktivitách (4). Existují i další parametry, např. **index kvality života (quality of life index, QOLI, Index lidského rozvoje OSN)**,<sup>35</sup> **index kvality života (United Nations Human Development Index, UNHDP) (104)**, **Index udržitelného rozvoje, Sustainability Index, SI** založený na sedmi základních aspektech světového vývoje - např. zdravotní stav a péče, kvalita životního prostředí (107).<sup>36</sup> Na počátku 21. století se stává aktuální **Index environmentální udržitelnosti, IEU, environmental sustainability index, ESI** ukazatel postupu k environmentální udržitelnosti pro stanovení udržitelného rozvoje společnosti, jeho hodnota je dána 20 klíčovými indikátory sestavenými Světovým ekonomickým fórem. Indikátory jsou biologická diverzita, kvalita ovzduší, nemocnost způsobená životním prostředím, energetická efektivita ekonomiky, přístup k informacím či členství zemí v mezinárodních organizacích. Zápor je, že dobře koreluje s indexem HDP a na čelních místech jsou tak země s největším negativním vlivem na ekologii (71).

### 1.2.1 Metody a nástroje zjišťování kvality života

**Jak se zjišťuje kvalita života?** Hodnocení kvality života posoudíme z hlediska jejího způsobu hodnocení (viz Příloha č.1):

- A. **objektivního** (externí, hodnotí druhá osoba),
- B. **subjektivního** (interní, hodnotí osoba sama),
- C. **metodami smíšenými** s kombinací subjektivní a objektivní komponenty (74).

**Měření kvality života různými metodami má vliv na porovnání výsledků**, např. externí, objektivní metoda *McMaster Health Index Questionnaire, MHIQ, McMasterský dotazník indexu zdraví*, která vychází z WHO definice zdraví (ne z definice kvality života) ve srovnání s interní, subjektivní metodou *SEIQoL*, ukazuje nízkou korelaci výsledků, to znamená, že existuje **rozdíl v tom, když se metody určení dimenzí života stanoví externě či interně**. Objektivní hledisko zastávají různé přístupy, jejich nevýhodou byla diference mezi

hodnocením kvality života druhou osobou (lékař, příbuzný) a samotným nemocným, proto se přistoupilo ke subjektivnímu hodnocení člověkem, jehož život se hodnotí. Smíšené metody kombinují obecné a subjektivní hledisko: jedinec hodnotí celkovou kvalitu svého života v dané chvíli spolu se spokojeností v předem určených životních dimenzích (74).

#### ⌘ **Kvalita života a její metody měření**

**Při měření kvality života dodržují pravidla jako ve výzkumném projektu**, jak uvádí *Dytrtová (34)*: popsání účelu hodnocení a vzorku populace, vytvoření konceptu ze závěru zjištěné kvality života, výběr nástroje pro měření, provedení pilotní studie či ankety, shromáždění dat a provedení analýzy. Principy měření se zakládají na statistických metodách a vybraných hodnotících stupnicích. Pro kritéria nástrojů měření kvality života platí, že jsou validní, reliabilní a sensitivní, relevantní, krátké (např. 10-15 minut) a jednoduché, aby je mohl respondent samostatně vypracovat, dále srozumitelné v rámci různého kulturního a jazykového prostředí, reflektují důležité oblasti hodnotitele: zvláště somatické, psychické a sociální aspekty, zaměřují se na fyzické a psychické zdraví, výsledné hodnoty jsou použitelné pro statistickou analýzu (42).

Současné trendy v měření kvality života spočívají ve kvalitativní metodologii, „kulturní adaptací“ metod, v založení mezinárodních výzkumných ústavů, [www.mapi-research-inst.com](http://www.mapi-research-inst.com), vytvoření databáze dotazníků, [www.golid.org](http://www.golid.org) a tzv. „*items bank*“: seznam (banka) položek týkajících se kvality života, jejichž měřitelné vlastnosti jsou známé jako bolest, únava (30). **Jsou metody hodnotící obecně kvalitu života člověka, které se zaměřují na člověka zdravého, a z nich se vychází stanovení kvality života u nemocného (z toho plyne porovnání kvality života zdravého a nemocného).** *Prototypem metod měření kvality života nemocného* byly tzv. **HS – Health State**, Rejstříky zdravotního stavu daného nemocného, novější forma tzv. **HSP - Health State Profiles**, Profily zdravotního stavu nemocného, které zobrazily nemocného tak, jak je viděn z lékařského hlediska - obecně fyziologicky (74).

Přístup k měření kvality života vychází z předpokladu, že existuje mnoho životních domén (*Univerzita v Oklahomě, Fakulta sociální práce*). Každá doména a všechny vzájemně přispívají k celkovému hodnocení kvality života. Domény zahrnuje rodinu a přátele, zaměstnání, sousedství/bydlení, společnost, zdraví, vzdělání, duchovní stránku (104).

#### ⌘ **Nástroje měření kvality života**

Při měření kvality života se stále řeší obtíže: kdo má měření kvality života provádět, zda výzkumní pracovníci, zřizovatelé služeb, ošetřující personál, dále pro jaký účel a stávající podmínky výzkumu. Kritika metodologie poukazuje, že faktory kvality života jsou přechodné, kolísají v čase a jsou svázány s kvalitou života blízkých osob. Etická námitka je,

že „kvocient kvality života“ nenahrazuje svobodnou volbu člověka, jaká má být jeho kvalita života (29). Je zřejmé, že bude vždy určitý rozdíl subjektivního hodnocení nemocného kvality života, hodnocení jeho života blízkými a ošetřujícím personálem (*Meek et al., 2001*) (129).

**Jedním z nástrojů měření kvality života je i forma strukturovaného rozhovoru (interview) s nemocným (102),** který se uplatňuje v metodách diagnostiky celkového zaměření života, zde se rozebírají celoživotní činnosti a snahy, dialog ve kterém uvažujeme o hodnotách, o které se jedná v našem životě (*Buber, 1965*) (74). Dále se využívá **pozorování, testů, různých stupnic, škál:** kdy ke slovnímu vyjádření výběru možností či souhlasu/nesouhlasu se vztáhne číselná řada např. 1 vůbec ne, nejsem spokojen/a, 2. spíše ano atd. (34). Častým nástrojem k hodnocení kvality života nemocných jsou **dotazníky**, které splňují reliabilitu: spolehlivost, validitu: platnost a citlivost,<sup>37</sup> dále přesnost (z důvodu umožnění nalezení rozdílu mezi jedinci) a vnímavost (schopnost určit rozdíly v kvalitě života při jejím zhoršení či zlepšení u jedné osoby) (91, 135). Měly by být stručné a srozumitelné. **Dotazník** sestavují většinou pracovníci výzkumu ovlivnění svou kulturou a zkušenostmi podle prostudované literatury - tím odtrhávají koncept kvality života od praxe, kritici navrhují spolupráci více odborníků různých profesí a příjemců péče. Dotazníky kvantifikují dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem (129) a jejich výpovědní hodnota a spolehlivost se testuje podle současných standardů „měření zdraví“ (*Streiner, Norman, 1993 In 52*). Databáze dotazníků např. <http://www.proqolid.org/> - dostupné od 4. 1. 2006 (30). Každý dotazník je charakterizovaný svým názvem (Life Satisfaction Survey), zkratkou názvu (LSS), autorem a rokem uvedení (*Chubon, 1987*), zemí původu (USA), popisem instrumentu: (sebeposuzovací dotazník; řízený rozhovor) a účelem (pro nemocné ke sledování průběhu nemoci a úspěchu v léčbě) (29). U hodnocení kvality života nemocných se potýkáme v oblasti dotazníků s obtížemi ze strany nemocného, výběru, doby rozdávání dotazníku, jeho částečného vyplnění a technického zpracování. (135, 67). Dotazníky **obsahují hodnocené základní oblasti, které ovlivňují život nemocného** - příznaky choroby, fyzikální a somatické funkce, emocionalita a psychika, práce, bolest, spánek (52). Dotazníky kvality života dále pracují s objektivními, subjektivními či obojím hodnocením respondenta a dělí se podle úrovně zaměření (viz tab. č. 2).

**Příklady názvů dotazníků:** mnohé dotazníky jsou již dostupné v české verzi: např. SF 36, WHO Quality of Life Assessment - viz Příloha č.1 (149). Převážná část dotazníků byla vytvořena v angličtině, jejich překlad ovlivňuje srozumitelnost otázek v daném kulturním prostředí, reliabilitu a validitu dotazníku (133).

**Tab. č. 2****Rozdělení dotazníků podle úrovně zaměření (136)**

<b>1. obecné (generické)</b>	- použití u jakékoliv populace různého věku, pohlaví, hodnotí stav člověka/nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění. Monitorace a srovnávání kvality života věkových či sociálních skupin, pohlaví, ras. Záporům je malá citlivost ke změnám zdravotního stavu dosaženým např. léčbou.
<b>2. specifické zaměřené na chorobu</b>	- součástí často i generický dotazník, jsou určeny pro jednotlivé druhy postižení či onemocnění, např. dopad léčebné metody u stejného onemocnění. Výhodou je zaznamenání citlivější změny zdravotního stavu díky úzkému spektru hodnocených faktorů souvisejících s onemocněním. Výsledky se obtížněji srovnávají a zhodnocují, nejsou vhodné k hodnocení dalších vlivů podílejících se na kvalitě života.
<b>3. specifické - lokalizace choroby</b>	cílová skupina nemocných trpících určitou chorobou v určité lokalizaci (nádor plic, ovaria). Dotazníky zaměřené na nemocné s určitou chorobou (karcinom, diabetes), s určitou lokalizací choroby - karcinom prsu, dotazníky pro jednotlivé způsoby léčby (ozařování). Příklady: EORC-základní modul, LCSS, FACT-L (130).
<b>4. standardizované behaviour testy</b>	speciální neuropsychologické testy: zjišťují fyzické a kognitivní funkce.

### 1.3 Kvalita života onkologicky nemocných v oblasti hlavy a krku

Do skupiny nádorů hlavy a krku patří nádory anatomických oblastí rtů, dutiny ústní, jazyka, dutiny nosní, paranazálních dutin, epifaryngu, hypofaryngu, laryngu, slinných žláz a nádory uší. Maligní nádory hlavy a krku představují asi 5% ze všech zhoubných nádorů. Nejčastější je karcinom hrtanu (22). Dříve se o výsledcích onkologické léčby hovořilo jako o reakci na léčebnou odpověď, době přežití (3, 5 let od zahájení léčby), délce přežití bez známek nemoci, nyní se věnuje pozornost *více psychosociálním aspektům ztráty zdraví* - vliv nemoci a léčby na tělesný, psychický stav, celkovou funkční zdatnost v oblasti rodinného, pracovního a společenského života, porozumění prožívání nemoci. Studuje se dynamická interakce osobnosti a stresu způsobeného nemocí a léčbou. Důraz se klade na autonomii a informovaný souhlas, předpokládá se aktivní účast nemocného na některých léčebných rozhodnutích. **Pro většinu onkologů je kvalita života míra do jaké nemoc a její léčba ovlivňují nemocného schopnost žít takový život, aby byl spokojen.** *Pařížská charta proti rakovině je dokument, který oficiálně vyjadřuje potřebu kvality života u onkologicky nemocných, 2000 (133).*<sup>38</sup>

**Proč chceme měřit kvalitu života u onkologických nemocných a k čemu slouží získané údaje?** V první řadě ke komplexnímu hodnocení účinku určitého léčebného postupu, nejčastěji v rámci klinické studie. Získaná data mohou přispět k hodnocení účinku nových léků a lékových kombinací, k modifikaci léčby, zmírnění závažných nežádoucích účinků, určení oblastí s profylaktickými opatřeními (např. edukace) (132).

**Jak měříme kvalitu života v onkologii?** Většina komplexních dotazníků je určena pro klinické studie, ne pro běžnou klinickou práci, kvůli své délce a komplikovanosti, rutinní používání by bylo časově náročné, přesto fungují jako strukturovaná osnova k rozhovoru o významných oblastech. První pokus systematicky hodnotit vliv onkologické léčby na kvalitu života a nejen na kvantitu je *Karnofského* práce z roku 1948, funkční zdatnost zde hodnotil lékař.<sup>39</sup> Podle řady studií funkční zdatnost pouze omezeně koreluje s emočním a sociálním funkčním stavem nemocného. Nemocní se stejnou funkční zdatností se mohou lišit ve stupni, jakým jsou ovlivněny jejich funkce - oblasti sociální: rodinné a přátelské vztahy (133).

**První verze dotazníků** je *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)*, *Functional Living Index (FLIC)*, *EORTC QLQ-C30*. Jsou generické, tzn. použitelné u všech onkologicky nemocných bez ohledu na typ a stupeň pokročilosti nádoru. **Praxe ukázala, že u jednotlivých typů nádorů a jejich léčby existují specifické okruhy problémů, které zásadně ovlivňují kvalitu života, dotazníky citlivě nezachycují. To vedlo k tvorbě tzv. "nádorově specifických" dotazníků.** Někdy jsou tyto specifické dotazníky používány jako

dodatek (tzv. modul) ke generickému dotazníku (k EORTC dotazníku existují např. specifické moduly pro karcinom plic, prsu, **tumory v oblasti ORL**, testují se moduly pro řadu dalších témat) Kromě těchto obsáhlých dotazníků byly vyvinuty **různé dotazníky zaměřené specificky na symptomy spojené s onemocněním nebo léčbou**: např. dotazníky na **komplexní hodnocení bolesti**, např.: *Brief Pain Inventory*, souhrnné **zhodnocení nejčastějších symptomů**, např.: *dotazník na nevolnost a zvracení: Marrow Assessment of Nausea and Emesis MANA*, *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)*: metodika a hodnocení posuzuje vývoj QoL nemocného v různých etapách jeho léčby, i srovnání skupin nemocných vzájemně (vztah mezi subjektivně pocívanými následky a objektivním rozsahem nádoru). Význam hodnocení QoL je pro stanovení léčby a určení prognózy nemocného, **Hodnota QoL představuje nezávislý faktor spoluurčující prognózu nemocných (131, 132, 135).**

V současnosti se preferuje dotazník EORTC QLQ-C30 i pro nádory hlavy a krku, (třetí verze tvoří jádro dotazníku, ke kterému se připojují verze s otázkami pro různá onkologická onemocnění) s třiceti otázkami se ptá na celkovou kvalitu života a události posledního týdne týkající se zdraví (36).<sup>40</sup> Přímo pro nemocné v oblasti hlavy a krku je určena verze **European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Head and Neck, EORTC QLQ - H&N35**, která je pokračováním dotazníku QLQ-C 30 (otázky 1-30) a připojuje třicet pět otázek (31-65), z toho pět otázek na minulý týden (odpověď ano-ne) a ostatní se týkají: např. používání analgetik, zájmu o sex, problémy s fyzickým a sociálním kontaktem s rodinou, mluvením do telefonu, vystupováním na veřejnosti, problémy s příjmem stravy, ztráta či zvýšení hmotnosti, bolest, polykání, čich, chut, kašel. Slovní škála: vůbec, málo, docela dost, velmi (38). Nevýhodou je podle nás přílišná obecnost, ze studie *Kollera a Westové (2005)* vyplývá, že není vhodný pro starší nemocné, kteří nerozumí otázkám, a tím vypadávají ze studie (69), nevystihuje přímo potřeby laryngektomovaných a je omezen pouze na hodnocení minulého týdne, je však dobrý k určení příznaků a problémů nemocného za minulý týden ke zhodnocení představy o jeho stavu pro ošetrovatelskou a lékařskou péči. Oba dotazníky EORTC jsou vhodné pro nemocné v oblasti hlavy a krku, jejich překlady mají reliabilitu a validitu. QLQ-C 30 je méně úspěšný v rozlišení mezi nemocnými v různých stádiích nemoci, QLQ-H&N35 citlivěji určuje rozdíly v příznacích časných a pokročilých stádiích choroby (55).

Jiným nástrojem je původní dotazník kvality života Washingtonské univerzity, **University of Washington Quality of Life Questionnaire, UW-QOL, nyní - Revised, UW-QOL-R** (už čtvrtá verze) (16) Obsahuje deset domén: bolest, vzhled, aktivita, rekreace,

polykání, kousání, sliny, řeč, svalová síla, chuť s pěti, čtyř, tříbodovou slovní škálou: např. normální množství slin, méně slin než běžně, málo slin a žádné. Další otázka obsahuje výběr z těchto deseti položek, které byly minulý týden pro nemocného důležité. Následují tři obecné otázky: zhodnocení zdraví ve vztahu ke kvalitě života měsíc před vypuknutím onemocnění, jaké bylo zdraví během posledního týdne a jaká je celková kvalita života za minulý týden (slovní pěti až šestibodová škála od vynikající či mnohem lepší k velmi slabé a mnohem horší). Zápor je, že některé z domén se vztahují spíše k vlivu chirurgické léčby, jiné jsou specifické pro radioterapii, někteří odmítají skórovací systém tohoto dotazníku a podotýkají, že UW-QOL index nepostihuje dopad nemoci a jejího léčení na psychiku, dále můžeme podotknout, že nespadá do našeho kulturního prostředí (stupnice škálování). Efektivně srovnává léčebné efekty managementu nádorů hlavy a krku, neboť deset domén ke zhodnocení kvality života poutá velká konzistence a spolehlivost (Weymuller a kol., 2001) (157). Kazi et al., 2007 namítá, že ačkoliv dotazník je jednoduchý a krátký, jeho účinné použití u laryngektomovaných nemocných je omezené a doporučuje použití dotazníků, které obsahují specifitější domény (63). Dalším je dotazník k celkovému stavu nemocného v oblasti hlavy a krku, **Performance Status scale for Head and Neck Patients, PSS-HN** posuzující schopnost příjmu potravy se třemi doménami: 1. normální stav stravy: její forma, jakou nemůže jíst atd., 2. veřejné stravování: kde se stravuje, 3. srozumitelnost řeči: každá se hodnotí škálou od 0 do 100 bodů. Používá se i škála funkčního zhodnocení v oblasti hlavy a krku, **Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck Scale (FACT-H&N)**, která je reliabilní a validní pro nemocné, 28 obecných otázek a 11 typických pro nemocné v oblasti hlavy a krku, se šesti doménami: fyzický a emocionální stav, společenské a rodinné vztahy, vztah k lékaři, příznaky vyplývající z postižení hlavy a krku. Škála je 0-4. Stejně jako i PSS-HN poskytuje jedinečné informace, nezávislé na Karnofského celkovém zhodnocení stavu nemocného či FACT-H&N. Zachycují zhodnocení specifické nemoci v kontextu s obecným zdravím v posuzování výsledku kvality života (90). Dalším je dotazník Michigenské univerzity **the University of Michigan Head and Neck Quality of Life (HNQOL)**, dotazník **McMasterské univerzity týkající se radioterapie, McMaster University Head and Neck Radiotherapy Questionnaire, MRQ** (z Kanady, zjišťuje fungování po stránce fyzické, sociální a emoční) (14) a inventář posouzení zdravotního stavu u nemocných v oblasti hlavy a krku, **Head and Neck Health Status Assessment Inventory, HNHSAL**. Shrňme domény posuzované u dotazníků kvality života oblasti hlavy a krku v tabulce č. 3 a důsledky léčby na domény vztahující se ke zdraví ve vztahu ke kvalitě života v tabulce č. 4.



**Tab. č. 3**

**Domény v dotaznících kvality života hlavy a krku (88)**

**Vysvětlivky:** **EORTC-QLQ-H&N35:** *European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life-Head and Neck Questionnaire*, **FACT-H&N:** *Functional Assessment of Cancer Therapy -Head and Neck*, **PSS-HN:** *Performance Status Scale for Head and Neck Cancers*, **UWQOL:** *University of Washington Quality of Life Questionnaire*, **MRQ:** *McMaster University Head and Neck Radiotherapy Questionnaire*, **HNHSAI:** *Head and Neck Health Status Assessment Inventory*, **HNQOL:** *University of Michigan Head and Neck Quality of Life Instrument*

DOMÉNY	EORTC-QLQ-H&N35	FACT-H&N	PSS-HN	UWQOL	MRQ	HNHSAI	HNQOL
Bolest	X			X	X	X	X
Žvýkání				X	X		X
Polykání	X	X		X	X		X
Příjem potravy		X	X		X	X	
Společenské okolnosti při stravování	X		X				
Společenský kontakt	X				X	X	
Sexualita	X						
Komunikace/řeč	X	X	X	X	X	X	X
Smysly: čich a chuť	X				X		X
Emoce					X		X
Vzhled/mutilace	X	X		X		X	X
Aktivita				X	X		
Rekreace				X	X		
Zaměstnání				X	X		X
Suchost úst	X	X		X			X
Otevírání úst	X						X
Slinění	X						
Problémy s chrupem	X						
Kašel	X						
Pocity nemoci	X						
Váha	X						
Svalová slabost				X			X
Obecné				X			

**Tab. č. 4****Důsledky léčby na domény vztahující se ke zdraví ve vztahu ke kvalitě života (88)****Vysvětlivky:** **Krátká doba:** během léčby či do tří měsíců po léčbě, **Dlouhá doba:** 3 měsíce a více**HL:** horší než před léčbou, **LL:** lepší než před léčbou, **NV:** nejasný vliv, **SL:** stejné jako před léčbou, **SLL:** stejné či lepší než před léčbou, **SHL:** stejné nebo horší než před léčbou

Domény	Typ primární léčby			
	Radioterapie/Chemoterapie		Chirurgie	
	Krátká doba	Dlouhá doba	Krátká doba	Dlouhá doba
Fyzická osobní spokojenost	HL	SL	SLL	HL
Emocionální spokojenost	NV	SLL	SLL	LL
Sociální spokojenost	HL	SLL	NV	SHL
Schopnost příjmu potravy	HL	HL	NV	HL
Bolest	NV	NV	NV	LL

Nevýhodou všech zmíněných dotazníků je nezachycení specifických potřeb nemocných po totální laryngektomii, proto je potřeba do jisté míry jejich upravení (škálování, potřeby nemocných, slovní obraty), o to se snaží např. *Nalbadianová a kol., 2001* vytvořením dotazníku (adaptovaný na způsob života: kultura a mentalita v Řecku a hodnotící potřeby laryngektomovaných) postaveným na EORTC-QOL-C30 se 26 otázkami a s oblastmi funkčních poruch po operaci a jejími důsledky na sociální život a psychiku (103).

**Výsledky měření ze studií o kvalitě života představují průměrné hodnoty pro celou sledovanou populaci nemocných.** Hodnoty pro jednotlivé parametry se slučují do souhrnných indexů, ty se srovnávají, testuje se statistická významnost rozdílů, pak jsou data interpretována, hledá se jejich klinický význam. Objevuje se problém dotazníkového měření kvality života: jak zjistit, zda je statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách kvality života významný také klinicky, mezi výzkumníky panuje shoda, že zlepšení kvality života o 10% (o 10 bodů na stoupňové škále) je pravděpodobně klinicky významné. *Existují klinické situace, kdy pravděpodobný účinek srovnávacích léčebných postupů je z hlediska délky přežití velmi podobný a odborníci se snaží zjistit, která léčba nejpříznivěji ovlivní kvalitu života, hlavně u inkurabilních nemocných.* Onkologická léčba může kvalitu života velmi radikálně ovlivnit oběma směry negativně či pozitivně. V praxi se setkáváme, že nekurativní chemoterapie prodlouží život, ale vliv na kvalitu života je nepříznivý. *Silvestri (1998)* hodnotil naději a očekávání, které nemocní (81 lidí) vkládají do prováděné léčby. S vidinou prodloužení života by s chemoterapií souhlasilo 22% proti 68%, kteří by ji byli

ochotni podstoupit za možnosti odstranění jejich současných potíží (132). *Bergman, Sullivan, Srenson, 1991* upozornili, že nemocný vnímá jako zhoršení svého stavu pouze progresi tumoru během léčby, není významný rozdíl mezi kompletní remisí, parciální remisí či stabilizací stavu dosažených léčbou (133). *Helsing et al., 1998* srovnával skupinu (celkem 48 lidí) léčenou podpůrnou terapií a skupinu s cytostatiky, ti s cytostatiky dosáhli delší doby přežití a lepší hodnoty kvality života. Podobně i *Spiro, Souhami, Ash (1988)* porovnával nemocné při léčbě chemoterapií, jedna méně agresivně, druhá více. Nemocní s agresivnější terapií udávali zvýšení kvality života v některých parametrech (133). **Prokázal se vztah kvality života a prognóza nemocných:** vyšší kvalita, delší život. Kvalita života, životní spokojenost ovlivněna řadou faktorů: bolest, únava, zvracení, rodinné zázemí, schopnost sám sebe obsloužit, důležitý je i stav nechutenství a kachektizace.<sup>41</sup> **Nemocný má být o situaci informován, má znát možnost příznivé léčebné odpovědi (velmi malá) a pravděpodobnost nežádoucích účinků (velká),** pak se podílet na rozhodnutí. Postoje a přání nemocných se liší, kvalita života je subjektivní veličina, nelze data získaná na souborech nemocných vztahovat na jednotlivého nemocného (129).

#### **Výzkumy kvality života u nemocných v oblasti hlavy a krku uvádí:**

*Morton a Izzard* potvrzují, že kvalita života je relativně nový koncept v onkologických výzkumech nádorového onemocnění v oblasti hlavy a krku, proto jde o stanovení odpovídajících měřítek hodnocení. Existují rozdíly mezi kvalitou života nemocných s rakovinou dutiny ústní a hrtanu. **Zachování orgánu nevede nezbytně ke zvýšení kvality života, zvláště u rakoviny hrtanu (100).** *Abendstain et al.* hodnotili kvalitu života vztaženou ke zdraví, *health-related quality of life, HRQL* u nemocných v oblasti hlavy a krku jeden rok a pět let po začátku léčby u 192 nemocných dotazníky *EORTC QLQ-C30* a *EORTC QLQ-H&N35*. Nebyl rozdíl mezi v HRQL po roce a pěti letech. Po prvním roce léčby neočekávají nemocní vyléčení přetrvávajících vedlejších efektů léčby. Trvají problémy s chrupem, otevíráním úst, suchostí dutiny ústní, s lepkavostí slin. Nemocní, kteří zemřeli během jednoho až pěti let, udávali nižší HRQL po roce než ti, co přežili pět let, 40% nemocných udávalo zvýšené celkové HRQL od diagnózy k pěti letům od zahájení léčby. **HRQL zhodnocení v denní klinické praxi může identifikovat nemocné, kteří potřebují dodatečnou podporu a úlevu:** programy paliativní péče u nemocných s relapsem či metastázami zmenšit jejich utrpení a zvýšit jejich HRQL (1). *Dukeová et al.* u 86 nemocných pět let po léčbě se zaměřili na vztah mezi stavem chrupu a kvalitou života se závěrem, že ačkoli předchozí studie ukazovaly, že mnoho vedlejších účinků léčby rakoviny zmizí mezi jedním rokem až třemi lety, jejich výsledek je, že **stav chrupu má stálý dopad na subjektivní kvalitu života.**

V době informování o diagnóze by měli nemocní vědět o problémech s chrupem a dutinou ústní přetrvávající po léčbě, být podporováni v rozvoji plánu zubní hygieny (pravidelné prohlídky). Nemocní s nádorovým onemocněním hlavy a krku mají typicky špatný stav chrupu před a po stanovení diagnózy (33). Po **vzájemném vztahu mezi depresivními symptomy, kouřením a alkoholem** u těchto nemocných (celkem 973), pátral *Duffy et al., 2007*. 46% osob vykazovalo známky deprese, 30% kouřilo, 16% mělo problémy s alkoholem (31). *Derks et al.* poznamenává, že rozdíl mezi mladými a staršími nemocnými v oblasti hlavy a krku: mladší užívají aktivní vyrovnávací strategie, starší více hledají podporu v náboženství, ač mají obě skupiny jiné strategie, jak se vyrovnat se svým stavem, nezvyšují se rozdíly v kvalitě života a depresivními příznaky po léčbě (26). **Vyhnutí se jakémukoliv způsobu vyrovnání se s chorobou je spojeno s více depresivními symptomy a horší kvalitou života.** *Taylor et al.* sledovali 384 nemocných v oblasti hlavy a krku, kteří díky **omezením vyplývajícím z nemoci jsou často nezaměstnaní**, zjistil, že 52% nemocných jsou vyřazení kvůli rakovině či její léčbě, zvyšovalo se toto riziko vyřazení u nemocných, kteří podstoupili chemoterapii či krční disekci nebo měli vysoké skóre bolesti (142). *Preston-Lee et al.* dotazovali nemocné po léčbě rakoviny hrtanu (36 osob - 29 mužů, 7 žen, ve věku od 47 do 85 let, 24 po radioterapii, 12 po radioterapii a laryngektomii, od tří do 12 měsíců po léčbě), dotazníkem funkčního hodnocení terapie rakoviny v oblasti hlavy a krku (*the Functional Assessment of Cancer Therapy, FACT – General/Head and Neck Subscale, dále Nottingham Health Profile, NPH, Nottinghamského profilu zdraví a škálou nemocniční úzkosti a deprese, Hospital Anxiety and Depression scale, HAD*). Uzavírají, že studie o dopadu různých modalit léčby rakoviny hrtanu jsou různé, jejich **výzkum prokázal menší kvalitu života u kombinované terapie** (více tendence k úzkosti a depresi), mladší lidé pod 65 let měli nižší skóre v emocionálním prožívání pohody a úzkosti, proto by měli mít intenzivnější podporu během léčby. Vysoký stupeň úzkosti (např. způsobenou ztrátou zaměstnání a finanční nezávislosti) může spolupůsobit na riziku rozvoje psychiatrické nemoci v prvním roce léčby rakoviny hrtanu (120). *Nguyen et al.* studovali publikované informace o chirurgickém zásahu, postoperační radioterapii, samotné radioterapii a chemoradioterapii s ohledem na kvalitu života těchto nemocných s pokročilým stadiem. Problémy s řečí, dysfágie, bolest a deprese jsou společné vedlejší efekty léčebných modalit, xerostomie je největší obtíž po radioterapii a chemoradioterapii. Přes všechny nežádoucí účinky **jedinci se zachovalým orgánem po chemoradioterapii mají lepší kvalitu života než ti po chirurgické intervenci a radioterapii (105)**. *Terrell et al.* se snažili identifikovat klinické předpověditele kvality života u 570 těchto nemocných, s dotazníky SF 36 a HNSQoL. Největší negativní vliv měla

přítomnost alimentární cévky, o něco méně přidružené choroby, pak tracheostomie, dále chemoterapie a krční disekce. Vliv měl odstup od operace (více než rok se zvýšila kvalita života v sedmi ze dvanácti domén, další predikátory bylo i místo hospitalizace, věk, úroveň vzdělání, pohlaví, rasa, rodinný stav (144). *Houser et al.* zjišťovali kvalitu života u nemocných hlavy a krku, zvláště laryngektomovaných, studie se zúčastnilo 201 nemocných, hodnotil se Karnoforského index, WHO status a Spitzerův index životní kvality. Soubor tvořily tři skupiny: 101 nemocných s laryngeální rakovinou, 70 s faryngeální rakovinou a 30 s jinou rakovinou v oblasti hlavy a krku. **Nemocní s rakovinou hltanu měli více fyzických problémů. Kvalita života závisela i na stádiu nemoci, nemocní s rakovinou v 1. a 2. stádiu vykazují lepší životní kvalitu než ve 3. a 4. stupni. 75% respondentů z celé populace hovořilo o své kvalitě života jako dobré či lepší. Podobná tendence kvality života byla i ve skupině s rakovinou hrtanu (49).** *Onakoya et al.* hodnotili 50 nemocných, kdy doména bolesti korelovala s příjmem stravy a emocemi, slabě se stadiem nemoci, právě bolest je důležitým faktorem snižujícím kvalitu života. Předurčující faktor pro celkové obtíže byla hlavně emoční doména, zatímco poškození s ohledem na kvalitu života určovalo spokojenost jako odpověď na léčbu a celkové zdraví vztahené ke kvalitě života (109).

V České republice prováděl např. *Smilek a kol.* retrospektivní studii 47 nemocných s karcinomem hlavy a krku dotazníky EORTC QLQ-C30 a WOL zhruba za jeden rok po skončení léčby. Projevila se statisticky významně snížená kvalita nemocných s resekciemi v oblasti spodiny ústní dutiny a orofaryngu ve srovnání s ostatními nemocným hlavy a krku. K evaluaci léčebného protokolu budou sloužit vedle TNM klasifikace a subjektivního hodnocení spíše molekulárně biologická vyšetření prediktivních parametrů nádoru (138).

*Schwartz, Donald a Bevan (2001)* studovali publikovanou literaturu od 1989 do 1999 o kvalitě života nemocných v oblasti hlavy a krku, 61 článků (40 různých nástrojů, nestálá terminologií u 21), vědecké studie byly popsány u 11, klinické interpretace výsledků u 16 článků. Doporučují, aby studie předem identifikovaly způsob měření a hypotézy, specifikovaly srovnávací skupiny a provedly klinickou interpretaci výsledků (130). **Většina nemocných, 60% (76 respondentů ve studii) v oblasti hlavy a krku považují dotazníky kvality života za efektivní v popisu svých obtíží** pro zprostředkování okruhu zdravotních problémů klinickým odborníkům. Lékaři však běžně dotazníky kvality života v praxi neuvítají pro zlepšení komunikace s nemocnými kvůli jejich nedostatečně prokázané klinické užitečnosti (*Mehanna a Morton, 2006 In 98*).

#### 1.4.1 Kvalita života nemocných po totální laryngektomii

První studie o kvalitě života nemocných po totální laryngektomii se objevily v osmdesátých letech, na medicínském serveru [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov) se cituje první článek o lékařských a sociálních problémech po laryngektomii v italštině od *Terzuola* v roce 1968 (145). Celkem je zde nyní v databázi kolem 341 článků týkající se této problematiky.

Kvalita života nemocných po totální laryngektomii spadá pod okruh onkologicky nemocných v oblasti hlavy a krku. Je zde snaha vytvořit dotazník pro laryngektomované obecně, i speciálně pro ty, kteří např. mají hlasovou protézu. Výzkumy u laryngektomovaných se často liší svými závěry. Na kvalitu života po výkonu má vliv život a vlastnosti osobnosti před výkonem. Důležitý je charakteristický rys osobnosti, optimista či pesimista s povahou např. spíše cholerický či melancholický, často se tento rys pak prohloubí. Vliv má i předchozí životní styl, sociální vazby, zájmy, zaměstnání (záliba v něm či ne). Při posuzování aspektů kvality života je významný **holistický přístup** (člověka a jeho potřeby ovlivněné stavem po totální laryngektomii), **osobní přístup** - na člověka v rámci jeho rodiny, možnosti zdravotních služeb a financí, **komplexní přístup** - všechny aktivity a zájmy, **pozitivní přístup** - důraz na přítomnost pozitivních aspektů života a nikoliv jen na ztráty v důsledku postižení a **subjektivistický přístup** - orientace více na prožívání lidí po totální laryngektomii než na jejich chování (73). **Nemocní po totální laryngektomii jsou hlavně onkologičtí nemocní**, prochází obdobími (mohou zůstat v kterékoli jeho fázi), které je projev adaptační reakce na krizovou situaci, jak je v roce 1969 popsala *Elisabeth Kübler-Rossová*: (nulová fáze: tušení, že nejsem zdravý), 1. šok, 2. popření, odmítnutí, hněv, 3. deprese, 4. smlouvání, a 5. přijetí (smíření) či rezignace. Podobnými fázemi prochází i rodina nemocného (24).

**Psychosociální aspekty specifických potřeb lidí po totální laryngektomii**, tzn. týkající se psychické (emoční stabilita) a společenské (sociální) stránky člověka - jsou vymezeny rámcem narušené celistvosti a kvality smyslového vnímání (čich, chuť), případné komunikační bariéry: ztráta přirozené tvorby hlasu (pokud neužívají jiný náhradní hlasový mechanismus) a sociální překážky (v důsledku změny tělesného vzhledu a fyziologických funkcí), a také zdravotními problémy a tím zvýšení postižení. Tyto aspekty nebo jevy lze definovat jako „*psychosociální jevy*“, protože mají vztah k jedinci ve svém původu či důsledku a současně vztah k sociálním jevům. Pojem „*psychosociální*“ se vztahuje k vlivu společnosti na vývoj a stav psychiky člověka po totální laryngektomii. Psychosociální přístup byl poprvé synteticky formulovaný v roce 1964 v díle *F. Holisové* pod názvem psychosociální

terapie (73). Sociální role nemocného obsahuje dvě práva a povinnosti: soustředění na nemoc a zbavení se běžných společenských závazků a povinnost vyhledat kompetentní pomoc lékaře a spolupracovat na svém léčení s terapeutem. Společenskou stránku jedince a jeho společenského prostředí lze charakterizovat sociálními rolemi, které člověk zastává, nemoc brání člověku působit jako dříve v profesionální činnosti, rodině, společenských aktivitách i soběstačnosti při denních aktivitách může se narušit komunikace mezi členy rodiny atd. Studie poukazují na zvýšení úmrtnosti na různé choroby u lidí s nízkou kvalitou sociálních vztahů, potvrzuje se, že sociální vazby a zázemí přispívají k ochraně zdraví a snižování rizika poškození a chorob. Střídání rolí, které nemocného provází, se nazývá v sociologii kariéra nemocného, ovlivňuje ji charakter, průběh onemocnění a odlišnosti v sociální situaci nemocného (9).

**Pro zdraví lidí má smysl sociální koheze a smysl pro koherenci „sense of coherence“ (SOC) Antonovského.** Předpokládá, že člověk má pocit porozumění, kontroly a smyslu, který vzniká jako opakovaná životní zkušenost v jeho sociálním prostředí, že vlastní svoji roli ve společnosti, své rodině a pracovišti (*Antonovski, 1996 In 57*). **Někteří soudí, že zdravotní stav je spjat se spokojeností se životem a jiní tvrdí, že je silnější faktor spokojenosti s kvalitou života než sociální vztahy a opora** (*Bowling et al., 1993 In 82*). Velký vliv na subjektivní hodnocení zdraví, incidenci nemocí, mortalitu, střední délku života, spotřebu zdravotní péče má vzdělání (57). **Sociální faktory působí na fyzické zdraví skrz mechanismus zvládnání stresu** (*Wilkinson, 1996 In 57*).<sup>42</sup> **Zvládnání sociálních rizik jde lépe pokud má člověk vyšší sociální status, více sociálních, psychologických a ekonomických zdrojů** (57). Z pohledu kvality života jsou psychosociální stresy kolem nerovnosti a sociální koheze a jejich efekt na zdraví významné. Lidé, kteří vnímají společnost jako nerovnou a nespravedlivou, prožívají sociální stres a mají i horší zdraví (*Wilkinson, 1996 In 57*).

▣ **Kvalitu života člověka po totální laryngektomii můžeme rozdělit z pohledu zásahu medicíny do jejich života na:**

- **1. kvalitu života po chirurgickém výkonu: provázenou komplikacemi či ne**

**Po totální laryngektomii vlivem vytvoření trvalé tracheostomie: jsou ovlivněny fyziologické funkce:** vyřazení horních dýchacích cest a jejich funkcí (filtrační a obranná; i klimatizační funkce nosu (54), již nelze smrkat, jsou ovlivněny reflexy či smysly: kašel, polykání, foukání, srkání, snížení schopnosti vnímat chuť a omezení čichu (hyposmie-snížení, anosmie-bez čichu), člověk necítí jedovaté výpary, kouř, plyn, tracheostomie je spojená i s poruchou funkce břišního lisu (za fyziologického stavu se uzavírá glotis), změna tlaku v pohrudniční dutině, kdy bývají potíže při zvedání těžkých břemen, pokud oběma rukama

chtějí zvedat břemeno, (56) nelze (nemohou si zacpat stoma, aby vyrobili přetlak). Domníváme se, že mohou nastat obtíže také při vyměšování: stolice (ke změně tlaku v pohrudniční dutině by se měl zacpat tracheostomický otvor při vměšování) - zřejmě spíše sklon k zácpě, u žen možnost stresové inkontinence či jiné obtíže při močení. Časté komplikace radikality případné krční disekce (odstraní m. sternocleidomastoideus, vnitřní a zevní jugulární žíly, n. accessorius a submandibulárních uzliny) jsou poškození kraniálních nervů - n.VII., n. X., n. XII., poškození karotid, lymfedém, dysfunkce ramenního kloubu při resekci n. accessorius, asymetrické postavení a omezená hybnost krční oblasti při odstranění m. sternocleidomastoideus, m. platysma a přidružených svalů. Ztráta funkce m. trapezis má vliv na změnu postavení ramenního kloubu a lopatky. Postižení ramenního kloubu ovlivňuje postavení krční páteře, vede k bolestivému syndromu, funkční limitaci při manipulaci s těžšími břemeny i např. možnosti se učesat. Pro manuálně pracující nemocné to může být ztráta zaměstnání, proto je snaha zachovat XI. nerv. Rehabilitace předchází deformitám a koriguje je tzv. kinezioterapie: léčba pohybem (148).

- **odstranění hrtanu způsobuje:** ztrátu hlasu, oddělení dýchacích a polykacích cest (důležité vědět při první pomoci, aplikaci různých léků).

*Otto et al.* ve své retrospektivní studii **posuzovali důsledky laryngektomie na kvalitu života** - 46 nemocných ve srovnání s vnímáním dopadů laryngektomie hodnocených třinácti lékaři. 20% nemocných bylo ochotno udělat kompromis s očekávanou délkou života s ohledem na zachování hlasu nebo preoperační kvalitou života. Naopak 46% lékařů se domnívá, že jejich pacienti jsou ochotni zkrátit svůj život, aby si zachovali hrtan a kvalitu života. Procento lékařů, kteří věří, že jejich klienti jsou ochotni kompromisu, je tedy vyšší než procento nemocných zastávající stejné stanovisko. Tento důvod ovlivňuje lékařův postoj k doporučení zachovy hrtanu pro své pacienty. Pro většinu laryngektomovaných nemocných léčba se zachováním hrtanu, zvláště je-li spojená s kompromisem přežití, nemusí být oprávněná (112).

Nemocní jsou tracheostomici - kanylu mohou nosit či nemusí. **Otázkou kvality života u tracheostomovaných se zabývala Čiháková a Čelakovský**, zjistili, že práce o této problematice se téměř nevyskytují. Hodnotili kvalitu života podle dotazníku SEIQoL, kdy životními prioritami nemocných je rodina, zdraví a vztahy mezi lidmi, žebříček životních hodnot se po tracheostomii mění minimálně, klesá subjektivní kvalita života u většiny nemocných a ženy se vyrovnávají hůře s nosičstvím kanyly (21).

Konstatujeme, že studie o kvalitě života u nemocných s tracheostomií se zaměřují spíše na ventilované nemocné. **Dopady tracheostomie u jedinců netrpících rakovinou na**



**kvalitu života a vnímání svého vzhledu** zjišťoval *Gilony a kol., 2005*: u tří skupin lidí: 24 s kanylou, 19 dekanylovaných a 20 nekanylovaných. Spokojenost - nízké skóre mezi kanylovanými a nekanylovanými. Nebyly rozdíly v projevení neuroticismu či extroverze, ohledně tělesného schématu měli kanylovaní a dekanylovaní nižší skóre než nekanylovaní. Co se týče stomatu, dekanylovaní měli vyšší skóre než kanylovaní. Snížené skóre spokojenosti po tracheostomii ukazuje obecné snížení kvality života, změny korelují s rysy osobnosti, dekanylovaní nemocní projeví jen drobnou změnu v psychosociální rekonvalescenci (41). *U laryngektomovaných* ohledně stomatu proběhla studie o uzavírajícím se, stenotickém stomatu a jeho vlivu na kvalitu života se závěrem, že **velikost stomatu odpovídá kvalitě života u nemocných** a stoma s minimálními rozměry 14 mm a méně je spojováno s různými nepříznivými dopady na obvyklé funkce stomatu (111). Laryngektomovanými nemocnými a tracheostomatem se zabýval *Crevier-Buchman, 2002*. Uvádí, že velký pokrok proběhl v kvalitě materiálu pro kanyly, filtry, hlasové protézy. Všechny tyto věci usnadní fyzickou a psychickou akceptaci stomatu, které je zjevným obrazem mutilace (20).

### **Sociální a psychické problémy člověka po totální laryngektomii (viz tabulka č. 5):**

#### **Tab. č. 5**

#### **Sociální a psychické problémy**

<p><b>1. strach z nové role, změny role</b></p>	<p>-na tu, která je závislá, <b>ztráta autonomie. Ohrožení sociální identity, pocitu vlastní hodnoty</b> (Faller, 1998) (146). <b>Dopadá o na oblasti pracovní činnosti (163)</b> (materiální zázemí: změna zaměstnání, odchod do invalidního důchodu, změna vztahů a podílu na společenském dění), <b>rodinný život a trávení volného času</b>, je třeba uplatnit prvky <b>tzv. sociální rehabilitaci nemocného a prostředí</b>. Nebát se svěřit odpovědnou roli někomu v rodině, napsat si list, co má být uděláno: nákupy, placení účtů atd., zmírní to úzkost (24). Sociální důsledky nemoci se projevují i v rodině: např. narušení vztahů mezi partnery, neúčast na domácích pracech, mění se vztah vůči dětem, dochází k nesouladu v sexuální sféře života.</p> <p>Změny v rodinných vztazích se mohou zlepšit či zhoršit, častější je zhoršení. Život je ovlivněn kvalitou partnerského vztahu, z nich pak vychází adaptace na stav nemocného, kdy rodina najde svůj optimální způsob existence. Často i nemocný nese těžce změny v oblasti trávení volného času, omezení nebo ztrátu činnosti ve společenských, sportovních a jiných aktivitách (např. zpěv, hraní na dechové nástroje, fotbal: vyšší únava, pocit nedostatečnosti dechu), což vede i k úzkostem a depresím, záleží na okolí a odbornících, aby jedinci pomohli při návratu do společnosti, najít činnost, kde by se seberealizoval. Lékař by se měl snažit zmobilizovat síť osob pro nemocného důležitých, <b>tzv. „network therapy“</b>, rodinu, příbuzné, spolupracovníky, základem je partnerský vztah mezi lékařem a nemocným. <b>Při posuzování změn ve způsobu života, ke kterým u nemocného došlo, vycházíme ze znalosti sociálních funkcí, které vykonává, i z jeho subjektivního přístupu k hodnocení významu jednotlivých funkcí pro jeho život (9)</b>, např. herec <i>Stanislav Fišer</i> ztratil své povolání, myslel na sebevraždu, nyní se opět může herecky uplatnit a našel tím smysl pro další život. <b>Většinou nemocní pochází ze slabších sociálních vrstev, v nemocnici se jim dostane péče, a zájem, který neměli</b>, často se stává, že ošetřující personál berou jako svou „druhou rodinu“ a často ho navštěvují (96). Vyplyvá to z toho, že nemocný vstupuje do zdravotnického zařízení najít pomoc a představuje pro něho druhý dočasný domov, který upravuje jeho chování a každodenní život. Funguje zde i jako příjemce služeb, je snížená možnost kontroly nad vlastním uspokojením potřeb. Do vztahu zdravotníka a pacienta vstupuje technika, zdravotník často přestává cítit potřebu kontaktu s nemocným, když z přístrojů dostane informace, které dříve měl do jisté míry od nemocného. Nemocný je dnes více informován a žádá odbornou a profesionální péči, zvyšuje se jeho finanční účast na léčbě (9).</p>
---	--

<p>2. strach ze ztráty funkční schopnosti, ztráta aktivit</p>	<p>- <b>mentální fungování:</b> pamatování si, analyzování, tvoření rozhodnutí, komunikace s jinými, <b>fyzické schopnosti:</b> hygiena, oblékání, celkové soběstačnosti. Důležité je zhodnotit funkční kapacitu a snažit udržovat, i vlivem stáří, nejen léčebných procedur se musíme se ztrátou schopností vyrovnávat. Získávat si informace od zdravotnických profesionálů, z literatury, ze zkušeností ostatních, navštěvovat podpůrné skupiny (24). Sociální důsledky nemoci jsou, např. ztráta zastávat v plné míře zaměstnání, ze studií vyplývá, že hlavně pro chronicky nemocné muže středního a vyššího věku je z hlediska sociální identifikace důležité, jakým způsobem a v jakém rozsahu u nich probíhá obnovení pracovní činnosti (9).</p>
<p>3. změna „body image“</p>	<p>- <b>tělesného vzhledu a dopad na psychickou a sociální úroveň (včetně sexuální oblasti), z tělesného vzhledu se odvíjí sebeúcta.</b> Společnost „narcistní“ dává vzhledu velký důraz. Je těžké se vyrovnávat se ztrátou mládí a vzhledu jako takové a ještě vlivem operací jako mastektomie, kolostomie, operace hlavy a krku. Nemocní mají obavy z odmítnutí, ztráty identity, ztráty kontroly nad tělem, ztráty sebeúcty. <b>Důležitá je podpora a porada při vyrovnávání se se změnami v tělesném schématu (např. i formou psychoterapie: rodinné, arteterapie, i krizové intervence.</b> Riskuje se, že pocity beznaděje a zoufalství mohou změnit běh choroby a schopnost fyzicky a mentálně bojovat. Řešením je naučit se s tím žít. Přijmout nový životní styl a znovu nastavit parametry svého „Já“. Laryngetomici jsou z důvodu kosmetického defektu na krku: tracheostomie, který je patrný, daleko více tímto postižení než ostatní, u kterých je možnost náhrady, která „vidět na první pohled“ není, např. prsu.</p>
<p>4. strach ze smrti</p>	<p>- každý má strach ze smrti, společnost ji skrývá, drží se iluze udržení mládí, dává poselství: nebud' starý, nemocný, nezemřít. Nevyhnutelnost smrti dává otázku, jakým způsobem zemřeme? Filosofie (<i>Sokrates</i>): dualita života a smrti, duše stále existuje a prochází dvěma mezi životem a smrtí), náboženství (jiný svět po smrti či reinkarnace) se vyrovnává s otázkou smrti (24). Lidé chtějí zemřít s důstojností v domácím prostředí, např. s pomocí agentur pomáhajících v České republice: Cesta domů, home care, naopak v nemocnici mají odbornou pomoc a stále doufají, že jim medicína smrt odvrátí.</p>
<p>5. strach z nemoci</p>	<p><i>Duff a Hollinthead</i> zkoumali strach nemocného z nemoci, 10% mělo malý, 30% přiměřený a 60% velký strach, nemocní chirurgického oddělení měli větší strach než na interním, pohlaví nemělo výrazný vliv, ale vztah mezi strachem a prognózou byl, že u těžších chorob prožívali nemocní větší strach. (<i>Engelhardt, Wirth, Kindermann, 1973</i>). V situaci, kdy se objevují pochybnosti o správné diagnóze a postupu léčeni, je potřeba psychické opory od zdravotníků a rodiny nemocného. Při objektivně zjištěném závažném stupni nemoci mají vysoký význam socioekonomické a psychosociální podmínky postiženého nemocného (<i>Siegrist, 1988</i>) (9).</p>
<p>6. strach ze stigmatizace a sociální izolace</p>	<p>- změny v obvyklých sociálních vztazích vlivem změny reakcí nemocného vůči okolí a naopak. Reakce okolí nejsou vždy přiměřené, příbuzní nejsou často schopni pochopit psychické zoufalství postiženého, proto jeho další rehabilitaci může provázet soucit, dojde i k zhoršení či rozpadu partnerství. <i>Spigel a Kato (2000)</i> uvádí, že výsledky v obecné populaci vztahu mezi sociální oporou a uzdravením jsou průměrné, ale u nemocných s rakovinou má tento vztah pozitivní vliv. Sociální izolace zvyšuje riziko úmrtnosti, (<i>Goodwin, 1987</i>): vdaní či ženatí mají lepší šanci na přežití než svobodní. <i>Berkman a Syme (1979)</i> potvrdili, že sociálně izolované ženy vykazují vyšší riziko úmrtnosti na rakovinu a muži s malým množstvím sociálních kontaktů mají u nádorových onemocnění menší šanci na přežití (149).</p>
<p>7. strach z bolesti</p>	<p>- nemocný a rodina dostane informace od lékaře (onkologa), jak efektivně plánovat management bolesti: nežádoucích účincích a vzniku tolerance k léku (při větší dávce již není původní efekt). Nemocný pak bere medikaci bez strachu ze závislosti, ze samotných léků a jejich vedlejší účinek je kontrolován. V průměru 75% nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním má bolest, 40-50% vykazuje od mírné k silné bolesti a 25-30% má silnou bolest (<i>Jacox, Carr, Oaye et al., 1994</i>). Bolest je vždy subjektivní, lékaři, zdravotní sestry, nemocní a jejich rodina se bojí vzniku závislosti, a to je důvod k její nedostatečné léčbě (studie prokázaly, že závislost je řídká, když se používá management bolesti). U 90% nemocných je bolest adekvátně kontrolována (<i>Porter, Jick, 1980</i>). Kvalita života je dosti závislá na kvalitě kontroly bolesti (24).</p>
<p>8. překonávání stresu</p>	<p>(<i>vlivem nemoci, strachu, obav, úzkostí, deprese s negativními myšlenkami, obavy ze ztráty příjmu, zaměstnání</i>)  - největším stresem v duchovním životě jsou první chvíle po operaci (důležitá podpora okolí), kdy po zážitku operace se stává člověk jiným, zorientovává se v nové situaci, mění životní hodnoty a směr své cesty, druhým stresujícím prvkem je fáze před operací, kdy je člověk konfrontován s bytím a nebytím a s něčím, co nemá pod kontrolou (79).</p>

	<p>- zhruba 30% nemocných s rakovinou trpí afektivní poruchou vlivem diagnózy či léčby (např. postraumatická stresová porucha, úzkosti, deprese), <i>Derogatis et al. 1983, Razavi et al., 1990 (148)</i>.</p> <p>- rodina a nemocný jsou vystaveny stresu, mají v sobě najít schopnost obtíže překonat a přizpůsobit se změně. K odreagování pomůže se zaměřit na věci s pozitivní energií: koníčky, rekreace, sociální aktivity, neztratit naději (nová léčba, zlepšení stavu), pojmenovat problémy a svěřit se s nimi (otevřená komunikace), mít kontrolu - např. při plánování, co budu jíst, neztratit humor, myslet pozitivně, představit si, že jsem silný, energický a šťastný, projevit náklonnost k blízkým lidem. Naučit relaxovat svaly a mysl masáží, meditací, spánkem atd. (24).</p>
<p><b>9. změna odpovědnosti za své zdraví</b></p>	<p>- <b>změna životního stylu spočívá v zanechání kouření a příjmu alkoholu - minimalizovat či zcela opustit.</b></p> <p>- nemocní často pochází z nižší sociální skupiny, jsou i tzv. casus socialis (sociální případ: bez sociálního zázemí), mají jednotvárnou stravu, jsou ohroženi malnutricí a s často špatným stavem chrupu</p> <p>- <b>potřeba udržovat vyváženou stravu – bílkoviny, zelenina, ovoce, (13),</b></p> <p>- <b>dodržovat léčebná opatření, pokračovat v rehabilitaci,</b></p> <p>- v západní literatuře se uvádí, že střední a vyšší třídy jsou zodpovědnější v udržení svého zdraví, lidé s nižším sociálně ekonomickým postavením investují do svého zdraví až v případě nemoci, mají větší sklon k názoru, že by jim neměla být přisuzována odpovědnost za své zdraví (<i>Smelser, 1988</i>). Chudí občané jsou více orientováni na současnost, potýkají se hlavně s příznaky nemoci, movitější se zaměřují na zachování svého zdraví do budoucna a více využívají preventivní péče. (<i>Siegrist, Bertram, 1970/71</i>). Zde vidíme aktivizaci této vrstvy odborníky, informace do médií atd. (24).</p>

**- 2. kvalitu života po výkonu a další terapii před či po totální laryngektomii: radioterapii, chemoterapii, radiochemoterapii, provázené komplikacemi či bez nich**

V první řadě se objeví šok ze změny svého tělesného schématu a nemožnosti mluvit po chirurgické léčbě.<sup>43</sup> Dalším je nauzea a zvracení: u chemoterapie, občas u radioterapie. Nemocný ztrácí kontrolu a je závislý na pomoci okolí. Sociální role v rodině se změní a odpovědnost je nutné přesunout na jiného člena. Kvalita života je ohrožena a pokud symptomy se nedostanou pod kontrolu, prodlužuje se závislost na jiných, která vede k pocitu zoufalství a beznaděje, skleslosti a trápení. Incidence zvracení a nauzey je různá s věkem, pohlavím a užívanými léky v rámci onemocnění. Někteří lidé mají s těmito účinky léčby zkušenosti, než léčba začne, tzv. anticipační nauzeu a zvracení jako výsledek vzrůstající úzkosti.<sup>44</sup> Nauzea<sup>45</sup> může být však projevem nejen chemoterapie, ale i podráždění žaludku, žaludečních vředů, metabolických změn, možných vedlejších účinků léků proti bolesti. Někdy se rozvíjí averze k jídlu či ztráta chuti, nedoporučuje se jíst oblíbené jídlo, když je tato nechuť, ta by ještě vzrostla. Nutné je se poradit s lékařem a výživovými specialisty k náhradní formě stravy s odpovídajícími proteiny a vitamíny např. v tekuté formě (24). Mohou se objevit komplikace s přijímáním běžné stravy, kdy lze přijímat jen tekutou či upravenou tzv. modulovaná dietetika: Fantomalt (zdroj polysacharidů), Protifar (zdroj bílkovin), oba ve formě prášku, přidávají se do pokrmů či rozpustí ve vodě jako roztok. Dávkování je individuální, nejlépe po radě s lékařem. Lze použít i přípravek Nutilis (podle nemocných

umělé sliny: tekutý či ve formě prášku) (85).<sup>46</sup> Hlavním nepříjemným důsledkem radioterapie je únava, u nemocných s chemoterapií je únava druhý stresující symptom po nauze a zvracení. Únava se objeví asi po dvou týdnech od počátku léčby, příčina není jasná, zřejmě otázka imunologie, dále deprese, úzkost, ztráta chuti a jiné způsobují také únavu. Unavený člověk ztrácí zájem o životní aktivity. Významné pro nemocného je udržovat rovnováhu aktivit (cvičení kvůli způsobení uvolnění endorfinů v mozku, které jako morfin zmírňují bolest) a odpočinek (24).

*Paleri et al., 2001* posuzovali **kvalitu života u laryngektomovaných: ozařovaných a jen po operaci** dotazníkem kvality života hlavy a krku z Michiganské univerzity. Nevyšel žádný signifikantní rozdíl mezi skupinami ve skóre různých domén, ačkoliv trend k vyšším skóre byl u kombinované terapie (chirurgie a radioterapie). Předpokládá se, že dlouhodobé účinky vyvolané radioterapií neovlivňují nepříznivě kvalitu života (114).

- **3. kvalitu života s náhradními hlasovými mechanismy: hlasová protéza, elektrolarynx, jícnový hlas**

*Ward et al.* srovnávali u **hlasové rehabilitace** skupinu 37 osob po faryngolaryngektomii a 55 po laryngektomii během pěti let. Elektrolarynx se užil po chirurgickém zákroku jako počáteční komunikace v 98%, 30% lidí po faryngolaryngektomii a 74% nemocných po laryngektomii následovně rozvíjeli tracheozofageální řeč jako hlavní způsob komunikace. Dlouhodobá studie zabývající se schopností komunikovat a handicapu v komunikaci neukázala větší stupeň rozdílu mezi těmito skupinami, ačkoli nemocní po totální laryngektomii vykazovali vyšší stupeň životní pohody. Statisticky se ukázala u obou skupin nižší úroveň disability, handicapu a nepohody u osob mluvících tracheozofageální, TE řečí než u uživatelů elektrolaryngu (155). *Cornu et al., 2003* poukázali na **dobrou kvalitu hlasové rehabilitace** protézou Provox s minimálními komplikacemi ve studii se 104 nemocnými. Implantace protézy ve stejnou dobu jako provedení laryngektomie umožní TE řeč před propuštěním z nemocnice (19). Studie *Schustera et al.* sledovala 20 mužů po laryngektomii a jejich **hodnocení řeči** s dotazníkem SF-36 a dotazníkem ohledně hlasového handicapu, Voice Handicap Index, VHI. Uvádí, je všeobecně známo, že mají sníženou kvalitu života proti nemocným po parciální laryngektomii a zdravým lidem. Všichni nemocní úspěšně užívali tracheozofageální řeč minimálně rok. Je zde statistická korelace mezi SF-36 škálou obecného zdraví a vitality a hlasovým handicapem, nebyly však nalezeny vztahy mezi společenským a psychickým stavem a hlasovým handicapem (vliv úspěšné hlasové rehabilitace po operaci). Upozornilo se na vliv individuálních aspektů po totální laryngektomii (130). *Terrell et al.* popisuje, že osoby se zachovalým hrtanem mají lepší

komunikační skóre než osoby užívající nějakou formu náhrady řeči (35). *Kazi et al.* hodnotil TE řeč u 10 žen ve srovnání s 10 muži, průměrný věk 65 let. Washingtonským dotazníkem o kvalitě života a Indexem hlasového handicapu. Ačkoliv skóre životní kvality je srovnatelné s muži, projevují ženy větší hlasový handicap ve srovnání se svými mužskými protějšky (64).

*Op de Coul et al.* z Holandska zkoumali **hodnocení kvality života** u 79 **laryngektomovaných s hlasovou protézou** podle dotazníku EORTC: QLQ-C30 a QLQ-H&N 35. Vznáší požadavek potřeby více specifitějších dotazníků pro specifické skupiny nemocných v oblasti hlavy a krku. Výsledek u prvního dotazníku ukázal dobrou úroveň kvality života u všech osob (na škále od 0 do 100% vycházela spokojenost nad 80%). Pocit úzkosti a deprese se objevil u šesti jedinců. Dále se konstatovaly problémy s nespavostí (při potřebě vyčistit tracheostoma), dušností, únavou. Podle druhého dotazníku lidé spatřovali problémy se smysly, řečí, sexualitou a kašlem. Smysly: 11,4% uvádělo normální pocit čichu, 63,3 % zase normální pocit vnímání chuti, nenašla se statistická významnost mezi smysly a pocitem potěšení z jídla. Velké obtíže s polykáním pevné stravy udávalo 27%, větší 11%. Projevila se statistická korelace mezi obtížemi s polykáním pevné stravy a suchostí dutiny ústní a hustotou slin, podobně i problémy s chrupem působily obtíže v příjmu stravy. Jíst ve společnosti se nezdá jako problém 71% nemocných, 23 nemocných ano. 61 nemocných, 77% nemá obtíž se svým vzhledem, 11 nemocných mělo menší obtíže, 5 větší a dva velké problémy. Statistický vztah byl nalezen mezi věkem a sexualitou, zájem o sex klesá s věkem (např. u 65 letých). Více než tři čtvrtiny nemocných je spokojeno se svým hlasem, 63% má obtíže s mluvením (srozumitelností) v hlučném prostředí. Více nemocných má problémy s kašlem a produkcí sputa (95%, v noci 24% - statistická významnost mezi produkcí sputa a nespavostí). 85% nemocných čistí stoma jednou až čtyřikrát denně, ostatní činí vícekrát než 5krát. 71 nemocných užívá HME během dne a 56 v noci (nemocní používající HME měli menší produkci nočního sputa) (107). Stejný autor prováděl **klinickou studii o kvalitě života při mluvení s protézou bez použití rukou** s pomocí automatické stoma chlopně s tzv. Provox FreeHands a výměníkem tepla a vlhkosti, HME u 79 osob. Po šesti měsících, 19% nemocných užívalo zhruba denně tuto chlopně (5 hodin denně), 57% jen pro speciální příležitost. Dvě třetiny lidí by chtělo používat tuto chlopně i nadále po ukončení studie (110).

*Dale et al.* zaznamenali **větší spokojenost nemocných za okolností, kdy jim zároveň s chirurgickým výkonem byla implantována autofixační hlasová protéza typu Provox** (např. protéza působí menší iritaci stomatu, nemocní mají hlas brzy po operaci – asi 10. den (kdy je vyndána alimentární cévka), pooperační radioterapie není kontraindikována. Ve studii porovnání dvou skupin: ti, co hlasovou protézu měli implantovanou v jedné době (16 osob) a

ti, co v druhé (také 16) se závěrem, že obě skupiny jsou velmi spokojeny s TE řečí a nejsou zde podstatné rozdíly v subjektivním hodnocení nemocným a objektivním hlasové kvality, pokud proběhla implantace protézy primárně či sekundárně (25). *Ackerstaff et al.* zjišťovali **změny po totální laryngektomii v komunikaci, funkčních obtížích a životním stylu** (63 osob). 85% bylo spokojeno s kvalitou hlasu. Významný vztah byl mezi kvalitou hlasu a únavou, frekvencí telefonních hovorů a úzkostí z mluvení. Hlasová rehabilitace byla provedena v 78% Provox hlasovou protézou, hyposmií trpělo 52%, všichni nemocní s chuťovými problémy měli také špatný pocit čichu. Kvůli obtížím s pevnou stravou čtvrtina nemocných změnila svou dietu. Před operací byli kromě jednoho všichni těžcí kuřáci, po operaci kouřilo 9% (2).

V České republice není takový rozvoj **implantace hlasových protéz** u nemocných jako např. v Nizozemí, Kanadě atd., počítá se s nimi jako s **doplňující technikou náhrady hlasu**, ne jako s primární. *Slavíček* ji radí zavést sekundárně s ohledem na správnost indikace a pokud se nemocný naučil již jícnový hlas, není nutné zavádět hlasovou protézu, která má své komplikace (135). *Praisler J., Pellant A., Chrobok V.* doporučují při hlasové rehabilitaci postup zahájení edukace jícnovým hlasem, při neúspěchu zavést hlasovou protézu a za poslední možnost přidělení elektrolaryngu (119). S tímto postupem souhlasíme, je třeba individuálně posuzovat požadavky a možnosti nemocného, co se týče hlasové rehabilitace.

#### ⌘ **Další výzkumy kvality života u laryngektomovaných**

**Zhodnocení kvality života dle ICF, *The International Classification of Functioning, Disability and Health*:** a) Struktura a funkce orgánů a orgánových systémů (fyzický stav), b) Schopnosti, aktivity a výkonnost osoby/role, c) Dopady zdravotního stavu osoby na její sociálně ekonomické klima.

*Těmto dimenzím odpovídají následující položky modelu ICIDH:*

Ad a) **Poškození – impairment:** ztráta hrtanu spojená s absencí přirozeného hlasu, krční disekce se ztrátou plné pohyblivosti paže a ramen, hlavy, vytvoření tracheostomatu: ztráta dýchání přirozenou cestou,

Ad b) **Poruchy schopnosti - disability, nyní activity limitation:** potíže, omezení či ztráta komunikace, polykání, čichu, srkání, foukání, vyjádřování emocí: smích a pláč, problémy se smrkáním, vyšší fyzická únava kvůli dýchání tracheostomatem atd.

Ad c) **Znevýhodnění - handicap, nyní participation:** poruchy aktivit a podílení se na činnostech, rolích: omezení zájmů jako je plavání, sporty vyžadující vyšší dechovou námahu (běh, fotbal), hraní na dechové nástroje, zpívání, účast na společenských akcích z důvodu velké produkce hlenů, studu za svůj vzhled, omezení v sexuálním životě vlivem vzhledu po

operaci, limitace oborů zaměstnání vlivem operace atd., celkové snížení schopností v tělesné soběstačnosti a nezávislosti (ekonomické, sociální) a z toho plyne případná potřeba ošetrovatelské, sociální a rehabilitační péče (116).

*Eadiová (36)* zvolila rámec ICF pro posouzení hlasového handicapu a obtíží polykání u laryngektomovaných. ICF metoda bere v úvahu pohlaví, věk a etnikum. *Doyle, 1999* předpokládá větší stupeň disability u žen než mužů. Věk: více než polovina osob např. v USA se diagnostikuje v 60 letech a více (*Endicott et al., 1989*). Vliv rasy a etnika: různý výskyt tohoto typu rakoviny a jiné posuzování dopadu nemoci a operace v daném etniku na vzhled a hlasovou schopnost. **Důsledek totální laryngektomie je naučení nového způsobu komunikace a vyrovnání se s dlouhodobými anatomickými a fyziologickými změnami a jejich potenciálními psychosociálními důsledky.** ICF rámec se aplikuje na změny v tělesných funkcích a struktuře, aktivitě/participaci u osob, kteří nevyužívají přirozený hlas tvořený v hrtanu. *Fungování a poruchy schopností: tělesné funkce a struktury* - vyjmutí hrtanu, vytvoření tracheostomatu, naučení se alternativních technik řeči. Tato náhrada řeči splývá s definicí impairment, poškození. Většina studií dokázala největší srozumitelnost u tracheozofageální řeči, TE (*Doyle, Danhauer, Reed, 1988*) proti esofageální řeči a hlasem pomocí elektrolaryngu. (*Williams, Watson, 1985*). Je vzácné nalezení jedince mluvícího s náhradním hlasovým mechanismem a 100% srozumitelností řeči. (*Kalb, Carpenter, 1981*). *Fungování a disability: komunikační aktivity a sociální participace*: jiný způsob řeči než přirozený způsobuje stres mluvícího i posluchače. Nejpříjemnější je TE řeč, i když nesplňuje měřítko hlasové kvality. *Finizia et al, 1999* zjistil podle posouzení mluvících a posluchačů, že TE mluvící byli na tom hůře, než běžně mluvící lidé a ti, kteří podstoupili radioterapii (či radiochemoterapii), místo laryngektomie (*Hilman et al, 1998*). Přijatelnost komunikace pro posluchače je důležitá pro sociální kontakt. Osoby mluvící TE řečí a jícnovým hlasem jsou více spokojeni se svou řečí než uživatelé elektrolaryngu. *Rohe, 1986* popsal fyzické (ztráta hrtanu, funkce svalů, smyslové (funkce čich a chuť: definované ICF jako impairment), behaviorální (smrkání, kýchání, dýchání nosem, chrápání, plivání, sání, foukání), a sociální ztráty (hlasitý smích, pláč...) spojené s laryngektomií. Některé z těchto funkčních poškození má důsledky na každodenní aktivity jako foukáním ochladit stravu nebo vyjádřit emoce. Dále lidé mají strach z ohrožení průchodnosti dýchacích cest, např. při použití vody, což omezuje osobní hygienu, schopnost udržet si koníčky, sociální participaci. Psychické ovlivnění: snížení sebehodnocení, tělesný vzhled, sexualita, sociální ztráty jako změna role v rodině, společnosti, snížení financí (*Doyle, 1999*). ICF zahrnuje tyto faktory na stupeň sociální participace. Četné studie dokazují, že kvalita života zůstává individuálně vyšší se zachováním

hrtanu (*Campbell, Marbella, Layde, 200, Hillman et al., 1998. Terrell et al., 1998* zjistil, že deprese se více vyskytuje u laryngektomovaných (28%) než u jedinců se zachovalým hrtanem (15%). *Amstrong et al., 2001* popsal, že po léčbě rakoviny nedávali takový důraz na fyzické výkony, ale spíše hledali uspokojení v posílení rodinných vztahů. *Samostatnost a vzájemná závislost mezi úrovněmi fungování a disabilitou: Impairment, poškození ne vždy vytváří omezení aktivity nebo omezení participace, (např. způsoby řeči TE, jícnová, elektrolarynx, i když TE vykazuje nejvyšší srozumitelnost). Fungování na úrovni tělesných funkcí a aktivity/participace mohou být vzájemně závislé (vytvoření tracheostomatu má vliv na aktivitu, účast na společenských aktivitách). Lidé, kteří mají viditelný či slyšitelný rozdíl proti běžné společnosti, jsou často stigmatizováni (Goffman, 1963). Rehabilitační úsilí se směřuje na úroveň aktivita participace: u laryngektomovaných na komunikaci, informování rodiny, vytváření organizací laryngektomovaných (36).*

*Hanna et al. srovnávali ve své studii kvalitu života laryngektomiků a nemocných se zachovou hrtanu chemoradioterapií: 42 nemocných s pokročilým stadiem rakoviny hrtanu III-IV, kteří byli léčeni chemoradioterapií (CHRT) či totální laryngektomií (TL) s postoperační radioterapií, obě skupiny s touto léčbou skončily minimálně před třemi měsíci. Kvalita života se měřila dotazníky EORTC QLQ-C30 s EORTC QLQ- H&N35. V prvním dotazníku nebyly statistické rozdíly mezi oběma skupinami, funkční podškála stanovila u nemocných s TL<sup>47</sup> větší problémy ve společenském zapojení oproti skupině po chemoradioterapii. Ve druhém dotazníku vykazovali nemocní po TL větší obtíže se smyslovými poruchami (čich a chuť), užívání analgetik a kašlem. Nemocní po CHRT trpěli více suchostí ústní dutiny (xerostomií) (43). Terrel hodnotil dlouhodobou kvalitu života u 46 přeživších nemocných s pokročilou rakovinou hrtanu (III.-IV. Stadium), z nich 25 po TL a RT (věkový průměr 61 let), 21 po CHRT (věkový průměr 56 let). Použil dotazník Michigenské univerzity týkající se oblasti hlavy a krku, the University of Michigan Head and Neck Quality of Life (HNQOL), SF 36, Beckův dotazník deprese a sledování spotřeby alkoholu a kouření. Nemocní po CHRT vykazovali vyšší kvalitu života v SF-36 v položkách duševního zdraví a lepší HNQOL skóre bolesti. Nemocní se zachovalým hrtanem měli menší tělesnou bolest, lepší skóre duševního zdraví a emocí, méně trpěli depresemi (15% oproti 28%) (144). Paleri et al. prováděli studii posuzování kvality života u laryngektomovaných (laryngeální či hypofaryngeální skvamózní nádor) bez ozáření či po s užitím Michigenského dotazníku. Nejistily se určující rozdíly, ačkoliv trend zvyšujícího se skóre byl u kombinované terapie. Studie předpokládá, že dlouhodobé vedlejší účinky radioterapie nemají nepříznivé účinky na kvalitu života laryngektomovaných (114).*



Kolektiv lékařů z Řecka (*Nalbadian et al., 103*) se snažil **postihnout faktory ovlivňující kvalitu života u laryngektomovaných**, většinou původem zemědělci s relativně nízkou úrovní vzdělání. Nalbadianová a její kolegové rozdali 56 nemocným (z toho 4 ženy) dotazník s 26 otázkami (vytvořen podle dotazníku EORTC-QOL-C30). Věk nemocných byl mezi 40-76, po operaci byli 7-120 měsíců. Nejčastější stížnost – 66% byla na obtíže s produkcí expektorace a sníženou funkci čichu (63%), suchost hltanu (32%), obtíže s chutí (27%), problémy s polykáním pevné stravy (27%) a zvýšení kašle (22%). Bolest neudávali jako obtíž, stejně jako vzrůst nemocnosti. Komunikační problémy s okolím mělo 57% (*Dhillon et al., 1992* zjistili u 46%, *Natvig, 1983* u 40%), s rodinou 29%, 56% při hovoru do telefonu. Rodinné problémy mělo 12,5% osob, 29,1 % jedinců v sexuálním životě. Svou nemocí se trápí 14%, 30% kvůli hlasu a 30% díky vzhledu. 42% cítí negativní efekt na svou náladu a všeobecný pocit radosti ze života, 30% se cítí osaměle. **Psychické a společenské problémy nejeví statistické změny s postupujícím časem.** S ohledem na psychický stav, 30% se stydělo za svůj hlas, 32 % za svůj vzhled, 42% bylo spíše s depresivními příznaky, 30% se cítilo osamocně. Polovina nemocných jmenovala finanční obtíže (58,5% jsou v důchodu), 37% se neúčastnilo společenských akcí, 18% mělo obtíže při setkání s přáteli a známými. 78% udávalo stav po operaci jako menší změny v životě (47%), větší (31%). Statisticky významný byl údaj o problémech funkčních a o změně v profesním životě. *De Santo et al. 1995* a *Mohide et al., 1992* shrnují, že funkční obtíže se nemocných dotýkají více než obtíže v komunikaci. *Nalbadianová et al.* poznamenává, studie uvádí, že alternativní léčebné metody přispívají k lepší kvalitě života oproti totální laryngektomii (*Finizia et al., 1998; Terrel, 1998*). *Zdůrazňuje, že počet nemocných ochotných se vzdát a zřít se dalších přežitých let s předností si zachovat hrtan je mnohem menší, než se všeobecně pokládá (Mohide, 1992; Otto, 1997 In 103).*

*Zotti et al.* **zkoumali kvalitu života u 35 laryngektomovaných hodnocenou dotazníkem kvality života v oblasti hlavy a krku (QLQ H&N35 z roku 1994)**, aby zjistili jeho kvalifikovanost pro laryngektomované, což se osvědčilo za vhodný nástroj k posouzení kvality života. Původní dotazník se testoval v Norsku, Švédsku a Holandsku. Přeložený dotazník do italštiny byl dán 99 nemocným (86 mužů, 13 žen) s věkem od 48 do 87 let, 20% nemocných nemělo kvalifikační vzdělání: 83% základní, 0,5 střední či univerzitní, kteří podstoupili operaci před 1 až 26 roky a byli léčeni radioterapií, v některých případech chemoterapií. Dotazník byl znovu poslán 33 nemocným měsíc po vyplnění testu pro zjištění jeho stability. Strukturálně ho tvoří sedm škál: bolest, polykání, smysly, řeč, společenské stravování, společenský kontakt, sexualita a 11 jednotlivých položek jako důležité klinické

aspekty charakterizované kvalitou života u nemocných s rakovinou v oblasti hlavy a krku (problémy se zuby, otevíráním úst, suchost úst, hustotou slin, kašel, kašel, pocitem nemoci, užíváním analgetik, nutriční podpory, alimentární cévky, ztráty a přibýváním na váze). 43% nemocných mělo úplnou ztrátu schopnosti cítit, 21% nebylo schopno mít potěšení z chuti (164). **Kazi et al. zjišťovali důsledky totální laryngektomie na polykání a kvalitu života podle Andersonova dotazníku na dysfagii.** U 62 nemocných (46 mužů, 16 žen), průměrný věk 65 let. Statisticky významný rozdíl v skóre emocí byl u nemocných s glosektomií (totální vynětí jazyka či jeho části) a bez glosektomie, u první skupiny bylo kromě polykání významně horší i kvalita života (Strek et al. 2005). Ostatní faktory nejevily statistický význam: věk, pohlaví, stádium nemoci, radioterapie, rekonstrukce atd. Studie potvrdila, že většina nemocných má subjektivně dobré polykání, jen u glosektomie a mezi různými chirurgickými typy uzávěrů faryngozofageálního segmentu (PE segmentu, jícnový svěrač), některé typy jsou lepší, jiné horší pro polykání (65). **Birkhaug et al., 2001** vycházeli z údajů 104 laryngektomovaných, kteří byli členové Norské společnosti laryngektomovaných, Norweigh Society of Laryngectomies, NSL odpovídali na dotazník QLQ-C30 verze 3 a QLQ-H&N35, dále Beckův dotazník na depresi (ti, kteří nebyli členové organizace, vykazovali příznaky deprese). **Nižší stupeň nálady je spojen s nízkým stupněm kvality života.** Náladu pozitivně ovlivňuje členství v NSL. Kvalita života laryngektomovaných je poměrně podobná obecné populaci nemocných léčených v oblasti hlavy a krku (12). **Relic et al., 2001 posuzovali kvalitu života (dotazník QLQ-H&N35) a zdroje, které pomáhají laryngektomovaných se vyrovnat se svým stavem.** Výzkumu se zúčastnilo 29 nemocných (z toho dvě ženy), průměrný věk 62 let. Data ukázala, že podpora rodiny byla nejdůležitější při překonávání problémů nemoci a léčby, dále pomáhající organizace. Deficity v této oblasti korelovaly s celkově nízkou kvalitou života. Finanční problémy vyplývají z vysokého procenta důchodců před či po léčbě. Předpokládá se, že perioperativní podpora zvýší možnost se vyrovnat s důsledky operace (125). **Gibson et al. se zabývali duševní morbiditou, nemocností po laryngektomii** (10 osob), která je příčinou nízké úrovně kvality života po operaci. V časně fázi je hlavní odpovědnost kladena na partnera nemocného. Jak je obvyklé v chirurgii - rozhodnout se k operaci a datum operace je velmi blízké, zhruba osm dní, všichni nemocní prožívali šok z diagnózy, informování byli lékařem, setkání s laryngektomovaným spatřovalo pět nemocných jako vhodnou pomoc, dva z toho byli spíše zděšení. Po propuštění bylo znovu přijato záchrannou službou do nemocnice šest osob kvůli psychické morbiditě. 6 z 9 nemocných si stěžovalo na tvoření krust kolem stomatu způsobující dýchací obtíže (důvody 3 přijetí do nemocnice). Pooperační úzkost, stupeň úzkosti závisela na jednotlivci a

jeho partnerovi (4 důvody hospitalizace). Komunikace: všem nemocným byl dán kontakt na ORL oddělení a záchrannou službu. Sedm nemocných bylo spokojeno, že mluví se zdravotní sestrou, která rozumí jejich problémům. 7 nemocných tvrdilo, že hlavní pečovateli po operaci byl jejich partner. Osm z devíti nemocných trpělo určitou psychickou morbiditou první měsíc po propuštění (nízké sebehodnocení, neprožíváním radosti, suicidálními myšlenkami, špatným spaním, nízkou koncentrací, emociální labilitou zůstávalo u sedmi nemocných 6 měsíců po operaci). Někteří nemocní nebyli schopni se svěřit se svými problémy partnerům, např. jedna manželka uvedla, že má pocit, že se nálada jejího manžela nezměnila, ale že více chodí se psem. Manžel pak v rámci arteterapie nakreslil, že stojí hodiny u trati a sbírá odvalu skočit mezi jedoucí vlaky. Důležité období u těchto nemocných je po propuštění, když se nemocný a jeho rodina vyrovnává s novými problémy doma. Autoři studie vytváří navrhuji např. poskytnutí kovových pinzet (delší a drobnější) z nemocničního rozpočtu k usnadnění čištění stomatu, dovolit nemocným strávit delší čas doma při propuštění z nemocnice, aby se zvýšila schopnost se vyrovnat s problémy před konečným propuštěním, vytvořit linku pomoci ORL oddělení, tam zkušená sestra prodiskutuje problém s nemocným, než bude kontaktovat lékaře. Nemocní v oblasti hlavy a krku nemají obecně přístup k formální psychologické terapii během léčby (*David, Barrit, 1997*). Nemocní v této studii nesvěřují své psychické problémy lékaři, protože chirurg je představitel léčby jejich choroby a je často poslední, kdo by o nich měl vědět. Nemocní si problémy nechávají pro sebe, nebo se svěřují sestřám, foniatrovi. U praktického lékaře mají pocit, že by nechtěl porozumět něčemu o laryngektomii. Tato studie uvedla, že deprese je hlavní příčinou zhoršení kvality života (40). *Brazová et al.* **porovnávala kvalitu života a depresi u nemocných po totální a částečné laryngektomii**, kdy u skupiny po totální laryngektomii bylo zhoršené sociální a emocionální fungování, čich a chuť, kašel, řečové obtíže a dysfágie. Avšak většina nemocných soudila, že jejich kvalita života je nad obecným průměrem. Obě skupiny měly podobné obtíže, ale na různé úrovni, nemocní po totální laryngektomii hodnotili svou kvalitu života jako horší (15). I přes doporučení lékařů se vyhnout vodním aktivitám, **někteří vysoce motivovaní jedinci dokáží plavat s určitými mechanismy**, např. speciálním šnorchem, jak se potvrdilo u čtyř laryngektomiků - dříve aktivních plavců, kteří vnímali tímto i zvýšení své kvality života ve studii *Karamzadeha a Armstronga (61)*. *Landis, B. et al.* sledovali jednoho pacienta po totální laryngektomii, který byl aktivní plavec a vášnivý motocyklista, kdy několik měsíců po operaci prezentoval dva své vynálezy. První byl hrtanový bypass, který mu dovolil šnorchlovat, plavat, cítit a dýchat nosem. Přístroj sestával z plastické potápěčské trubky spojené s tracheostomatem a fixovaná voděodolným materiálem spojeným s kovovou trubkou

(spojení tracheostoma-hadice a na ní nahoru napojená trubka). Šnorchl mohl být spojen i s ústy (spojení hadicí tracheostoma-ústa). Podle čichového testu Burgharta a Wedela zlepšil svůj čich hrtanovým bypassem z hyposmie na normosmii. Druhým vynálezem bylo připevnění kovového čajového cedníku fixovaným páskem kolem krku, který poskytuje ochranu během jízdy na motocyklu proti hmyzu, uzavření stomatu oblečením. *Basile* uzavírá stejně jako *Gray (1982)*, že lékaři by měli být informováni o potenciálních a jednoduchých možnostech zvýšení života po chirurgickém zákroku (85). *Van Wyk et al.* ve své **studii neshledali statistické rozdíly u laryngektomovaných** (36 osob, doba od operace 6 měsíců až 12 let) **mezi letním a zimním obdobím** ve skórováních doménách dotazníku EORTC QLQ-C30 (151).

*Bárta* představuje **analýzu problémů laryngektomovaných** (82 nemocných), kterou sestavil *Köhler* v letech 1965-1975 s konstatováním nedostatečné možnosti se uplatnit laryngektomovaných ve svém životě, rodině a společnosti: tělesný stav (dysfágie – u 21 jedinců, dyspnoe 39 osob, porucha čichu (37 osob) a chuti, přírůstek na váze, respirační poruchy, zvýšená sekrece z tracheostomie a kašel 65 nemocných, foetor ex ore), schopnost hovořit a pracovní zařazení (ezofagický hlas 54,8%, faryngický šepot 33%, elektrolarynx 2,4%), využívání volného času (67% drobné domácí práce a hobby, návštěva hospodských zařízení 53,65%, chybění vitality a nezáměr o jakoukoliv činnost, alkoholový abúzus, neúčast na společenském životě 33%), návyk kouření (před LET kouřilo 95%, vzdalo se kouření 70,7% a 24,4% pokračovalo v kouření), duševní stav (deprese, melancholie, abnormální psychická dráždivost, agresivita, alkoholismus, ztráta kontaktu s okolím, nezáměr o život, strach před recidivou, napětí v rodině). 89% pobíralo plný invalidní důchod, 13,4% mělo částečný pracovní úvazek při invalidním důchodu, do původního zaměstnání se vrátili čtyři, 4,8% (8).

**V Čechách prováděli výzkum** brněňští lékaři *Hložek* a *Hledíková (1989)*. Studie se zúčastnilo 55 nemocných s odstupem od operace průměrně 6,5 roku, průměrný věk 62 let, převážná část měla základní vzdělání a vyučení, zodpovídali na 103 otázek. V partnerských vztazích se ženami žilo více než 90% nemocných. Hodnotili svou psychickou a sociální situaci. Předními problémy jsou řečové obtíže a sexualita, finance, dále pocit nedostatku vzduchu, pocitu krátkého dechu, ztráta fyzické zdatnosti a snížená možnost pracovního uplatnění. Jeden muž udával, že od operace se ho manželka štítla. Pozitivní je pěstování koníčků: zahrádkáři, chovatelé zvířat, včelaři, houbaři, rybáři. Dva nemocní si stěžovali, že nemohou plavat. Zaměstnání: 60% nemocných má změněnou možnost pracovního uplatnění, je výjimka, naleznou-li práci. Jeden nemocný si stěžuje, že než ztráta hlasu mu vadí ztráta

zaměstnání. Spokojenost s dorozumíváním byla špatná, i když 85% mluvilo uspojitě jícnovým hlasem. 69% udávalo snížení fyzické zdatnosti po operaci, zdravotní obtíže popisuje 33% (pohybový aparát, infekce dýchacích cest, dušnost, diabetes mellitus atd.). Obtíže v sexuálním životě mělo 40% osob, po operaci je nezájem manželek o sexuální život. 42% nemocných je v nevýhodné finanční situaci, obavy z budoucnosti má 51%. Z testu psychiky ve srovnání s běžnou populací vyplývá nižší skóre psychopatologie. Komplexní rehabilitace začíná již před operací informacemi od lékaře o omezeních po operaci (*Berkowitz et al, 1985*), roli hraje i podpora rodiny, přátel, hlavně při návratu jícnové řeči, dále spolupráci foniatra, logopeda, psychologa, sociálních úřadů, autoři doporučují více využívat komplexní lázeňskou rehabilitaci (v Německu využívá lázeňskou péči 64%, *Bremerich et al., 1985*) (45).

**Další studii v letech 1980-1984 vytvořili Tichý, Betka a Kasík u 41 nemocných.** Doporučují vytvořit organizaci laryngektomovaných či trvalých kanylonosičů v rámci Svazu invalidů ke zlepšení jejich resociability. O onemocnění hrtanu věděla více než polovina nemocných déle, než bylo uvedeno v chorobopise, skoro polovina osob měla strach z ORL vyšetření s podezřením na vážné onemocnění, většina se před operací radila s příbuznými a známými lékaři. Třetina nemocných souhlasila s operací bez další konzultace. Dvě třetiny nemocných udávali psychické obtíže: např. úzkost, strach z operace, obavy z budoucnosti (ztráta hlasu, čichu, tracheostomu), při podání sedativ před operací se cítili psychicky lépe, dále po operaci ztráta hlasu, nechutenství, poruchy čichu, kašel, adaptace na kanylu. Vyrovnavat s následky operace pomohla nemocnému rodina: partner, přátelé z pracoviště i operatér. Mezi hlavní pooperační obtíže patřil kašel, alimentární cévka, potíže s kanylou, ustaly do 2-3 měsíců, u nemocných s bronchitidou zůstávaly dušnost, kašel (kašel, dýchání u silných kuřáků s chronickou bronchitidou). Sociální a pracovní obtíže měli pracující (4), důchodci ne (ostatní invalidní důchod). Lépe snáší ztrátu hrtanu lidé z venkova, vlastníci rodinného domu, zahrádky, praktikující koníčky. Skoro polovina nemocných není spokojena s náhradními hlasovými mechanismy, podobně i strach z další operace, z rakoviny, výskytu jiné nemoci, obtíže ustaly s přibýváním na hmotnosti, adaptací na nošení kanyly. Nepříznivá reakce se u známých v blízkém okolí projevila v 7 případech, 3 nemocní se straní společnosti pro dysfagii, kašel, hlenění, poruchu hlasu. **Nemocní vítají podrobný předoperační rozhovor s lékařem o operačním výkonu a o stavu po operaci (146).**

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 2. Cíl výzkumu a výzkumný problém

Stanovili jsme si následující cíle výzkumu týkajícího se kvality života nemocných po totální laryngektomii, jejichž výsledky porovnáваме s dalšími obdobnými výzkumy v odborné literatuře:

**C1** - zjistit míru kvality života u lidí po LET ve srovnání se vzorkem běžné populace ve stejném věkovém rozložení a podobných sociálních podmínkách,

**C2** - zjistit hodnoty a spokojenost nemocných s LET před a po operaci,

**C3** - zmapovat obtíže, se kterými se potýkají lidé po LET za účelem vhodné intervence odborníků k jejich zmírnění či překonání.

Každý výzkum se skládá z přípravné fáze, sběru empirického materiálu a zpracování a zobecnování získaných empirických údajů s konfrontací s výchozími hypotézami (10,151).

Na úvod nejdříve pár poznámek ke statistice totální laryngektomie – 62 nemocných, např. v nemocnici v Pardubicích mezi lety 1996-2006, kterou podrobně vyhotovily studentky Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice *Medlíková Daniela* (97) a *Málková Irena* (92) v rámci své databáze k mapování údajů o nemocných s karcinomem hrtanu. Zmiňujeme ji proto, neboť můžeme vzít jako reprezentativní vzorek ze skupiny lidí s LET, kteří se odhadují, že podstoupili tuto operaci v České republice. Údaje jsou zpracovány z chorobopisů nemocných. Můžeme si zde zmapovat vybrané následující položky: *věk v době stanovení diagnózy, pohlaví, vzdělání, stádia nádoru TNM, frekvence LET při recidivě (kdy LET jako druhotná po recidivě), odstranění nasogastrické sondy, používaná technika řeči, kouření: počet cigaret/den a kolik let, alkohol: druh a jak často, počet let po určité léčbě, sociální status, pracovní, rizikové prostředí, nádorové onemocnění v OA a RA, recidiva atd.* Výsledky odpovídají proběhlým studiím na toto téma: 49 osob s primární LET, většinou muži, jedna žena, jednalo se jen o spinocelulární karcinomy – 26 supraglotické, jedenkrát supraglotický a zároveň glotický, ostatní glotické – 20 lidí, dvakrát zastoupen glotický a současně subglotický karcinom. Průměrný věk při stanovení diagnózy karcinomu hrtanu je okolo 60 let, většinou respondenti dělnického povolání. V případě, že předchází radioterapeutická léčba léčbě chirurgické, stoupá výskyt pístělí a i průměrná doba zavedení jícnové sondy je delší než v opačném pořadí. Předchází-li aktinická léčba léčbě chirurgické, následuje zvýšený výskyt pooperačních komplikací než v případě operace bez předchozí aktinoterapie, stálým

rizikovým faktorem zůstává alkohol a kouření. Tři muži odmítli laryngektomii, provedena tracheostomie a paliativní léčba (RT+CHT).

*Některé kliniky využívají více jako náhradní hlasový mechanismus hlasové protézy, v Pardubicích upřednostňují přirozenou metodu tvorby řeči: jícnový hlas.*

Statistika nemocných v největší pražské nemocnici Motole je taková, že ročně se provede operací (parciální, totální LET) zhruba kolem stovky, do ambulance dochází odhadem podobný počet nemocných.

## **2.1 Stanovení hypotéz**

Na základě studia odborné literatury a setkání s nemocnými jsme vytvořili níže uvedené hypotézy. První část výzkumu se týká zjištění hodnot a spokojenosti se životem u běžné populace a lidí po totální laryngektomii a srovnání těchto souborů. Dotazníky jsou uvedeny v Příloze č. 15.

### **1. Dotazník SEIQoL**

#### **Hypotézy:**

##### **- nemocní po totální laryngektomii:**

**H 1:** *Ukazatelé životní kvality (míra spokojenosti, QL: kvalita života a celková míra spokojenosti se životem v současnosti a před operací se bude výrazně lišit tím, že 90% bude udávat lepší kvalitu než po operaci (např. 90% lidí kvalitu života označí lepší před operací než v současnosti).*

*Vliv má i to, že operace proběhla u 90% lidí ve věku od 50-60 let (v produktivním věku) - dopad na sociální stránku: partnerské vztahy, vztahy s okolím, možnosti nalezení zaměstnání.*

**H 2:** *Celková spokojenost se životem po operaci poroste s větším odstupem od ní.*

**H 3:** *Modalita léčby ovlivňuje různě ukazatele kvality života (s rostoucími komplikacemi po léčbě se snižují).*

**H 4:** *Životní hodnoty před a po LET se budou výrazně lišit.*

**H 5:** *V životních hodnotách bude u většiny lidí po LET na prvním místě rodina.*

##### **- srovnání nemocných po totální laryngektomii a běžnou populací:**

**H 6:** *Spokojenost se životem u běžné populace a populace po totální laryngektomii se bude výrazně lišit.*

**H 7:** *Hodnoty, životní žebříček hodnot u lidí po totální laryngektomii a běžnou populací se bude výrazně lišit na prvních třech místech v pořadí hodnot.*

**H 8:** *Větší rozdíl mezi vývojem spokojenosti je u laryngektomovaných: život před a po operaci než mezi laryngektomovanými a běžnou populací.*

**H 9:** Porovnání hierarchie hodnot a kvality života mezi pohlavími. S operací se lépe vyrovnávají muži než ženy.

## **2. Dotazník kvality života po totální laryngektomii**

Druhá část výzkumu tvoří sestavení vlastního dotazníku Života nemocného po totální laryngektomii, ŽIPOLET. Dotazník se snaží adaptovat na podmínky v Česku tj. kulturní, jazykové a společenské. Uvedené hypotézy srovnáváme s obdobnými hypotézami z výzkumů prováděných na toto téma.

### **Hypotézy:**

**H 1:** Informovanost u nemocných před operací od lékaře a zdravotní sestry je v 80% úplná ohledně operace a stavu po operaci.

**H 2:** Lidé po LET, totální laryngektomii nevyhledávají rehabilitaci po operaci: pomoc psychologa, ozdravné, lázeňské pobyty, tím pádem jsou vystaveni většímu negativnímu emočnímu tlaku po operaci.

**H 3:** Nejčastější problémy, který trápí lidi po LET, je ztráta hlasu, sociální a somatické obtíže.

**H 4:** Více než 50% lidí po LET pociťuje obtíže v komunikaci, více s okolím než s rodinou.

**H 5:** Většině nemocným se zhoršila společenská a finanční situace po operaci. Psychické problémy po operaci jsou: izolace a samota, horší nálada u třetiny nemocných.

**H 6:** Spokojenost se zdravím (dobré zdraví) ve vztahu s kvalitou života udává po operaci minimálně 30% lidí.

**H 7:** Spokojenost s minulým týdnem prožitým kvalitou života bude ve více než 50% horší než celková spokojenost se životem.

## **2.2 Koncepce výzkumu**

### **2.2.1 Metody sběru dat a tvorby databáze**

Podklady nejprve k průzkumu, poté výzkumné práce se získávaly na klinice ORL a chirurgie hlavy a krku UK 1.LF, konkrétně onkologické ambulance (nádory hlavy a krku), která se koná každou středu a čtvrtek od 8:30 do 12 hodin. Klinika, kterou založil lékař *Emilián Kaufman* v roce 1892, původně byla součástí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze u Karlova náměstí. Za současného přednosty profesora *Jana Betky* se koncem roku 1997 přesunula do Fakultní nemocnice v Motole (39). Reprezentativní výzkum probíhal od října 2006 do března 2007. Aplikovali jsme následující metody: výzkum je postaven na anonymním dotazníku, který byl formou direktivního rozhovoru výzkumníka a respondenty vyplňován (laryngektomovaní a běžná populace). Dalším postupem bylo pozorování



okolností ve vztahu s nemocným (jak přicházejí na kontrolu, sami či s doprovodem, jejich reakce na otázky atd.), ověření základních údajů o nemocných jak v databázi (vedena v jen písemné formě či ve formě elektronické databáze (rok 1996) a písemné), tak v chorobopisech nemocných, dále rozhovor s ošetřujícím personálem (lékaři, zdravotní sestry) o problémech nemocných a jejich potřebách. Zpracovávali jsme údaje pomocí programu MS Office Excel a jeho funkcí pro tvorbu tabulek a grafů. Vzorek respondentů z obecné populace byl náhodným výběrem v Praze s hledáním především respondentů podobného věku (50-60 let), kdy se přistupuje u laryngektomovaných k operaci.

## 2.2.2. Způsoby zjištění kvality života

### 2.2.2.1 Dotazník SEIQoL

*Metoda SEIQoL se zajímá o stanovení životních cílů, uspokojení s nimi a jejich význam, míra spokojenosti se životem, vyhodnocení kvality života. Zkratka znamená Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Program hodnocení individuální kvality života. Systém vytvořil výzkumný tým z lékařské fakulty v Dublinu (O'Boyle, McGee, Joyce, 1994) na počátku devadesátých let dvacátého století, kteří vychází z teoretických koncepcí o vnímání Egona Brunswika a sociální teorii soudu Kenneta Hammonda (60). Nástrojem metody SEIQoL je dotazník, který se skládá z formuláře a instruktážního textu. Respondent zaznamenává do dotazníku své životní cíle, hodnotí jejich plnění a určuje jejich důležitost. Posuzování zdraví na základě subjektivní kvality života má své nevýhody hlavně v individualitě jedince a jeho hodnotového schématu (obtížně najít srovnávací měřítko), osobnost člověka se v čase mění a mění se tak i jeho postoje ke zdraví a životu (Mareš, 2005). Nemocný člověk, např. invalidní, vykazuje i za určitých okolností vyšší kvalitu života než jedinec „objektivně“ zcela zdravý (165).*

Dotazník nutí zamyslet se nad smyslem svého života: *Má smysl žít, existuje něco jako smysl života? Jaro Křivohlavý uvádí, že v těchto otázkách jde o to, jak porozumět smyslu naší vlastní aktivity a činnosti kolem nás (76). Cíl je dynamický a osobní jev, týká se nejvyšších možných vývojových perspektiv: co chce dosáhnout a čím chce být, v pozadí každého cíle jsou hodnoty a motivace. Cíle jsou možnosti, nemusí jich být dosaženo, ale člověk k nim směřuje (táhnou ho k sobě), cesta k cíli mu dává smysl a smysluplnost. Cíl má svou orientaci, obsah a strukturu, dále psychologickou, sociální a spirituální dimenzi a kognitivní, afektivní a behaviorální aspekty (ovlivňuje lidské jednání, činnost a aktivitu, myšlení a emoce). Nejdále dosahují spirituální cíle kam patří: být čestný, milosrdný, nacházet vyšší úroveň života, žít*

v harmonii se světem, pomáhat druhým lidem, žít tak, aby se to líbilo tomu, koho považují za nejvyšší hodnotu, např. Bůh, mít strukturu a hierarchii nosných hodnot (*Emmons, Cheung a Tehran, 1998 In 75*). Životní smysl podle *Viktora E. Frankla* je hledání toho, co konkrétní život člověka činí hodným žítí. Máme tuto hodnotu rozpoznat a přeměnit ji na opravdovou skutečnost (7). Podle *A.H.Maslowa* je smysluplnost motivační silou lidského života tam, kde jsou uspokojeny nižší potřeby, je však vnitřní, intrinsickou vlastností člověka, každý si ho může svobodně vybrat. *Erich Fromm* (1950) vidí v náboženství orientační rámeček, který nabízí člověku mít pro co žít. *Schimmel* dodává (1997), že náboženství nabízí člověku nosné cíle a pevný systém hodnot, které mají vztah ke všem aspektům života, vnáší do něho určitou jednotu (76).

*Wong* (1998) vyvozuje ze svých výzkumů o smysluplnosti života, kterou chápe jako mediátor duševního zdraví (well-being), že lidé, kteří mají vyšší míru subjektivně vnímané smysluplnosti života jsou v první řadě psychicky zdravější a lidé, kteří jsou nejistí ve svém smyslu života a jednání, mají vyšší míru deprese. *Prager* (1996) podle svých výzkumů konstatoval, že otázka smysluplnosti života je stejně důležitá pro mladé i starší (zjištěno pro věk 20-97), pro ženy i muže. Empirické studie ukazují, že základní zdroj smysluplnosti života zůstává pravděpodobně neměnný a relativně stabilní po celý život, dílčí zdroje vykazují nejen stabilitu, ale i proměnlivost během života ovlivněnou fází života člověka, jeho zážitky a zkušenostmi (76).

**První část výzkumu** jsme zaměřili na životní hodnoty a spokojenost se životem lidí u běžné populace a populace po LET. Lidé po operaci často zužují pojem spokojenosti se životem pouze na zdraví, tím může dojít k nepřesnostem v celkovém hodnocení. Vybrali jsme tedy **dotazník SEIQoL**, který je validní, reliabilní (viz jeho charakteristika v kapitole 1.2.1 Metody a nástroje zjišťování kvality života), přeložil ho do češtiny *Jaro Křivohlavý* a našel své uplatnění u běžné populace, duševně nemocných, u onkologicky nemocných – většina onkologů ho považuje za zlatý standard měření kvality života, jeho vyplnění brání kognitivní deficit, např. u lidí s demencí (122), např. výzkum nemocných s pokročilou rakovinou plic (154), u nemocných s pokročilou neoperovatelnou rakovinou (153), ale i s výhradami, např. ve výzkumu nemocných s amyotrofickou laterální sklerózou, ALS, kdy SEIQoL je vhodný, ale nemocní nebyli schopni ho kompletně vyplnit, proto je vhodnější variantou měření kvality života jeho zkrácená verze (18), podobně také ve výzkumu u časně rakoviny prostaty. Zkrácená forma SEIQoL-DW se uplatňuje rozporuplně: jednou se spatřuje jako vhodná metoda, jindy není: vhodná např. u nemocných s HIV/AIDS, na základě níž léčebný tým uplatňuje lépe terapeutický plán (vrouče vzhled ošetřujícího do vnímání nemocného) (44), u

nemocných, kteří přežili cévní mozkovou příhodu a účastníci se sekundární prevence (87), nevhodná u nemocných s vrozenou srdeční chorobou, zde autoři namítají, že nemá být považována za instrument kvality života, ale je to validní a reliabilní nástroj ke zkoumání determinant kvality života nemocného (99).

Tento dotazník použila s nemocnými – nosiči tracheostomických kanyl, Čiháková, která ho shledala pro ně až nepoužitelným (22). Podle našeho názoru problémem není samotný dotazník zaprvé jazyk – obraty v dotazníku, nepřehlednost, co a kde se má vyplnit. Proto je dobré ho jazykově zestručnit a probrat osobně s klientem. Za druhé je to i vlastně – někdy pro klienta první větší zamyšlení se nad hodnotami a životem obecně s jiným člověkem. Obtíže se vyjádřit měli i lidé z běžné populace. Zamyšlení nad hodnotami respondenta v dialogu s dotazujícím fungoval jako malá psychoterapeutická empatická feedback (zpětná vazba). Další nesnáz spočívá ve stanovení procent (0-100%) u stanovení důležitosti hodnot i spokojenosti se životem. Zřejmě by byl schůdnější slovní sestupnění: výborné, velmi dobré, dobré, špatné, velmi špatné. Procenta jsou však lépe statisticky hodnotitelná. Můžeme říci, že tento dotazník je vhodný, pokud se vyplňuje v dialogu s klientem s ohledem na jeho kulturně-jazykové a společenské pozadí.

**Dotazník SEIQoL pro nemocné:** obsahuje 2 tabulky a 15 otázek v rámci základních údajů: **tabulka I** vyjadřuje kvalitu **současného** života, **tabulka II** vyjadřuje kvalitu života **před** operací. Základní údaje obsahují 15 otázek, které se zaškrťávají křížkem, z nichž otázky 2, 6b a 11 jsou k dopsání, jsou to otázky otevřené, identifikační určené k hodnocení a třídění souboru, ostatní otázky jsou uzavřené, polytomické s možností výběru. Další součástí je tabulka životních hodnot (maximálně pět, např. rodina, zaměstnání, koníčky, přátelé, spiritualita) s procentuálním rozlišením, jak jsou důležité (jejich součet tvoří 100%), poté zhodnocení, jak jsou respondenti s nimi spokojeni (od 0, nejnižší míra spokojenosti do 100%, nejvyšší míra spokojenosti). Respondenti mohou vybírat z příkladů hodnot:

- ∇ **Duchovní život** - *nacházet smysl života, umět rozlišovat mezi životními hodnotami, meditace, hlouběji chápat sama sebe, zachovávat si dobré svědomí.*
- ∇ **Duševní pohoda** - *duševní zdraví, udržování paměti, mít dobrou náladu, být empatický = umět se vcítit do pocitů druhého a snažit se druhého člověka pochopit, neztratit chuť do života, zachovat si dobrou mysl.*
- ∇ **Koníčky** - *hobby: zahrádka, malování, hraní na hudební nástroj, malování, kreslení, zahradničení, cestování, četba, psaní rodinné kroniky atd.*
- ∇ **Kultura** - *návštěvy památek, divadel, koncertů, kin, výstav, muzeí.*

Pozn. Koníčky a Kultura: pod téma koníčky někteří respondenti zahrnuli i kulturní akce, jiní kulturu vyčlenili zvlášť, toto jsme respektovali i v hodnocení dotazníků.

∇ **Práce na sobě - sebevzdělávání:** studium, četba, zvyšování kvalifikace, studium jazyků, získání nových dovedností: např. práce s počítačem, hrát na hudební nástroj.

∇ **Rodina, manželství**

∇ **Ruční práce -** šití, pletení, vaření, udržování a úklid domova, chalupy atd.

∇ **Spiritualita-** poznání Boha.

∇ **Sport -** tělesné cvičení, běh, delší procházky, turistika, jóga.

∇ **Tělesné zdraví -** jeho udržování, zlepšení, úspěšný boj se zdravotními těžkostmi - abych byl/a co nejvíce soběstačná.

∇ **Vztahy mezi lidmi -** ohled na druhé, navazování přátelských vztahů, tolerance, pomoc druhým (altruismus).

Na konci formuláře II a III jsou vizuální škály tzv. "teploměry životní spokojenosti", zde se křížkem vyznačuje a tím i hodnotí míru spokojenosti se životem na uvedené ose od 0 do 100%.

**Dotazník pro běžnou populaci:** obsahuje 9 otázek a 2 části: 1.část se základními údaji (9 otázek, 4-9, otevřené, identifikační, ostatní polytomické) a 2. část označenou QL - z anglického "quality of life" = kvalita života, kterou tvoří jeden formulář stejný jako u laryngektomovaných, tj. seznam hodnot, určení jejich subjektivní významnosti a spokojenosti s nimi.

**Dotazník se vyhodnocuje následovně:**

**1. Celková hodnota QL, tzv. SEIQoL index (kvalita života určená mírou spokojenosti se zvolenými životními cíli):**

- v každém z pěti řádků (či podle udaných hodnot 1, 2, ..) se vynásobí čísla v prvním (důležitost tématu v %) a posledním sloupečku (míra spokojenosti v %) mezi sebou navzájem (první řádek s % důležitosti \* první řádek s procentuální mírou spokojenosti, dále druhý řádek % důležitosti \* s druhým s % spokojenosti, pokračuje se až do konce vyplněných odpovědí), výsledky násobků ze všech pěti řádků se mezi sebou sečtou, výsledek (maximálně 10.000) se dělí 100, to je celková úroveň QL v procentech, pohybující se od 0% – nejnižší kvalita života do 100% nejvyšší možná kvalita života.

**2. Celková míra spokojenosti s kvalitou života:**

- míra spokojenosti se počítá tak, že se sečte v posledním pravém sloupci všech pět čísel či podle udaných hodnot (1, 2, 3) (v pěti řádcích či 1, 2...), výsledek se dělí pěti (1,2...). Získáme průměrnou míru spokojenosti se životními cíli, která má spektrum od 0 do 100.

**3. Míra spokojenosti se životem či lze říci míra smysluplnosti života vyjádřená metodou VAS, Visual Analogous System.**

- vyhodnocení: čára pro grafické vyjádření míry spokojenosti je 100 milimetrů, změří se pravítkem výsledek od nuly po křížek vyznačený respondentem, výsledek je v milimetrech v rozmezí od 0 do 100. Pro naše potřeby jsme označili body úsečky procenty (0%, 10%, 20% až 100%).

**4. Kromě tohoto kvantitativního vyjádření kvality života, lze z dotazníků získat informace analýzou slovních formulací životních cílů a odhalit hlavní komponenty kvality života (165).**

**5. Lze také dát respondentům dotazník opakovaně a získat tak případné změny v hierarchii životních cílů, odchylku ve spokojenosti s těmito oblastmi a odchylku významu tématu pro každého jednotlivce (viz Čiháková, 21).**

*2.2.2.2 Dotazník kvality života po totální laryngektomii*

Dotazník je zaměřen na potřeby nemocného a obtíže spojené s nemocí.

Děkuji zdravotní sestře *Kateřině Štraubové* a *Zuzaně Peškové* z pražské nemocnice Bulovka, jejich zkušenosti mi pomohly při tvorbě doplňujících otázek k tomuto dotazníku.

**Ve druhé části výzkumu** se zabýváme sestavením takového dotazníku, který by byl určen obecně pro nemocné po totální laryngektomii ke zjištění kvality života. Při hledání takového dotazníku jsme narazili na tři témata: 1. dotazníku na kvalitu života obecně nezachytí kvalitu života specificky ovlivněnou touto operací (např. EORTC-QOL-C30 – dotazník ohledně kvality života u onemocnění hlavy a krku), 2. existují dotazníky tak specializované, většinou obecně nedostupné ke zhodnocení kvality života lidí úzkého okruhu (kvalita života o nemocných s hlasovou protézou), konečně 3. dotazníky kvality života jsou orientované na společnost většinou americkou, která vyrůstala pod jiným kulturním a jazykovým prostředím než česká společnost, rozdílly např. co Američané rozlišují např. v užití u stupnic ke škálování odpovědi, by Čech užil jiné obraty, či stupnici zúžil. Proto jsme se snažili pátrat po jiném řešení, jenž jsme objevili ve studii řeckých lékařů: *Mary Nabaldianové, Angela Nikolaoua, Vasiliose Nikolaidise, Dimitrose Petridise, Christose Themelise a Ionnise Daniilidise*, kteří se potýkali se stejným úkolem. Tento výzkum prezentovali na třetím kongresu Evropské laryngologické společnosti v Paříži 9. – 11. června 2000 (103). Ze všech těchto dotazníků jsme vybrali takové otázky, které se zdály vhodné pro sestavení obecného dotazníku pro nemocné v Česku. Dotazník *Život po totální laryngektomii*,

ŽIPOLET je sestavený elektivně syntézou čtyř zdrojů: dotazníky kvality života 1. *European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life-Head and Neck Questionnaire, EORTC-QLQ-HN&35, třetí verze (37)*, 2. *University of Washington Quality of Life Questionnaire, UW-QOL, čtvrtá verze (16)*, 3. upraveného dotazníku kolektivu řeckých lékařů (*Nalbandian, M. et al., 103*), kteří vycházeli z těchto jmenovaných dotazníků a 4. připojení vlastních otázek.

*Dotazník obsahuje 70 otázek*, otázky se zaškrťávají křížkem: otevřené otázky **17, 19, 31, 34, 38, 42, 46, 51, 68, 69** a otevřené, identifikační: **2, 3 A+B, 5, 6 A+B, 7, 8-12, 15: otázky 1-9** obsahují obecné údaje, **otázky 10-19** obsahují údaje týkající se onemocnění a operace, **otázky 20-40** se týkají fyzických obtíží po operaci, **otázky 41-46** obsahují otázky ohledně pomůcek a péče o tracheostoma, **otázky 47-64** obsahují otázky týkající se sociální, psychické, pracovní a finanční oblasti po operaci, **otázky 65-70** se týkají kvality života a zdraví, na závěr je volné místo na připojení názoru a pro připomínky k dotazníku. **Lze použít i části dotazníku samostatně na vyškálování jednotlivých oblastí.**

- 1. otázky 1-9:** základní údaje, sociodemografická charakteristika respondenta,
- 2. otázky 10-19** obsahují údaje týkající se onemocnění a operace,
- 3. otázky 20-40** se týkají fyzických obtíží po operaci,
- 4. otázky 41-46** obsahují otázky ohledně pomůcek a péče o tracheostoma,
- 5. otázky 47-64** obsahují otázky týkající se sociální, psychické, pracovní a finanční oblasti po operaci,
- 6. otázky 65-70** se týkají kvality života a zdraví,
7. na závěr je volné místo na připojení názoru a pro připomínky k dotazníku.

Vyhodnocuje se dle škály obdobné pro Washingtonský dotazník kvality života (16), čím vyšší skóre, tím vyšší kvalita života (minimální skóre je 0, maximální dle počtu otázek hodnocených stupněm 0-100). *Nízké skóre kvality života je indikátorem deprese (158).*

### 2.2.3 Podmínky a postup ve výzkumu

Každý dotazník obsahoval v úvodu *informovaný souhlas* (obsahuje účel výzkumu, podmínky výzkumu), který byl přečten dotazujícím či samotnými respondenty, v případě souhlasu respondenta byl dotazník zpracován formou dialogu v rámci uchování anonymity dotazovaných.

Dotazník se vyplňoval po skončení vyšetření lékařem u nemocných docházejících na dispenzarizaci na ambulanci onkologického ORL oddělení pražské fakultní nemocnice v Motole v období říjen 2006 až březen 2007. Vzorek běžné populace jsme vybírali mezi

obyvateli Prahy, sociálně střední a nižší vrstvy (viz průzkumy, které vypovídají, že se problematika laryngektomovaných týká spíše osob z těchto sociálních skupin) - co nejvíce srovnatelné se sociální vrstvou nemocných po totální laryngektomii ve stejném časovém období. Respondenti ochotní komunikovat a vyplňovat dotazník již byli předem spíše adaptováni na stav po operaci.

#### *2.2.3.1 Charakteristika souboru*

Dotazníky ke zpracování jsou tři (u SEIQOL dva), postupně vyplňované.

##### Základní statistické údaje:

##### **A. SEIQoL:**

**Počet respondentů:** osloveno 90 lidí, zodpovědělo 87 lidí (3 odmítlo z důvodu časové tísně, psychických obtíží: 3 odmítl doprovod nemocného: manželka, 4 odmítli kvůli zhoršenému somatickému a psychickému stavu); z obecné populace zodpovědělo 100 lidí z 110 dotázaných. U běžné populace rozdáno 110 dotazníků, návratnost 100.

Počet zadaných dotazníků 200, návratnost 187 (93,5%).

**B. vlastní dotazník** 50 respondentů, 10 odmítlo kvůli zhoršenému psychickému a fyzickému stavu. Všichni zodpověděli celý dotazník. 60 respondentů jsme oslovili ze 70 osob, kteří absolvovali dotazník SEIQoL.

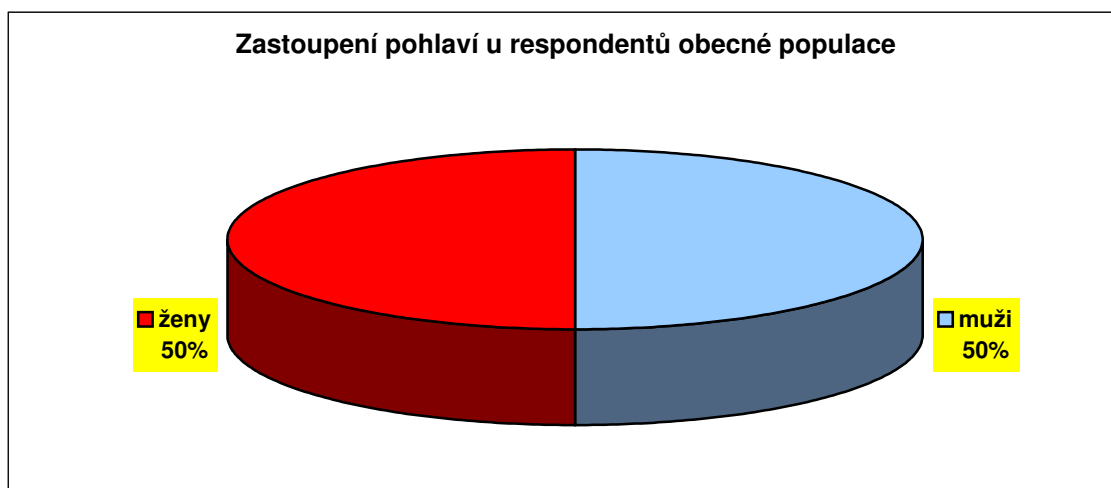
Počet zadaných dotazníků 60, návratnost 50 (83%).

### 3. Výsledky výzkumu

1. Dotazník SEIQoL: výsledky zjištěných skutečností uvádíme v následujících tabulkách č. 6 - 60 a grafech č. 1 – 33.

A. Obecná populace – N=100 (N=počet):

Graf č. 1 Zastoupení pohlaví u respondentů obecné populace



Respondenty z obecné populace tvoří 50 (50%) mužů a 50 (50%) žen.

Tab. č. 6 Věková škála u respondentů obecné populace

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
40 let a méně	2	2
41- 50 let	9	9
51 - 60 let	45	45
61 let a více	44	44
<b>Celkem</b>	100	100
<b>Průměr</b>	59	-
nejnižší věk	38	-
nejvyšší věk	76	-

Věková škála osob se účelově vybírala přibližná věku osob podstupujících totální laryngektomii, čili od 51 let a výše, což tvoří ze souboru 54 osob (54%), dále 61 let a výše 44 respondentů, ve škále mezi 41-50 let 9 osob a 2 respondenti u věku 40 let a méně. Vzorek z obecné populace má celkový věkový průměr 59 let.



**Tab. č. 7 Věková škála u mužů a žen**

Muži	Absolutní četnost	Ženy	Absolutní četnost
40 let a méně	1	40 let a méně	1
41- 50 let	7	41- 50 let	2
51 - 60 let	18	51 - 60 let	27
61 let a více	24	61 let a více	20
<b>Celkem</b>	50	<b>Celkem</b>	50
<b>Průměr</b>	59	<b>Průměr</b>	59
<b>nejnižší věk</b>	38	<b>nejnižší věk</b>	30
<b>nejvyšší věk</b>	76	<b>nejvyšší věk</b>	76

Z tabulky věkové škály u obou pohlaví zjistíme poměr zastoupení každého věkového období, kdy u žen převládá rozmezí 51-60 let (27 žen) a u mužů 61 a více let (24 mužů). Celkový věkový průměr v našem souboru je 59 let.

**Tab. č. 8 Rodinný status**

Rodinný stav	Muži	Ženy	Celkem	Relativní četnost v %
Svobodný/á	14	8	22	22
Ženatý/vdaná	31	36	67	67
Vdovec/vdova	1	3	4	4
Rozvedený/á	4	3	7	7
<b>Celkem</b>	50	50	100	100

Tabulka ukazuje převahu u obou pohlaví rodinný status ženatý či vdaná (31 mužů, 36 žen), i větší oddíl svobodných (14 mužů, 8 žen).

**Tab. č. 9 Víra**

Víra	Muži	Ženy	Celkem	Relativní četnost v %
Ateisté	47	40	87	87
Věřící	3 (2 římskokatolická, 1československá husitská, 1svědek Jehovův)	10	13	13
<b>Celkem</b>	50	50	100	100

Náboženská víra je zastoupena minimálně s převahou u žen: 3 muži (1 římskokatolické víry, 1 československé husitské a 1 svědek Jehovův) a 10 žen (5 římskokatolické, 3 českoobratrské, 2 československé husitské).

**Tab. č. 10 Členství v církvi**

Členství v církvi	Muži	Ženy	Celkem
Žádné	47	40	87
Římskokatolická církev	2	5	7
Českoobratrská církev	0	3	3
Československá husitská církev	1	2	3
Svědkové Jehovovi	1	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Kvůli rozdílnosti víry a členství v církvi u populace všeobecně jsme znázornili i tabulku členství v církvi, z ní vyplývá, že se počet věřících a členů církve se shoduje u žen, u mužů je jeden v církvi římskokatolické, i když věřící není.

**Tab. č. 11 Soužití v domácnosti**

Bydlení	Muži	Ženy	Celkem
Pouze s manželem/kou	25	23	48
S manželem/kou, dětmi	11	17	28
S přítelem/kyní	6	5	11
S rodiči	3	0	3
Jen s dětmi	0	2	2
Sám/a	4	3	7
Se synem	1	0	1
S bratrem	0	1	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

V tabulce znázorňující soužití v domácnosti má největší podíl soužití s druhou osobou, nejčastěji s manželem/kou: 25 mužů, 23 žen. Samotní žijí jen 4 muži a 3 ženy.

**Tab. č. 12 Nejvyšší dokončené vzdělání**

Vzdělání	Muži	Ženy	Celkem
Základní	7	3	10
Vyučen/a	20	14	34
Středoškolské s maturitou	17	30	47
Vyšší odborná škola	1	1	2
Vysoká škola	5	2	7
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Ve vzdělání je nejvíce zastoupeno středoškolské (30 žen, 17 mužů) a vyučení (20 mužů a 14 žen), nejméně je osob s vyšší odbornou školou 1 muž a 1 žena a vysokoškoláků 5 mužů a 3 ženy.

**Tab. č. 13 Zaměstnání**

Zaměstnání	Muži	Ženy	Celkem
Zaměstnán/a na plný úvazek	31	30	61
Zaměstnán/a na částečný úvazek	0	1	1
Osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)	2	1	3
Plný invalidní důchod	1	0	1
Částečný invalidní důchod	1	2	3
Starobní důchod	15	16	31
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

V souboru převládají zaměstnanci na plný úvazek: 31 mužů a 30 žen, počítáme-li osoby samostatně výdělečně činné, tak 33 mužů a 31 žen, důchodců je 17 mužů a 18 žen.

**Tab. č. 14 Kouření**

Kouření	Muži	Ženy	Celkem
Ne	21	23	44
Ano	29	27	56
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Kouření	Muži	Ženy
Počet cigaret/den/průměr	27	14
<b>Celkový průměr: 21 cigaret/den</b>		
Maximum	40	40
Minimum	10, 2 doutníky	2
Celkem	29	27

Kouří 29 mužů a 27 žen (56 osob) s průměrným počtem cigaret na den 21.

Tab. č. 15 Alkohol

Alkohol	Muži	Ženy	Celkem
Ne	8	16	24
Ano	42	34	76
Celkem	50	50	100

Alkohol	Muži	Ženy
Množství/týden/průměr v litrech	6,4	1,9
<b>Celkový průměr: 4 litry alkoholu/týden</b>		
Maximum	14	3,5
Minimum	0,5	0,25
Celkem	42	34

Druh alkoholu	Pivo	Víno	Pivo, víno, destiláty	Víno, destiláty	Celkem
Muži	22	2	16	2	42
Ženy	15	14	2	3	34

Konzumentů alkoholu je zastoupeno 42 mužů a 34 žen (76 osob) s celkovým průměrem 4 litry alkoholu za týden, nejčastěji pivo (37 osob), pivo v kombinaci s vínem a destiláty (18 osob), pak i víno (16 osob) a víno s destiláty (5 osob). Z toho vyplývá převaha alkoholu u tohoto vzorku populace nad kouřením.

Přepočítáváme zde přijatý alkohol, tj. množství za týden na litry podobně jako Čiháková (21) ve své studii.

**Tab. č. 16 Průměrné hodnoty u jednotlivých položek kvality života: míra spokojenosti, QL a celková míra spokojenosti podle pohlaví**

(Pozn. průměrné hodnoty jsou zaokrouhlené na celé číslo, směrodatná odchylka na jedno desetinné číslo)

Pohlaví		Míra spokojenosti se životem (%) - vizuální	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
Ženy	Počet	51	51	51
	Průměr	77	82	78
	Směrodatná odchylka	14,9	13,3	16
Muži	Počet	49	49	49
	Průměr	81	82	79
	Směrodatná odchylka	22,3	13,4	16,2
Celkem	Počet	100	100	100
	Průměr	79	82	78
	Směrodatná odchylka	2,1	0,1	0,1

V této tabulce sledujeme vyhodnocení ukazatelů kvality života: míru spokojenosti se životem, QL, kvalitu života a celkovou míru spokojenosti se životem, údaje jsou v procentech, zaokrouhlené na celé číslo, směrodatné odchylky jsou zaokrouhlené na jedno desetinné číslo (takto postupujeme i dále v obdobných výpočtech).

Ženy mají ukazatele snižené oproti mužům, kromě QL, které je stejné: průměrná míra spokojenosti se životem je 77 %, QL, kvalita života 82 %, celková míra spokojenosti se životem 78 %.

Muži: průměrná míra spokojenosti se životem je 81 %, QL kvalita života 82 % s celkovou mírou spokojenosti se životem je 79%.

Celý soubor projevuje míru spokojenosti se životem na 79%, QL, kvalitu života na 82% a celkovou míru spokojenosti se životem na 78 %.

**Tab. č. 17 Pořadí hodnot u respondentů běžné populace**

	Pořadové číslo	1. místo/počet	2. místo/počet	3. místo/počet	4. místo/počet	5. místo/počet
<b>Muži</b>	1.	rodina (manželka, děti, vnoučata, sourozenci) 20	rodina 10	koníčky 19	koníčky 13	koníčky 5; zdraví 5
	2.	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 8	koníčky 7	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 13	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 5	duševní pohoda 3
	3.	zaměstnání, práce 7	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 6; zdraví 6	zaměstnání 4	zdraví 7	vztahy 2
	4.	přítelkyně 4	zaměstnání 5; zdraví 5	práce na sobě 2; rodina 2; duševní pohoda 2	duševní pohoda 6	
	5.	duševní pohoda 3	práce na sobě, sebevzdělávání 2; domácí mazlíček 2: pes	sex 1; těšení na důchod 1; zdraví 1	sport 2	
	6.	duchovní život 3	přítelkyně 1; duševní pohoda 1		práce na sobě 1; zaměstnání 1	
	7.	cestování po hospodách 1; myslivost 1 rekonstrukce domku 1; zdraví 1				
<b>Ženy</b>	1.	rodina 42	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 23	koníčky 16	koníčky 16	koníčky 10
	2.	zaměstnání 3	zaměstnání 5; rodina 5	zaměstnání 13	vztahy mezi lidmi, přátelství 3	zdraví 4; duševní pohoda 4
	3.	přítel 2; zvíře (kočky) 2	zdraví 4; zvíře 4 (1 kočka a pes, 1 kočka, 2 pes); koníčky 4	vztahy mezi lidmi, přátelství 11	zdraví 15	duchovní život 1

	4.	duchovní život 1	duchovní život 2;přítel 2	zdraví 5	duševní pohoda 7	
	5.		osobní auto 1	duševní pohoda 4	zaměstnání 2; sebevzdělávání 2	
	6.			zvíře (kočka) 1;duchovní život 1	zvíře, pes 1	
<b>Celkem</b>	<b>Pořadí hodnot</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>5. místo/počet</b>
	1.	rodina (manželka, děti, vnoučata, sourozenci) 64	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 29	koníčky 35	koníčky 29	koníčky 15
	2.	zaměstnání, práce 10	rodina 15	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 24	zdraví 22	zdraví 9
	3.	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 8	zdraví 14	zdraví 6; duševní pohoda 6	duševní pohoda 13	duševní pohoda 7
	4.	přítelkyně, přítel 6	koníčky 11; zaměstnání 10	zaměstnání 4	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 8	dobré vztahy mezi lidmi 2
	5.	duchovní život 4	zvíře 6 (1 kočka a pes, 1 kočka, 4 pes)	rodina 2; práce na sobě 2	zaměstnání 3	duchovní život 1
	6.	duševní pohoda 3	duchovní život 2; přítel 2; práce na sobě	duchovní život 1; těšení na důchod 1; sex 1; zvíře (kočka) 1	sebevzdělávání 2; sport 2	
	7.	zvíře 2 (kočky)	duševní pohoda 1; přítelkyně 1; osobní auto 1		práce na sobě 1; zvíře, zvíře (pes) 1	
	8.	cestování po hospodách 1; myslivost 1 rekonstrukce domku 1; zdraví 1				

Respondenti neuvedli doporučený počet pět hodnot, počet dodrželo 34 osob (15 žen, 19 mužů), čtyři hodnoty uvedlo 81 lidí (35 mužů, 46 žen): jen čtyři hodnoty 47 osob (16 mužů, 31 žen), tři hodnoty uvedlo 83 osob (45 mužů, 49 žen): jen tři hodnoty 36 lidí (29 mužů, 33 žen), dvě hodnoty uvedlo 100 lidí (50 mužů a 50 žen): aspoň dvě hodnoty uvedlo 38 osob: 21 mužů a 17 žen).

Pořadí hodnot u respondentů vzorku z obecné populace je:

**Na prvním místě** sestupně: rodina (blízcí příbuzní) 64 osob, zaměstnání (10), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (8), přítelkyně či přítel (myšleno partner) (6), duchovní život (4), duševní pohoda (3), zvíře (2) a zdraví, myslivost, cestování po hospodách, rekonstrukce domku (každé po jedné osobě).

**Na druhém místě** sestupně: dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (29), rodina (15), zdraví (14), dále koníčky a zaměstnání (10), zvíře (6), duchovní život (2), přítel (2), práce na sobě (2) a duševní pohoda, přítelkyně, osobní auto (každý vždy 1).

**Na třetím místě** sestupně: koníčky (35), dobré vztahy mezi lidmi, přátelství (24), zdraví a duševní pohoda: každé téma po 6, zaměstnání (4), rodina (2), práce na sobě (2) a po jednom respondentu duchovní život, těšení se na důchod, sex, zvíře.

**Na čtvrtém místě** sestupně: koníčky (29), zdraví (22), duševní pohoda (13), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (8), zaměstnání (3), sebevzdělání a sport každý po dvou respondentech, po jedné osobě práce na sobě, zvíře.

**Na pátém místě** sestupně: koníčky (15), zdraví (9), duševní pohoda (7), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (2) a duchovní život (1).

Podíváme-li se na rozdílnost podle pohlaví, tak u žen je na prvním místě: rodina (42), zaměstnání (3), přítel či zvíře po dvou respondentech, duchovní život uvedla jedna žena, na druhém: dobré vztahy mezi lidmi a přátelství 23 osob, zaměstnání, rodina každý po pěti, zdraví a zvíře po čtyřech, duchovní život a přítel po dvou a osobní auto uvedla jedna žena, třetím: koníčky uvedlo 16 osob, zaměstnání 13, vztahy mezi lidmi a přátelství 11, zdraví 5 a duševní pohodu 4, zvíře a duchovní život zmínila vždy 1 osoba. Čtvrté místo obsadily opět koníčky (16), vztahy mezi lidmi a přátelství 3, zdraví 15, duševní pohodu 7, zaměstnání či sebevzdělávání po dvou respondentech a zvíře uvedla jedna žena. Na pátém místě se objevily koníčky 10, zdraví a duševní pohoda po čtyřech, duchovní život uvedla jedna respondentka.

U mužů na prvním místě je rodina (21), dobré vztahy mezi lidmi 8, zaměstnání (7), přítelkyně (4), duševní pohoda a duchovní život po třech osobách, cestování po hospodách (1), myslivost (1), rekonstrukce domku (1), zdraví (1), na druhém je zastoupena rodina (10), dobré vztahy mezi lidmi (6) třetím: koníčky (19), dobré vztahy mezi lidmi (13), zaměstnání

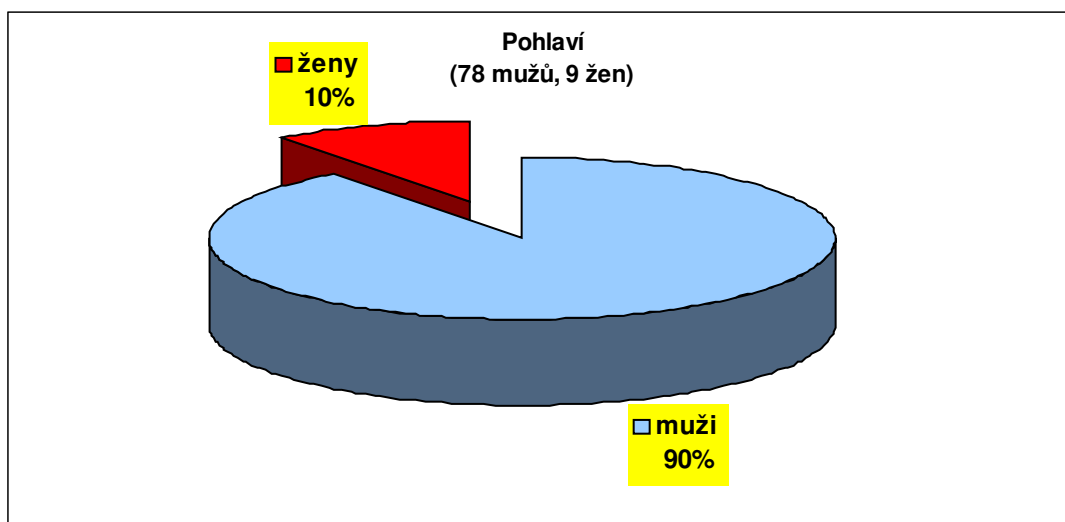


(4), rodina (2), práce na sobě a duševní pohoda (2), po jednom respondentovi sex, těšení na důchod a zdraví. Na čtvrtém: koníčky (13), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (5), zdraví (7), duševní pohoda (6), sport (2), práce na sobě a zaměstnání po jednom respondentovi, a pátém: koníčky a zdraví po pěti, duševní pohoda 3, dobré vztahy a přátelství uvedli 2 muži.

**Pozn. Koníčky u obecné populace viz v Příloze č. 15, Tab. č. 18:** zde převládá u mužů kutilství, zahradničení, sledování televize, rybaření, chalupaření, sport: fotbal, cyklistika, práce s počítačem, sledování politiky, hraní na hudební nástroje, kultura: film, divadlo, koncerty; u žen luštění křížovek, sledování televize, procházky, domácí práce, zahradničení, cestování, kultura: film a divadlo.

## **B) Laryngektomovaní, N= 87**

**Graf č. 2 Zastoupení pohlaví u laryngektomovaných**



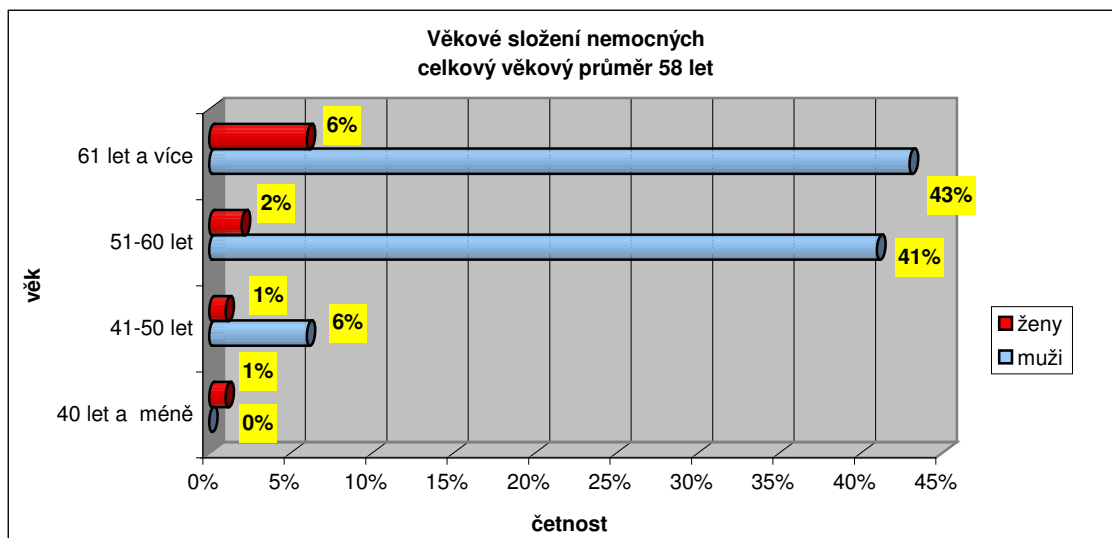
Respondentů odpovídalo celkem 87 (100%), z toho 9, 10% žen a 78, 90% mužů.

**Tab. č. 19 Věkové složení nemocných**

Pohlaví/Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)		
<b>Muži</b>				
40 let a méně	0	0	<b>Průměr</b>	55
41-50 let	5	6	<b>Nejnižší věk</b>	43
51-60 let	36	46	<b>Nejvyšší věk</b>	81
61 let a více	37	49		
<b>Celkem</b>	78	100		
<b>Ženy</b>				
40 let a méně	1	11	<b>Průměr</b>	60

41-50 let	1	11	Nejnižší věk	39
51-60 let	2	22	Nejvyšší věk	74
61 let a více	5	56		
Celkem	9	100		

**Graf. č. 2 Věkové složení**

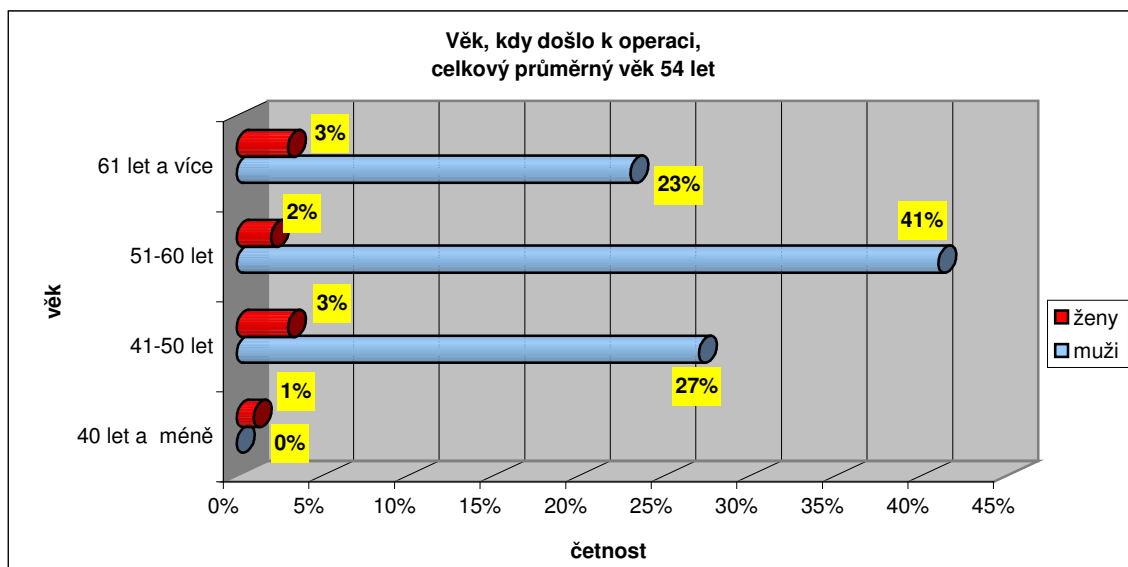


Nejvíce je zastoupeno osob ve věkovém rozmezí od 61 let 42 osob, 48% (37 mužů, 5 žen), dále v rozmezí 51- 60 let 37 osob, 43% (36 mužů, 1 žena), v rozmezí 41 - 50 let 6 osob, 7% (5 mužů, 1 žena) a ve věkové škále pod 40 let je jedna respondentka (1%). Celkový věkový průměr je 58 let.

**Tab. č. 20 Věk, kdy došlo k operaci**

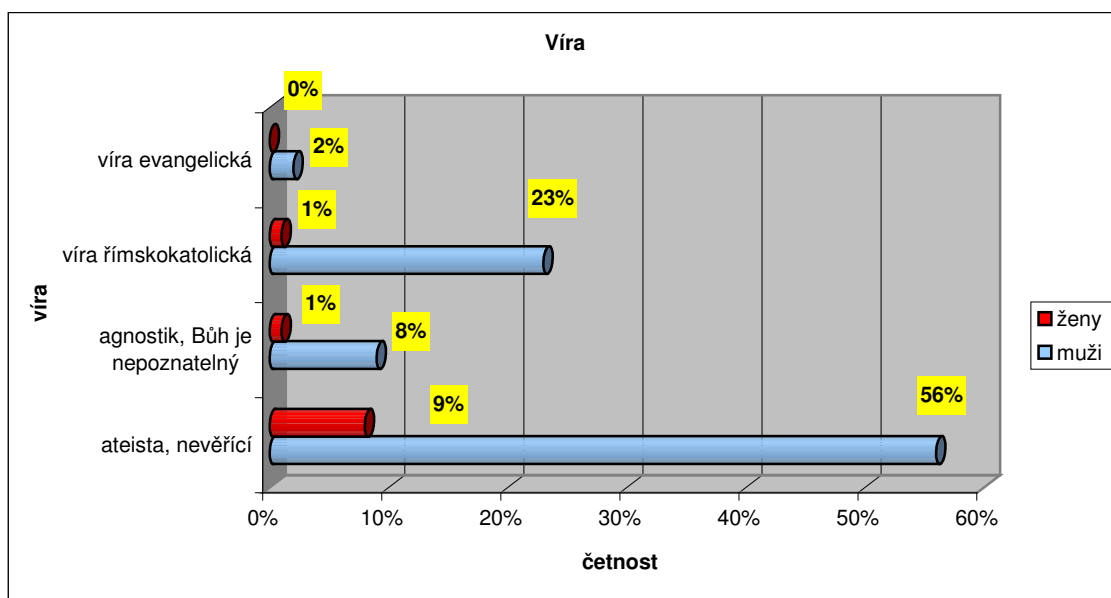
Pohlaví/Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)		
<b>Muži</b>				
40 let a méně	0	0	Průměr	55
41-50 let	23	30	Nejnižší věk	43
51-60 let	35	44	Nejvyšší věk	77
61 let a více	20	26		
Celkem	78	100		
<b>Ženy</b>				
40 let a méně	1	11	Průměr	53
41-50 let	3	33	Nejnižší věk	34
51-60 let	2	22	Nejvyšší věk	71
61 let a více	3	33		
Celkem	9	100		

**Graf č. 3 Věk, kdy došlo k operaci**



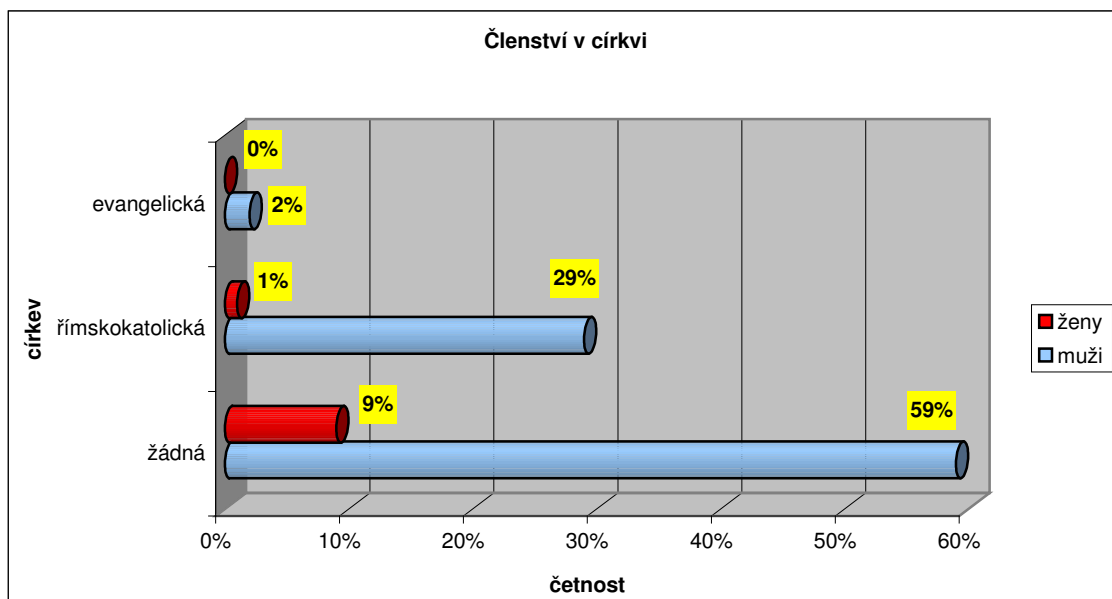
Věk, kdy respondenti podstoupili operaci, je nejčastěji kolem 51- 60 let, 37 osob, 43% (35 mužů, 2 ženy), dále ve věkové škále 41-50 let, 27 osob, 31% (23 mužů, 2 ženy), ve věku od 61 let a více 23 respondentů, 26% (20 mužů a 3 ženy), pod 40 let byla jedna respondentka (11%). Celkový věkový průměr je 54 let.

**Graf č. 4 Víra**



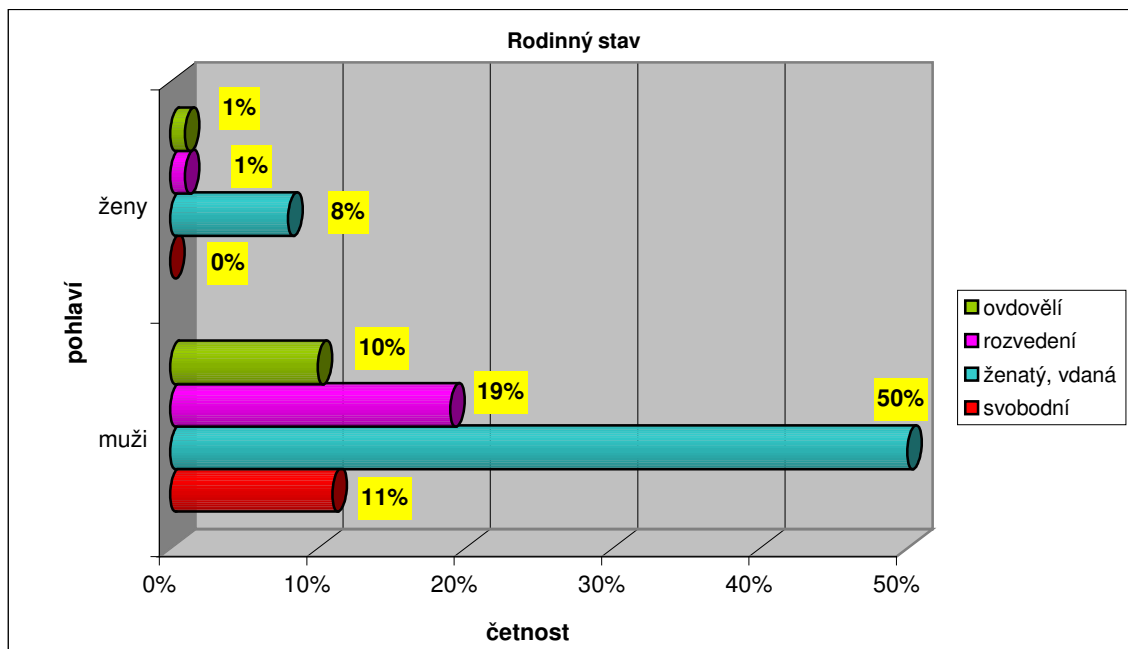
Nejvíce jsou zastoupeni ateisté 55, 64% osob (48 mužů, 7 žen), poté římskokatolické víry 21, 24% lidí, agnostici (v něco věří) 9, 10% a evangelické víry 2, 2% (2 muži).

**Graf č. 5 Členství v církvi**



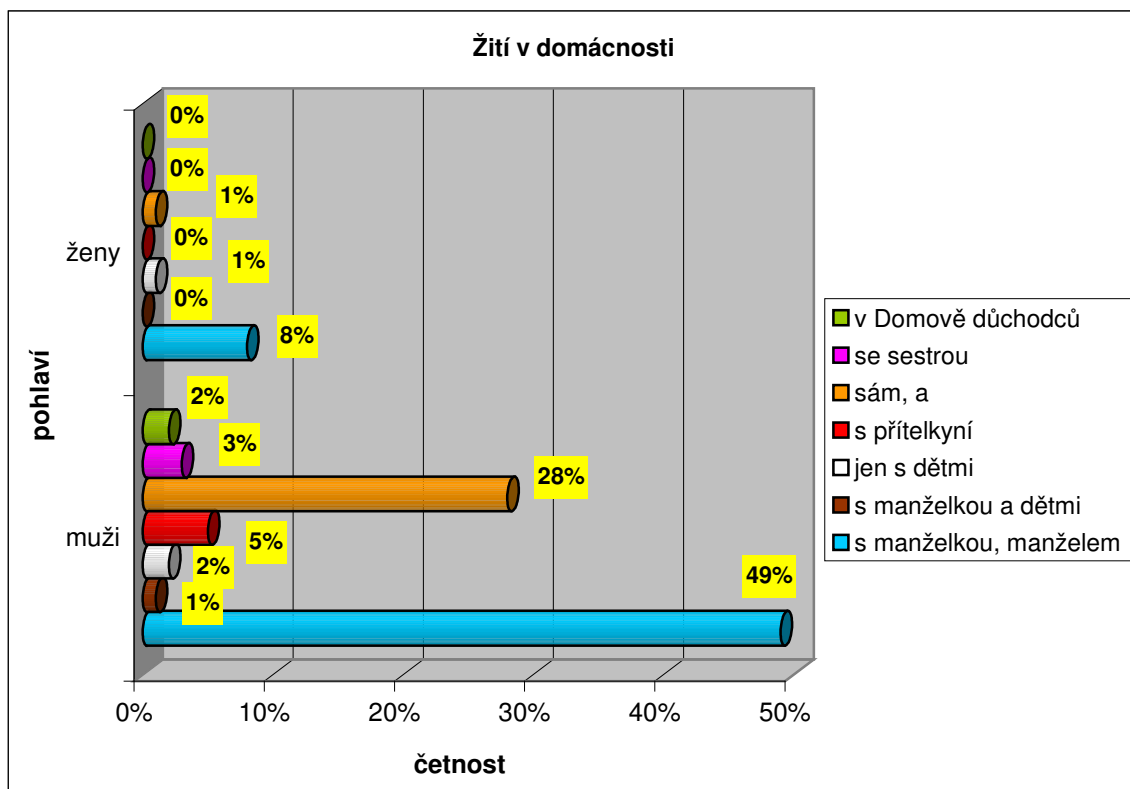
Většina respondentů není členem žádné církve 59 osob, 68%, poté římskokatolické 25 lidí, 30% (24 mužů, 1 žena) a členů evangelické církve jsou 2 respondenti, 2% z celého souboru.

**Graf č. 6 Rodinný stav**



Nejvíce jsou zastoupeni ženatí či vdané 50, 58% (43 žen, 7 mužů), dále rozvedení 17, 20% (16 mužů, 1 žena), následují ovdovělí 10, 11% (9 mužů, 1 žena) a svobodní 10, 11% (jen muži).

**Graf č. 7 Žití v domácnosti**



Sociální soužití je následující: s manželkou či manželem v jedné domácnosti žije 49 lidí, 57% osob (42 mužů, 7 žen), dále samotných žije také velká část osob 25, 29% (24 mužů, 1 žena), s přítelkyní žijí 4 muži - (5%), jen s dětmi 3 (3%), se sestrou 3, (3%), v Domově důchodců 2 muži (2%) a spolu s manželkou a dětmi 1 muž, (1%).

**Tab. č. 21 Poslední povolání (viz příloha č. 15, Tabulka č. 22)**

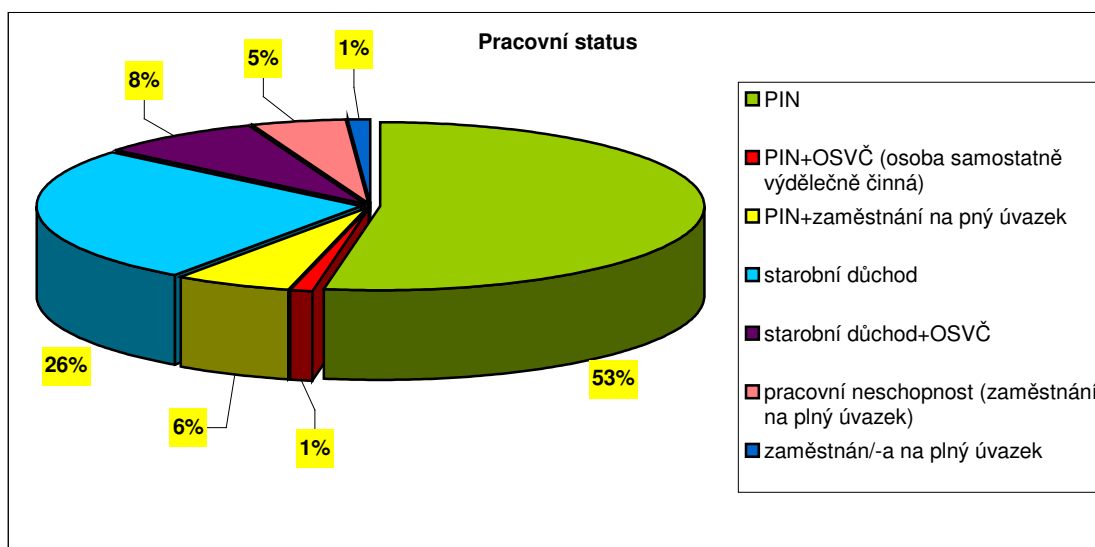
Poslední povolání mužů: převažují dělnická povolání: řidič, nákupčí, bagrista, údržbář, zedník, dělník, klempíř, zámečnick, uklízeč, sklář, číšník je zde i hasič, referent, lesník, technik, muzikant, úředník. U žen je např. hospodská, dělnice, vrátná, projektantka, soustružnice, uklízečka, úřednice.

**Tab. č. 23 Pracovní status**

Pracovní status	Muži		Ženy		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>PIN, plný invalidní důchod</b>	45	58	1	11	46	53

PIN+OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná)	1	1	0	0	1	1
PIN+zaměstnání na plný úvazek	4	5	1	11	5	6
Starobní důchod	17	22	6	67	23	26
Starobní důchod+OSVČ	7	9	0	0	7	8
Pracovní neschopnost (zaměstnání na plný úvazek)	4	5	0	0	4	5
Zaměstnání na plný úvazek	0	0	1	11	1	1
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Graf č. 8 Pracovní status

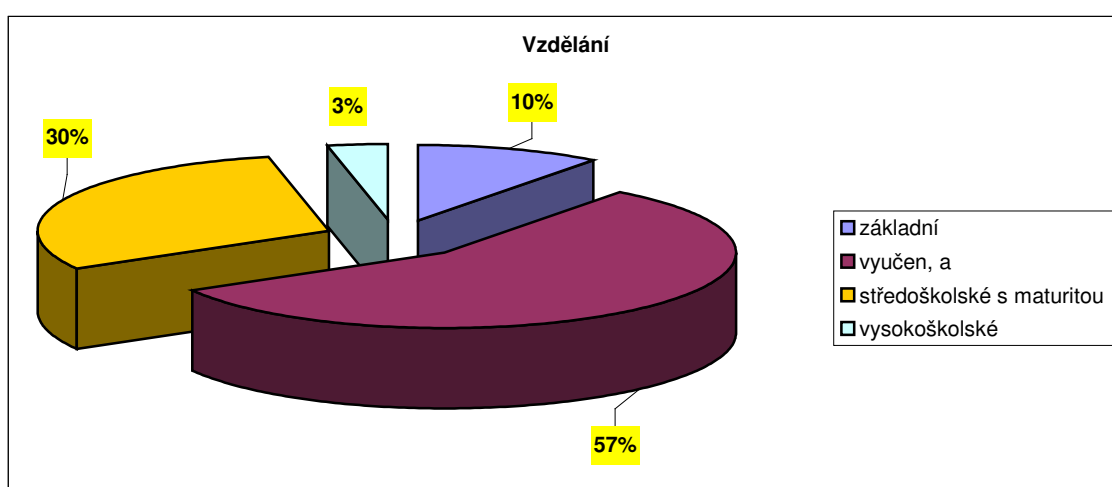


Převážně respondentů je v plném invalidním důchodu 46, 53% (45 mužů, 1 žena), poté ve starobním důchodu 23 osob, 26% (17 mužů, 6 žen), 7 mužů, 8% je ve starobním důchodu a zároveň fungují jako osoby samostatně výdělečně činné. V plném invalidním důchodu a zároveň pracující na plný úvazek bylo 5 respondentů, 6% (4 muži, 1 žena), 4 muži, 5% byli v době vyplňování dotazníku v pracovní neschopnosti, 1 muž, 1% je v plném invalidním důchodu a zároveň jako osoba samostatně výdělečně činná a 1 žena, 1% je zaměstnána na plný úvazek i po operaci. Z dat vyčteme, že ženy i muži jsou spíše v plném invalidním důchodu.

**Tab. č. 24 Vzdělání**

Pohlaví	Muži	Ženy	Celkem	
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	6	3	9	10
Vyučen, a	48	1	49	57
Středoškolské s maturitou	22	4	26	30
Vysokoškolské	2	1	3	3
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>9</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Graf č. 9 Vzdělání**



Respondenti jsou převážně vyučeni 49 osob, 57% (48 mužů, 1 žena), následují středoškoláci s počtem 26 osob, 30% (22 mužů, 4 ženy), základní vzdělání má 9 osob, 10% (6 mužů, 3 ženy), vysokoškoláci jsou zastoupeni dvěma muži a jednou ženou (3%).

**Tab. č. 25 Kouření před a po operaci**

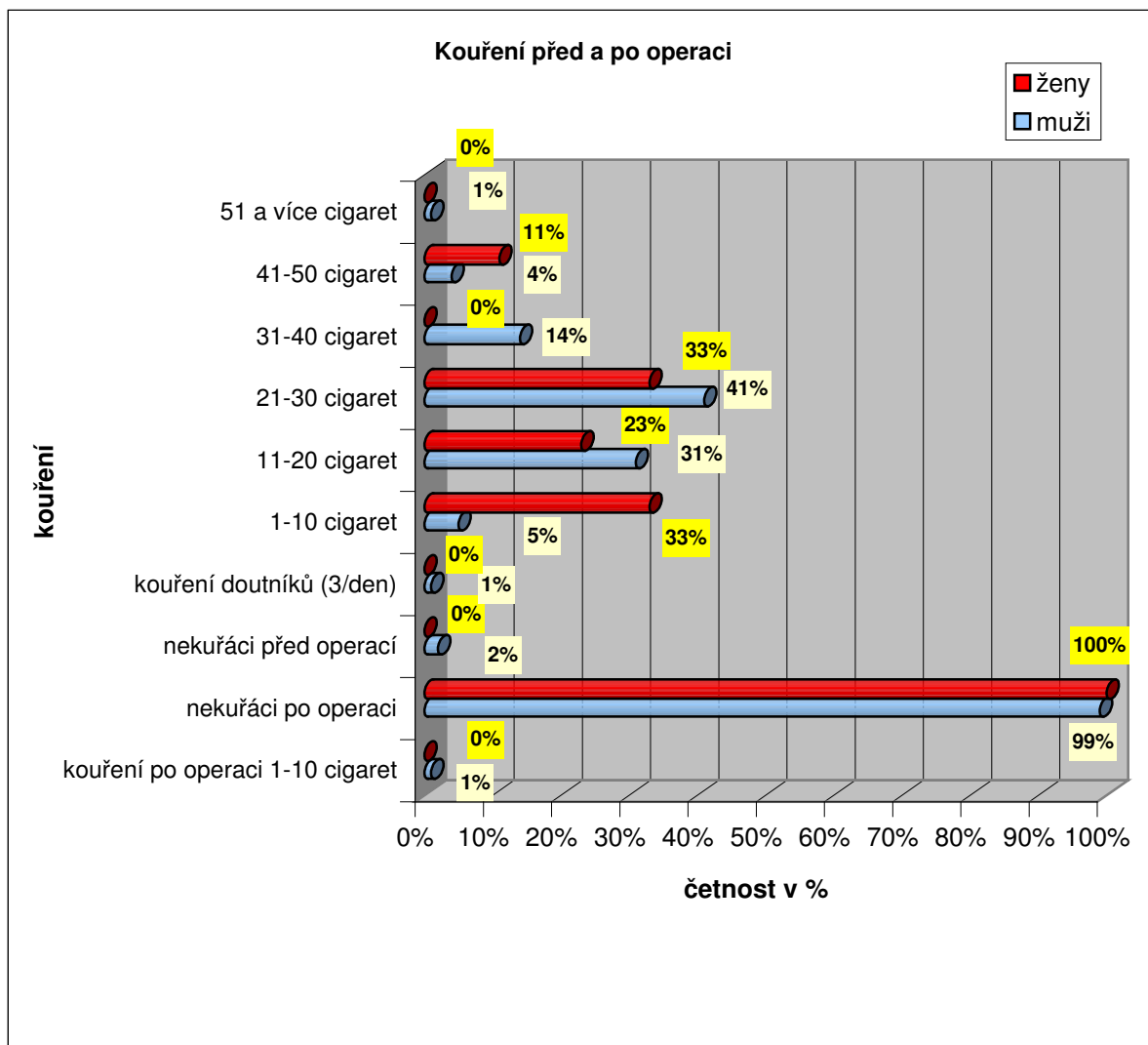
Kouření před operací	Muži	Ženy	Celkem		Minimum	Muži	Ženy	Celkem
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)				
Počet cigaret/doutníků/ den/nekuřáci								
1-10 cigaret	4	3	7	8	Maximum	60	50	60
11-20 cigaret	24	2	26	30	Průměr	26	21	24
21-30 cigaret	32	3	35	40				
31-40 cigaret	11	0	11	13				
41-50 cigaret	3	1	4	5				

<b>51 a více cigaret</b>	1	0	1	1
<b>kouření doutníků</b>	1	0	1	1
<b>Nekuřáci</b>	2	0	2	2
<b>Celkem</b>	78	9	87	100

#### Kouření po operaci

<b>1-10</b>	1 (1cigareta 1-2krát týdně)	0	1	1
-------------	--------------------------------------	---	---	---

**Graf č. 10 Kouření před a po operaci**



**Kouření před operací:** 35 respondentů, 40% (32 mužů, 3 ženy) kouří od 21 cigaret do 30, následuje 26 osob, 30% (24 mužů, 2 ženy) ve škále 11-20 cigaret, poté 11 mužů, 13% ,



škála od 1-10 cigaret 7 respondentů, 8% (4 muži, 3 ženy). Více než 41 cigaret do 50 spotřebují 4 lidé, 5% (3 muži, 1 žena). Nekuřáci jsou pouze dva muži (2%), doutníky kouří jeden muž (1%). Průměr vykouřených cigaret je 24 cigaret, u mužů 26 cigaret, u žen 21 cigaret, muži maximum 60 cigaret na den, minimum 2, ženy 50 cigaret nejvýše, 4 cigarety minimálně za den.

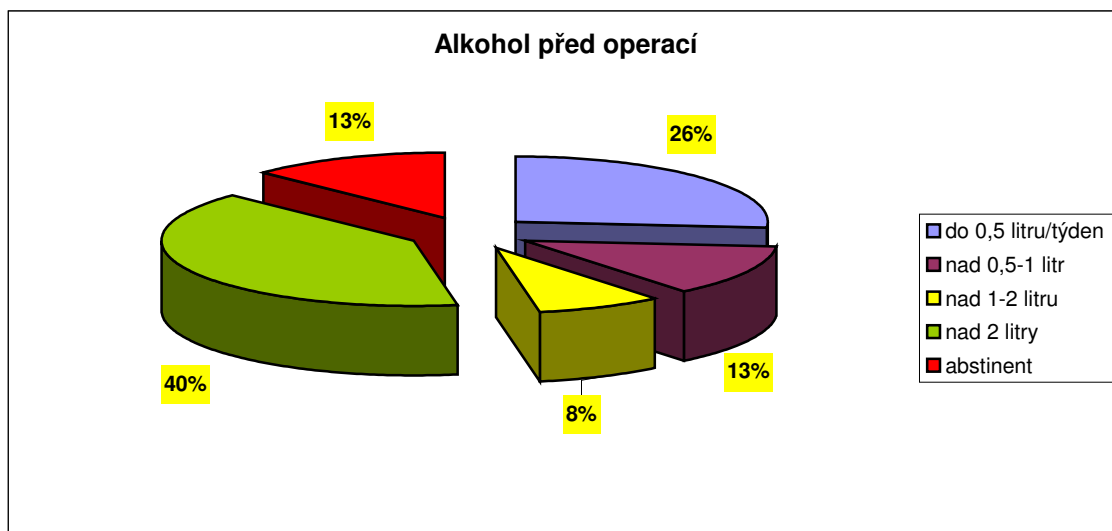
**Kouření po operaci:** uvedl jeden muž, který kouří 1 cigaretu 1 až 2krát týdně ústy pro „pocit kouření“.

**Tab. č. 26 Alkohol před operací a po operaci**

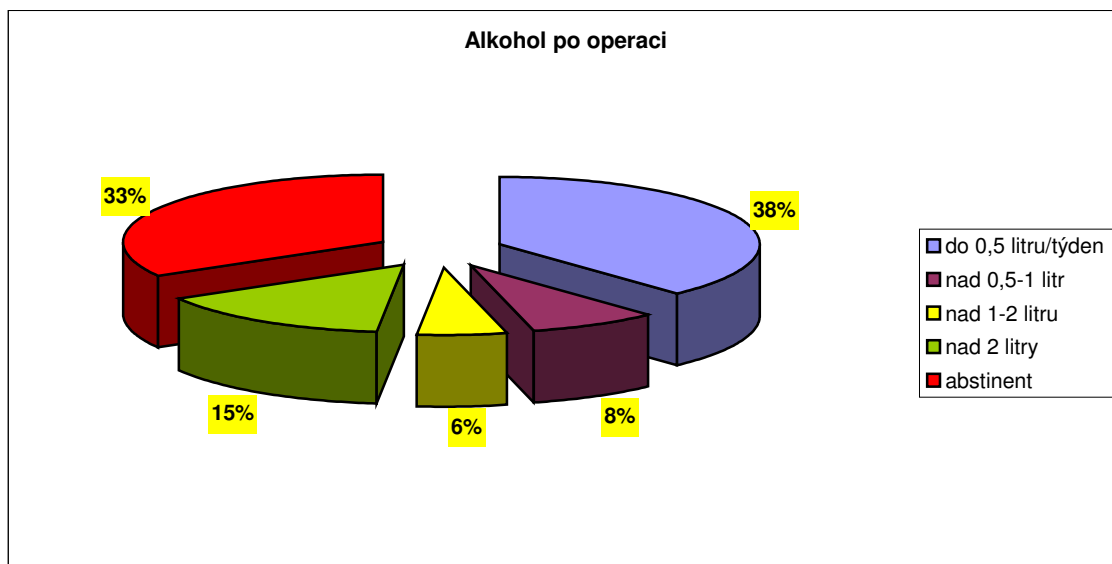
Alkohol před operací Litř/týden	Muži	Ženy	Celkem		Muži		Ženy	Celkem
	Abs. četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Minimum	0,5	0,5	0,5
<b>Do 0,5 litru/týden</b>	20	3	23	26	<b>Maximum</b>	15,5	7	15,5
<b>Nad 0,5-1 litř</b>	10	1	11	13	<b>Průměr</b>	4,3	1,9	3,1
<b>Nad 1-2 litřů</b>	7	0	7	8				
<b>Nad 2 litřy</b>	34	1	35	40				
<b>Abstinent</b>	7	4	11	13				
<b>Celkem</b>	78	9	87	100				
Druh alkoholu	Muži	Kombinace	Muži	Druh alkoholu	Ženy	Kombinace	Ženy	
	Abs. četnost		Absolutní četnost		Absolutní četnost		Absolutní četnost	
<b>Pivo</b>	47	pivo, destilát	8	Pivo	0	Pivo, víno, destilát	1	
<b>Víno</b>	2	víno, destilát	5	Víno	3			
<b>Destiláty</b>	2	pivo, víno	4	Destiláty	1			
<b>Kombinace</b>	20	destilát, pivo, víno	3	Kombinace	1			

<i>Celkem</i>	71	<i>Celkem</i>	20	<i>Celkem</i>	5			
<b>Alkohol operaci litr/týden</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>	<b>Celkem</b>		<b>Muži</b>		<b>Ženy</b>	<b>Celkem</b>
	Abs. četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	<b>Minimum</b>	0,5	0,5	0,5
<b>Do 0,5 litru/týden</b>	29	4	33	38	<b>Maximum</b>	7,5	0,5	7,5
<b>Nad 0,5-1 litr</b>	7	0	7	8	<b>Průměr</b>	1,9	0,5	1,2
<b>Nad 1-2 litrů</b>	5	0	5	6				
<b>Nad 2 litry</b>	13	0	13	15				
<b>Abstinent</b>	24	5	29	33				
<b>Celkem</b>	78	9	87	100				
<b>Druh alkoholu</b>	<b>Muži</b>	<b>Kombinace</b>	<b>Muži</b>	<b>Druh alkoholu</b>	<b>Ženy</b>	<b>Kombinace</b>	<b>Ženy</b>	
	Abs. četnost		Absolutní četnost		Absolutní četnost		Absolutní četnost	
<b>Pivo</b>	36	pivo, destilát	6	Pivo	0	Pivo, víno, destilát	1	
<b>Víno</b>	4	víno, destilát	0	Víno	3	Pivo, víno	1	
<b>Destiláty</b>	3	pivo, víno	2	Destiláty	0			
<b>Kombinace</b>	11	destilát, pivo, víno	3	Kombinace	2			
<b>Celkem</b>	54	<b>Celkem</b>	11	<b>Celkem</b>	5			

**Graf č. 11 Alkohol před operací**



**Graf č. 12 Alkohol po operaci**



**Alkohol před operací:** nejčastěji se objevují respondenti s alkoholem nad 2 litry za týden, 35 lidí, 40% (34 mužů, 1 žena), dále naopak do půl litru alkoholu týdně 23 osob, 26% (20 mužů, 3 ženy). Abstinentů je 11, 13% (7 mužů, 4 ženy) – více než nekuřáků, stejný počet je i ve škále nad 0,5 litru do 1 litru 11 osob, 13% (10 mužů, 1, žena). Ve škále mezi 1 a 2 litrem je 7 respondentů, 8% (7 mužů).

Průměr alkoholu na týden je u obou pohlaví kolem 3 litrů, u žen i mužů minimálně 0,5 litru, maximum u žen 7 litrů, mužů 15,5 litrů za týden.

Druh alkoholu: U mužů zvítězila konzumace piva (47 mužů) či v kombinaci s destiláty (8), dále víno v kombinaci s destilátem (5), v kombinaci s vínem (4), destilát, pivo, víno (3) či

jen víno (2) nebo jen destiláty (2). U žen je nejčastější víno (3), pak kombinace pivo, víno, destilát (1), stejně jako jen destiláty (1)

**Alkohol po operaci:** zvýšil se počet abstinentů 29, 33% (24 mužů, 5 žen) a konzumentů do půl litru za týden 33 osob, 38% (29 mužů, 4 ženy). Poměrně vysoký je počet konzumentů nad 2 litry: 13 osob, 15%, jen muži, 7, 8% mužů se umístilo ve škále nad půl litru do jednoho litru a 5, 6% v rozmezí nad 1 litrem do 2 litrů.

Průměr přijatého alkoholu je kolem jednoho litru (muži 1,9, ženy 0,5), s minimem 0,5 litru u obou pohlaví, u žen i se stejným maximem, u mužů až do 7,5 litru alkoholu za týden.

Druh alkoholu: u mužů hlavně pivo (36), pivo a destiláty (6), víno (4), destiláty (3), pivo, víno, destilát (3), pivo s vínem (2). U žen je časté víno (3), pak kombinace pivo, víno, destilát (1), pivo s vínem (1).

**Tab. č. 27 Objevení stejného onemocnění v rodině**

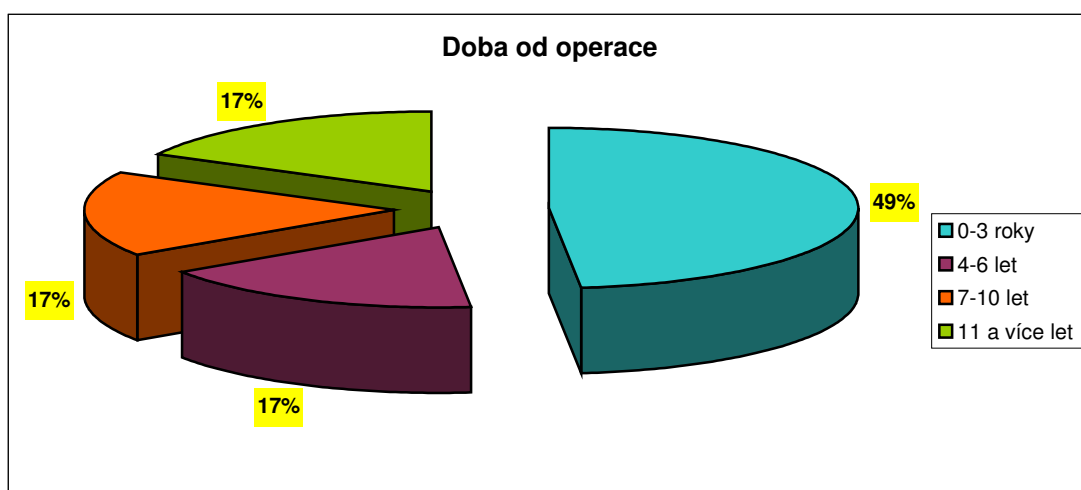
Pohlaví	Muži	Ženy	Celkem	
Onemocnění	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	5	0	5	6
Ne	73	9	82	94
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>9</b>	<b>87</b>	<b>100</b>
<b>Pohlaví</b>	<b>Muži</b>			
<b>Onemocnění</b>	<b>Absolutní četnost</b>			
Ano, strýc	1			
Ano, matka	2			
Ano, bratr	1			
Ano, otec	1			
<b>Celkem</b>	<b>5</b>			

Pouze u pěti mužů, 6% se objevilo stejné onemocnění v rodině (dvakrát u matky, jednou u strýce, bratra a otce).

**Tab. č. 28 Doba od operace**

Doba od operace	Muži	Ženy	Celkem		Minimum	Muži	Ženy	Celkem
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)				
0-3 roky	39	3	42	49	3 měsíce	3 měsíce	půl roku	4,5 měsíce
4-6 let	13	2	15	17	Průměr	6 let	6,5 let	6 let, 3 měsíce
7-10 let	13	2	15	17				
11 a více let	13	2	15	17				
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>9</b>	<b>87</b>	<b>100</b>				

**Graf č. 13. Doba od operace**



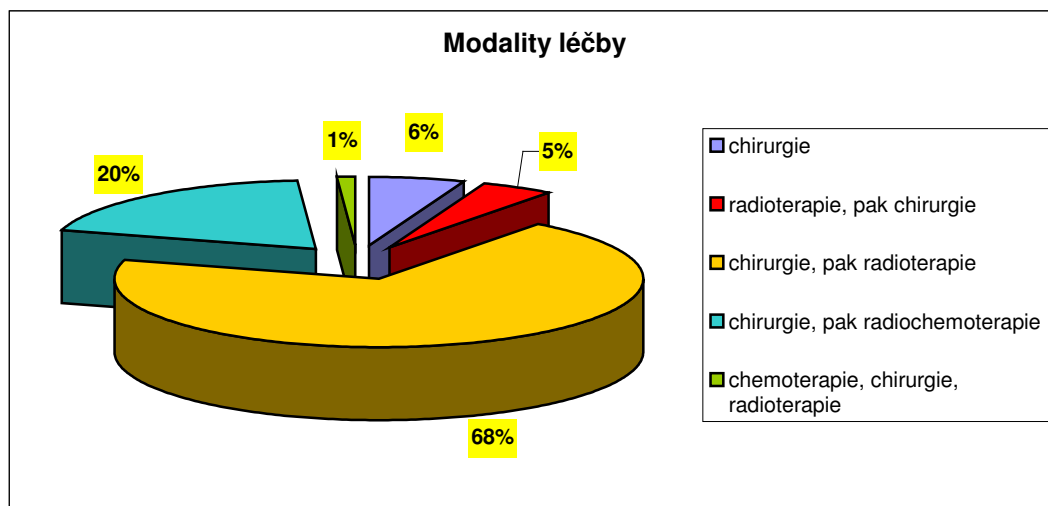
Doba od operace byla především mezi 0-3 roky, 42 lidí, 19% (39 mužů, 3 ženy, zastoupení v ostatních škálách (4-6 let, 7-10 let, 11 a více let) bylo stejné 15 osob, 17% (13 mužů, 2 ženy). Průměr je 6 let, 3 měsíce, minimum u mužů 3 měsíce, u žen půl roku, maximum u mužů 15 let, žen 13 let.

**Tab. č. 29 Modality léčby**

Modalita léčby	Muži	Ženy	Celkem	
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Chirurgie	5	0	5	6
Radioterapie, pak chirurgie	4	0	4	5
Chirurgie, pak radioterapie	60	0	60	68

<b>Chirurgie, pak radiochemoterapie</b>	8	9	17	20
<b>Chemoterapie, chirurgie, radioterapie</b>	1	0	1	1
<b>Celkem</b>	78	9	87	100

**Graf č. 14** Modality léčby

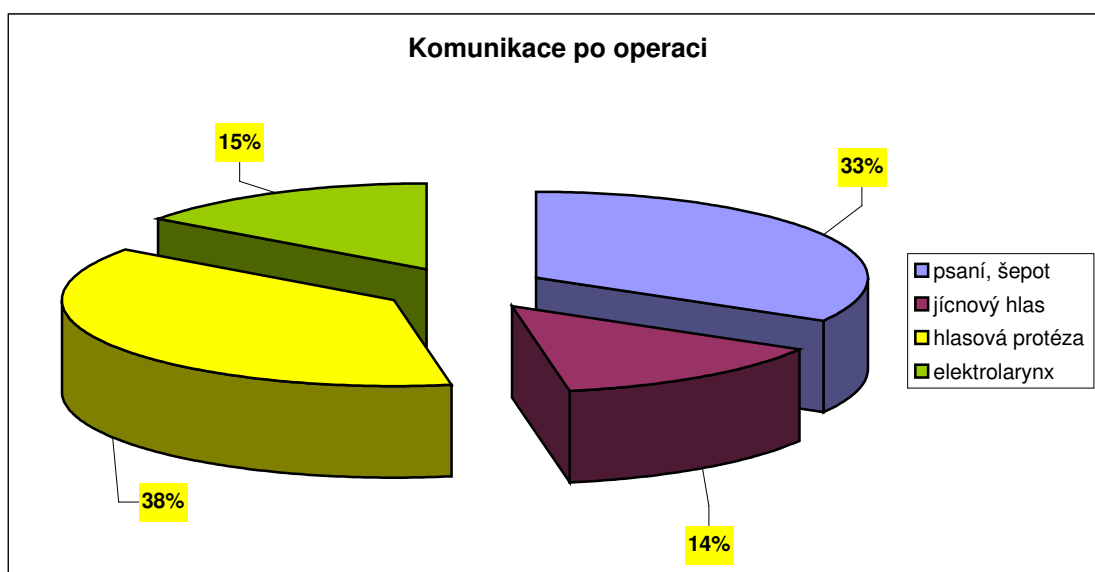


Z léčebných modalit byla nejvíce zastoupena chirurgie následované radioterapií 60 mužů, 68%, u žen naopak chirurgie, pak radiochemoterapie 9 žen (8 mužů), celkem 17 osob, 20%. Chirurgii podstoupilo 5 mužů, 6% a radioterapii, pak chirurgii 4, 5%, chemoterapii, chirurgii a posléze radioterapii podstoupil 1 muž. Údaje vychází z tvrzení nemocných.

**Tab. č. 30** Komunikace po operaci

Způsob komunikace	Muži	Ženy	Celkem	
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Psaní, šepot</b>	26	3	29	33
<b>Jícnový hlas</b>	11	1	12	14
<b>Hlasová protéza</b>	28	5	33	38
<b>Elektrolarynx</b>	13	0	13	15
<b>Celkem</b>	78	9	87	100

**Graf č. 15 Komunikace po operaci**

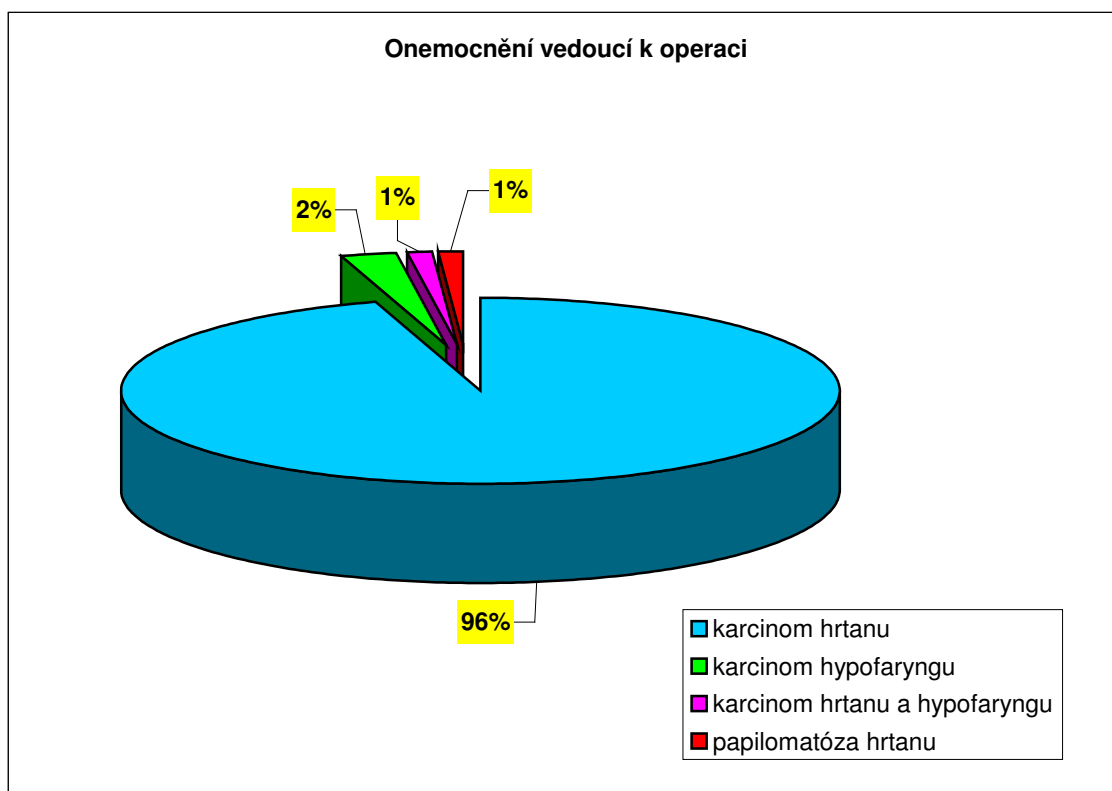


V komunikaci po operaci převládali nositelé hlasové protézy 33 osob, 38% (28 mužů, 5 žen), následuje naopak komunikace psaním či šepotem 29, 33% (26 mužů, 3 žen). Elektrolarynx používají stále ke komunikaci v tomto souboru jen muži 13, 15%. Jícnový hlas, který je přirozenou komunikací využívá 12 osob, 14% (11 mužů, 1 žena).

**Tab. č. 31 Onemocnění, které vedlo k operaci**

Onemocnění	Muži	Ženy	Celkem	
	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Karcinom hrtanu	75	8	83	96
Karcinom hypofaryngu	2	0	2	2
Karcinom hrtanu a hypofaryngu	1	0	1	1
Papilomatóza hrtanu	0	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>9</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Graf č. 16 Onemocnění, které vedlo k operaci**



Hlavním onemocněním, které vedlo k operaci je karcinom hrtanu (83 osob, 96%, 75 mužů, 8 žen). Dva muži měli karcinom hypofaryngu (2%) a jeden karcinom hrtanu a hypofaryngu (1%). Jedna žena (nejmladší ze všech respondentů) trpěla papilomatózou hrtanu.

**Tab. č. 32 Problémy po totální laryngektomii u respondentů**

Muži	Pořadové číslo	1. místo/počet	2. místo/počet	3. místo/počet	4. místo/počet	Žádné problémy
	1.	ztráta hlasu 55	snížení či ztráta společenských kontaktů 13	bolest ramene 3; únava 3	nechutenství 1 ; obtížné dýchání 1	3
	2.	únava 4	pocit nedostatku vzduchu 6	obtíže při polykání 2; obtíže při smrkání 2;		
	3.	pocit nedostatku vzduchu 2;	protékání hlasové protězy 5	deprese 1; samota 1		



		protékání HP 2				
	<b>4.</b>	bolest ramene 1; horší spánek 1; nemožnost zvedat těžké věci 1; omezení čichu 1; otoky v obličeji po radioterapii 1; ztráta společenských vztahů 1; zvýšená tvorba hlenů 1; recidiva onemocnění 1	obtížné dýchání 3; vzhled 3			
	<b>5.</b>		častá návštěva lékaře - kvůli problémům s HP 2; deprese 2; kašel 2; otok v obličeji po RT 2; únava 2; ztráta hlasu 2			
	<b>6.</b>		bolest ramene 1; odchod do důchodu 1; problémy při koupání 1; obtíže s tracheostomatem 1; špatný spánek 1			
<b>Ženy</b>	<b>Pořadové číslo</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>Žádné problémy</b>
	<b>1.</b>	ztráta hlasu 9	obtíže při komunikaci 1; obtíže při polykání 1; pocit nedostatku vzduchu 1; snížení či ztráta společenských kontaktů 1; zaměstnání 1; ztráta	otoky v obličeji po radioterapii 1; snížení či ztráta společenských kontaktů 1	0	<b>0</b>

			aktivity: plavání 1			
<b>Celkem</b>	<b>Pořadí hodnot</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>Žádné problémy</b>
	<b>1.</b>	ztráta hlasu 64	snížení či ztráta společenských kontaktů 14	bolest ramene 3; únava 3	nechutenství 1; obtížné dýchání 1	3
	<b>2.</b>	únava 4	pocit nedostatku vzduchu 7	obtíže při polykání 2; obtíže při smrkání 2		
	<b>3.</b>	pocit nedostatku vzduchu 2; protékání hlasové protězy 2	protékání hlasové protězy 5	deprese 1; zvýšená tvorba hlenů 1; samota 1; snížení či ztráta společenských kontaktů 1; otoky v obličeji po radioterapii 1		
	<b>4.</b>	bolest ramene 1; horší spánek 1; nemožnost zvedat těžké věci 1; omezení čichu 1; otoky v obličeji po RT 1; ztráta společenských vztahů 1; zvýšená tvorba hlenů 1; recidiva nemoci 1	obtížné dýchání 3; vzhled 3			
	<b>5.</b>		častá návštěva lékaře (problémy s HP) 2; deprese 2; kašel 2; otok v obličeji po RT 2; únava 2; ztráta hlasu 2			

Hlavním problémem, který pociťují nemocní po operaci, na prvním místě je ztráta hlasu (64, 74%: 55 mužů, 9 žen), únava 4, (5%, muži), pocit nedostatku vzduchu 2 (2%) a protékání hlasové protézy 2 (2%), bolest ramene (1), horší spánek (1), nemožnost zvedat těžké věci (1) omezení čichu (1), otoky v obličeji po radioterapii (1), ztráta či snížení společenských vztahů (1), zvýšená tvorba hlenů (1), recidiva onemocnění (1); na druhém místě je snížení či ztráta společenských kontaktů 14 osob, 16%, pocit nedostatku vzduchu 7, 8%, protékání hlasové protézy 5, 6%, obtížné dýchání (3), vzhled (3), častá návštěva lékaře (2), deprese (2), kašel (2), otok v obličeji po radioterapii (2), únava (2), ztráta hlasu (2). Na třetím místě je bolest ramene u 3 respondentů, únava také, obtíže při polykání 2, stejný počet při smrkání, deprese (1), zvýšená tvorba hlenů (1), samota (1), snížení či ztráta společenských kontaktů (1), otoky v obličeji po radioterapii (1). Na čtvrtém místě je nechutenství (1) a obtížné dýchání (1). Tři muži nepociťovali žádné problémy po operaci.

**Tab. č. 33**

**Průměrné hodnoty u jednotlivých položek kvality života: míra spokojenosti, QL a celková míra spokojenosti podle pohlaví PŘED operací**

(Pozn. průměrné hodnoty jsou zaokrouhlené na celé číslo, směrodatná odchylka na jedno desetinné číslo)

Pohlaví		Míra spokojenosti se životem (%) - vizuální	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
Ženy	Počet	9	9	9
	Průměr	96	87	83
	Směrodatná odchylka	4,97	6,6	3,86
Muži	Počet	78	78	78
	Průměr	94	82	83
	Směrodatná odchylka	10,6	8,3	7,05
Celkem	Počet	87	87	87
	Průměr	95	85	83
	Směrodatná odchylka	1	1,15	2

U všech respondentů je průměrná míra spokojenosti se životem 95% (96% ženy, 94% muži), kvalita života 85% (82% muži, 87% ženy), celková míra spokojenosti 83%, stejný je i průměr u mužů a žen.

**Tab. č. 34 Vizualní škála spokojenosti před operací**

Škála spokojenosti	Muži		Ženy		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>0% úplně nespokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>10% velmi nespokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>20% nespokojeni</b>	1	1	0	0	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>30% spíše nespokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>40% nespokojenost převládá nad spokojeností</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>50% spokojenost někdy ano, někdy ne</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>60% občas nespokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>70% téměř spokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>80% spokojeni</b>	5	6	0	0	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>90% velmi spokojeni</b>	23	30	4	44	<b>27</b>	<b>31</b>
<b>100% spokojenost se životem</b>	49	63	5	56	<b>54</b>	<b>62</b>
<b>Celkem</b>	78	100	9	100	<b>87</b>	<b>100</b>

Ve vizualní škále udali nemocní spokojenost 100% (54 osob, 62%, 49 mužů, 5 žen). Velmi spokojeno je 27 lidí, 31% (23 mužů, 4 ženy), spokojeno je 5 mužů, 6% a nespokojen je 1 muž, 1%.

**Tab. č. 35 Pořadí hodnot u laryngektomovaných PŘED operací**

<b>Muži</b>	<b>Pořadové číslo</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>5. místo/počet</b>
	1.	rodina (manželka, děti, vnoučata, sourozenci a příbuzní) 51	koníčky 33	koníčky: 31	zaměstnání 6	dobré vztahy 1
	2.	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 5	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 28	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 12	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 4	zaměstnání 4
	3.	duševní pohoda 4	zaměstnání 9; zdraví 9	zaměstnání 8	duševní pohoda 3; koníčky 3	duševní pohoda 1
	4.	zaměstnání, práce 3; přítelkyně 3	rodina 3	duševní pohoda 4	kultura 1; zdraví 1	práce na sobě 1
	5.	koníčky 2	duševní pohoda 2	duchovní život 2; sport 2; kultura 2		kultura 1
	6.	zdraví 1	duchovní život 1; práce na sobě, sebevzdělávání 1; sport 1	přítelkyně 1; zdraví 1; sex 1		
<b>Ženy</b>	1.	rodina 7	vztahy mezi lidmi 2; koníčky 2	zdraví 3	zaměstnání 7	dobré vztahy mezi lidmi 2
	2.	dobré vztahy 1; zaměstnání 1	zaměstnání 1	kultura 5		
	3.			koníčky 1; zdraví 1		
<b>Celkem</b>	<b>Pořadí hodnot</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>5. místo/počet</b>
	1.	rodina 58	koníčky 39	Koníčky 32	zaměstnání 13	dobré vztahy 1
	2.	dobré vztahy 6	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 29	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 12	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 4; koníčky 4	zaměstnání 4

	3.	zaměstnání, práce 4; duševní pohoda 4, přítelkyně 3	zaměstnání 9; zdraví 9	zaměstnání 9	duševní pohoda 3	zdraví 2
	4.	koníčky 2	rodina 4	duševní pohoda 4; zdraví 4	zdraví 2	duševní pohoda 1; práce na sobě 1; kultura 1
	5.	zdraví 1	duševní pohoda 2	kultura 5	kultura 1	
	6.		duchovní život 1; práce na sobě, sebevzdělávání 1; sport 1	duchovní život 2; sport 2;		
	7.			přítelkyně 1; sex 1		

**Na prvním místě** v žebříčku hodnot zvolili respondenti rodinu: 51, 59%, (56 mužů, 71% 7 žen, 77%), dobré vztahy 6, 7% (5, 6% mužů, 1, 11% žena), dále zaměstnání (4, 5% 3 muži, jedna žena), 3, 3% muži uvedli přítelkyni, koníčky 2, 2% a zdraví 1 muž (1%). **Na druhém místě** se zapsaly koníčky (39, 45%: muži: 33, 42%, ženy: 2, 22%), dobré vztahy mezi lidmi, přátelství (25, 29%: muži: 23, 29%, ženy: 2, 22%), zaměstnání (10, 11%, muži: 9, 12%, ženy: 1, 11%), zdraví (9, 10%: jen muži: 9, 12%), rodina (4, 5%: muži: 3, 4%, ženy: 1, 11%), duševní pohoda (2, 2%, jen 2, 3% muži), dále po jednom muži duchovní život (1%), práce na sobě (1%), sport (1%). **Na třetím místě** jsou koníčky (32, 37%: muži: 31, 40%, ženy: 1, 11%), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (13, 15%: jen muži 17%), zaměstnání (8, 9%, jen muži: 8, 10%), kultura (6, 7%, muži: 1, 1%, ženy 5, 55%), duševní pohoda (4, 5%, jen muži: 5%), jen muži zaznamenali oblasti: duchovní život (2, 2%, muži: 2, 3%), sport, (2, 2%, muži: 2, 3%), po jednom muži přítelkyně (1%), sex (1%). **Čtvrté místo** zaujalo zaměstnání (13, 15%, muži: 6, 8%, 7 žen, 77%), dobré vztahy mezi lidmi, dobré vztahy a přátelství (4, 5%, jen muži 5%), koníčky (4, 5%, jen muži), duševní pohoda (3, 3%, jen muži: 3, 4%), zdraví (2, 2%, jen muži: 2, 3%), kultura (1 muž, 1%). **Páté místo** patří dobrým vztahům a přátelství (3, 3%, muži: 1, 1%, ženy: 2, 22%), zaměstnání (4, 5%, jen muži: 5%), duševní pohoda (1 muž, 1%), práce na sobě (1 muž, 1%), kultura (1 muž, 1%).

**Koníčky před operací** viz v tabulce č. 36 v Příloze č. 15. U mužů nejčastěji sledování televize, sport: cyklistika, četba novin, kutilství, zahrada, plavání, procházky, hudba, rybaření atd. U žen cestování, luštění křížovek, sledování televize, domácí práce, četba atd.

**Tab. č. 37 Pořadí hodnot u laryngektomovaných PO operaci**

<b>Muži</b>	<b>Pořadové číslo</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>5. místo/počet</b>
	1.	rodina 58	koníčky 40	koníčky 22	koníčky 4	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 1
	2.	koníčky 6	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 27	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 11	duševní pohoda 2;dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 2	duševní pohoda 1
	3.	duševní pohoda 5	zaměstnání 4	duševní pohoda 5	duchovní život 1; zaměstnání 1	koníčky 1
	4.	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 3; přítelkyně 3	zdraví 3	duchovní život 3; kultura 3 (1 filmový festival v Karlových Varech, 1 poslech houslových koncertů - Šporcl, 1 výstavy)		sport 1
	5.	zaměstnání 2	rodina 2	zaměstnání 2;zdraví 2		
	6.	zdraví 1	duchovní život 1; duševní pohoda 1; práce na sobě 1; přítelkyně 1	sport 1		
<b>Ženy</b>	1.	rodina 7	koníčky 5, dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 5	koníčky 2	zdraví 1	
	2.	duševní pohoda 1; zaměstnání 1	rodina 2	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 1; zdraví 1		
<b>Celkem</b>	<b>Pořadí hodnot</b>	<b>1. místo/počet</b>	<b>2. místo/počet</b>	<b>3. místo/počet</b>	<b>4. místo/počet</b>	<b>5. místo/počet</b>
	1.	rodina 65	koníčky 45	koníčky 24	koníčky 4	dobré

						vztahy mezi lidmi, přátelství 1; duševní pohoda 1; koníčky 1; sport 1
	2.	duševní pohoda 6; koníčky 6	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 20	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 12	duševní pohoda 2; dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 2	
	3.	dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 3; zaměstnání 3; přítelkyně 3	zaměstnání 4; rodina 4	duševní pohoda 5	duchovní život 1; zaměstnání 1; zdraví 1	
	4.	zdraví 1	zdraví 3	duchovní život 3; zdraví 3; kultura 3 (1 filmový festival v Karlových Varech, 1 poslech houslových koncertů - Šporcl, 1 výstava)		
	5.		duchovní život 1; duševní pohoda 1; práce na sobě 1; přítelkyně 1	zaměstnání 2		
	6.			sport 1		

**Hodnoty po operaci: (rozdíl proti stavu před operací zde není zmíněna na prvním místě duševní pohoda). Průměrná hierarchie hodnot celého souboru:**

Na prvním místě se u největšího počtu respondentů umístila rodina (65 osob, 75%; muži, 58 lidí, 74%, ženy, 7, 77%), dále duševní pohoda 6 osob, 7% (5, 6% mužů a 1 žena, 11%), koníčky 6, 7% (jen muži), po třech lidech (3%) následují dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (jen muži), zaměstnání (2, 3% muži, 1, 11% žen), přítelkyně (jen muži).

Druhé místo patří koníčkům, 45 osob, 52% (muži 5%), pak dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 31, 36% (muži: 35%, ženy, 44%), zaměstnání 4, 5% (muži), rodina 4, 5% (muži 2,



3%, ženy 2, 22%), zdraví 3, 3% (muži, 4%), po jednom muži mají témata duchovní život, duševní pohoda, práce na sobě a přítelkyně (každé po 1%).

**Na třetím místě** jsou koníčky 24, 28% (muži: 22, 28%, ženy 2, 22%), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství 12, 14% (muži: 14%, ženy 1, 11%), duševní pohoda 5, 6% (muži), duchovní život 3, 3% (muži, 4%), kultura 3, 3% (muži, 4%), zdraví 3, 3% (2, 3% muži, 1 žena, 11%), zaměstnání 2 muži, 3%, sport 1 muž, 1%.

**Čtvrté místo** je spíše záležitost mužů: koníčky 4, 5%, mužů, po dvou v každé oblasti: duševní pohoda a vztahy mezilidmi, 2% (ze skupiny mužů 3%), duchovní život uvedl 1 muž, 1%, zaměstnání také 1 muž, zdraví uvedla 1 žena, 1% (ze souboru žen 11%).

**Páté místo** naplnili muži: po jednom uvedli dobré vztahy a přátelství, duševní pohodu, koníčky a sport.

Dvě hodnoty uvedl celý soubor respondentů, tři 53, 61%, (muži: 49, 63% ženy: 4, 44%), čtyři 11 osob, 17% (muži: 10, 13%, ženy: 1, 1%), pět hodnot uvedli jen 4 muži, 5%.

**Koníčky po operaci viz tab. č. 38** Koníčky po operaci viz v tabulce č. 41, Příloha č. 15. Muži: nejčastěji procházky, sledování televize, poslech rádia, zahradničení, kutilství, rybaření, cyklistika, hudba atd. U žen sledování televize, domácí práce, procházky, poslech hudby atd. koníčky omezily sport či těžší práce kvůli obtížím v dýchání, únavě, nemožnosti zvedat těžší předměty, např. při fotbale, zatečení vody do stomatu omezilo plavání.

**Tab. č. 39 Průměrné hodnoty u jednotlivých položek kvality života: míra spokojenosti, QL a celková míra spokojenosti podle pohlaví PO operaci podle pohlaví**

(Pozn. průměrné hodnoty jsou zaokrouhlené na celé číslo, směrodatná odchylka na jedno desetinné číslo)

Pohlaví		Míra spokojenosti se životem (%) - vizuální	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
Ženy	Počet	9	9	9
	Průměr	63	73	68
	Směrodatná odchylka	6,7	7,4	5,9
Muži	Počet	78	78	78
	Průměr	71	76	69
	Směrodatná odchylka	21,4	10,2	12,4

<b>Celkem</b>	<b>Počet</b>	87	87	87
	<b>Průměr</b>	67	71	72
	<b>Směrodatná odchylka</b>	4	2	4

Po operaci průměrná míra spokojenosti je 67%, ženy 63%, muži 71%. Kvalita života, QL je 71 % (u žen 73%, muži 76%). Celková míra spokojenosti se životem je 72%, (69% u mužů, u žen 68%).

**Tab. č. 40 Vizualní škála spokojenosti po operaci podle pohlaví**

Škála spokojenosti	Muži		Ženy		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>0% úplně nespokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>10% velmi nespokojeni</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>20% nespokojeni</b>	2	3	0	0	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>30% spíše nespokojeni</b>	2	3	0	0	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>40% nespokojenost převládá nad spokojeností</b>	4	5	0	0	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>50% spokojenost někdy ano, někdy ne</b>	14	18	1	12	<b>15</b>	<b>17</b>
<b>60% občas nespokojeni</b>	8	10	4	44	<b>12</b>	<b>14</b>
<b>70% téměř spokojeni</b>	7	9	4	44	<b>11</b>	<b>13</b>
<b>80% spokojeni</b>	15	19	0	0	<b>15</b>	<b>17</b>
<b>90% velmi spokojeni</b>	14	18	0	0	<b>14</b>	<b>16</b>
<b>100% spokojenost se životem</b>	12	15	0	0	<b>12</b>	<b>14</b>
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Na vizualní škále 80% spokojenost mělo 15 lidí, 17% (15 mužů), 90% spokojenost pocívalo 14 mužů, 16%. 50% spokojenost, někdy ano, někdy ne 15 osob, 17% (14 mužů, 1 žena). 90% velmi spokojeni – 14 osob, 16% (14 mužů). 60% (občas nespokojeni): 12 lidí, 14% (8 mužů, 4 ženy). 11 osob, 13% (7 mužů, 4 ženy), téměř spokojeni jsou 4 muži, 5% je

nespokojeno, dva muži jsou spíše nespokojeni, dva jsou nespokojeni. Převládá spíše spokojenost nad 50%.

**Tab. č. 41 Spektrum hodnocení kvality života podle věku PO operací**

Pohlaví	Míra spokojenosti se životem (%) - vizuální	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
<b>Ženy</b>			
Počet	9	9	9
<b>Věkové rozmezí</b>			
41-50 let	65	72	67
51-60 let	65	73	66
61 let a více	62	75	69
<b>Muži</b>			
Počet	78	78	78
<b>Věkové rozmezí</b>			
41-50 let	68	71	66
51-60 let	67	76	76
61 let a více	75	79	69
<b>Celkem</b>			
Počet	87		
<b>Věkové rozmezí</b>			
41-50 let	67	72	67
Směrodatná odchylka	1,5	0,5	0,5
51-60 let	66	75	71
Směrodatná odchylka	1	1,5	5
61 let a více	69	77	69
Směrodatná odchylka	6,5	2	0

Spektrum hodnocení kvality života po operaci podle věku je různé, nejvyšší míru spokojenosti se životem je ve věkové škále nad 61 let: 69%, kvalita života 77%, nižší je celková míra spokojenosti se životem je 69% (ženy: míra spokojenosti se životem 62%, kvalita života 75%, celková míra spokojenosti se životem 69%, muži: míra spokojenosti se životem 75%, kvalita života 79%, celková míra spokojenosti se životem 69%).

Skupinou je věkové rozmezí mezi 51 až 60 lety: míra spokojenosti se životem 66%, kvalita života 75%, celková míra spokojenosti se životem 76%. Lidé mezi 41-50 lety mají 67% míru spokojenosti se životem, kvalitu života 72%, celkovou míru spokojenosti se životem 67% (muži: míra spokojenosti se životem 68%, kvalita života 71%, celková míra spokojenosti 66%, ženy: 65% míra spokojenosti se životem, kvalita života 72%, celková míra spokojenosti se životem 67%).

*Nejvyšší míru spokojenosti, kvalitu života mají lidé nad 61 let, celkovou míru spokojenosti se životem lidé mezi 41-50 lety.*

**Tab. č. 42 Průměrné hodnoty ukazatelů kvality života podle modality léčby**

Pohlaví/modalita léčby	Míra spokojenosti se životem (%) - vizuální	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
<b>Ženy</b>			
Počet	9	9	9
<b>Chirurgie, radioterapie</b>			
Průměr	63	73	68
Směrodatná odchylka	6,7	7,4	5,9
<b>Muži</b>			
Počet	78	78	78
<b>Radioterapie, chirurgie</b>			
Průměr	60	82	82
Směrodatná odchylka	10	1,7	1,5
<b>Chirurgie, radioterapie</b>			
Průměr	69	68	61
Směrodatná odchylka	22,2	11	13
<b>Chirurgie, radiochemoterapie</b>			
Průměr	80	72	70
Směrodatná odchylka	16,3	6	5,6
<b>Chirurgie</b>			
Průměr	86	80	80
Směrodatná odchylka	10,9	0	0
<b>Chemoterapie, chirurgie, radioterapie</b>			
Průměr	90	72	70
Směrodatná odchylka	0	0	0

<b>Celkem</b>			
<b>Chirurgie, radioterapie</b>			
Průměr	66	68	61
Směrodatná odchylka	3	11	13
<b>Radioterapie, chirurgie</b>			
Průměr	60	82	82
Směrodatná odchylka	10	1,7	1,5
<b>Chirurgie, radiochemoterapie</b>			
Průměr	80	72	70
Směrodatná odchylka	16,3	6	5,6
<b>Chirurgie</b>			
Průměr	86	80	80
Směrodatná odchylka	10,9	0	0
<b>Chemoterapie, chirurgie, radioterapie</b>			
Průměr	90	72	70
Směrodatná odchylka	0	0	0

Po operaci z léčebných modalit měli respondenti nejvyšší průměrné ukazatele života po **chirurgickém zásahu**: míra spokojenosti se životem 86%, kvalita života 80%, celková míra spokojenosti se životem 80%, dále **chemoterapie, chirurgie, radioterapie**: 90% míra spokojenosti, kvalita života 72%, celková míra spokojenosti 70%. **Chirurgie, radiochemoterapie**: míra spokojenosti se životem 80%, kvalita života 72%, celková míra spokojenosti se životem 70%. Nižší údaje mají kombinace léčby: **radioterapie, chirurgie**: míra spokojenosti se životem 60%, kvalita života 82%, celková míra spokojenosti se životem 82%, **Chirurgie, radioterapie** dopadla s následujícím výsledkem: míra spokojenosti se životem 66%, kvalita života 68%, celková míra spokojenosti se životem 61%.

**Tab. č. 43 Průměrné hodnoty ukazatelů kvality života podle doby operace**

Pohlaví	Míra spokojenosti se životem (%) - vizuální	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
<b>Ženy</b>			
Počet	9	9	9
<b>Doba od operace</b>			
0-3 roky	63	69	67

4-6 let	60	82	66
7-10 let	60	73	78
11 a více let	60	72	63
<b>Muži</b>			
Počet	78	78	78
<b>Doba od operace</b>			
0-3 roky	68	76	68
4-6 let	75	76	71
7-10 let	72	76	71
11 a více let	72	76	68
<b>Celkem</b>	87	87	87
<b>Doba od operace</b>			
0-3 roky	66	73	68
Směrodatná odchylka	2,5	3,5	0,5
4-6 let	68	79	69
Směrodatná odchylka	7,5	3	2,5
7-10 let	66	75	75
Směrodatná odchylka	6	1,5	3,5
11 a více let	66	74	66
Směrodatná odchylka	6	2	2,5

Ukazatele kvality života podle doby od operace jsou různé, nejvyšší hodnoty jsou v časovém období od 4 do 6 let: míra spokojenosti se životem 68%, kvalita života 79%, celková spokojenost 69% (muži 75%, 76%, 71%; ženy 60%, 82%, 66%). Následuje rozmezí nad 7 let do 10: míra spokojenosti 66%, kvalita života 75%, celková spokojenost 75% (muži: 72%, 76%, 71%; ženy 60%, 73%, 78%). V období do tří let je míra spokojenosti 66%, kvalita života 73%, celková spokojenost 68% (muži 68%, 76%, 68%; ženy: 63%, 69%, 67%). Lidé s odstupem 11 a více let udávají míru spokojenosti 66%, kvalitu života 74%, celkovou spokojenost 66% (muži: 72%, 76%, 68%; ženy: 60%, 72%, 63%).

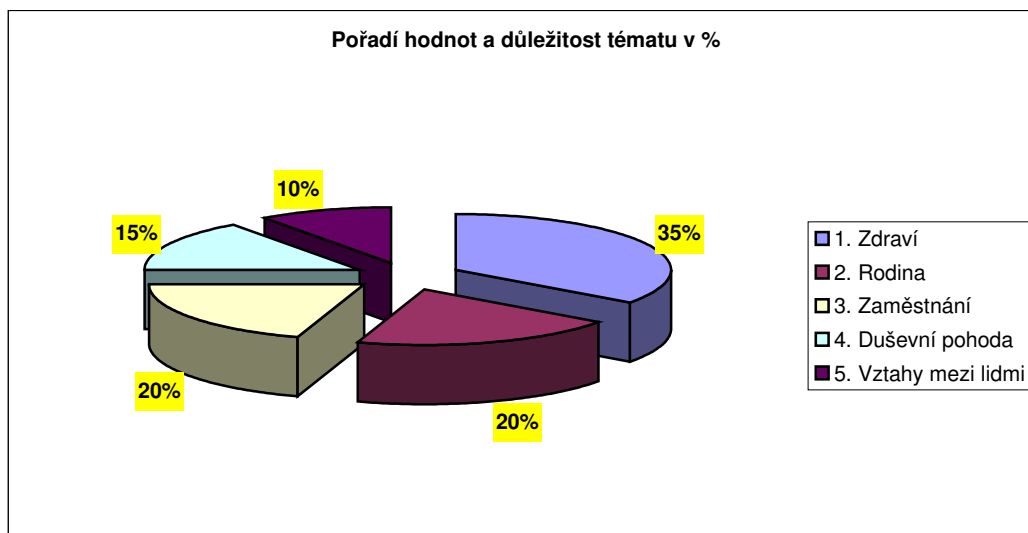
**Nyní si porovnáme v následujících grafech a tabulce životní cíle u respondentů z obecné populace a u nemocného před a po laryngektomii:**

**Tab. č. 44 Pořadí hodnot a míra spokojenosti s nimi v % u muže z obecné populace**

Pořadí hodnot	Míra spokojenosti v %
1. Zdraví	100
2. Rodina	70
3. Zaměstnání	90
4. Duševní pohoda	90
5. Vztahy mezi lidmi	50

Pořadí hodnot (míra spokojenosti s nimi) je následující: na prvním místě je zdraví (100%), pak rodina (70%), zaměstnání (90%), duševní pohoda (90%), vztahy mezi lidmi (50%).

**Graf 18 Pořadí hodnot a jejich význam pro respondenta z obecné populace**



Pořadí hodnot a jejich význam ukazuje, že nejdůležitější pro respondenta je zdraví (35%), dále rodina (20%) a zaměstnání (20%), duševní pohoda (15%), vztahy mezi lidmi (10%).

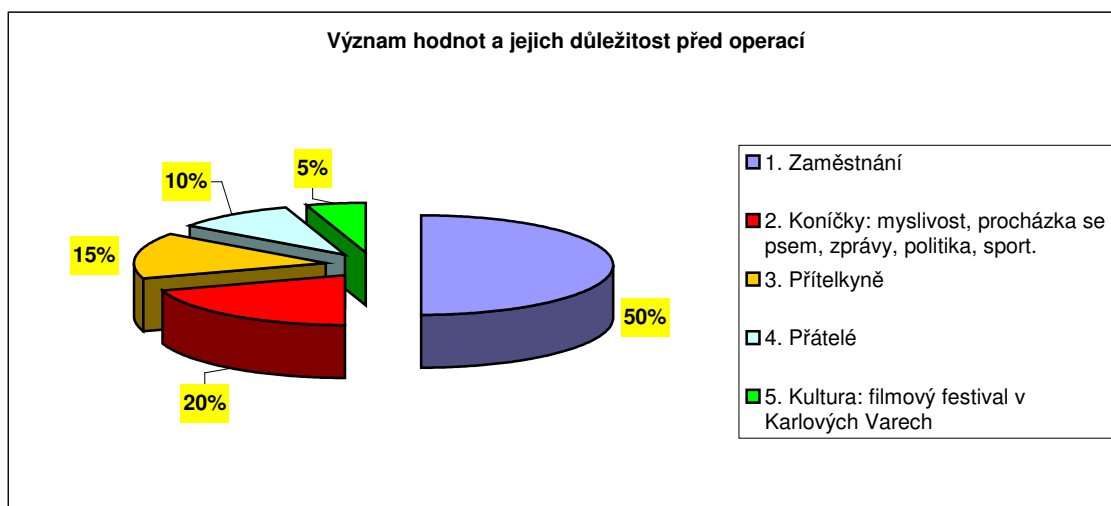
**Tab. č. 45 Pořadí hodnot a míra spokojenosti s nimi v % u muže před a po operaci**

Pořadí hodnot před operací	Míra spokojenosti v %	Pořadí hodnot po operaci	Míra spokojenosti v %
1. Zaměstnání	80	1. Koníčky: myslivost, procházka se psem, zprávy, politika, sport	80
2. Koníčky: myslivost, procházka se psem, zprávy, politika, sport.	70	2. Přítelkyně	70

3. Přítelkyně	80	3. Kultura: filmový festival v Karlových Varech	30
4. Přátelé	70		
5. Kultura: filmový festival v Karlových Varech	80		

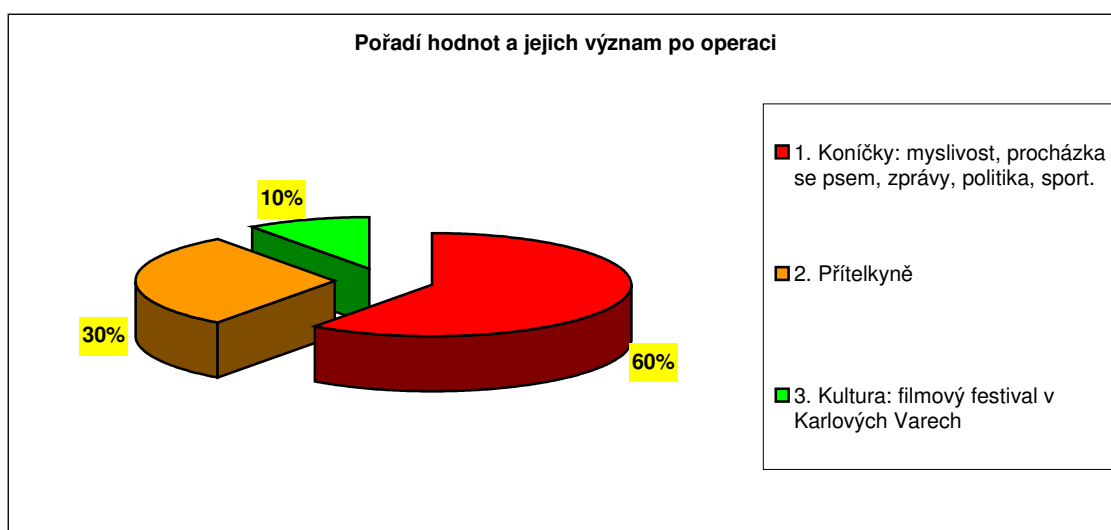
Z této tabulky lze odečíst, jak se změnilo pořadí hodnot po operaci a jejich míra spokojenosti. Před operací na prvním místě bylo zaměstnání (spokojenost 80%), pak koníčky (70%), přítelkyně (80%), přátelé (70%), kultura (80%). Po operaci jsou nejdůležitější koníčky (80%), přítelkyně (70%) a kultura (30%), kterou omezil díky problémům se zvýšeným vykašláváním hlenů z tracheostomatu.

**Graf č. 21** Pořadí hodnot a jejich význam pro muže před operací



Význam hodnot před operací: nejdůležitější je zaměstnání (50%), pak koníčky (20%), přítelkyně (15%), přátelé (10%) a kultura (5%).

**Graf č. 22** Pořadí hodnot a jejich význam pro muže po operaci





Po operaci se změnila důležitost hodnot: na prvním místě jsou koníčky (60%), přítelkyně (30%), kultura (30%).

**Tab. č. 46 Porovnání ukazatelů života u respondenta z obecné populace a laryngektomovaného před a po operaci**

Pohlaví	Míra spokojenosti se životem - vizuální (%)	QL, kvalita života (%)	Celková míra spokojenosti se životem (%)
Muž z obecné populace	100	86	80
Muž před operací	100	78	76
Muž po operaci	50	72	60

Oba dva muži jsou na špičce s ukazateli životní kvality (muž z obecné populace a muž před operací). Po operaci se významně snížila vizuální kvalita života na 50%, avšak kvalita života a celková míra spokojenosti se životem vypočtená z míry spokojenosti a důležitosti hodnot se pohybuje výše, zvláště kvalita života (72%).

## B) Dotazník o kvalitě života nemocných po totální laryngektomii ŽIPOLET

1. počet respondentů, pohlaví: 50 mužů, 100%

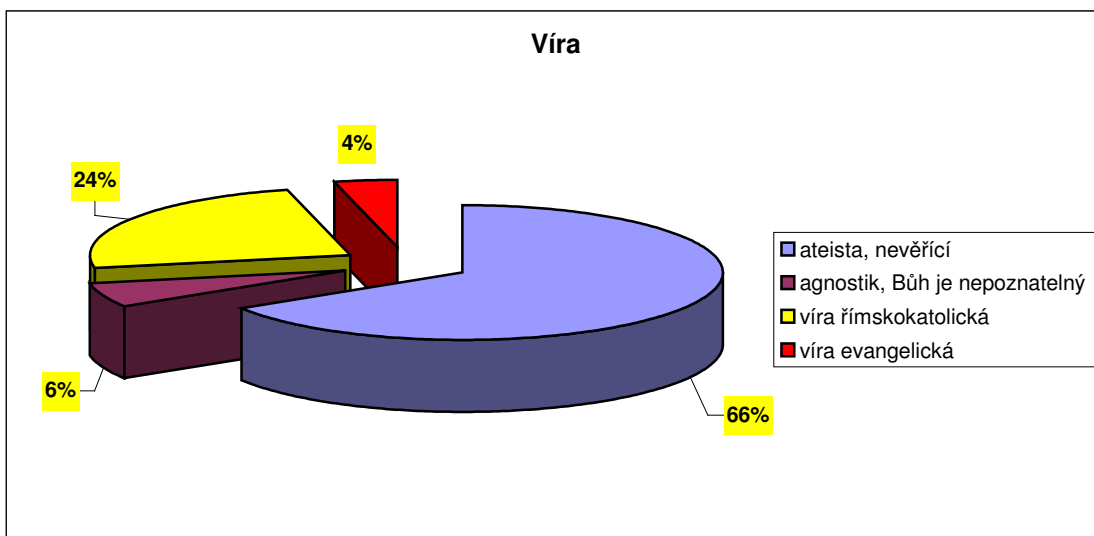
2. věkové rozmezí

**Tab. č. 47 Věkové rozmezí respondentů**

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
40 let a méně	0	0
41- 50 let	3	6
51 – 60 let	23	46
61 let a více	24	48
Celkem	50	100
Průměr	61	-
nejnižší věk	43	-
nejvyšší věk	81	-

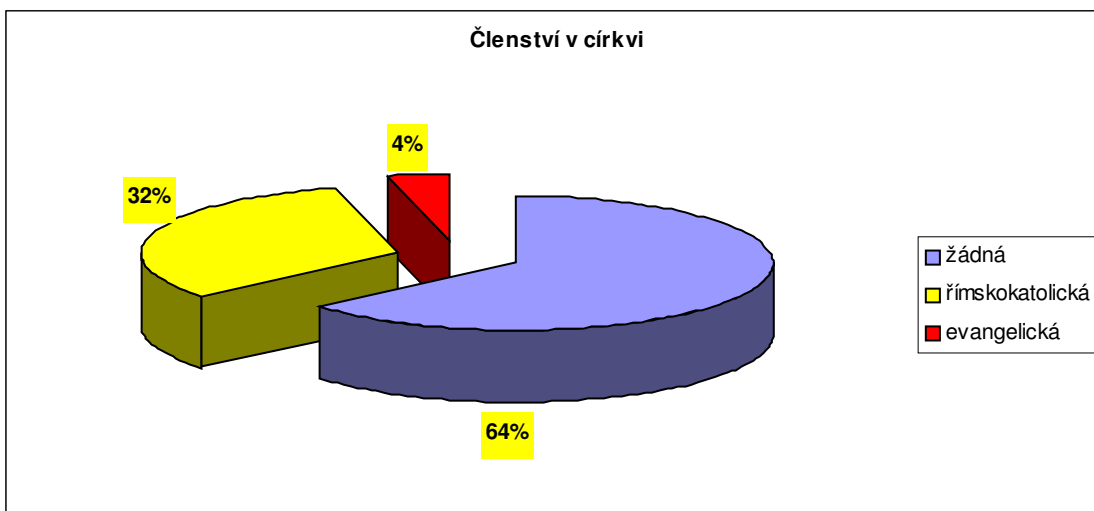
Nejvíce jsou zastoupeni muži ve věku od 51 let a více: 47 respondentů (51-60 let, 26, 46%; 61 a více 24, 48%). Věkový průměr je 61 let.

**Graf č. 23 Víra**



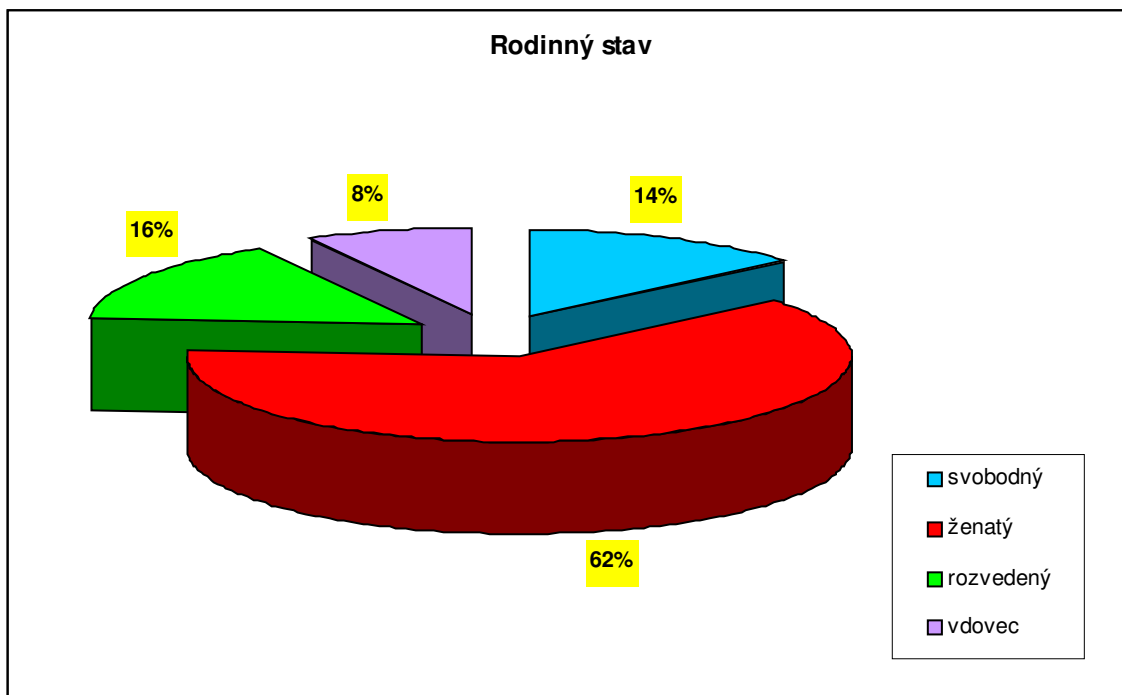
Největší podíl mají ateisté: 33 lidí, 12 osob římskokatolické věry, 3 agnostici, 2 evangelické věry.

**Graf č. 24 Členství v církvi**



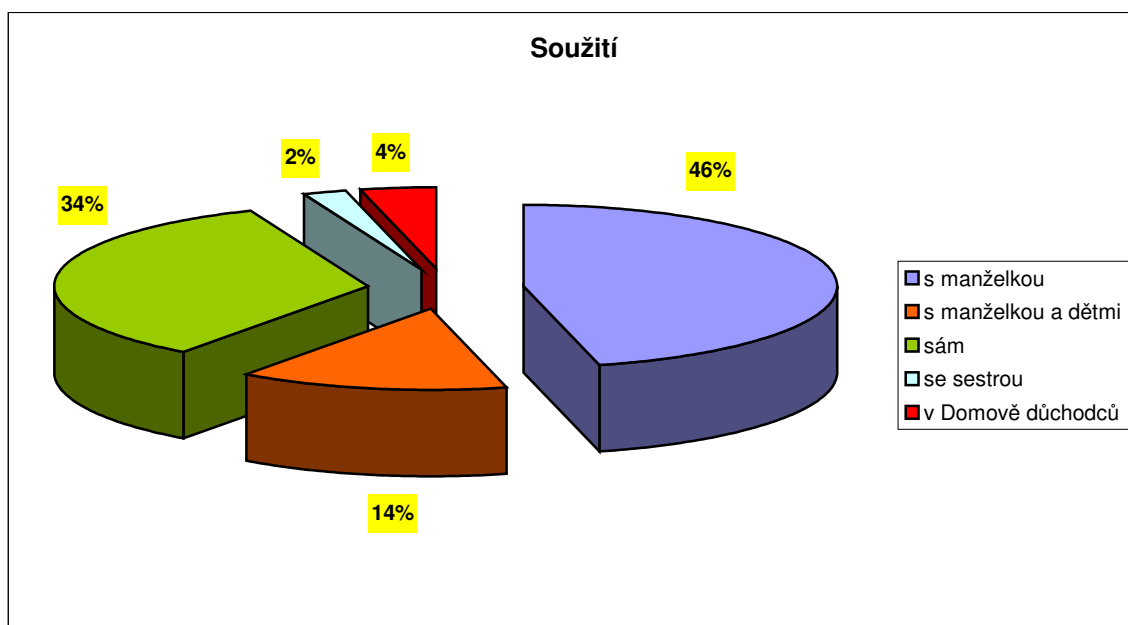
Členství vypovídá v prospěch nečlenů žádné církve (32), římskokatolíků je 16, evangelíků 2.

Graf č. 25 Rodinný stav



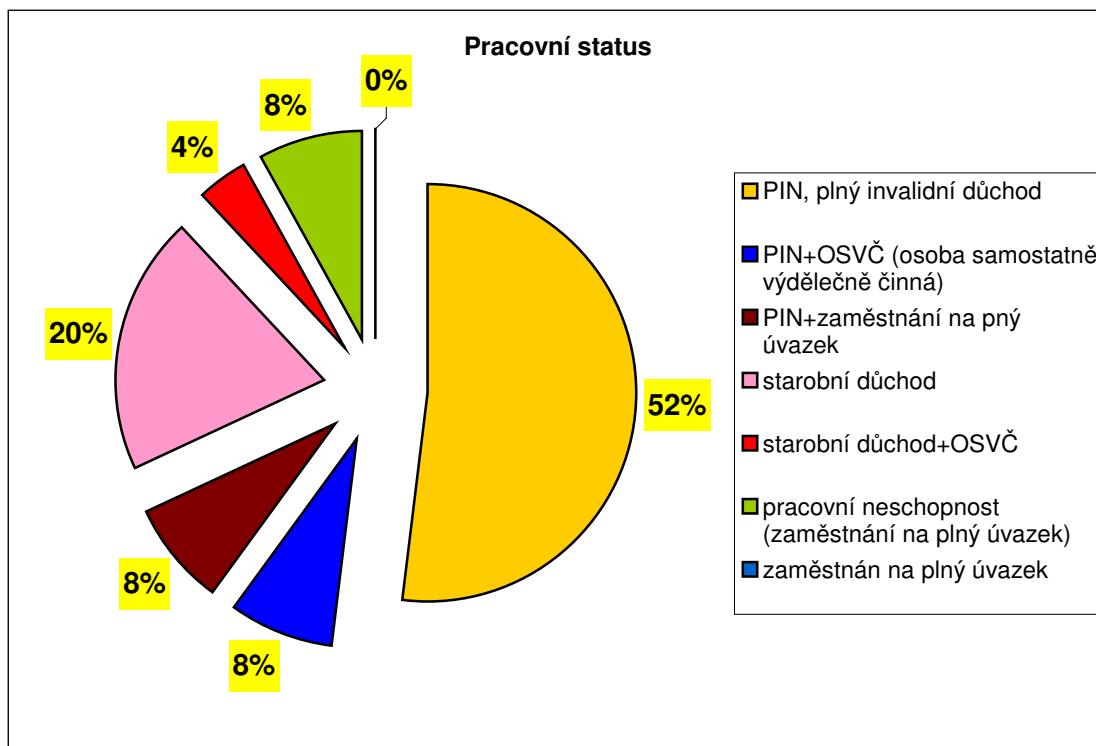
Nejvíce je ženatých (31), poté rozvedených (8) či svobodných (7), nejméně vdovců (4).

Graf č. 26 Soužití



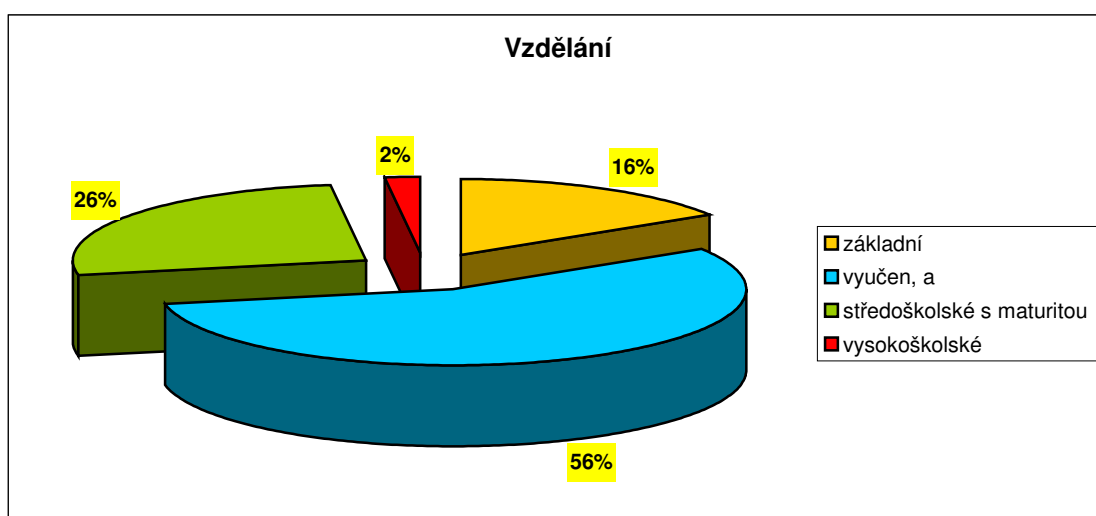
Soužití je časté s manželkou (23, 46%), samo žije (17, 34%), s manželkou a dětmi (7, 14%), v Domově důchodců (2, 4%) nebo se sestrou (1, 2%).

**Graf č. 27 Zaměstnání (poslední povolání viz Tab. č. 24 prvních padesáti respondentů po laryngektomii u dotazníku SEIQoL**



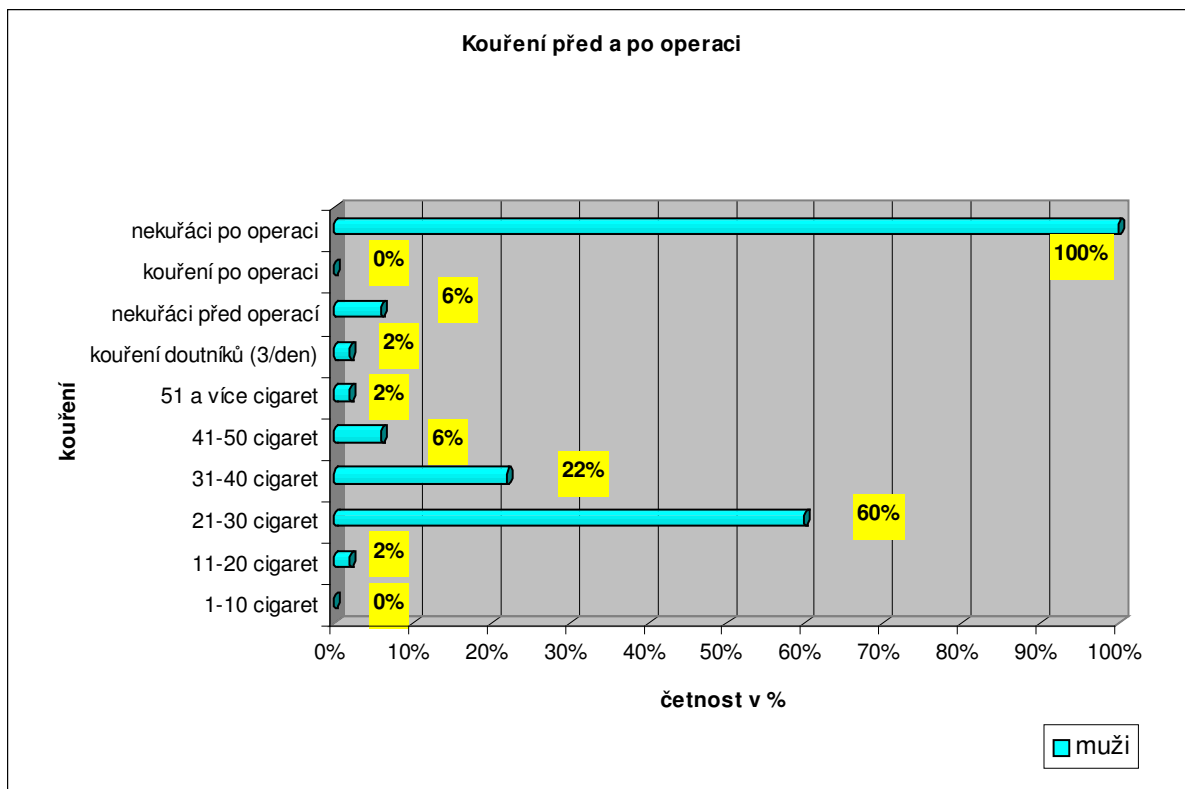
Z respondentů je nejvíce zastoupeno invalidních důchodců 26, 52%, poté starobní důchodci 10 (20%). Ostatní jsou zastoupeni minimálně: PIN, a zaměstnání na plný úvazek, PIN+OSVČ, pracovní neschopnost: každá oblast po 4, 8%, starobní důchodci 2, 4%, nikdo v současnosti nepracuje na plný úvazek bez pracovní neschopnosti.

**Graf č. 28 Vzdělání**



U respondentů převažují vyučení (28), poté se středoškolským (13), základním vzděláním (8) a vysokou školou (1).

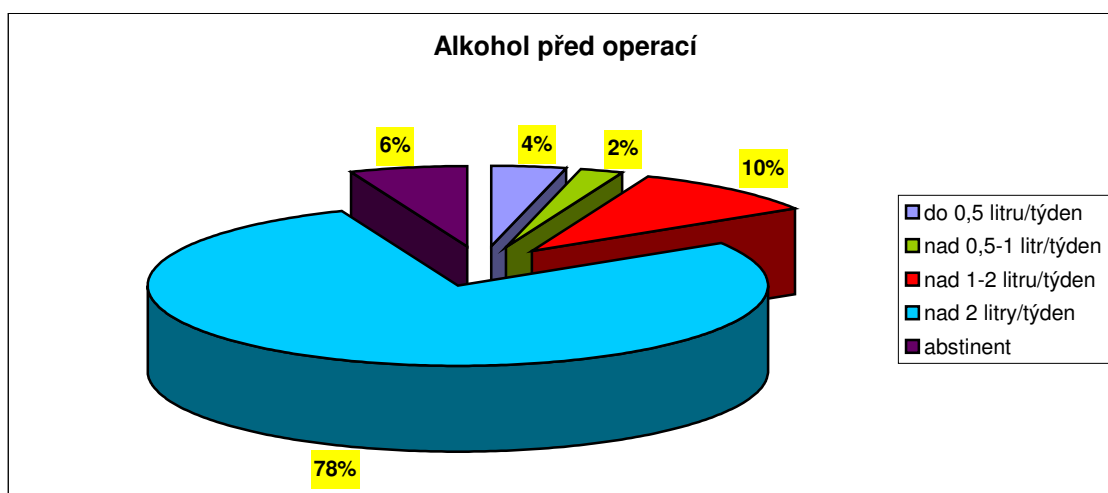
**Graf č. 29 Kouření (před a po operaci)**



**Kouření před operací:** nejčastější rozmezí je mezi 21-30 cigaretami (30 osob) a mezi 31-40 cigaretami (11 lidí), nekuřáci jsou 3 stejně jako kuřáci se 41 do 50 cigaret, do škály 1-10 cigaret nespadá žádný respondent, ostatní škály jsou po jednom muži (kouření doutníků: 3 denně, 51 a více cigaret, 11-20 cigaret).

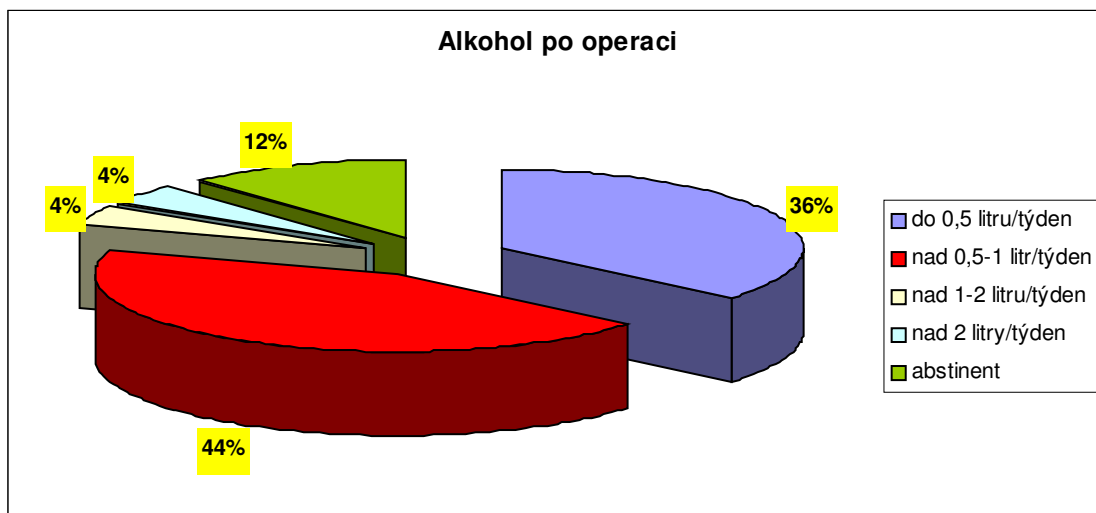
**Kouření po operaci:** žádný respondent.

**Graf č. 30 Alkohol (pivo, víno, destiláty) před operací**



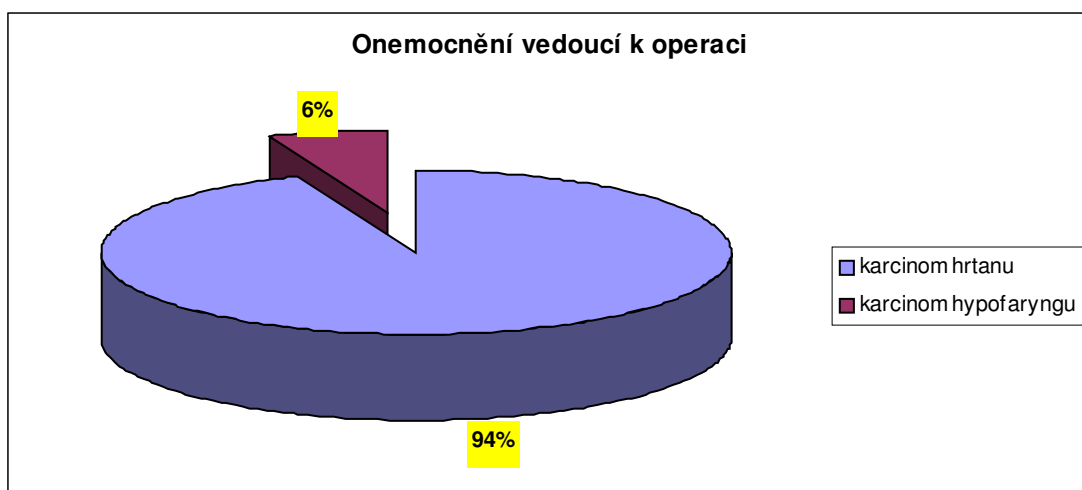
V příjmu alkoholu dominují konzumenti nad 2 litry týdně (39), následují od 1 do 2 litrů (5), abstinenti jsou 3, do půl litru 2 a mezi půl litrem a jedním jeden muž.

**Graf č.31 Alkohol (pivo, víno, destiláty) po operaci**



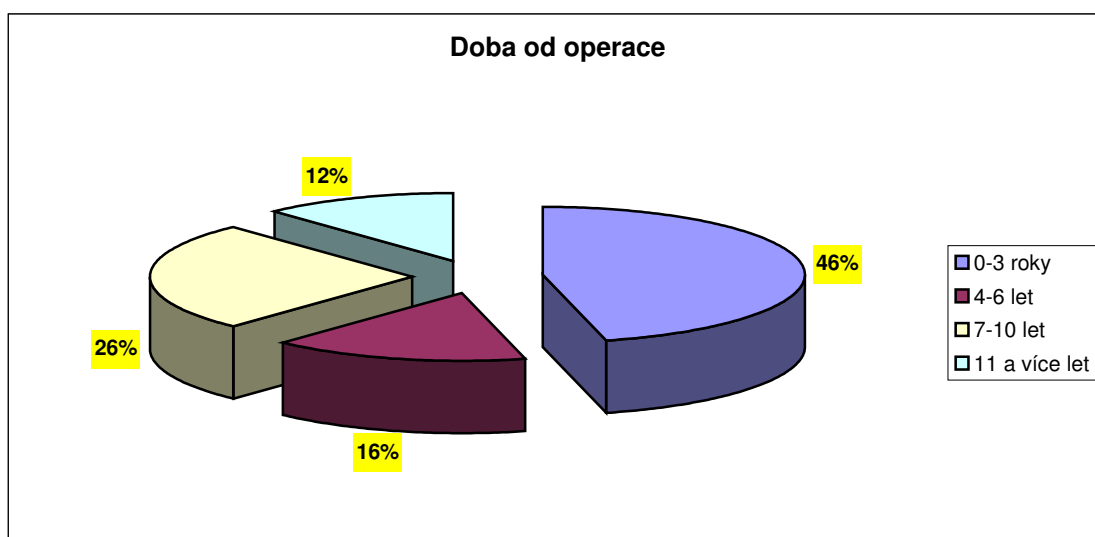
Po operaci se pohybuje kolem 0,5 litru do jednoho 22 konzumentů, do půl litru 18, abstinentů je 6, mezi 1 a 2 litry či nad 2 litry jsou 2 muži v každé oblasti.

**Graf č. 32 Onemocnění vedoucí k operaci**



Karcinom hrtanu je vedoucím onemocněním k provedení totální laryngektomie, 47 osob, u třech případů je důvodem karcinom hypofaryngu.

**Graf č. 33 Doba od operace**



Největší zastoupení mají respondenti v době operace do tří let 23, poté od 7 do 10 let 13, 4-6 let 8 mužů a 11 a více let 6 osob.

**Tab. č. 48 První příznaky onemocnění**

Příznaky	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Bolest v krku	1	2
Dušení	1	2
Horší polykání a obtížnější dýchání	2	4
Chrapot	33	66
Chrapot, bolest při polykání	2	4
Chrapot, bolest v krku při mluvení	1	2
Chrapot, horší dýchání	1	2
Chrapot, pocit knedlíku v krku	1	2
Chrapot, škrábání v krku	4	8
Obtíže při polykání	2	4
Vyplivování hlenů s krví	2	4
Celkem	50	100

Nejvíce zaznamenaným příznakem onemocnění byl chrapot (33 případů), poté chrapot doprovázený škrábáním v krku (4) či vyplivování hlenů s krví (2), horší polykání a dýchání (2), chrapot, bolest při polykání (2), obtíže při polykání (2) nebo další projevy: bolest v krku (1), dušení (1), chrapot, bolest v krku při mluvení (1), chrapot a horší dýchání (1), chrapot a pocit knedlíku v krku (1).

**Tab. č. 49 Časové období, než došlo k vyšetření lékařem ORL**

Doba	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Do 1 měsíce	2	4
Více než měsíc do dvou měsíců	3	6
Více než dva měsíce do třech měsíců	10	20
Více než tři měsíce do půl roku	28	56
Po půl roce do roka	5	10
Více než rok	2	4
Celkem	50	100

Z této tabulky vyplývá, že příchod nemocných k lékaři specialistovi od projevů prvních příznaků onemocnění spadá do období více než tří měsíců do půl roku (28, 56%), dále více než dva měsíce do třech měsíců (10, 20%), po půl roce do roka přišlo pět respondentů (10%), do dvou měsíců 3 (6%), do měsíce (2, 4%) stejně jako u období více než jednoho roku (1, 2%).

**Tab. č. 50 Nádorové onemocnění v rodině**

Nádorové onemocnění stejného rázu v rodině	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Ano	3	6
Ne	47	94
Celkem	50	100
Objevení jiného nádorového onemocnění		
Ano	13	26
Ne	97	74
Celkem	50	100

Nádorové onemocnění stejného typu se objevilo v rodině 3 mužů (6%), jiné nádorové onemocnění bylo u 13 mužů, 26% z celkového počtu respondentů.

**Tab. č. 51 Přídavné onemocnění**

Onemocnění	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Diabetes mellitus	4	8
Ischemická choroba srdeční	2	4
Hypertenze	1	2
Nádorové onemocnění jiného orgánu: rakovina tlustého střeva	1	2



Žádné přídatné onemocnění	42	84
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Z dalších vážnějších onemocnění se objevuje nejčastěji diabetes mellitus (4, 8%), dále ischemická choroba srdeční (2, 4%) či hypertenze (1) nebo rakovina tlustého střeva (1), bez dalšího chronického onemocnění je 42 osob, 84%.

**Tab. č. 52 Podání informací před operací od ošetřujícího personálu**

Informovanost	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Plná informovanost	43	86
Nevyhovující informovanost	7	14
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Plnou informovanost ošetřujícím personálem pocívalo 43, 86% mužů, nevyhovující 7, 14% (většinou neměli před operací skoro žádné informace o důsledcích).

**Tab. č. 53 Vyhledání odborné pomoci po operaci**

Odborník	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Foniatr	43	86
Psycholog	1	2
Foniatr, Svaz invalidů	2	4
Kromě lékaře ORL již nikoho	4	8
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Kromě lékaře ORL a pracovníků, které musí povinně navštívit (např. k vyřízení invalidního důchodu) nemocní vyhledávají na prvním místě foniatra 43, 86%, foniatra a Svaz invalidů 2 muži (4%), psychologa pouze 1 osoba (2%), mimo lékaře nikam nezašli čtyři muži, 8%.

**Tab. č. 54 Pooperační rehabilitace**

Rehabilitace/místo	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Ano (Piešťany 1, Luhačovice 4)	5	10
Ne	45	90
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Léčebnou pooperační rehabilitaci v ozdravných zařízeních vyhledalo pouze 5 mužů, 10% (Piešťany 1, Luhačovice 4) z celkového počtu respondentů.

**Tab. č. 55 Modalita léčby**

Modalita léčby	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Chirurgie	3	6
Radioterapie, pak chirurgie	4	8
Chirurgie, pak radioterapie	41	82
Chirurgie, pak radiochemoterapie	1	2
Chemoterapie, chirurgie, radioterapie	1	2
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Modalitu léčby, kterou podstoupili, uvedli nemocní v první řadě chirurgii následovanou radioterapií (41, 82%), čtyři muži (8%) radioterapii, pak následoval chirurgický zákrok, jen operaci měli 3 muži, 6%. Po jednom muži (2%) byla provedena kombinace léčebných modalit: operace s následnou radiochemoterapií či chemoterapie před operací a po ní radioterapie. Údaje vychází z tvrzení nemocných.

**Tab. č. 56 Komplikace po léčbě, které udali nemocní jako subjektivně obtěžující**

<u>Komplikace</u>	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Mukozitida (zánětlivé poškození sliznic), xerostomie (nedostatečná tvorba slin)	4	8
Nauzea (nevolnost), zvracení (emesis)	2	4
<b>Nic výrazně obtěžujícího</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
Obtíže při polykání	2	4
Obtíže při polykání, píštěl	1	2
Otoky obličeje, krku	2	4
Otoky krku, ztráta chuti	1	2
Píštěl	1	2
Podrážděná kůže, nechuf, ztráta růstu vousů	1	2
Problémy s hlasovou protézou: častá výměna	3	6
Snížená chuť, vypadání zubů	1	2
Spálená kůže	7	14
Spálená kůže, obtížné polykání, otoky, xerostomie	5	10
Spálená kůže, nevolnost, xerostomie, zvracení	1	2
Špatné hojení rány, podrážděná kůže	2	4
Špatné hojení rány, spálená kůže, snížení chuti, sucho v krku	2	4
Únava	2	4
Výrazné zhubnutí	1	2
Ztráta chuti	1	2
Ztráta chuti a čichu	1	2
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Nic výrazně obtěžujícího nezaznamenalo 10 respondentů. Ostatní měli různé obtíže, které pocívali po léčbě jako obtěžující, vyplývající z nežádoucích účinků léčby: mukozitidu, xerostimii (4), nauzeua zvracení (2), obtíže při polykání 2), obtíže při polykání a pískání (1), otoky obličej, krku (2), otoky krku, ztráta chuti (1), pískání (1), podrážděná kůže, nechuť, ztráta růstu vousů (1), problémy s hlasovou protézou (častá výměna) – 3 muži, snížená chuť, ztráta dentice (1), spálená kůže (7), spálená kůže, obtížné polykání, otoky, xerostomie (5), spálená kůže, nevolnost, zvracení, xerostomie (1), špatné hojení rány, podrážděná kůže (2), navíc snížená chuť k jídlu, sucho v krku (2), únava (2), výrazné zhubnutí (1), ztrátu chuti (1), ztrátu chuti a čichu (1).

*Pro dotazník ŽIPOLET jsme vytvořili vlastní škálování oblastí, které jsou významné pro nemocné po operaci jakou je laryngektomie: kašel, náchylnost k nemocem, bolest, chuť, čich, obtíže v krku a ústech, strava a hmotnost, spánek, řeč, obtíže po operaci, aktivita a soběstačnost, péče o tracheostoma a pomůcky, sociální oblast, psychika, pracovní oblast, finanční a obecné údaje (zhodnocení nemocným) své kvality života. Potíže jsou procentuálně odlišené dle závažnosti důsledků pro život po operaci (0 minimální kvalita života, je zde něco, co velmi vadí po 100% nic výrazně obtěžujícího).*

**Tab. č. 57 Vlastní dotazník kvality života - škálování**

Dotazník o kvalitě života nemocných po totální laryngektomii, ŽIPOLET						
Určená škála celkové kvality života	1. výborná 90-100	2. velmi dobrá 70-89	3. dobrá, ucházející 50-69	4. špatná 30-49	5. velmi špatná 0-29	- ze skóre zhodnocení oblastí se vypočte celková kvalita života závislá na těchto oblastech  Celkové skóre kvality života
<b>OBLASTI KVALITY života:</b>						
1. kašel						
2. náchylnost k nemoci						
3. bolest						
4. chuť						
5. čich						

6.obtíže v krku a ústech
7. strava a hmotnost
8. spánek
9. řeč
10. obtíže po operaci v posledním týdnu
11. aktivita a soběstačnost
12. péče o tracheostoma, pomůcky
13. sociální oblast
14. psychika
15. pracovní oblast
16. finance
17. obecné údaje o kvalitě života a zdraví

Celková kvalita života z těchto oblastí: průměr celkový ze všech oblastí: celkový součet = počtem otázek (včetně A, B: udělá se průměr jako 1 otázka)

<b>Škála</b>	<b>Počet otázek</b>	<b>Vyjmenování otázek</b>
<b>1. Kašel</b>	1	20
<b>2.Náchylnost k nemoci</b>	1	21
<b>3. Bolest</b>	1	22 A, B
<b>4. Chuť</b>	1	23. A
<b>5.Čich</b>	2	24, 25
<b>6.Obtíže v krku a ústech</b>	4	26, 27. A, B, 28, 29
<b>7. Strava a hmotnost</b>	3	30, 31, 32
<b>8. Spánek</b>	1	33
<b>9. Řeč</b>	4	34, 35 A, B, 36, 37
<b>10.Obtíže v posledním týdnu</b>	1	38
<b>11. Aktivita a soběstačnost</b>	2	39, 40
<b>12. Péče o tracheostoma, pomůcky</b>	6	41 A, B, 42, 43. A, B, 44, 45, 46
<b>13. Sociální oblast</b>	8	47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54
<b>14. Psychika</b>	6	55, 56, 57, 58, 59, 60
<b>15. Pracovní oblast</b>	3	61, 62, 63
<b>16. Finance</b>	1	64
<b>17. Obecné údaje o kvalitě života a zdraví</b>	6	65, 66, 67, 68, 69, 70

Vyjmenování otázek, jejich škála

<b>20.</b>	100, 0
<b>21.</b>	100, 0
<b>22.</b>	A., B. 100,0
<b>23.</b>	A. 100,0

24.	100, 75, 50, 25, 0
25.	100, 50,0
26.	100, 0
27.	A. 100, 50, 0 B. 100, 50,0
28.	100,0
29.	100,0
30.	100, 75, 50, 25, 0
31.	100, 0
32.	100, 50, 0
33.	100, 50, 0
34.	100, 67, 33, 0
35.	A. 100, 67, 33, 0, B. A. 100, 67, 33, 0
36.	100, 67, 33, 0
37.	100, 0
38.	100, 0
39.	u všech otázek A, B, C, D: 100, 75, 50, 0
40.	100, 0
41.	A. 100, 85, 75, 50, 35, 25, 0; B. 100, 50, 0
42.	100, 50, 0
43.	A. 100, 67, 33, 0; B. 100, 0
44.	100, 50, 0
45.	100, 50, 0
46.	100, 67, 33, 0
47.	100, 0
48.	100, 50, 0
49.	100, 50, 0
50.	100, 0
51.	100, 0
52.	100, 0
53.	100, 0
54.	100, 50, 0
55.	100, 50, 0
56.	100, 67, 33, 0
57.	100, 0
58.	100, 0
59.	100, 0
60.	100, 0
61.	100, 75, 50, 25, 0
62.	100, 50, 0
63.	100, 50, 0
64.	100, 67, 33, 0
65.	100, 67, 33, 0
66.	100, 75, 50, 25, 0

67-	100, 75, 50, 25, 0
68.	100, 0
69.	100, 0
70.	100, 75, 50, 25, 0

Z celkové tabulky hodnocení oblastí z otázek 20-70 (viz Tab. č. 58 v Příloze 15) vychází u všech respondentů průměrné skóre kvality života uvedené v následující tabulce.

**Tab. č. 59 Kvalita života, životní pohoda, procentuální skóre (122)**

<b>OBLASTI KVALITY ŽIVOTA</b>	<p><b>Průměr % v jednotlivých oblastech, čím vyšší skóre od 0% do 100%, tím vyšší kvalita života.</b>  Celkový počet respondentů: N= 50, 100%.  <b>Hodnocení celkové kvality života, životní pohody v dotazníku z jednotlivých oblastí a jako souhrnný výsledek:</b>  <b>Úroveň životní pohody:</b>  1. výborná 90-100, 2. velmi dobrá 70-89, 3. dobrá 50-69, 4. špatná 30-49, 5. velmi špatná 0-29</p>
	<i>Průměr v jednotlivých oblastech v % u všech dotazovaných respondentů</i>
<b>1. Kašel</b>	92 výborná (minimální obtíže) úroveň
<b>2. Náchylnost k nemoci</b>	96 výborná (minimální obtíže) úroveň
<b>3. Bolest</b>	90 výborná (minimální obtíže) úroveň
<b>4. Chuť</b>	42 špatná úroveň (chuť+ chuť k jídlu: dobrá úroveň 61)
<b>5. Čich</b>	87 velmi dobrá úroveň čich+čich a chuť k jídlu (jen čich 32 špatná úroveň)
<b>6. Obtíže v krku a ústech</b>	66 dobrá úroveň
<b>7. Strava a hmotnost</b>	66 dobrá úroveň
<b>8. Spánek</b>	69 dobrá úroveň
<b>9. Řeč</b>	50 dobrá úroveň
<b>10. Obtíže po operaci v posledním týdnu</b>	5 velmi špatná úroveň
<b>11. Aktivita a soběstačnost</b>	96 výborná (minimální obtíže) úroveň
<b>12. Péče o tracheostoma, pomůcky</b>	65 dobrá úroveň
<b>13. Sociální oblast</b>	36 špatná úroveň
<b>14. Psychika</b>	31 špatná úroveň

<b>15.</b> <b>Pracovní oblast</b>	42 špatná úroveň
<b>16.</b> <b>Finance</b>	24 špatná úroveň
<b>17.</b> <b>Obecné údaje o kvalitě života a zdraví</b>	55 dobrá úroveň
<b>Celkový průměr</b>	60 dobrá úroveň

Z tabulky vyplývá celkový průměr kvality života vzorku všech respondentů jako 60% čili dobrá úroveň kvality života. Mezi oblasti s horší kvalitou života patří chuť, čich, obtíže v posledním týdnu, sociální oblast, psychika, pracovní oblast a finanční stránka.

### Charakteristika oblastí:

- Kašel: zvýšený kašel udávali 4 respondenti (8% z celkového počtu respondentů).
- Náchylnost k nemoci: vyšší nemocnost zaznamenali dva, 4% mužů.
- Bolest: bolest a užívání analgetik mělo 5 mužů, 4%.
- Chuť: problémy s chutí vadily 16 mužům, (32%), nevadily 26, (52%) a žádné nemělo 8 mužů, (16%).
- Čich: obtíže s čichem, které vadily mělo 21 mužů, (42%), z toho 18, (36%) necítí vůbec, ostatní méně. Necítí a nevadí to: 27, 54%, cítí méně a nevadí, 2, 4%, žádný z respondentů neudal, že nemá problémy s čichem. Změna pocitu čichu 37 mužům, 74% neovlivnila chuť k jídlu, 7, 14% ovlivnila částečně, 6, 12% má nechut k jídlu – *tento závěr zvyšuje skóre kvality života u čichu, pokud je nezapočítáme do oblasti čichu, ale chuti, situace výsledků kvality života u chuti a čichu se obrátí. Pokud vezmeme v úvahu oblast čichu a chuti samostatně, pak jsou na špatné úrovni kvality života.*
- Obtíže v krku a ústech: pocit suchého krku popisuje 15 mužů, 30%, vykašlávání hlenů více než dříve 19, 38%, méně 2, 4%, přiměřeně 29, 58%. Tvoření krust 17, 34%, občasnou tvorbu 22, 44%, netvoří se u 11, 22% respondentů. Problémy s kousáním má 14 mužů, (28%). Rozkašle se při polykání 7 mužů, (14%).
- Strava a hmotnost: příjem stravy: 21 mužů, 42% běžná strava, některou pevnou formu stravy vynechají 3, 6%, kašovitou a tekutou přijímá 9, 18%, jen tekutou, 2, 4%, sondovou výživu mají také dva, 4% z celkového souboru 50. Dietní omezení mají 4 diabetici, 8%. Tělesnou hmotnost v normě má 9, 18%, zvýšenou 31, 62%, sníženou 10, 20%.
- Spánek: problémy s spánkem nemá 28 mužů, 56%, občasné 13, 26%, problémy udává 9, 18%.

9. Řeč: způsob komunikace: hlasovou protézu vlastní 12 mužů, 24%, elektrolarynx 11, 22%, psaní či šepot využívá 22, 44%, jícnový hlas 5, 10%. S rodinou se domluví snadno 11, 22%, trochu obtížně 21, 42%, obtížně, ale domluví se 7, 14%, velmi obtížně, skoro se nedomluví 11, 22%. S přáteli se domluví snadno 11, 22%, 21, 42% trochu obtížně, 6, 12% obtížně a 12, 24% skoro vůbec. Dorozumí se s veřejností snadno 10 mužů, 20%, 10, 20% trochu obtížně, 8, 16% obtížně a 22, 44% skoro vůbec. Po telefonu se dohovory 29 lidí, 58%.

10. Obtíže po operaci: 48 mužů uvedlo obtíže po operaci, 96%: na prvním místě ztrátu hlasu, 2. místo snížení či ztráta společenských kontaktů, 3. protékání hlasové protézy, 4. bolest ramene, stud za vzhled, problémy s čichem, obtížné dýchání, velká tvorba hlenů, časté návštěvy lékaře ORL, problémy s tracheostomatem, recidivu onemocnění.

11. Aktivita a soběstačnost: denní aktivity zvládají všichni dotazovaní. Únavu mají 4, 8%.

12. Péče o tracheostoma a pomůcky: všem respondentům pojišťovna hradí pomůcky: z toho 8, 16% mužům hlasovou protézu, HP a pomůcky k ochraně stomatu, 12, 24%, kanylu a pomůcky k ochraně stomatu, 4, 8%, HP, kanylu, pomůcky k ochraně stomatu, 6, 12% elektrolarynx, 2, 4%, elektrolarynx, kanylu a pomůcky k ochraně stomatu, 18, 36% pomůcky k ochraně stomatu. Hradit zcela pomůcky byli ochotni 2, 4%, částečně se podílet 29, 58%, nemůže se podílet 19, 38%. Dostupnost pomůcek na českém trhu považuje za vyhovující 47 respondentů, 94%. Nošení kanyly: celou dobu 13, 26%, 1 (2%) ve dne při obtížích, v noci 2, 4%, nenosí 34, 68%. Jen kovovou kanylu má 8 mužů, 16%, kovovou i plastovou stejný počet (8, 16%). Všichni zvládají péči o tracheostoma, kanylu, hlasovou protézu. Informovanost ohledně pomůcek považuje za plnou 14 mužů, 28%, potřebu dalšího přísunu informací vyžaduje 34, 68%, nezájem o další informace mají 2, 4%. Doplnění materiálu k péči o tracheostoma, případně HP atd. u 49, 98% : i když doplácí, není dopad na rozpočet, 1, 2% nedoplácí vůbec.

13. Sociální oblast: zapojení do běžného života po operaci bylo pro 46, 92% mužů obtížné, méně obtížné pro 4, 8%. Problémy s rodinou po operaci má 30 mužů, 60%, občasné 2, 4%, žádné, které by ovlivnila operace 18, 36% mužů. Společenský život jako dříve nemá 39 mužů, 78%, občas do společnosti vyjde 5, 10% a jako dříve má 6, 12%. Problémy ve společenském kontaktu popisuje 43 mužů, 86%. Blízkého člověka na kterého se mohou v případě nouze (duševní, hmotné či jiné pomoci) obrátit (partner, příbuzní, přátelé, lékař), má 47, 94% respondentů. Kontakt s člověkem, který podstoupil totální laryngektomii, má 8 mužů, 16%. Sexuální život ovlivnila operace 41 mužům, 82%. Organizaci pro laryngektomované si nepřeje 1 muž, 2%, není v kontaktu, ale uvítalo by ji 47, 94%, je v kontaktu 2, 4%.



14. Psychika: pocit izolace a samoty udává 12 mužů, 26%, občasný pocit 15, 30%, nevnímá 32, 64%. Náladu stejnou jako dříve má 13, 26%, mírně horší 19, 38%, horší než dříve 18, 36%. Spíše zaskočení operací bylo 23 mužů, 46%, smířených 27, 54%. Kvůli vzhledu se trápí 46, 92%, kvůli hlasu všichni (100%), kvůli nemoci 43, 86%.

15. Pracovní oblast: zaměstnání: po operaci odešlo do důchodu 29 mužů, 58%, zaměstnání při důchodu jsou 2, 4%, před operací v důchodu bylo 12 mužů, 24%, nezměnilo zaměstnání (jsou nyní v pracovní neschopnosti) 7, 14%. Spokojenost v tomto pracovním a sociálním statusu má 33 mužů, 66%. Stav výkonnosti hodnotí jako stejnou 26, 52%, pokleslou 24, 48%.

16. Finanční: spokojenost s finanční a životní úrovní: horší, nespokojeno 36 mužů, 72%, stejná, spokojeno 8, 16%.

17. Obecné údaje (zhodnocení nemocným) své kvality života: změna vlivem léčby: úplná změna 5, 10%, hodně se změnil život 33, 66%, příliš se nezměnil, 12, 24%. Celková spokojenost po operaci: velmi špatná 3, 6%, horší 39, 78%, stejná 6, 12%. Hodnocení zdraví ve vztahu ke kvalitě života: velmi špatné 3, 6%, horší 18, 36%, dobré 20, 40%, velmi dobré 18%. Důležité hodnoty mají všichni respondenti: na prvním místě rodina, pak koníčky (kutilství, práce v domě, na zahradě, rybaření, práce na počítači, procházky, četba, poslech rádia, sledování televize atd.), vztahy mezi lidmi, duševní pohoda, sport – hlavně cyklistika, kultura: hudba, filmy, zaměstnání, práce na sobě (sebevzdělávání), i duchovní život (meditace).

Pocit ztráty dřívější možnosti před operací zaznamenalo 46 mužů, 92%, mezi ně patří: ztráta společenských vztahů, ztráta zaměstnání, plavání, potápění, fotbal, zpěv, čich.

Spokojenost s prožitím minulého týdne: velmi špatnou hodnotí 2 muži, 4%, horší 5, 10%, dobrou 35, 70%, velmi dobrou 3, 6%, výbornou 2, 4%.

**Tab. č. 60 Porovnání ukazatelů kvality života dotazníku SEIQoL u obecné populace a laryngektomovaných dotazníku ŽIPOLET**

Pohlaví	Ukazatelé kvality života v %			
	Míra spokojenosti vizuální	-	QL, kvalita života	Celková míra spokojenosti
Obecná populace				
Ženy	77		82	78
Muži	81		82	79
Celkem	79		82	78

<b>Laryngektomování před operací, pLET</b>			
Ženy	96	87	83
Muži	94	82	83
Celkem	85	85	83
<b>Rozdíl: Obecná populace/ laryngektomování před operací (pLET)</b>			
Ženy	19 ve prospěch pLET	5 ve prospěch pLET	5 ve prospěch pLET
Muži	13 ve prospěch pLET	stejně	4 ve prospěch pLET
Celkem	6 ve prospěch pLET	3 ve prospěch pLET	5 ve prospěch pLET
<b>Laryngektomování po operaci</b>			
Ženy	63	73	68
Muži	71	76	69
Celkem	67	75	69
<b>Rozdíl: obecná populace/ laryngektomování po operaci (LET)</b>			
Ženy	14 ve prospěch obecné populace	9 ve prospěch obecné populace	10 ve prospěch obecné populace
Muži	10 ve prospěch obecné populace	6 ve prospěch obecné populace	10 ve prospěch obecné populace
Celkem	12 ve prospěch obecné populace	10 ve prospěch obecné populace	9 ve prospěch obecné populace
<b>Rozdíl: Laryngektomování před operací pLET/po operaci (LET)</b>			
Ženy	33 ve prospěch pLET	14 ve prospěch pLET	15 ve prospěch pLET
Muži	23 ve prospěch pLET	6 ve prospěch pLET	14 ve prospěch pLET
Celkem	18 ve prospěch pLET	10 ve prospěch pLET	14 ve prospěch pLET

<b>Dotazník ŽIPOLET</b>	Celková životní pohoda po operaci		
Muži	60		
<b>Rozdíl: laryngektomovaní SeiQoL po operaci (3ukazatelé: míra spokojenosti, QL a celková míra spokojenosti) /ŽIPOLET po operaci</b>			
Muži	+7	+15	+9

***Porovnáme-li životní kvalitu respondentů obou dotazníků, zjistíme, že:***

- rozdíl mezi parametry kvality života (míra spokojenosti, QL, kvalita života a celková míra spokojenosti) u obecné populace a laryngektomovaných před operací je ve prospěch laryngektomovaných: po operaci udávají předchozí kvalitu života vyšší než obecná populace,
- po operaci je výše ukazatelů života ve prospěch obecné populace,
- srovnáme-li spokojenost laryngektomovaných před a po operaci, je ve prospěch laryngektomovaných před operací.
- ukazatelé kvality života dotazníku SEIQoL jsou vyšší než celková životní pohoda u respondentů dotazníku ŽIPOLET.

#### 4. Diskuse

O obtížnosti definovat parametry kvality života jsme načrtli v teorii této práce. Ideální dotazník v praxi neexistuje, některé se mu mohou přiblížit, zachytí-li momenty, které ovlivňují kvalitu života. Dotazník pro nemocné obsahuje většinou sdělení pacientů, kteří srovnávají svůj stav před nemocí či prostě zhodnocení svého současného stavu. Onkologicky nemocní obsahují specifické skupiny osob s různými diagnózami (rakovina prostaty, prsu, hrtanu), každá má svou oblast, která je omezena nemocí: hrtan např. ztráta či porucha hlasu, změna vzhledu, prostata: vliv na sexuální kontakt, vylučování atd. Proto by měl každý dotazník pro onkologicky nemocné obsahovat jak obecnou část (stejnou pro všechny), tak i speciální, určenou pro konkrétní typy chorob. Nemocní s rakovinou v oblasti hlavy a krku se mezi sebou liší: např. rakovina úst a rtu má jiný dopad na kvalitu života nemocného než rakovina hrtanu, proto by bylo vhodné pro laryngektomované vytvořit dotazník, jenž zachytí obtíže, se kterými se vyrovnávají v běžném životě po operaci. Snažili jsme se vytvořit takový dotazník, je to jeden z více kroků v této oblasti. Ideální dotazník by měl vytvořit erudovaný tým lékařů a sester, který se pravidelně stýká s těmito nemocnými. Dotazník SEIQoL může vyplnit jak respondent z obecné populace, tak i nemocný člověk, vyplňují se zde životní hodnoty, ne konkrétní problémy spojené s léčbou.

##### **Poznámky z pozorování:**

Zajímavé, že 1/3 mužských pacientů přišla v doprovodu svého příbuzného: nejčastěji manželky, případně sourozence: sestry, či dcery, nebo syna. Občas to způsobilo ztížení komunikace, kdy hovořili za ně nebo jednou sami ukončili rozhovor. Z toho vyplývá i velké ovlivnění nemocného postojem rodiny k jeho onemocnění, např. sdílený pocit tzv. „naučené bezmocnosti“ atd.

*Jeden z respondentů podotýká k operaci: po operaci se rodina odtáhla, zhroutil se mu svět, okolí s ním nedokázalo komunikovat, objevily se problémy s dýcháním a další somatické problémy, zhruba 80% psychické: pocity deprese, 20% fyzické. Důležité je rodinné zázemí, zvláště pomoc a podpora partnera k návratu do normálního života. Podotýká, že chybí informovanost veřejnosti o těchto nemocných. Jiný respondent klade důraz na rodinné zázemí a odborníka ORL, dva roky nemluvil, pak mu byla implantována hlasová protéza, poté mohl mluvit, kdyby se tak nestalo, byl by více uzavřený, za nejhorší považuje ztrátu hlasu, poté obtíže s dýcháním a s jídlem.*

V závěru jsme byli nuceni zredukovat okruhy problémů, kterým se budeme věnovat v této diskusi.

Rozdělení spokojenosti podle věku, léčby, pohlaví nebereme za tolik významné, kvůli malému zastoupení žen (9, 10%), ale uvádíme ho.

### **A. Dotazník SEIQoL**

#### **Vyhodnocení hypotéz:**

- ohledně nemocných po totální laryngektomii:

***H 1:** Ukazatelé životní kvality (míra spokojenosti, QL: kvalita života a celková míra spokojenosti se životem v současnosti a před operací se bude výrazně lišit tím, že 90% bude udávat lepší kvalitu než po operaci (např. 90% lidí kvalitu života označí lepší před operací než v současnosti).*

*Vliv má i to, že operace proběhla u 90% lidí ve věku od 50-60 let (v produktivním věku) - dopad na sociální stránku: partnerské vztahy, vztahy s okolím, možnosti nalezení zaměstnání.*

Podíváme-li se na tabulku č. 57, zjistíme, že rozdíly hodnot míry spokojenosti před operací a po jsou u žen v míře spokojenosti +33 ve prospěch stavu před operací, +14 u QL před operací a + 15 před operací. U mužů jsou rozdíly +23 před operací u míry spokojenosti, +6 u QL a +14 u celkové míry spokojenosti. Celkově +18 míra spokojenosti ve prospěch před operací, QL +10 před operací a +14 před operací.

Z toho vyplývá větší zhoršení spokojenosti po operaci u žen a tím i horší adaptaci na stav po operaci, což poznamenává i Čiháková (21) ve výzkumu tracheostomovaných, ženy více strádají kvůli vzhledu a obtížím po operaci (ženy před operací 89, po 65, rozdíl 24, muži 82% před operací, 63% po, rozdíl 19, celkem před operací spokojenost 84, pak 64%, rozdíl 20%. Pracuje s údaji o něco nižší spokojeností před operací i po operaci, náš výzkum má výraznou spokojenost respondentů před operací a o málo nižší po operaci. Z toho vyplývá ovlivnění souboru výběrem vzorku – u našeho výzkumu se předpokládala ochota probrat ústně dotazník, což byli ochotní respondenti, kteří se na nemoc spíše adaptovali, a nečinil jim takový rozhovor problém.

*Operace proběhla u respondentů v průměrném věku 54 let, což má dopad na snížení socioekonomického statusu nemocného a tím i prožívání kvality života (viz vyhodnocení dotazníku ŽIPOLET), zaměstnaných je z celkového souboru (87), 17 lidí: starobní důchod + OSVČ: 7 mužů, plný invalidní důchod + OSVČ: 1 muž, plný invalidní důchod + zaměstnání na plný úvazek: 4 muži a 1 žena, v pracovní neschopnosti jsou 4 muži. Zaměstnání jako nástroj k získání existenciálních prostředků má vliv na prožívání kvalitního života, pokud nemůžeme založit pocit životní spokojenosti na pracovním výkonu a profesionalitě, nalézáme ho v rodině, přátelství, kultuře či náboženství. Jedním ze základů spokojenosti je také sebeúcta, které lidé dosahují na základě svých pracovních výkonů (3). Ve srovnání se*

zaměstnaností např. ve Francii je situace nemocných v Čechách horší. *Hložek a Hledíková, 1989* uvádí, že z 55 nemocných má 60% změněnou pracovní schopnost a je výjimka, když naleznou práci (44). *Luboinski* uvádí několik shrnujících údajů ze studie provedené v roce 1994 na Institutu Gustava Roussyho. Provedená studie 186 dokumentací laryngektomovaných, jenž měli prospěch z edukačního školení tvořilo 92% mužů, zjistilo se od studie v roce 1990/91 mírné zvýšení počtu žen (8%), většinou mezi 51-60 lety. Ohledně povolání: 68,9% nemocných jsou aktivní, z profesí převládá dělník, úředník, zemědělec: 41,9%, vedoucí představitelé, střední kádry a svobodná povolání tvoří 31,7%. Rodinná situace: 78% jsou ženatí, 10% svobodní, 9% rozvedení, 4% ovdovělí (91).

**Osamocení v partnerském vztahu, ovdovělost je rizikové pro ženy i muže,** ženy mají však širší sociální styky s druhými ženami, více vyhledávají mezilidské vztahy, jsou otevřenější, kooperativnější, muži žijí více samotářsky, propadají často depresi, mají zdravotní zlozvyky, snižují sociální kontakty. (*Schwarzer a Leppin, 1991 In 77*). Muži nachází v manželství vyšší míru sociální opory než ženy. Starší lidé potřebují „mít blízkého člověka“: komu lze věřit, na koho se spolehnout. S vyšší mírou sociální opory se snižuje i deprese. (*Oxman, Berkman, Kasl, Freeman, Barret, 1992 In 77*). Naše údaje vypovídají o rodinném stavu takto: nejvíce jsou zastoupeni ženatí či vdané 50, 58% (43 žen, 7 mužů), dále rozvedení 17, 20% (16 mužů, 1 žena), následují ovdovělí 10, 11% (9 mužů, 1 žena) a svobodní 10, 11% (jen muži). K soužití s někým v domácnosti je následující: s manželkou či manželem v jedné domácnosti žije 49 lidí, 56% osob (42 mužů, 7 žen), dále samotných žije také velká část osob 25, 29% (24 mužů, 1 žena), s přítelkyní žijí 4 muži, (5%), jen s dětmi 3 (3%), se sestrou 3, (3%), v Domově důchodců 2 muži (2%) a spolu s manželkou a dětmi 1 muž, (1%).

Obecně výsledky studií (*Nalbadianová, 103*) nepřinesly velké dodatečné překážky v kvalitě života po totální laryngektomii. V některých výzkumech nebyla zjištěna velká změna u nemocných po totální laryngektomii (*Herranz, Gavilan, 1999; List et al., 1996; Morton, 1997*), pravděpodobně výsledek problémů je způsobeno pokročilým stadiem rakoviny před operací (*Deleyiannis et al., 1999; Succo et al., 1997; Weymuller et al., 2000*). Některé studie poznamenávají, že alternativní léčebné modalita přispívají k lepší kvalitě života ve srovnání s totální laryngektomií (*Finizia et al., 1998; Terrel et al., 1998*).

*Křivohlavý* zmiňuje průměrnou hodnotu celkového stavu kvality zdraví zjištěného metodou SEIQoL u zdravých starších lidí 82,1% a u mladých lidí 77,4 % (74).

**Hypotéza č. 1 se potvrdila.**

## ***H 2: Celková spokojenost se životem po operaci poroste s větším odstupem od ní***

U žen do třech let po operaci (63% míra spokojenosti, QL 69, celková míra spokojenosti se životem **67%**) s porovnáním s ženami od 11 let a výše po operaci (míra spokojenosti 60%, QL 72%, celková míra spokojenosti **63%**): celková spokojenost poklesla. U mužů do tří let po operaci (68% míra spokojenosti, 76% QL, celková míra spokojenosti **68%**) s porovnáním s muži od 11 let a výše po operaci (míra spokojenosti se životem 72, QL 76, celková míra spokojenosti se životem **68%**): celková spokojenost je stejná.

U všech respondentů je do tří let po operaci (míra spokojenosti 66%, QL 73%, celková míra spokojenosti se životem **68%**) ve srovnání po 11 a více letech (míra spokojenosti 66%, QL 74%, celková míra spokojenosti **66%**): celková spokojenost poklesla minimálně.

Na vliv spokojenosti působí i postupující věk, psychosociální problémy, ale významný rozdíl mezi ukazateli kvality života se neprojevil.

### **Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.**

## ***H 3: Modalita léčby ovlivňuje různě ukazatele kvality života (předpokládáme, že obecně s komplikacemi v léčbě se snižují).***

Po operaci z léčebných modalit měli respondenti nejvyšší průměrné ukazatele života po chirurgickém zásahu: míra spokojenosti se životem 86%, kvalita života 80%, celková míra spokojenosti se životem 80%, dále chemoterapie, chirurgie, radioterapie: 90% míra spokojenosti, kvalita života 72%, celková míra spokojenosti 70%. Chirurgie, radiochemoterapie: míra spokojenosti se životem 80%, kvalita života 72%, celková míra spokojenosti se životem 70%. Nižší údaje mají kombinace léčby: radioterapie, chirurgie: míra spokojenosti se životem 60%, kvalita života 82%, celková míra spokojenosti se životem 82%, Chirurgie, radioterapie: dopadla s následujícím výsledkem: míra spokojenosti se životem 66%, kvalita života 68%, celková míra spokojenosti se životem 61%. Větší rozdíl zaznamenáme mezi mírou spokojenosti vizuální (určená na úsečce křížkem od 0 do 100) a celkovou kvalitou života (výsledek určeny spokojeností s daným tématem v korelaci s udáním jeho osobního významu) a celkovou mírou spokojeností se životem (daná spokojeností s jednotlivými vyjmenovanými tématy). Jak zjistili *Paleri et al.*, kteří posuzovali kvalitu života u laryngektomovaných jen po operaci či ještě s ozařováním, nevyšel žádný významný rozdíl ve skóre různých domén. Předpokládají, že dlouhodobé účinky vyvolané radioterapií neovlivňují nepříznivě kvalitu života. Otázku věku a operace řešili *Čoček, Hahn a Ambruš* (23) uvádí k retrospektivní studii ORL kliniky 3. LF UK a FNKV z let 1990-1993, že ze 143 nemocných s karcinomem hrtanu bylo 24% nemocných starších 70 let. Konzervativní postup

u mladších nemocných (kromě tohoto postupu jako léčebného) je inoperabilita tumoru, nemocní nad 70 let odmítli operaci, anebo ji nepodstoupili z důvodu celkového zdravotního stavu. Věk nemá vliv na výskyt pooperačních komplikací, neovlivňuje prakticky výsledky léčby a není kontraindikací žádných chirurgických výkonů. Přístup k nemocnému má být individuální, zhodnotit celkový zdravotní stav, rozsah nádoru, motivaci ke zvládnutí nemoci a rodinné zázemí, pak lze určit optimální léčbu.

**Hypotéza č. 3 se potvrdila, různé modalita léčby se liší v ukazatelích kvality života, i když zde nejsou výrazné rozdíly, kvalita života se pohybuje nad 68%.**

*H 4: Životní hodnoty před a po LET se budou lišit – buď počtem či v hierarchii nebo výběrem životních témat.*

**K hodnotám můžeme poznamenat:**

*Dostálová seřadila hodnoty onkologického nemocného (27):*

1. **hodnoty na úrovni mezilidských vztahů:** vztah k manželskému či mimomanželskému stálému partnerovi, k dětem, rodičům, přátelům.
2. **hodnoty tvůrčí či pracovní:** povolání či zaměstnání, aktivní umělecká činnost, některé druhy zálib.
3. **hodnoty na úrovni vztahů k přírodě:** chov zvířat, zahrádkářství, pobyt v přírodě.
4. **hodnoty na úrovni zážitkové:** vyšší: umění, četba, hudba, obklopení se estetickými předměty a nižší: péče o tělo, pohodlí, sexuální prožitky.
5. **hodnoty pramenící ze změny prostředí:** z cestování, automobilismu.
6. **hodnoty materiální:** nemovitý majetek, peníze: jejich ohrožení vyvolává neklid a zoufalství u lidí, kteří nemohou fungovat jako kdysi, menší příjmy při pracovní neschopnosti mají za následek tenzi a negativismus u mladých a zadlužených nemocných.
7. **hodnoty vyplývající ze sociálního respektu:** postavení v zaměstnání, ve společnosti, zaujímání vyrovnaných, rozvážných postojů ke všemu, včetně nemoci.

**Priority před operací:**

**Na prvním místě** v žebříčku hodnot zvolili respondenti rodinu: 51, 59%, (56 mužů, 71% 7 žen, 77%), dobré vztahy 6, 7% (5, 6% mužů, 1, 11% žena), dále zaměstnání (4, 5% 3 muži, jedna žena), 3, 3% muži uvedli přítelkyni, koníčky 2, 2% a zdraví 1 muž (1%). **Na druhém místě** se zapsaly koníčky (39, 45%: muži: 33, 42%, ženy: 2, 22%), dobré vztahy mezi lidmi, přátelství (25, 29%: muži: 23, 29%, ženy: 2, 22%), zaměstnání (10, 11%, muži: 9, 12%, ženy: 1, 11%), zdraví (9, 10%: jen muži: 9, 12%), rodina (4, 5%: muži: 3, 4%, ženy: 1,



11%), duševní pohoda (2, 2%, jen 2, 3% muži ), dále po jednom muži duchovní život (1%), práce na sobě (1%), sport (1%). **Na třetím místě** jsou koníčky (32, 37%: muži: 31, 40%, ženy: 1, 11%), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (13, 15%: jen muži 17%), zaměstnání (8, 9%, jen muži: 8, 10%), kultura (6, 7%, muži: 1, 1%, ženy 5, 55%), duševní pohoda (4, 5%, jen muži: 5%), jen muži zaznamenali oblasti: duchovní život (2, 2%, muži: 2, 3%), sport, (2, 2%, muži: 2, 3%), po jednom muži přítelkyně (1%), sex (1%). **Čtvrté místo** zaujalo zaměstnání (13, 15%, muži: 6, 8%, 7 žen, 77%), dobré vztahy mezi lidmi, dobré vztahy a přátelství (4, 5%, jen muži 5%), koníčky (4, 5%, jen muži), duševní pohoda (3, 3%, jen muži: 3, 4%), zdraví (2, 2%, jen muži: 2, 3%), kultura (1 muž, 1%). **Páté místo** patří dobrým vztahům a přátelství (3, 3%, muži: 1, 1%, ženy: 2, 22%), zaměstnání (4, 5%, jen muži: 5%), duševní pohoda (1 muž, 1%), práce na sobě (1 muž, 1%), kultura (1 muž, 1%).

*Dvě hodnoty uvedl celý soubor respondentů, tři 74, 85% osob, (muži: 65, 83%, ženy: 9, 100%), čtyři 27, 31% respondentů (muži: 18, 23% , ženy: 7, 77%), pět hodnot 16, 18% (muži: 8, 10%, ženy: 8, 88%).*

**Koníčky před operací** viz v tabulce č. 38 v Příloze č. 15. U mužů nejčastěji sledování televize, sport: cyklistika, četba novin, kutilství, zahrada, plavání, procházky, hudba, rybaření atd. U žen cestování, luštění křížovek, sledování televize, domácí práce, četba atd.

### **Priority po operaci:**

**Na prvním místě** se u největšího počtu respondentů umístila rodina (65 osob, 75%; muži, 58 lidí, 74%, ženy, 7, 77%), dále duševní pohoda 6 osob, 7% (5, 6% mužů a 1 žena, 11%), koníčky 6, 7% (jen muži), po třech lidech (3%) následují dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (jen muži), zaměstnání (2, 3% muži, 1, 11% žen), přítelkyně (jen muži). **Druhé místo** patří koníčkům, 45 osob, 52% (muži 5%), pak dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 31, 36% (muži: 35%, ženy, 44%), zaměstnání 4, 5% (muži), rodina 4, 5% (muži 2, 3%, ženy 2, 22%), zdraví 3, 3% (muži, 4%), op jednom muži mají témata duchovní život, duševní pohoda, práce na sobě a přítelkyně (každé po 1%). **Na třetím místě** jsou koníčky 24, 28% (muži: 22, 28%, ženy 2, 22%), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství 12, 14% (muži: 14%, ženy 1, 11%), duševní pohoda 5, 6% (muži), duchovní život 3, 3% (muži, 4%), kultura 3, 3% (muži, 4%), zdraví 3, 3% (2, 3% muži, 1 žena, 11%), zaměstnání 2 muži, 3%, sport 1 muž, 1%. **Čtvrté místo** je spíše záležitost mužů: koníčky 4, 5%, mužů, po dvou v každé oblasti: duševní pohoda a vztahy mezi lidmi, 2% (ze skupiny mužů 3%), duchovní život uvedl 1 muž, 1%, zaměstnání také 1 muž, zdraví uvedla 1 žena , 1% (ze souboru žen 11%). **Páté místo** naplnili muži: po jednom uvedli dobré vztahy a přátelství, duševní pohodu, koníčky a sport.

*Dvě hodnoty uvedl celý soubor respondentů, tři 53, 61%, (muži: 49, 63% ženy: 4, 44%), čtyři hodnoty 11 osob, 17% (muži: 10, 13%, ženy: 1, 1%), pět hodnot uvedli jen 4 muži, 5%.*

**Koníčky po operaci viz tab. č. 39** Koníčky po operaci viz v tabulce č. 41, Příloha č. 15. Muži: nejčastěji procházky, sledování televize, poslech rádia, zahradničení, kutilství, rybaření, cyklistika, hudba atd. U žen sledování televize, domácí práce, procházky, poslech hudby atd. koníčky omezily sport či těžší práce kvůli obtížím v dýchání, únavě, nemožnosti zvedat těžší předměty, např. při fotbale, zatečení vody do stomatu omezilo plavání.

Změnily se tedy hodnoty? Po operaci se hierarchie hodnot zásadně nemění, před operací bylo více prioritou zaměstnání, které po operaci nahradily spíše koníčky. Ženy se více věnovaly kultuře. U mužů hraje roli duševní pohoda. Mění se i počet uvedených hodnot po operaci, snižuje se, lidé se zřejmě více soustředí na pro ně významné hodnoty. Po operaci dochází k omezení společenských aktivit, kulturního vyžití, více u žen vzhledem k případným obtížím s tracheostomatem: např. kašláním, větší tvorba hlenů, obtížné dýchání, změna vzhledu.

**Na prvním místě u nemocných po totální laryngektomii se v hierarchii životních témat objevuje rodina, koníčky, duševní pohoda, dobré vztahy mezi lidmi, zdraví, zaměstnání podobně jako před operací (zde chyběla v hodnotách duševní pohoda).**

**Hypotéza č. 4 se částečně potvrdila: výběr hodnot se po operaci zásadně nemění, jiný je však jejich počet, který se snižuje a mění se jejich hierarchie.**

*H 5: V životních hodnotách bude u většiny lidí po LET na prvním místě rodina.*

Čiháková (21) tvrdí ve svém výzkumu kvality života podle dotazníku SEIQoL, že nejdůležitějším tématem pro muže a ženy byla rodina a zdraví, po provedení tracheostomie se jejich význam nemění. Změny vykazují hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními tématy: ženy zhoršení životní pohody, spokojenost se sportem, zdravím (muži více trpí omezením sportu a zhoršením zdraví. Celkově se zhoršila spokojenost s koníčky, zaměstnáním, rodinou. Celkově se zhoršila kvalita po operaci u žen o 24%, u mužů o 19%.

**V našem výzkumu se na prvním místě u největšího počtu respondentů umístila rodina (65 osob, 75%; muži, 58 lidí, 74%, ženy, 7, 77%).**

**Hypotéza č. 5 se potvrdila, proto je důležitá spolupráce rodiny nemocného a nemocného před operací a po ní v rehabilitaci s ošetřujícím týmem.**

*H 6: Spokojenost se životem u běžné populace a populace po totální laryngektomii se bude lišit: běžná populace se životem spokojena více než lidé po LET.*

**Zdraví nepocítují takovou kvalitu svého života (nemají srovnání s čelením smrti a změny své situace nemocí) jako nemocní před operací, kteří pocítují vyšší kvalitu svého života, protože dotazník se ptá zpětně na kvalitu života před onemocněním, když člověk má už zkušenost s nemocí.**

Z tabulky č. 61 vyplývá, že ukazatelé kvality života jsou vyšší u nemocných před laryngektomií, kterou hodnotili zpětně po operaci než u obecné populace. A ukazatele kvality života respondentů obecné populace a nemocných po laryngektomii jsou vyšší ve prospěch běžné populace.

**Hypotéza č. 6 se potvrdila.**

*H 7: Hodnoty, životní žebříček hodnot u lidí po totální laryngektomii a běžnou populací se bude výrazně lišit na prvních třech místech v pořadí hodnot.*

#### **Hodnoty u běžné populace:**

**Na prvním místě** sestupně: rodina (blízcí příbuzní) 64 osob, zaměstnání (10), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (8), přítelkyně či přítel (myšleno partner) (6), duchovní život (4), duševní pohoda (3), zvíře (2) a zdraví, myslivost, cestování po hospodách, rekonstrukce domku (každé po jedné osobě).

**Na druhém místě** sestupně: dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (29), rodina (15), zdraví (14), dále koníčky a zaměstnání (10), zvíře (6), duchovní život (2), přítel (2), práce na sobě (2) a duševní pohoda, přítelkyně, osobní auto (každý vždy 1).

**Na třetím místě** sestupně: koníčky (35), dobré vztahy mezi lidmi, přátelství (24), zdraví a duševní pohoda: každé téma po 6, zaměstnání (4), rodina (2), práce na sobě (2) a po jednom respondentu duchovní život, těšení se na důchod, sex, zvíře.

#### **Priority po operaci:**

**Na prvním místě** se u největšího počtu respondentů umístila rodina (65 osob, 75%; muži, 58 lidí, 74%, ženy, 7, 77%), dále duševní pohoda 6 osob, 7% (5, 6% mužů a 1 žena, 11%), koníčky 6, 7% (jen muži), po třech lidech (3%) následují dobré vztahy mezi lidmi a přátelství (jen muži), zaměstnání (2, 3% muži, 1, 11% žen), přítelkyně (jen muži). **Druhé místo** patří koníčkům, 45 osob, 52% (muži 5%), pak dobré vztahy mezi lidmi, přátelství 31, 36% (muži: 35%, ženy, 44%), zaměstnání 4, 5% (muži), rodina 4, 5% (muži 2, 3%, ženy 2, 22%), zdraví 3, 3% (muži, 4%), po jednom muži mají témata duchovní život, duševní pohoda, práce na sobě a přítelkyně (každé po 1%). **Na třetím místě** jsou koníčky 24, 28% (muži: 22, 28%, ženy 2, 22%), dobré vztahy mezi lidmi a přátelství 12, 14% (muži: 14%, ženy 1, 11%),

duševní pohoda 5, 6% (muži), duchovní život 3, 3% (muži, 4%), kultura 3, 3% (muži, 4%), zdraví 3, 3% (2, 3% muži, 1 žena, 11%), zaměstnání 2 muži, 3%, sport 1 muž, 1%.

*Shrneme-li hodnoty u běžné populace a laryngektomovaných: u běžné populace se více objevuje položka dobré vztahy a přátelství, zaměstnání, práce na sobě, duchovní život, domácí zvířata, v zásadě však rozdíly nejsou.*

**Hypotéza č. 7 se potvrdila částečně: zásadní rozdíly v hierarchii hodnot u běžné populace a laryngektomovaných nejsou, běžná populace má více životních témat.**

*H 8: Větší rozdíl mezi vývojem spokojenosti je u laryngektomovaných: život před a po operaci, než mezi laryngektomovanými a běžnou populací.*

Porovnáme-li ukazatele kvality života zaznamenané v tabulce č. 61, můžeme říci, že rozdíl laryngektomování před a po operaci je větší než diference se stavem před a po operaci versus běžná populace. *Birkhaug et al.* z výzkumu 104 laryngektomovaných prokázal, že nižší stupeň nálady je spojen s nízkou úrovní kvality života, náladu pozitivně ovlivňuje členství v klubu laryngektomovaných (12). *Relic et al.* shledal u 29 nemocných, že nejdůležitější pro nemocného byla podpora rodiny a pomáhající organizace (121). *Brazová et al.* poukázala na zhoršené a emocionální fungování po operaci (15). *Gibson et al.* upozornil, že deprese je hlavní příčinu zhoršení kvality života (39). ***Jones et al, 1992 uvádí významně méně psychických poruch u laryngektomiků než ostatních po operaci nemocných v oblasti hlavy a krku. Terrel et al., 1998 uvádí známky mírné deprese u nemocných bez hrtanu oproti 8% , jimž byl hrtan zachován (103).***

**Hypotéza č. 8 se potvrdila.**

*Pokud srovnáme životní kvalitu zjištěnou oběma dotazníky SEIQoL a ŽIPOLET, zjistíme, že o dotazníku týkajících se hodnot vyšla životní pohoda lépe, než pokud se zaměříme na specifické problémy nemocných, které jsou individuální a spojené s léčebným postupem a osobou nemocného (zdraví, fyzické obtíže, psychika, socioekonomický status).*

*H 9: Porovnání hierarchie hodnot a kvality života mezi pohlavími. S operací se lépe vyrovnávají muži než ženy.*

Po operaci průměrná míra spokojenosti je 67%, ženy 63%, muži 71%. Kvalita života, QL je 71 % (u žen 73%, muži 76%). Celková míra spokojenosti se životem je 72%, (69% u mužů, u žen 68%). Podobně na horší vyrovnávání po operaci u žen s tracheostomií upozornila Čiháková (21).

*Kalová a Petr* zjišťovali kvalitu života a případné rozdíly mezi pohlavími podle SF 36, kdy hodnotí kvalitu života podmíněnou zdravím u respondentů s chronickým onemocněním či dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem v remisi (163 mužů, 191 žen). Hypotézy, které tvrdily, že u respondentů ve stadiu remise je kvalita života nižší a zvláště u žen, se potvrdily (117).

Z tabulky č. 61 zjišťujeme, že parametry kvality života žen po operaci jsou nižší než u mužů.

**Hypotéza č. 9 se potvrdila.**

## **B. Dotazník o kvalitě života nemocných po totální laryngektomii, ŽIPOLET**

### **Hypotézy:**

*H 1: Informovanost u nemocných před operací od lékaře a zdravotní sestry je v 80% úplná ohledně operace a stavu po operaci.*

Plnou informovanost ošetřujícím personálem pocívalo 43, 86% mužů, nevyhovující 7, 14% (většinou neměli před operací skoro žádné informace o důsledcích). Pokud jsme se však zeptali respondentů, aby vyjmenovali pomůcky na které mají nárok od pojišťovny, většina z nich nevěděla o spektru dostupných pomůcek. Mapování informovanosti příbuzných o potřebách po laryngektomii jsme neprováděli. O pomůčkách a vyrovnávání se stavem po operaci informuje ošetřující personál v plném rozsahu podle potřeb nemocného. *Larsonová a Zeinová* (Washington, 1999) zkoumaly informovanost před a po operaci u laryngektomiků (celkem 125) a jejich partnerů (28) (manžela, -ky). 66 laryngektomovaných bylo spokojeno s informacemi podanými před operací a 16 partnerů. 26 laryngektomovaných spokojeno nebylo, taktéž 6 partnerů. 49 nemocných by chtělo více informací před operací, stejně i 12 příbuzných (o ztrátě řeči, fyziologické změny po operaci: např. tvorby hlenů, dále stoma péče, fyzické změny, hlasová rehabilitace, finanční záležitosti, společenské důsledky). 28 nemocných a 11 partnerů se dozvěděli před operací vše, co chtěli vědět. Z obou skupin 90% získalo informace od lékaře, 20% od foniatra a 22% od jiného laryngektomika. Obě zjistily, že 21% (26) nemocných nevědělo, že chirurgickým zásahem přijdou o hlas a možnosti rehabilitace hlasu - 29% (8) partnerů. Došly k závěru, že deset různých studií během let 1953-1998 vykazuje nedostatečnou předoperační informovanost u laryngektomovaných (*Blanchard, 1982; Carpenter, 1998; DeBeul & Damste, 1972; Keith, Linebaugh, & Cox, 1978; Kommers, Sullivan, & Yonkers, 1977; Pritkin, 1953; Salmon, 1979; Salva & Kallail, 1989a, 1989b; Sanchez-Salazar & Stark, 1972; Shanks, 1986*). 61% laryngektomovaných a 68% partnerů bylo informováno o možnostech hlasové rehabilitace po

operaci. Laryngektomovaným, kteří dostali informace o hlasové rehabilitaci, byla nabídnuta v 89% předně jícnová řeč, v 52% elektrolarynx a v 15% tracheozofageální shunt. Vysoké procento laryngektomovaných (85%) a partnerů (93%) mají pocit, že předoperační poradenství by jim umožnilo snadnější vyrovnání s potřebným přizpůsobením po operaci. Velká část nemocných a partnerů by přivítala v předoperačním poradenství pomoc foniatra, ORL lékaře, zdravotní sestry, praktického lékaře a psychologa. *Larsonová a Zeinová* uzavírají, že situace ve zlepšování informovanosti nemocných a příbuzných před operací a po ní se zlepšuje (163).

### **Hypotéza č. 1 se potvrdila.**

*H 2: Lidé po LET (totální laryngektomie) nevyhledávají rehabilitaci po operaci: pomoc psychologa, ozdravné, lázeňské pobyty, tím pádem jsou vystaveni většímu negativnímu emočnímu tlaku po operaci.*

Kromě lékaře ORL a pracovníků, které musí povinně navštívit (např. k vyřízení invalidního důchodu) nemocní vyhledávají na prvním místě foniatra 43, 86%, foniatra a Svaz invalidů 2 muži (4%), psychologa pouze 1 osoba (2%), kromě lékaře již za nikým nezašli čtyři muži, 8%. Léčebnou pooperační rehabilitaci v ozdravných zařízeních vyhledalo pouze 5 mužů, 10% (Piešťany 1, Luhačovice 4) z celkového počtu respondentů. Je patrné, že nemocní nevyhledávají odbornou pomoc, která by umožnila některým nemocným lépe čelit problémům po operaci. Její možnosti by se měly nabízet před operací i po ní, včetně rehabilitace. **Psychologické poradenství:** má být v období pobytu v nemocnici, v ambulantní péči a v případě potřeby i pro příbuzné (tak je to v Německu) (123).

### **Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

*H 3: Největší problém, který trápí lidi po LET je ztráta hlasu, sociální a somatické problémy.*

Nemocný po totální laryngektomii je soběstačný, na soběstačnost má negativní vliv stáří: úbytek duševních a tělesných funkcí, jiné závažné nemoci a pokročilost nádorového onemocnění (recidiva, metastázy). V naší studii 48 mužů uvedlo obtíže po operaci, 96%: na prvním místě ztrátu hlasu, 2. místo snížení či ztráta společenských kontaktů, 3. protékání hlasové protézy, 4. bolest ramene, stud za vzhled, problémy s čichem, obtížné dýchání, velká tvorba hlenů, časté návštěvy lékaře ORL, problémy s tracheostomatem, recidivu onemocnění. Pokud se konkrétně nezeptáme např. na depresi či izolaci, lidé ji neoznačí jako problém, i když tím trpí. Pocit izolace a samoty udává 12 mužů, 26%, občasný pocit 15, 30%, nevnímá

32, 64%. Náladu stejnou jako dříve má 13, 26%, mírně horší 19, 38%, horší než dříve 18, 36%.

*Brazová et al.* zaznamenala obtíže u jedniců po operaci v oblasti čichu, chuti, kašle, řečových obtížích a dysfágie (15). *Zotti* u 99 nemocných popsal, že 43% osob, ztratilo schopnost cítit a 21% nemělo potěšení z chuti (158). O stravování proběhl výzkum *Duwaynové a Jadackové* (2004). O důsledcích laryngektomie na stravovací zvyky a příjem stravy. 34 nemocných po operaci, 29 mužů, 5 žen, průměrný věk 62 let (68% totální laryngektomie, 24% s úplnou a radikální krční disekcí) je z jedné podpůrné skupiny v USA. Vyplňovali dotazník s kvantitativními a kvalitativními otázkami dotazujících se na výběr jídla, zvyky, potěšení z jídla, zvládání obtíží při jídle podle doporučení lékaře atd. Ukázalo se, že 90% respondentů změnilo aspoň jeden z aspektů při příjmu potravy: nejčastěji snížení čichu, chuti, potěšení z jídla, zvýšení délky času nutného k jídlu. Většina lidí byla nespokojena s informacemi, jež dostali od lékařů. Náměty hovoru požadují respondenti za významné ty, které během edukace nemocných rozpozná lékař z jejich výpovědi. Shrňeme-li, totální laryngektomie produkuje signifikantní změny ve faktorech vztahujících se k jídlu, které mohou ovlivnit příjem stravy a kvalitu života. Respondenti udávali, že většina lékařů je nedostatečně připravená na potenciální změny v příjmu potravy, které souvisí s laryngektomií. Měla by se tedy zvýšit informovanost nemocných ke zvýšení přípravy k vyrovnání se se změnami po totální laryngektomii (32). Z výzkumu *Kubátové a Štanclové* z ORL oddělení nemocnice České Budějovice vyplývá, že nemocným po totální laryngektomii ztráta hlasu ovlivnila velmi kulturní a společenský život, a proto je důležité se zaměřit na jejich sociální rehabilitaci (pomoc specialistů, nácvik náhradní komunikace, získání kontaktů se stejně postiženými). Považují za nutné zvýšit informovanost zdravotnického personálu, která je nedostatečná (83).

*Nalbadianová et al.* (56 nemocných, většinou zemědělců) popsala obtíže u laryngektomovaných takto: největší stížnosti jsou na čich a problémy s průduškami, problémy v komunikaci s cizími lidmi, psychika: deprese, samota, trápení kvůli hlasu a vzhledu, finance: polovina nemocných má problémy, sociální vyžití: 37% respondentů ztratilo zájem.

*Seřadíme-li problémy od nejzávažnějšího: nejvíce trápí finance, pak komunikace, funkční obtíže, psychické obtíže a nakonec sociální problémy.*

*Statisticky významné se jeví funkční obtíže a změna v profesním životě nemocných.*

*Nalbadianová et al.* naznačují možnost, že od 6 měsíců vychází linie, kdy se objevují parametry, které určí dlouhodobou kvalitu života u nemocných. Některé studie uvádí, že do

jednoho roku se objevují největší problémy fyzické a psychické (*Gibson, A. R.; McCombe, A. W., 1999; Graeff, A. et al., 2000*).

V *Nalbadianové* studii mělo největší procento osob problémy v komunikaci kvůli ztrátě hlasu. Jiné studie uvádí podobné závěry (*Hillman et al., 1998, Dhillon et al, 1992*), *Natvig (1983)* uzavírá, že 40% nemocných považuje ztrátu řeči za největší negativní důsledek po totální laryngektomii, podobný názor má i *Finizia, et al., 1998*). *Nalbadianová* poznamenává, že důraz na orální komunikaci mají lidé, kteří ji více využívají (např. v profesním a společenském životě) a problémy s řečí souvisely s funkčními a psychickými obtížemi. *Succo et al., 1997* zmiňuje vztah mezi sociokulturní vrstvou nemocných a růzností dopadu terapie na jejich kvalitu života (103). Podrobně rozepsal obtíže po operaci *Bárta* – např. výskyt dysfágie, dyspnoe, poruchy čichu a chuti, respirační poruchy, zvýšená sekrece z tracheostomie a kašel, foetor ex ore, viz teoretická část práce, (8).

*Podobně jako Weymüller et al., 2000 zahrnula Nalbadianová et al., 2001 hodnocení obecné kvality života nemocnými. Stewart et al., 1998 zjistili, že všeobecná kvalita života je více závislá na různých parametrech nejen komunikačních obtíží (103).*

*Hložek, Hledíková* za hlavní problémy považují u nemocných řečové obtíže a sexualitu, finance, pocit nedostatku vzduchu, pocit krátkého dechu, ztrátu fyzické zdatnosti a sníženou možnost pracovního uplatnění (44), podobné závěry má i studie *Tichého, Betky a Kasíka (142)*.

### **Hypotéza č. 3 se potvrdila.**

**H 4:** *Více než 50% lidí po LET pociťuje obtíže v komunikaci, více s okolím než s rodinou.*

Způsob komunikace: hlasovou protézu vlastní 12 mužů, 24%, elektrolarynx 11, 22%, psaní či šepot využívá 22, 44%, jícnový hlas 5, 10%.

S rodinou se domluví snadno 11, 22%, trochu obtížně 21, 42%, obtížně, ale domluví se 7, 14%, velmi obtížně, skoro se nedomluví 11, 22%. S přáteli se domluví snadno 11, 22%, 21, 42% trochu obtížně, 6, 12% obtížně a 12, 24% skoro vůbec. Domluví se s veřejností snadno 10 mužů, 20%, 10, 20% trochu obtížně, 8, 16% obtížně a 22, 44% skoro vůbec. Po telefonu se dohodou 29 lidí, 58%.

### **Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

**H 5:** *Většinu nemocným se zhoršila společenská a finanční situace po operaci. Psychické problémy po operaci jsou: izolace a samota, horší nálada u třetiny nemocných.*



**Společenská situace:** zapojení do běžného života po operaci bylo pro 46, 92% mužů obtížné, méně obtížné pro 4, 8%. Problémy s rodinou po operaci má 30 mužů, 60%, občasné 2, 4%, žádné, které by ovlivnila operace 18, 36% mužů. Společenský život jako dříve nemá 39 mužů, 78%, občas do společnost vyjde 5, 10% a jako dříve má 6, 12%. Problémy ve společenském kontaktu popisuje 43 mužů, 86%. Blízkého člověka, na kterého se mohou v případě nouze (duševní, hmotné či jiné pomoci) obrátit, (partner, příbuzní, přátelé, lékař), má 47, 94% respondentů. Kontakt s člověkem, jenž podstoupil totální laryngektomii, má 8 mužů, 16%. Sexuální život ovlivnila operace 41 mužům, 82%. Organizaci pro laryngektomované si nepřeje 1 muž, 2%, není v kontaktu, ale uvítalo by ji 47, 94%, je v kontaktu 2, 4%.

**Finanční situace:** spokojenost s finanční a životní úrovní: horší, nespokojeno 36 mužů, 72%, stejná, spokojeno 8, 16%. Zaměstnání: po operaci odešlo do důchodu 29 mužů, 58%, zaměstnání při důchodu jsou 2, 4%, před operací v důchodu bylo 12 mužů, 24%, nezměnilo zaměstnání (jsou nyní v pracovní neschopnosti) 7, 14%. Spokojenost v tomto pracovním a sociálním statusu má 33 mužů, 66%. Stav výkonnosti hodnotí jako stejnou 26, 52%, pokleslou 24, 48%.

**Psychika:** pocit izolace a samoty udává 12 mužů, 26%, občasný pocit 15, 30%, nevnímá 32, 64%. Náladu stejnou jako dříve má 13, 26%, mírně horší 19, 38%, horší než dříve 18, 36%. Spíše zaskočení operací bylo 23 mužů, 46%, spíše smířených 27, 54%. Kvůli vzhledu se trápí 46, 92%, kvůli hlasu všichni (100%), kvůli nemoci 43, 86%. Deprese a úzkost snižují skóre kvality života (Lehman, 1983) (102).

#### **Hypotéza č. 5 se potvrdila.**

*H 6: Spokojenost se zdravím (dobré zdraví) ve vztahu s kvalitou života udává po operaci minimálně 30% lidí.*

Hodnocení zdraví ve vztahu ke kvalitě života: velmi špatné 3, 6%, horší 18, 36%, dobré 20, 40%, velmi dobré 18%. Vliv na zdravotní stav mají materiální a behaviorální faktory, a také psychosociální - nižší socioekonomický status, SES provokuje vyšší stresogenní podmínky a okolnosti či nižší vybavenost zvládání stresogenních situací. Předpokládá se negativní vliv psychosociálního stresu na tělesnou zdatnost a vede to k větší náchylnosti k nemocím (Stronks, 1997a) (66).

#### **Hypotéza č. 6 se potvrdila.**

*H 7: Spokojenost s minulým prožitým týdnem kvalitou života bude ve více než 50% horší než celková spokojenost se životem.*

Spokojenost s prožitím minulého týdne: velmi špatnou hodnotí 2 muži, 4%, horší 5, 10%, dobrou 35, 70%, velmi dobrou 3, 6%, výbornou 2, 4%. Celková spokojenost po operaci: velmi špatná 3, 6%, horší 39, 78%, stejná 6, 12%. Přestože si nemocní stěžovali na obtíže v minulém týdnu, kvalitu prožitého života posuzovali výše než celkovou kvalitu svého života.

### **Hypotéza č. 7 se nepotvrdila.**

#### **Potřeby v životních oblastech**

**1. otázky 10-19** obsahují údaje týkající se onemocnění a operace,

##### K nim poznamenáváme:

- **k onemocnění:** z různých studií vyplývá, že nejčastěji byl karcinom hrtanu pozorován mezi 50-70letými muži, většina kuřáků (kouření déle než 20 let) (108). Toto ukázal i náš výzkum.

- **k příznakům:** nejčastější příznak choroby: chrapot byl podceňován nemocnými i obvodními lékaři, 18% nemocných přišlo déle než za 12 měsíců od počátku příznaků - z výzkumu 697 nemocných s karcinomem hrtanu v letech 1946-1975 na ORL klinice v Hradci Králové (108). *Medlíková* zaznamenala (ORL klinika Pardubice), že ze 185 nemocných 37% z nich navštívilo lékaře do dvou měsíců od počátečních příznaků, jímž byl nejčastěji chrapot (97). Ze studie *Hybáška, Pellanta a Nováka* (z let 1958-1970) vyplývá, že ze 321 nemocných s karcinomem hrtanu byla převážná část (T3 46,7%, T4 14,3%) v pokročilém, pozdním stadiu. Krok k omezení onemocnění v pokročilém stadiu (T3 a T4), které snižuje úspěšnost léčby, je v intenzivnějším vyhledávání jedinců s časnými projevy onemocnění (53). Z výzkumu *Málkové* 185 nemocných s karcinomem hrtanu na ORL klinice v Pardubicích vyplývá, že stádium III. a IV. tvoří dohromady 48%, což je stále poměrně velké číslo (90).

- **k návštěvě lékaře:** je známé, že pouze malé procento jedinců se zdravotními potížemi vyhledává lékařské ošetření při počátečních projevech, např. z výzkumu *Mazánkové a Kamberské* (*Mazánková, Kamberská, 1990*) vyplývá, že 31% sledovaných si vyžádalo odbornou pomoc až v důsledku vážných zdravotních komplikací (9). *Točík* uvádí: čas mezi prvními příznaky choroby, stanovením správné diagnózy a zahájením adekvátní léčby se musí zkrátit za účelem dosažení lepších výsledků a delšího přežití nemocných (147).

**2. otázky 20-40** se týkají fyzických obtíží po operaci (viz hypotéza č. 3), **3. otázky 41-46** obsahují otázky ohledně pomůcek a péče o tracheostoma, **4. otázky 47-64** obsahují otázky týkající se sociální, psychické, pracovní a finanční oblasti po operaci, **5. otázky 65-70** se týkají kvality života a zdraví, **6.** na závěr je volné místo na připojení názoru a pro připomínky k dotazníku. Rozdělení spokojenosti dle škálování podle věku, léčby, pohlaví nevykazuje vysoké rozdíly.

## ZÁVĚR

Hlavním tématem předložené diplomové práce je problematika nemocných po totální laryngektomii. Cílem práce bylo získání a porovnání dat získaných dialogem podle sestavených dotazníků s odbornou literaturou. Informace byly sbírány v největší pražské nemocnici na onkologické ambulanci ORL.

Na začátku výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

### A. Dotazník SEIQoL

#### Hypotézy:

##### **- nemocní po totální laryngektomii:**

*H 1: Ukazatelé životní kvality (míra spokojenosti, QL: kvalita života a celková míra spokojenosti se životem v současnosti a před operací se bude výrazně lišit z důvodu, že 90% bude udávat lepší kvalitu než po operaci (např. 90% lidí kvalitu života označí lepší před operací než v současnosti).*

*Vliv má i to, že operace proběhla u 90% lidí ve věku od 50-60 let (v produktivním věku) - dopad na sociální stránku: partnerské vztahy, vztahy s okolím, možnosti nalezení zaměstnání.*

*H 2: Celková spokojenost se životem po operaci poroste s větším odstupem od ní.*

*H 3: Modalita léčby ovlivňuje různě ukazatele kvality života (s rostoucími komplikacemi po léčbě se snižují).*

*H 4: Životní hodnoty před a po LET se budou výrazně lišit.*

*H 5: V životních hodnotách bude u většiny lidí po LET na prvním místě rodina.*

##### **- srovnání nemocných po totální laryngektomii a běžnou populací:**

*H 6: Spokojenost se životem u běžné populace a populace po totální laryngektomii se bude výrazně lišit: běžná populace se životem spokojena více než lidé po LET.*

*H 7: Hodnoty, životní žebříček hodnot u lidí po totální laryngektomii a běžnou populací se bude výrazně lišit na prvních třech místech v pořadí hodnot.*

*H 8: Větší rozdíl mezi vývojem spokojenosti je u laryngektomovaných: život před a po operaci, než mezi laryngektomovanými a běžnou populací.*

*H 9: Porovnání hierarchie hodnot a kvality života mezi pohlavími. S operací se lépe vyrovnávají muži než ženy.*

*Hypotézy potvrzené: H 1, 3, 5, 6, 8, 9.*

*Hypotézy částečně potvrzené: H 4, 7.*

*Nepotvrzené hypotézy: H2.*

## **B. Dotazník kvality života po totální laryngektomii**

### **Hypotézy:**

**H 1:** Informovanost u nemocných před operací od lékaře a zdravotní sestry je v 80% úplná ohledně operace a stavu po operaci (což je ale v rozporu, pokud se chceme dozvědět, na které konkrétní pomůcky má nemocný nárok, což neví).

**H 2:** Lidé po LET nevyhledávají rehabilitaci po operaci: pomoc psychologa, ozdravné, lázeňské pobyty, tím pádem jsou vystaveni většímu negativnímu emočnímu tlaku po operaci.

**H 3:** Nejčastější problémy, který trápí lidi po LET, je ztráta hlasu a somatické obtíže.

**H 4:** Více než 50% lidí po LET pocituje obtíže v komunikaci, více s okolím než s rodinou.

**H 5:** Většině nemocným se zhoršila společenská a finanční situace po operaci. Psychické problémy po operaci jsou: izolace a samota, horší nálada u třetiny nemocných.

**H 6:** Spokojenost se zdravím (dobré zdraví) ve vztahu s kvalitou života udává po operaci minimálně 30% lidí.

**H 7:** Spokojenost s minulým týdnem prožitým kvalitou života bude ve více než 50% horší než celková spokojenost se životem.

**Hypotézy potvrzené: H1, 2, 3, 4, 5, 6.**

**Nepotvrzené hypotézy: H7.**

Cíle práce:

**C1** - zjistit míru kvality života u lidí po LET ve srovnání se vzorkem běžné populace ve stejném věkovém rozložení a podobných sociálních podmínkách,

**C2** - zjistit hodnoty a spokojenost nemocných s LET před a po operaci,

**C3** - zmapovat obtíže, se kterými se potýkají lidé po LET za účelem vhodné intervence odborníků k jejich zmírnění či překonání.

Cíle byly splněny.

### **Poznámky k výsledkům studie:**

1. Dotazníky se vyplňovaly s respondenty, kteří byli ochotni spolupracovat a tím předem spíše vykazovali projevy adaptace na stav po operaci.
2. Odchylka kvality života SEIQoL není tak výrazná mezi laryngektomovanými po operaci a obecnou populací, kdy se ptáme na životní hodnoty. Poukazujeme na větší rozdíl mezi kvalitou života vnímaným před operací a po ní.

3. *Na prvním místě u nemocných po totální laryngektomii se v hierarchii životních témat objevuje rodina, koníčky, duševní pohoda, dobré vztahy mezi lidmi, zdraví, zaměstnání podobně jako před operací (zde chyběla v hodnotách duševní pohoda).*
4. *Větší odchylku zaznamenáme u dotazníku ŽIPOLET v porovnání se SEIQoL, který se dotýká specifických obtíží nemocných. Mezi oblasti s horší kvalitou života patří smysly: čich a chuť, obtíže v posledním týdnu: např. produkce hlenů, obtížné dýchání, problémy s hlasovou protézou, sociální oblast, psychika, pracovní a finanční oblast.*
5. *S operací se vyrovnávají lépe muži než ženy (zřejmě působí i vliv kosmetického hlediska tracheostomie).*

Závěrem lze říci, že zvýšení kvality života lidí podstupujících laryngektomii a jejich blízkých závisí na vhodném informování o problémech a potřebách po operaci ošetřujícím personálem, který sleduje vývoj a pokroky v léčbě, včetně rehabilitace a podílení se na prevenci onemocnění (kouření, alkohol, přenos HPV virů) a podpory motivace u dispenzarizace nemocných.

Tato diplomová práce může posloužit jako vhled při posuzování kvality života nemocných po totální laryngektomii.

### **Inspirace pro praxi:**

- laryngektomovaní nemohou kromě ordinace lékaře ORL, kde sehnat sami podrobnější informace, zřejmě v části Ligy proti rakovině mít informace, a ne např. v klubu neslyšících (jiná kultura neslyšících), informovat jak nemocné, tak rodinu či blízké, kteří mají zájem,
- měla by být zdravotní sestra k dispozici na seznámení s pomůckami a sledování nemocného či větší zapojení stoma sestry do péče: poradna (např. dle potřeby či během dispenzarizace vést záznam k lékařskému vyjádření o nemocném jako stoma sestra u kolostomiků, urostomiků, problém u laryngektomovaných je vyzkoušení pomůcek, jejich možnost hrazení pojišťovnou není tak optimální jako u stomiků), vedení dokumentace v písemné a elektronické podobě (návaznost péče, usnadnění předávání informací mezi nemocničními zařízeními),
- psychická podpora nemocných: nejlépe sestra s psychoterapeutickým kurzem ohledně dovedností s jednáním nemocného a příbuzných v krizi,
- stanovit univerzální standardy pro informované souhlasy,
- leták s informacemi pro nemocné a příbuzné,
- zprovoznění internetových stránek s informacemi pro laryngektomované.

## **Použité zkratky**

*a kol.* - *a kolektiv*

*atd.* - *a tak dále*

*č.* - *číslo*

*ČR* - *Česká republika*

*et al.* - *et alieni, a jiní*

*etc.* - *et cetera, a ostatní*

*CHT* - *chemoterapie*

*m.*, *musculus* – *sval*

*n.*, *nervus* - *nerv*

*např.* - *například*

*ORL* - *otorhinolaryngologie*

*obr.* - *obrázek*

*pozn.* - *poznámka*

*RT* - *radioterapie*

*tab.* - *tabulka*

*tj.* - *to jest*

*TNM klasifikace zhoubných novotvarů:*

*T (tumor) - rozsah primárního nádoru,*

*N (nodus) - nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních  
mízních uzlinách,*

*M (metastasis) - nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz*

*tzv.* - *takzvané*

## LITERATURA

1. ABENDSTEIN, H. Quality of Life and Head and Neck Cancer: A 5 Year Prospective Study. *The Laryngoscope*, vol. 115, no. 12, 2005, p. 2183-2192.
2. ACKERSTAFF, A., H. et al. Communication, functional disorders and lifestyle changes after total laryngectomy. *Clinical Otolaryngology*, 1994, vol.19, no. 4, p. 295–300.
3. ADÁMEK, P.; NĚMEC, O. *Kvalita života a realizace principu rovných příležitostí na trhu práce*. 2005. [online]. [cit. 2007-02-10]. Dostupný z WWW: [http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/kvalita\\_zivota\\_na\\_trhu\\_prace.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/kvalita_zivota_na_trhu_prace.doc).
4. ALBERT, M., S.; TERESI, J., A. *Definition Quality of Life and Measurement*. Medicine Encyclopedia Aging Healthy vol . 4 Definition Quality of Life and Measurement, c2008. [online]. [cit. 2007-02-10]. Dostupný z WWW: <http://medicine.jrank.org/pages/1435/Quality-Life-Definition-Measurement.html>.
5. AXA. Celosvětový výzkum skupiny AXA. Lidé si více plánují finanční zajištění. *Právo*, 6.10. 2007, s. 20
6. BALCAR, K. Realita svědomí: psychologická či existenciální? In PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 70-83. ISBN 80-7254-657-0.
7. BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 253-261. ISBN 80-7254-657-0.
8. BÁRTA, T. Psychosociálne problémy chorých po modernej liečbe rakoviny hrtana, *Československá otolaryngologie*, 1988, roč. 37, č. 6, s.369-373
9. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 4. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-273-6.

10. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, ISBN 80-7013-416-X.
11. BIRKHAUG, E.J. et al. Relation between mood, social support and the quality of life in patients with laryngectomies. *European Archives of Oto-rhino-laryngology*, vol. 259, no. 4, 2002, p.197-204
12. BLANKERTZ, S.; DOUBRAWA, E. *Jan Christian Smuts und der Holism*. [online].Köln: Gestaltkritik, c2007. [cit. 2007-10-10]. Gestalt-Institut Köln - GIK Bildungswerkstatt, Dostupný z WWW: < [http://www.gestalt.de/smuts\\_holismus.html](http://www.gestalt.de/smuts_holismus.html) >.
13. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*.1 vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-220-5.
14. BOWLING, A. *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. 1st ed., Buckingham: Open University Press, c1997. ISBN 0-335-15436-0.
15. BRAZ, A.S.D. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*, vol.60, no.2 , 2005, p. 135-142
16. BUTTERWORTH, C. *The development of the University of Washington QOL Questionnaire*. [online]. Liverpool: A centre of excellence in the management of mouth cancer, c2007. [cit. 2007-10-10]. Merseyside Regional Head and Neck Cancer Centre. Dostupný z WWW: < <http://www.headandneckcancer.co.uk/showpage.asp?id=QOL&menu=5> >.
17. BUTTERWORTH, C. *UW-QOL v4 Questionnaire - translated version*. [online]. Liverpool: A centre of excellence in the management of mouth cancer, c2007. [cit. 2007-10-10]. Merseyside Regional Head and Neck Cancer Centre. Dostupný z WWW: < <http://www.headandneckcancer.co.uk/showpage.asp?id=QOLtranslations> >.
18. CLARKE, S. et al. Assessing individual quality of life in amyotrophic lateral sclerosis. *Quality of Life Research*. 2001, vol. 10, no. 2, p. 149-158.



19. CORNU, A., S. Voice rehabilitation after laryngectomy with the Provox voice prosthesis in South Africa. *The journal of Laryngology and Otology*, 2003, vol.117, no. 1, p. 56-59
20. CREVIER-BUCHMAN, L. Suivi du trachéostome chez le laryngectomisé total. Laryngectomy patients and the psychological aspects of their tracheostomy. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie (Bord)*, 2002, vol. 123, no. 2, p. 137-139
21. ČIHÁKOVÁ, I.; ČELAKOVSKÝ, P. Kvalita života u pacientů s tracheostomií. *Otorinolaryngologie a Foniatrie /Prague/*, 2007, roč. 56, č. 1, s. 11-17.
22. ČLS JEP. Česká onkologická společnost ČLS JEP pacientům a jejich blízkým. [online]. 2006. [cit. 2007-10-25]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/radio-cyto.php?t=16>.
23. ČOČEK, A.,; HAHN, A.; AMBRUŠ, M. Věk a chirurgická léčba karcinomu hrtanu. *Praktický lékař*, 2001, roč. 81, č. 8, s. 435-437.
24. DAHM, N., H. *Mind, body, and soul. A Guide to Living with Cancer*, 1st ed., New York: Taylor Publishing, c2001, ISBN 0-9702904-0-3.
25. DALE, H., B. Postlaryngectomy Voice Rehabilitation: State of the Art at the Millenium. *World Journal of Surgery*. 2003, vol. 27-III, no.7-9, p. 824-831
26. DERKS, W. et al. Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. *Clinical Otolaryngology*, vol. 30, no. 2, p. 186-192.
27. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha, Avicenum, Zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-022-86.

28. DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠKODA, C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1997, roč. 93, č. 2, s. 102-108.
29. DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 93, č. 8, s. 423-432.
30. DRAGOMIRECKÁ, E. *Nemoc a kvalita života* [online]. Praha, 2006. [cit. 2007-10-10]. Dostupný z WWW:  
< <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=273383>>.
31. DUFFY, S., A. Depressive Symptoms, Smoking, Drinking, and Quality of Life Among Head and Neck Cancer Patients. *Psychosomatics*, 2007, vol. 48, no. nevedeno, p.:142-148.
32. DUWAYNE, S.; JADACK, R. *The Effect of Laryngectomy on Eating Habits and Nutritional Intake*. [online]. Center of Excellence for Faculty and Undergraduate Student Research Collaboration, April 26 and 27, c2004, Proceedings of the 12th Annual, University of Wisconsin-Eau Claire Research Day, p. 23. [cit. 2007-10-10]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.uwec.edu/orsp/Publications/ResearchDay/ReschDay-04.pdf>>.
33. DUKE, R., L. Dental Status and Quality of Life in Long-Term Head and Neck Cancer Survivors. *The Laryngoscope*, vol. 115, no. nevedeno, 2005, p. 678-683.
34. DYTRTOVÁ, J. *Kvalita života zdravotně postižených seniorů*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2006.
35. EADIE, T.L. *A Proposed Framework for Comprehensive Rehabilitation of Individuals Who Use Alaryngeal Speech*. [online]. Ontario: University of Western Ontario, c2003. [cit. 2007-10-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.asha.org/NR/rdonlyres/2DBF73EE-A90F-4D12-B077-C843E088EC93/0/24419\\_1.pdf](http://www.asha.org/NR/rdonlyres/2DBF73EE-A90F-4D12-B077-C843E088EC93/0/24419_1.pdf)>.

**36.** *EORTC QLQ-C30 (version 3)*, [online]. EORTC Study Group on Quality of Life, c1995. [cit. 2007-14-10].

Dostupný z WWW:

< [http://groups.eortc.be/qol/questionnaires\\_qlqc30.htm](http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_qlqc30.htm) >.

**37.** *EORTC QLQ - H&N35*, version 1.0. [online]. EORTC Quality of Life Study Group, c1994.[cit. 2007-14-10].

Dostupný z WWW:

<<http://www.eortc.be/home/qol/Specimens%20modules/Specimen%20QLQ-HN35.pdf>>.

**38.** FELCE, D.; PERRY, J. Quality of life: its definition and measurement.. *Research in developmental disabilities*.1995, vol. 16, no. 1, p. 51-74.

**39.** FN MOTOL. *Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku UK 1.LF*. [online]. Fakultní nemocnice Motol, 2003. [cit. 2007-14-10].

Dostupný z WWW:

< [http://www.fnmotol.cz/html/zdravotnicka\\_pracoviste/zp.php?lang=cz&id=34](http://www.fnmotol.cz/html/zdravotnicka_pracoviste/zp.php?lang=cz&id=34) >.

**40.** GIBSON, A.R. Psychological morbidity following laryngectomy: a pilot study. *The journal of Laryngology and Otology*, 1999, vol. 113, no. 4, p. 349-352

**41.** GILONY, D. et al. Effects of tracheostomy on well-being and body-image perceptions. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, vol. 133, no. 3, p. 366-371

**42.** GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. et al. *Quality of Life and Health. Concepts, Methods and Applications*, 1st ed., Berlin: Blackwell Wiss.-Verl., c1995. ISBN 3-89412-214-5.

**43.** HANNA, E. Quality of Life for Patients Following Total Laryngectomy vs Chemoradiation for Laryngeal Preservation. *Archives of otolaryngology - head & neck surgery*,2004, vol. 130, no. 7, p. 875-879

**44.** HICKEY, M. A. et al. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *British Medical Journal*, 1996, vol. 313, no. 6, p. 29-33.

45. HLOŽEK, J.; HLEDÍKOVÁ, V. Psychická a sociální situace nemocných po totální laryngektomii. *Časopis lékařů českých*, 1989, roč.128, č.15, s. 453-455
46. HNILICA, K. Konflikt hodnot a kvalita života In PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s.296-323. ISBN 80-7254-657-0
47. HNILICA, K. Předmluva k dílu II. In PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 245-249. ISBN 80-7254-657-0
48. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0
49. HOUSER, A. Quality of Life for Patients with Head and Neck Cancer, Especially Following Laryngectomy. *Laryngo-Rhino-Otologie*. 2001; vol. 80, no. 8,p. 458-463
50. HRIVŇÁKOVÁ, J. Svět lze vidět i jinak než očima. [online]. Moravskoslezský deník, 12.12. 2006, SONS ČR. [cit. 2007-04-10].  
Dostupný z WWW:  
< [http://is.brailnet.cz/Z-tisku\\_prispevky/89.html](http://is.brailnet.cz/Z-tisku_prispevky/89.html) >.
51. HUNGERFORD, T., L. The economic consequences of widowhood on elderly woman in the United States and Germany. *Gerontologis*, 2001, vol. 41, no.1, p. 103-110.
52. HUVAR, I. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická Gynekologie*, 2003, roč. neuveden, č. 1, s. 18-22.
53. HYBÁŠEK, I.; PELLANT, A.; NOVÁK, J. Výsledky léčby rakoviny hrtanu na ORL klinice v Hradci Králové v letech 1958-1970, *Československá otolaryngologie*, 1977, roč. 26, č. 3, s. 137-143.
54. HYBÁŠEK, I.; VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*.1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-10019.

- 55.** CHAUKAR, D. A. Quality of life of head and neck cancer patient: validation of the European organization for research and treatment of cancer QLQ – C 30 and European organization for research and treatment of cancer QLQ - H&N35 in Indian patients. *Indian Journal of Cancer*, 2005, vol. 42, no. 64, p. 178-184.
- 56.** CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha : Maxdorf , 2004. ISBN 80-7345-031-3.
- 57.** JANEČKOVÁ, H. Sociální kapitál a sociální koheze jako sociálně protektivní faktory zdraví IN PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 327-350. ISBN 80-7254-657-0.
- 58.** JASCHKE, R. Measurement of Health Status: Ascertaining the Minimal Clinically Important Difference. *Controlled Clinical Trials*, 1989, vol. 10, no. neuvedeno, p. 407-415
- 59.** JEFFREY, E. Long-term Quality of Life After Treatment of Laryngeal Cancer. *Archives of otolaryngology - head & neck surgery*, 1998, vol. 124. no. 9.
- 60.** JOYCE, C., R.; HICKEY, A.; MCGEE, H., M.; O'BOYLE, C., A. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: the SEIQoL. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 2003, vol.12, no. 3, p. 275-80.
- 61.** KADLEC, J. Pozitivní zdraví a jeho indikátory v současné odborné literatuře. *Československá psychologie*, 1991, roč. 35, č. 2, s. 118 – 125.
- 62.** KARAMZADEH, A.M.; ARMSTRONG. Aquatic activities after total laryngectomy. *Otolaryngology - head and neck surgery*. 2001, vol. 125, no. 5, p. 528-532
- 63.** KAZI, R. et al. Multidimensional assessment of female tracheoesophageal prosthetic speech. *Clinical Otolaryngology*, 2006, vol. 31, no. 6, p. 511-524

- 64.** KAZI, R. et al. Quality of Life following Total Laryngectomy: Assessment Using the UW-QOL Scale. *ORL. Journal for Oto-rhino-Laryngology and Its Related Specialties*, 2007, vol. 69, no. 2, p. 100-106.
- 65.** KAZI et al. Questionnaire analysis of the swallowing-related outcomes following total laryngectomy. *Clinical Otolaryngology*, 2006, vol. 31, no. 6, p. 525-529
- 66.** KEBZA, VL. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- 67.** KLENER, P.: *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.
- 68.** KOLÁŘOVÁ, R. Kvalita života z pohledu klinických studií. In VODVÁRKA, P., aj. *Podpůrná léčba v onkologii 2003: podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika*. Praha: Galén, 2004, s. 183--189. ISBN 80-7262-264-1.
- 69.** KOLLER, M.; WEST, K. Translation committee. On behalf of the EORTC [online]. *Quality of Life Group*, EGAM, Brussel, 2005. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://groups.eortc.be/qol/downloads/2005\\_brussels/west\\_translations\\_committee\\_egam2005.pdf](http://groups.eortc.be/qol/downloads/2005_brussels/west_translations_committee_egam2005.pdf)>.
- 70.** KOPECKÁ, P. Koncept kvality života seniorů v české společnosti. In *Kvalita života a zdravotně sociální péče*. Kostelec nad Černými lesy, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2002. Zdravotní politika a ekonomika, sv. 5.
- 71.** KOTECKÝ, V. *Dvakrát měř, třikrát řeš, potom (možná řež. Vztah udržitelnosti a ekonomického výkonu*. [online]. *Vesmír*, č. 80, 2001.s. 428-430. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: < [http://www.vesmir.cz/soubory/2001\\_V427-431.pdf](http://www.vesmir.cz/soubory/2001_V427-431.pdf) >.
- 72.** KOUDELKOVÁ, A. Kvalita života – základní principy konstrukce dotazníku. In *Sborník studentské celouniverzitní vědecké konference FSV*, Praha: MatfyzPress 2002, s. 124-126. ISBN 80-85863-84-7.

- 73.** KRAHULCOVÁ, B. *Filozofické, etické a psychosociální aspekty sluchového postižení*. [online]. Education and Culture. Socrates. QESWHIC Project, 2003. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.lehn-acad.net/downloads/letter12cz.pdf>>.
- 74.** KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- 75.** KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie. Radost, naděje, odpuštění, smířování, překonávání negativních emocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X .
- 76.** KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006 ISBN 80-247-1370-5.
- 77.** KŘIVOHLAVÝ, J. 2. vyd. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- 78.** KŘIVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*. 1. vyd. Praha: Oliva, 2000. ISBN 80-85942-42-9
- 79.** KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.
- 80.** KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. IN PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 217-233. ISBN 80-7254-657-0.
- 81.** KŘÍŽOVÁ, E. Sociální kapitál a sociální koheze jako sociálně protektivní faktory zdraví. IN PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 351-364. ISBN 80-7254-657-0.
- 82.** KŘÍŽOVÁ, E. Sociální podmínky kvality života. IN PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 351-364. ISBN 80-7254-657-0.
- 83.** KUBÁTOVÁ, J.; ŠTANCLOVÁ, M. Život klientů po totální laryngektomii. ORL odd. Nemocnice České Budějovice, s. 17; I. Pardubické ošetrovatelské dny a I. Celostátní

studentská vědecká konference bakalářského studijního programu Ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Program a sborník abstrakt. 28.-29.4.2006, Pardubice.

**84.** KUČERA, M.: Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky. *Demografie - Revue pro výzkum populačního vývoje*, roč. 44, č. 1, 2002, s. 38-40.

**85.** KUŽELA, L.; ANDRÁŠKOVÁ, J.; STARNOVSKÁ, T. *Stravování při nádorovém onemocnění*. 1. vyd. Praha: MAC, 2002. ISBN 80-86015-80-7

**86.** LANDIS, B.N. Swimming, snorkeling, breathing, smelling, and motocycling after total laryngectomy. *The American Journal of medicine*, 2003, vol. 114, no.4, p. 341-342.

**87.** LEE, M., J. et al. *Health-related Quality of Life Burden of Head and Neck Cancer*. Poster prepared at www.SciFor.com, c2002, Abt Associates Clinical Trial. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:

<<http://www.abtassociates.com/posters/ISPOR2003-quality.pdf>>.

**88.** LEVASSUER, S.; GREEN, S.; TALMAN, P. The SEIQoL-DW is a valid method for measuring individual quality of life in a stroke survivors attendonig a secondary prevention clinic, *Quality of life reseach*, 2005, vol. 14, no. 3, p.779-788.

**89.** LEVY, J., A.; JASMIN, C.; BEZ ,G. *Cancer, AIDS, and Quality of Life*. 1st ed. New York: Plenum Press, c1997. ISBN 0-306-45517-X.

**90.** LIST, M., A. et al. The Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients and the Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck Scale. A Study of Uti/ity and Validity. *Cancer*, 1996, vol. 77, no. 11, p. 2294-2301

**91.** LUBOINSKI, DR. *Le rappel physiologique. La layrngectomie totale*. [online]. [cit. 2007-06-10]. Quelques chiffres résultant d'une étude en 1994 à l'Institut Gustave Roussy. Dostupný z WWW: < <http://www.mutiles-voix.com/biblio/1-5-01.asp> >.

**92.** MÁLKOVÁ, I. *Podíl sestry na hodnocení výsledků léčby karcinomu hrtanu*. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice. 2007.



**93.** MALÝ, M. *Dotazníky o kvalitě života*. Nečtaty, Sborník Robust, 2000, s. 176-183. [online]. [cit. 2007-04-10].

Dostupný z WWW:

<[http://www.statspol.cz/robust/2000\\_maly\\_00.pdf](http://www.statspol.cz/robust/2000_maly_00.pdf)>.

**94.** MARCY A. LIST, et al. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale: A Study of Utility and Validity. *Cancer*, vol. 77, no. 11, p. 2294-2301.

**95.** MARKOVÁ, M. *Komplexní ošetrovatelská péče o tracheostomované pacienty*. Seminář Hartmann akademie, 4. 12. 2007

**96.** MCGIVERN, D.; GRADY, P. Summary of the Capitol Hill Breakfast. *Quality of Life for Patients with Chronic Illness*, c1999. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://search2.google.cit.nih.gov/search?site=NINR&client=NINR\\_frontend&proxystylesheet=NINR\\_frontend&output=xml\\_no\\_dtd&filter=0&getfields=\\*&q=quality+of+life+for+patients](http://search2.google.cit.nih.gov/search?site=NINR&client=NINR_frontend&proxystylesheet=NINR_frontend&output=xml_no_dtd&filter=0&getfields=*&q=quality+of+life+for+patients)>.

**97.** MEDLÍKOVÁ, D. *Rizikové faktory pro vznik karcinomu hrtanu*. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007.

**98.** MEHANNA, H., M.; MORTON, R.,P. Patients'view on the utility of quality of life questionnaires in head and neck cancer: a randomised trial. *Clinical Otolaryngology*, vol. 31, no. 1, 2006, p.310-316

**99.** MOONS, P. et al. *Validity, reliability and responsiveness of the "Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting" (SEIQoL-DW) in congenital heart disease*, [online]. Health and Quality of Life Outcomes. 2004, vol. 2, p. 27 [cit. 2007-4-20]. Dostupný z WWW:

<<http://www.hqlo.com/content/2/1/27/abstract>>.

- 100.** MORTON, R., P. ; Izzard, M., E. Quality-of-life Outcomes in Head and Neck Cancer Patients. *World Journal of Surgery*, 2003, vol. 27-III, no.7-9, p. 884-889.
- 101.** MOTLOVÁ, L. a kol. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, č. suppl. 4, s. 46-49.
- 102.** MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E. *Schizofrenie a kvalita života*, 2003. [online]. [cit. 2007-4-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psych203/04.htm>>.
- 103.** NALBADIAN, M. et al. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2001, vol. 258, no. 7, p.336-340.
- 104.** NEWELL, S. How well do Medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. *Cancer*, 1998, vol. 83, no. 8, p. 1640-1651.
- 105.** NGUYEN, N., P. Combined chemotherapy and radiation therapy for head and neck malignancies Quality of life issues. *Cancer*, vol. 94, no. 4. p. 1131-1141
- 106.** NOTES ON „QUALITY OF LIFE." *The University of Oklahoma School of Social Work*. Rok neuveden.[online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>>.
- 107.** NOVÁČEK, P.; MEDERLY, P. *Indikátory kvality života a udržitelného rozvoje*. 2005. [online]. [cit. 2007-10-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=91](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=91)>.
- 108.** NOVÁK, J.; HYBÁŠEK, I.; PELLANT, A. Karcinom hrtanu. Epidemiologická studie souboru nemocných léčených v letech 1946-1975 na ORL klinice V Hraci Králové. *Československá otolaryngologie*, 1977, roč. 26, č. 3, s. 129-136.

- 109.** ONAKOYA, P., A. et al. Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancers. *Journal of the National Medical Association*, 2006, vol. 98, no. 5, p. 765-770
- 110.** OP DE COUL, B. M. R. et al. Compliance, quality of life and quantitative voice quality aspects of hands-free speech. *Acta Oto-laryngologica*, 2005, vol. 125, no. 6, p. 629-937
- 111.** OP DE COUL, B.M.R. et al. Quality of life assessment in laryngectomized individuals: do we need additions to standard questionnaire in specific clinical research project?, *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 2005, vol. 30, no. 2, p. 169-175
- 112.** OTTO, R, A. et al. Impact of laryngectomy on quality of life: perspective of the patient versus that of the health care provider. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 1997, vol. 106, no.5-8, p. 359-720
- 113.** PALERI, V. et al. Defining the stenotic post-laryngectomy tracheostoma and its impact on the quality of life in laryngectomees: development and validation of a stoma function questionnaire. *Clinical Otolaryngology*, 2006, vol. 31, no. 5, p. 418-424.
- 114.** PALERI V. et al. Quality of life in laryngectomees: a post-treatment comparison of laryngectomy alone versus combined therapy. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*, 2001, vol. 115, no. 6, p. 450-454
- 115.** PATRICK, D., L. Patient-reported outcomes (PROs): an organizing tool for concepts, measures, and applications. *QoL Newsletter*, vol. 3, no. neuvedeno, p. 1-6.
- 116.** PAYNE, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-293
- 117.** PETR, P.; KALOVÁ, H. *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech*. [online]. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005, Dostupný z WWW: [http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni\\_texty/texty\\_KZ05/?searchterm=petr,%20Kalová](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/?searchterm=petr,%20Kalová).

118. POPELKOVÁ, M.; TKÁČIKOVÁ, J. *Pohlád na kvalitu života v období staroby*. [online]. Nitra: Katedra psychologických vied, Fakulta sociálních vied, Univerzita Konštantína Filozofa, 2003. Dostupný z WWW: <<http://194.160.246.99/elpub/FF/Dzuka3/51.pdf>>.
119. PRAISLER, J.; PELLANT A., CHROBOK, V. Naše zkušenosti s náhradními fonačními mechanismy po totální laryngektomii. *Otorinolaryngologie a Foniatrie /Prague/, 2002, roč. 51, č. 3, s. 189-191*
120. PRESTON-LEE, V. Optimizing the assessment of quality of life after laryngeal cancer treatment. *The Journal of Laryngology and Otology*, 2004, vol. 118-II, no. 5-8, p. 432-438.
121. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80-2110-4131-5.
122. PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *Quality of Life Measurement Among Persons with Chronic Mental Illness: A Critique of Measures and Methods. 5. Evaluative Review of Quality of Life Instruments. 5.1 Quality of Life Instruments*. [online]. c2003. Dostupný z WWW: <[http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/quality\\_of\\_life-qualite\\_de\\_vie/chapter5.htm](http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/quality_of_life-qualite_de_vie/chapter5.htm)>.
123. QOL CONCEPTS. *The Quality of life Model*. [online]. University of Toronto, c1991. Dostupný z WWW: < <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm> >.
124. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. 1. vyd. Česká Lípa: Arcus, 1997. č. 15.
125. RELIC, A. et al. Investigating quality of life and coping resources after laryngectomy. *European Archives of Oto-rhino-laryngology*, 2001, vol. 258, no. 10, p. 514-517.
126. ROGERS, S., N. et al. *The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington Quality of Life Scale*. [online]. *Head Neck*, c2002, vol. 24, p. 521-529. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.headandneckcancer.co.uk/files/UW-QOL-scoring.doc>>.

127. ROSINSKÁ, M. *I. Kvalita života*. [online]. Trnava: Katedra Psychológie Fakulty Humanistiky, 2002 [cit. 2007-04-20]. Trnavská univerzita. Dostupný z WWW: <[http://www.i-psychologia.sk/view-33.php?id\\_cat=900](http://www.i-psychologia.sk/view-33.php?id_cat=900)>.
128. RUAUX, CH. *La chirurgie du larynx 20 ans après*. [online]. Rennes: Clinique mutualiste de "la Sagesse", c1995 [cit. 2007-04-10]. Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix. Dostupný z WWW: <<http://www.mutiles-voix.com/biblio/1-5-02.asp>>.
129. SALAJKA, F. Kvalita života onkologicky nemocných-kritérium úspešnosti našej péče. *Klinická onkologie*, 2001, roč. 14, zvláštné číslo, s. 27-29.
130. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
131. SCHUSTER, M. et al. Quality of life and voice handicap of laryngectomees using tracheoesophageal substitute voice. *Laryngorhinootologie*, 2005, vol., 84, no.2, p.101-107.
132. SCHWARTZ, S.; DONALD, L., P.; YUEH, B. Quality-of-Life Outcomes in the Evaluation of Head and Neck Cancer Treatments. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2001, vol. 127, no. 6.
133. SLÁMA, O. Kvalita života onkologicky nemocných, In PAYNE, J a kolektiv. *J. Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 288-295. ISBN 80-7254-657-0.
134. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-130-7.
135. SLAVÍČEK, A., *Rehabilitace po totální laryngektomii*. [online]. Praha: Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK Motol, 2004. [cit. 2007-04-10]. Sanguis, roč. neuveden, č. 32, s. 40, Dostupný z WWW: <[http://www.sanguis.cz/clanek.php?id\\_clanek=423](http://www.sanguis.cz/clanek.php?id_clanek=423)>.

136. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotní listy*, 2004, ročník LXXIII, č. 1, str. 6-9.
137. SLOVÁČEK, L. et al. Kvalita života onkologicky nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*, 2005, roč. LXXIV, č. 5-6, s. 180-182.
138. SMILEK, P. et al. Kvalita života nemocných rakovinou hlavy a krku o rozsáhlých chirurgických výkonech – podklad pro rozhodnutí o léčebném postupu?, *Otorinolaryngologie a Foniatrie, /Prague/*, 2004, roč. 53, č. 4, s. 184-189.
139. STABLOVÁ, A. *Kvalita života dialyzovaných nemocných*. [online]. Praha: UK FTVS Praha, Laboratoř sportovní motoriky, 2000. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://195.113.14.5/pds/konference02/Sekce%201/s-1-Stablova.doc>>.
140. STAŇKOVÁ, M. *Lemon č. 4*. Praha: Mikada 1997. ISBN 80-7013-248-5.
141. STRANA ZELENÝCH. *Zelení jdou do voleb pod heslem „kvalita života“*. [online]. Praha, 2006. Dostupný z WWW: <<http://www.zeleni.cz/197/clanek/zeleni-jdou-do-voleb-pod-heslem-kvalita-zivota/>>.
142. ŠAVRDA, V. : Změna kvality života In PAYNE, J a kolektiv. J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 176-180. ISBN 80-7254-657-0
143. TAYLOR, J. C. Disability in Patients With Head and Neck Cancer, *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2004, vol. 130, no. 6, p. 764-769.
144. TERREL, E., J. Clinical Predictors of Quality of Life in Patients With Head and Neck Cancer. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2004, vol. 130, no. 4, p. 401-408.
145. TERZUOLO, D. Medical and sociologic problems in laryngectomy. *Archivio per le scienze mediche*. 1968, vol. 125, no. 9, p. 469-469
146. TICHÝ, ST.; BETKA, J.; KASÍK, P. K otázce resociability pacientů po totální laryngektomii, *Československá otolaryngologie*, 1987, roč.36, č.4, s. 257-260.

147. TOČÍK, J. Povinnosti otolaryngológa při poskytování onkootolaryngologickej starostlivosti. *Československá otolaryngologie*, 1987, roč. 36, č.6, s. 354-358.
148. TRÁVNÍČKOVÁ-KITTLEROVÁ, O., HRADIL, V., VACEK, J. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-485-3.
149. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
150. VAŽUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
151. VAN WYK et al. *Is there a difference in quality of life, comparing summer and winter, in patients who have undergone total laryngectomy?* [online]. Birmingham: the British Academic Conference in Otolaryngology, c2006 [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=1357788>>.
152. VESELÁ, J. *Sociologický výzkum a jeho metody*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2002, ISBN 80-7194-466-1.
153. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-0253-3.
154. WALDRON, D. et al. Quality-of-Life Measurement in Advanced Cancer: Assessing the Individual. *Journal of Clinical Oncology*, 1999, vol. 17, no. 11, p. 3603-3611.
155. WALDRON, D. *Scientific session: Quality of Life. Methodologies and measurements*. [online]. University College Hospital Galway, Ireland. MASCC/ISOO, 16 th Interantional Symposium Supportive Care in Cancer, c1999. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.mascc.org/media/16thSymposiumProceedings/contents/papers/fs1-2/data/downloads/fs1-2.pdf>>.

- 156.** WARD, E., C. et al. Differential Modes of Alaryngeal Communication and Long-Term Voice Outcomes following Pharyngolaryngectomy and Laryngectomy. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 2003, vol. 55, no. 1, p. 39-49.
- 157.** WEYMULLER, E., A. et al. Analysis of the Performance Characteristics of the University of Washington Quality of Life Instrument and Its Modification (UW-QOL-R). *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2001, vol. Neuveden, no. 127, vol. 5, p. 489-493.
- 158.** WEYMULLER, E. A. *Toxicity trends in H&N cancer*. [online]. A surgeon's perspective. University of Washington, c1999. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.oncologymeetings.org/head\\_neck/documents/Weymuller.pdf](http://www.oncologymeetings.org/head_neck/documents/Weymuller.pdf)>.
- 159.** WIKIPEDIA. THE FREE ENCYCLOPEDIA. [online]. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Maslow's\\_hierarchy\\_of\\_needs](http://en.wikipedia.org/wiki/Maslow's_hierarchy_of_needs)>.
- 160.** XAVIER, F., M., F. et al. Elderly people's definition of quality of life. A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003, vol.25, no. 1, p.31-39.
- 161.** ZACHAROVÁ, E; HERAMNOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*.1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 162.** ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0467-1.
- 163.** ZEINE, L. LARSON, M. Pre- and post-operative counseling for laryngectomees and their spouses An update. *Journal of Communication Disorders*, 1999, vol. 32, no. 1, p. 51-71.
- 164.** ZOTTI et al. The EORTC quality of life questionnaire-head and neck 35 in Italian laryngectomized patients. *Quality of Life Research*, 2001, vol. 9, no. 10, p. 1147-1153.



**165.** ZVÍROTSKÝ, M. *Explicite vyjádřená témata sexuality ve výzkumu individuální kvality života dětí a dospívajících* [online]. In sborník z kongresu Pardubice, 2006. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102201> >.

**166.** ŽÁK, S. *Mystika života*. In PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s.137-145. ISBN 80-7254-657-0.

## VYSVĚTLIVKY

<sup>1</sup> laryngektomie, z řečtiny larynx, laryngos: hrtan, ectos, ectomia: odstranění, vytěťtí, více o operaci viz PANJE, W.R.; HEBERHOLD, C.: Head and Neck surgery. Volume 3. Neck. 2nd edition. New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 1998, ISBN 0-86577-624-5.

- v případě postižení okolních orgánů se přistupuje navíc také k jejich odstranění (např. hltan, jícen, krční uzliny, štítná žláza), tzv. rozšířená laryngektomie

<sup>2</sup> teleologické, cílesměrné ovivňování činnosti („telos“ z řečtiny – cíl) v konceptu tzv. hormické psychologie (z řečtiny „hormao“ – poháním, motivuji)

<sup>3</sup> z řečtiny „logos“: slovo, smysl; „terapeuein“ – léčit: druh psychoterapie

<sup>4</sup> hodnoty a ctnosti: ctnost: kladná, společensky oceňovaná mravní vlastnost, např. podle Platóna: moudrost, spravedlnost, statečnost, sebeovládání, k nim přibývají tři křesťanské: víra, naděje a láska. Toto jsou transcendentální hodnoty k nimž směřujeme, běžná rovina hodnot, které můžeme dosáhnout jsou tzv. imanentní.

<sup>5</sup> zaměření mohou být např.: provitální (udržení života), prosociální, nesobecké, kulturní, perspektivní, odpovědné či kooperativní

<sup>6</sup> v 60-tých letech se objevil v politickém programu amerického prezidenta *Johnsona* jako cíl domácí politiky - tj., že ukazatelem společenského blaha je, jak dobře se za určitých podmínek lidem žije a ne kvantitativně spotřebovaného zboží.

<sup>7</sup> kvalita života velkých společenských celků (země, kontinent), život je chápán jako absolutní morální hodnota, kvalita tento závěr reflektuje. *Problematika kvality života se stává součástí politických úvah při boji s epidemiemi, hladomorem atd.*

<sup>8</sup> kvalita života v malých sociálních skupinách (škola, nemocnice, podnik, domov důchodců). *Jedná se o respekt k morální hodnotě života člověka, otázka sociálního klimatu a vztahů mezi lidmi, neuspokojování a uspokojování (frustrace a satiace), základních potřeb člena skupiny, existence sociální opory (social support system), sdílených hodnot*

<sup>9</sup> - život individua, osobní, subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, vstup osobních hodnot jako naděje, očekávání, přesvědčení

<sup>10</sup> - pozorovatelné chování druhých lidí, které lze objektivně měřit a provádět (mobilita před a po ortopedické operaci). *Kritéria se objektivně definují, měří. Údaje postrádají určitou výpověď o hlubší kvalitě života*

<sup>11</sup> Vyhodnocení profilu kvality života: Důležitost, Spokojenost a skóre kvality života: Důležitost (kterou člověk přisuzuje 9 dimenzím) a Spokojenost má skórovací rozmezí od: 1 (vůbec nedůležité či žádná spokojenost) k 5 (extrémní důležitost/extrémní spokojenost). Skórování důležitosti slouží jako váha pro přetvoření skóre potěšení do skórování kvality života. QOL skóre nad 0 ukazuje na pozitivní QOL, pod nulu reprezentuje negativní QOL.

<sup>12</sup> otázka svobodné volby: např. eutanázie, z řečtiny *eu*: dobrý, *thanatos*: smrt: dobrá smrt, je však eutanázie, jak je dnes chápána jako umělé urychlení smrti východiskem ke zbavení se bolesti, utrpení, ztráty lidské důstojnosti, zároveň izolace a závislosti na druhých (ztrácí v jisté míře svou autonomii), beznaděje, celkové únavy životem či zástupné řešení našeho selhání při vyrovnání se se smrtí?, zlepšuje eutanázie kvalitu života – zmírňuje utrpení člověka, který umírá, nebo spíše těch, kteří se o něho starají? Lze zabránit jejímu zneužití? viz např. knihy *Virt, G.*: Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanázie, Praha, Vyšehrad, 2000, přel. z německého originálu *Leben bis zum Ende* Dagmar Pohunková, Theodora Starnovská, 1. vydání, 95 s. ISBN 80-7021-330-2.

<sup>13</sup> výzkum proběhl v Austrálii, Belgii, Číně, Francii, Honkongu, Itálii, Japonsku, Kanadě, Německu, Nizozemí, Novém Zélandu, Portugalsku, Singapuru, Velké Británii, Španělsku a USA.

<sup>14</sup> další: etické principy, přirozené sociální prostředí, pracovní aktivity, hmotné zabezpečení, zdravotní péče, komplexní služby, společenské aktivity, vzdělávání, bydlení seniorů. Základní hodnoty jsou: nezávislost, participace, péče, seberealizace a důstojnost člověka.

<sup>15</sup> **Cíl 5:** zdravé stárnutí za přítomnosti sociálních, pracovních a vzdělávacích příležitostí společně s přiměřenou fyzickou aktivitou, uspokojování potřeb a přání seniorů v otázce bydlení, příjmu, soběstačnosti, snížení nemocí a úrazů, podpora zdraví, prevence nemocí. Demografické prognózy do roku 2020 počítají se snížením převahy žen v populaci, předpokládá se zvýšení úrovně vzdělání - hlavně u žen - změna potřeb seniorů se zaměřením na duševno - např. univerzity třetího věku, možná politická participace seniorů.

<sup>16</sup> **Disease** - z objektivního pohledu choroba, obvykle se myslí diagnóza, **Illness** - nemoc jako subjektivně prožívané zhoršení zdraví (psychologický termín), momentální zdravotní indispozice, která ustoupí či progreduje, týká se většinou nemocí somaticko-fyziologické substrátu, **Sickness** - nemoc ve smyslu prožitku sociálního kontextu nemoci, kdy se člověk necítí dobře, **Disorder** - porucha, **Injury** - úraz, poranění, **Handicap**, „**participation**“ - nahrazen později pojmem „**participation**“ - vyjadřuje povahu a rozsah podílu, účasti či zapojení jedince v rámci životních situací“ - znevýhodnění, postižení, vada, která se může odrazit v sociálních důsledcích nemoci (sickness). **Disability**, „**activity limitation**“ - později nahrazen pojmem „**activity limitation**“ - omezení či limit trvání a kvality vykonávaných činností“ - tělesná nebo duševní nezpůsobilost či invalidita, která se může projevit jako důsledek objektivně či subjektivně pojaté nemoci (disease, illness), **Impairment** - jakékoli strukturální či funkční poškození, ztráta nebo abnormalita ve stránce psychické, fyziologické, anatomické se může projevit jako důsledek objektivně pojaté choroby (disease).

<sup>17</sup> Známé jsou pojety *osobnosti A*, *A-type behavior*, *chování typu A*, má vztah ke kardiovaskulárnímu onemocnění (nesmlouvaví, neschopnost se uvolnit, nepřátelstvím, vznešlostí, pochybování o sobě), *B-type behavior*, *chování typu B*, *nemající přímý vztah ke kardiovaskulárnímu onemocnění* (uvolnění, klidní, nesoutěživí, s pozitivními vztahy, trpěliví, tolerantní, schopnost relaxovat) se přidává i koncepce *C typu osobnosti*, *C cancer*, typu chování, kdy se objevuje sklon k potlačování emocí, hlavně negativních, nedostatek autonomie, vyhýbání se konfliktům, málo autonomie, závislost na dominantní osobě, sociální konformita. (*Grossarth-Maticek et al., 1988*), dále i *D typ osobnosti*, *depressivní*

<sup>18</sup> Autoplatický obraz má složku senzitivní (místní bolesti a obtíže), volní (úsilí odolávat nemoci, usilovat aktivně o uzavení), emocionální (strach, úzkost, naděje), racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě a prevenci).

<sup>19</sup> „*health-related quality of life*“, *HRQoL*, *HRQOL*

<sup>20</sup> z latiny „salus, ústí – zdraví, blaho, štěstí, nebo „valétudó,-inis“ – zdraví, zdravotní stav, anglicky „Health“, německy „Gesundheit“, francouzsky „santé“.

<sup>21</sup> Vezmeme-li v úvahu zdravotní stav české populace se po roce 1989, tak se v řadě ukazatelů zvýšil: snížila se úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, zlepšila se efektivita léčby a prevence např. nádorových onemocnění, zvýšila střední délka života. (muži 72 let, ženy 78 let). Z některých údajů zdravotnické statistiky soudíme u některých společenských skupin na zlepšení duševní dimenze zdraví, osobní pohody („*wel-being*“) a životní spokojenosti („*life satisfaction*“).

<sup>22</sup> ukazatel hrubého domácího produktu na jednoho obyvatele

<sup>23</sup> sebe přijetí („*self-acceptance*“): pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou, dále pozitivní vztahy s druhými, autonomii (nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům, zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých), zvládnání životního prostředí („*environmental mastery*“), smysl života („*purpose in life*“, cílesměrnost), osobní rozvoj („*personal growth*“). Ke smyslu života a osobnímu rozvoji se váže schopnost prožitku naděje („*hope*“), schopnost věřit, že bude lépe (koncept naučeného optimismu a koncept naučené bezmocnosti, syndromu beznaděje a bezmoci). Významnou dimenzí well-being je tělesná zdatnost („*wellness*“, „*fitness*“), pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu: sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi, vnímání stresu.

<sup>24</sup> sebe přijímání: kladný postoj k sobě, osobní růst, účel života: smysluplnost, začlenění do života, samostatnost-autonomie, vztah k druhým lidem (sociální dimenze života)

<sup>25</sup> sociální přijetí – acceptance, sociální aktualizace, spoluúčast na společenském dění, sociální soudržnost, sociální integrace.

<sup>26</sup> V první teorii jde o to, že člověku je dobře, je v pohodě, když má pro co žít (dobý cíl svého snažení), při realizaci cíle je spokojen. Na subjektivní pocit pohody má největší negativní vliv nesrovnalosti (diskrepance) mezi ideálem sebepojetí daného člověka a realitou, mezi tím jaký je a jakým by chtěl být. Vliv mají i momentální změny v prostředí a životě člověka. Negativní změny (nemoc, úraz) snižují subjektivní pohodu. Negativní emoce podle *Normana Bradburna, 1969* nemají vliv na objektivní pohodu, máme totiž dvě stupnice emocí, kladné a záporné, přechází se od kladných k záporným emocím. Pocit subjektivní pohody má určitou trvalou charakteristiku (stabilitu). Je tedy trvalá hladina pohody v korelaci s radikálnějším událostmi v životě. *Druhá teorie* vychází z uspokojování potřeb (*Freud, Maslow*) pro pocit pohody, který snižuje frustrace či deprivace, uspokojení (satiace) zvyšuje. *Omodeiho* pokusy ukázaly, že se počítá jak s relativně trvalou hladinou subjektivní pohody, tak i vlivem krátkodobým a pozitivním či negativním *Poslední je teorie* biologických základů pocitu pohody (psycholog *Tellegen*), kdy je člověku předurčeno geneticky pocit lepší či horší nálady. Podle této teorie lze pohodu očekávat u lidí s vyšší mírou extroverze a nižší mírou neuroticismu. Dalším faktorem je i celkový postoj člověka ke světu a životu, zda dávají přednost pozitivnímu či negativnímu. Uplatní se vliv naděje a optimismu

<sup>27</sup> hodnocení celkové kvality života či kvality v jedné z dimenzí - např. sociální vztahy, volný čas

<sup>28</sup> - základnou je dobrý fyzický a psychický stav, funkční rodina a materiálně-sociální zabezpečení, život chránící životní prostředí a zisk schopností a návyků pro přežití, - střední část představuje kombinace hodnot, informací a vztahových ráců (pevné zdraví, prožitky životní spokojenosti, uspokojivé sociální prostředí, úroveň společenského rozvoje, přátelské prostředí a úroveň poznatků a kompetencí) spojená s lidskými zájmy, koníčky, vášněmi, vztahy člověka ke světu (životní a ideové styly), - přechodovou vrstvu vyplňuje bezproblémové stárnutí, kultivace osobnosti, společenské uznání, podpora závislým, podpora života a univerzální altruismus, - vrchol tvoří smysl života

<sup>29</sup> v článku časopisu *Psychologická revue o teorii lidské motivace, A Theory of Human Motivation, 1943*

<sup>31</sup> psychometrika, psychometrie: aplikovaná subdisciplína psychodiagnostiky zabývající se tvorbou a ověřováním spolehlivosti i diagnostickou platností psychodiagnostických metod, nauka o měření psychických jevů zahrnující nejen teorii a praxi měření psychických vlastností, ale i měření jevů, které zkoumá psychofyzika hlavně v oblasti vnímání

<sup>30</sup> označovaná anglicky Quality of Life, QL

<sup>32</sup> roli zde hraje kompetentnost člověka – jak rozumí světu a může ho ovlivňovat, autonomie – rozhodování vycházející z člověka a sebeřízení, autenticita – být sám sebou, pojev i život jsou ve shodě, kongruenci, sociální určenost: žítí aspoň v jednom vztahu naplno)

<sup>33</sup> Pojem subjektivní pohoda je odlišně pojatá různými autory, např. je ze dvou hlavních složek: aktuální subjektivní pohoda (momentální prožívání závisící na krátkodobých faktorech: emoce, nálady, tělesné prožitky) a habituální subjektivní pohoda (výsledek nashromážděné emocionální zkušenosti vzniklé podle kognitivních úsudků z delšího časového úseku a jsou relativně stabilní).

<sup>34</sup> fyziologické potřeby, potřeby bezpečnosti, společenské, potřeba uznání a na vrcholu potřeby seberealizace

<sup>35</sup> Organizace spojených národů

<sup>36</sup> ke tvoreni indexů se užily demografické ukazatele: střední délka života, kojenecká úmrtnost, obecná míra úmrtnosti, index stáří, relativní roční přírůstek obyvatel, či charakteristiky sňatečnosti, rozvodovosti, potratovosti a migrace.

<sup>37</sup> *reliabilita*: spolehlivost, spolehlivý test je takový, který měří něco opakovaně, zvyšuje se počtem dotazů; *validita*: platnost, pravdivost, hodnotu se interní a externí validita; *citlivost*: zjistit velikost změny získaných hodnot závislých na změně kvality života v časovém rozmezí u stejného jedince nebo mezi jedinci či skupinami dále viz více v např. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1

<sup>38</sup> Počátkem roku 2000 se na Pařížské radnici sešla více než stovka zástupců vlád, sdružení na obranu práv pacientů a organizací a podniků zapojených ve výzkumu rakoviny při příležitosti prvního Světového summitu proti rakovině, podepsali Pařížskou chartu proti rakovině, která zahajuje první mezinárodní kampaň proti rakovině nového tisíciletí. Jejím cílem je zlepšit léčbu a výzkum nádorových onemocnění všude ve světě a umožnit pacientům dobrou informovanost bojovat s nemocí. Obsahuje preambuli a 10 článků ohledně cílů v boji s rakovinou. *Článek VII. se zabývá kvalitou života: "Zlepšit kvalitu života pacientů je primárním cílem úsilí zaměřeného proti rakovině. Fyzická a emocionální záležitost, kterou nemoc a zvracení. Některé studie potvrzují, že zvyšuje kvalita života nemocného"*

<sup>39</sup> PS 100% znamenal plně zdraví, 0% smrt. Index původně se používal se subjektivním hodnocením symptomů u pacientů léčených paliativně. Tento index se využívá k hodnocení funkční zdatnosti dodnes.

<sup>40</sup> mapuje somatické, psychické a sociální problémy, např. únavu, bolesti, zvracení, zácpu, průjem, depresi, podrážděnost, starosti, psychickou koncentrací, problémy se spánkem, zda překáží fyzický stav rodinnému a společenskému životu, způsobuje finanční obtíže - se čtyřbodovou škálou: vůbec ne, málo, docela dost, velmi, poslední dvě otázky jsou ohledně zhodnocení celkového zdraví a kvality života na sedmistupňové škále od velmi slabá k výborné.

<sup>41</sup> Při léčbě nádorové kachexie je podáván megestrol acetát (MA) - semisyntetický progestagen, zvýší celkovou tělesnou hmotnost a chuť k jídlu, snížit nauzeu a zvracení. Některé studie potvrzují, že zvyšuje kvalita života nemocného

<sup>42</sup> Příčinou horšího zdraví v zemích a oblastech s většími rozdíly v příjmech je psychosociální stres. Jsou zde pocity deprese, hořkost, zklamání, křehkost, obavy, strach, zloba, starost, nejistota práce a bydlení, bezvýhodnost, devalvace, neúspěšnost, bezmoc, nikdo se o ně nestará, cítí izolovanost, úzkost, neúspěch, je to chronický stres spojený s tíživou skutečností životního selhání a neúspěchu. Pocit, že pro ně v komunitě není místo, devalvace lidské bytosti, sociální exkluze, to vše podbarvuje všechny životní zkušenosti.

<sup>43</sup> Nemocný má strach i z vedlejších účinků procedur chemoterapie a radioterapie: ztráta vlasů (týká se celého ochlupení, obočí): u chemoterapie, někdy u radioterapie, pokud se ozařuje hlava (někdy je tato ztráta vlasů stálá). Emocionální důsledek je významný, protože změna vzhledu se objeví relativně náhle: dva či tři týdny první léčby. Důvod ztráty vlasů je kvůli cytotoxicitě: poškození vlasových folikulů u chemoterapie. Vlasy začínou růst 6-8 týdnů po skončení terapie. Ve výzkumu jsou léky, které brání při chemoterapii destrukci epitelových buněk vlasových folikulů. Ztrátu vlasů lze hradiť vhodnou parukou.

<sup>44</sup> Některé nemocní nemají problémy se zvracením a nauzeou, objeví-li se, jsou kontrolováni a již se příznaky neobjeví (užívají např. antiemetika, či podstoupí stres redukční terapie: imagináční, relaxační techniky, hypnóza, akupunktura, meditace). Příčina nevolnosti a zvracení není často psychogenní, ale díky expozici chemoreceptorové spouštěcí zóny v mozku mediátory těchto projevů: neurotransmitery jako serotonin, dopamin, histamin a prostaglandiny, tyto neurotransmitery blokují antiemetické léky (např. compazine, zofrane, reglan, tigan, kytril, torecan).

<sup>45</sup> K omezení nevolnosti se doporučuje: jíst malé dávky jídla 4-6 krát denně, nepít tekutiny s jídlem, vyhnout se tučným a kořeněným jídlům např. kuřecí maso, ovoce, jogurty, nejít si lehnout zhruba dvě hodiny po jídle, neservírovat horké jídlo, doplnit si vitamíny a minerály Proti nauzeu pomáhá ledový zábal (sáček s ledem) na krk 15 minut či studený ručník na čelo, či zázvor, zázvorové pivo.

<sup>46</sup> k zahuštění stravy a tekutin, která pak má konzistenci rosolu s chutí a vůní původního, lze chladit, mrazit, ohřívát, lépe se polyká

<sup>47</sup> totální laryngektomie, LET, TLE

---

## SEZNAM PŘÍLOH, přílohy

<b>Příloha č. 1</b>	<b>Kvalita života: a) hodnocení kvality života, b) příklady názvů dotazníků</b>
<b>Příloha č. 2</b>	<b>Karcinom hrtanu a hypofaryngu Epidemiologie, etiopatogeneze, prevalence a incidence</b>
<b>Příloha č. 3</b>	<b>Příznaky a dispenzarizace</b>
<b>Příloha č. 4</b>	<b>TNM klasifikace nádorů laryngu a hypofaryngu, způsoby léčby a léčebné algoritmy a úspěšnost léčby, nežádoucí účinky radioterapie a chemoterapie</b>
<b>Příloha č. 5</b>	<b>Edukace, obsah informovaných souhlasů a ošetřující tým</b>
<b>Příloha č. 6</b>	<b>Příklady chirurgických výkonů při operacích v oblasti krku</b>
<b>Příloha č. 7</b>	<b>Edukace tracheostomovaného</b>
<b>Příloha č. 8</b>	<b>Pomůcky pro laryngektomovaného a výživa</b>
<b>Příloha č. 9</b>	<b>Ošetřovatelská péče</b>  a) Ošetřovatelské diagnózy při příjmu do nemocnice k operaci totální laryngektomii b) Ošetřovatelské bezprostřední pooperační diagnózy po totální laryngektomii c) Ošetřovatelské diagnózy v následném období po totální laryngektomii d) Ošetřovatelské diagnózy v případě následné léčby chemoterapií a radioterapií
<b>Příloha č. 10</b>	<b>Ošetřovatelská péče u radioterapie a chemoterapie</b>
<b>Příloha č. 11</b>	<b>Psychika nemocného, spiritualita a psychoterapie</b>
<b>Příloha č. 12</b>	<b>Rehabilitace</b> a) tělesná a psychická b) hlasová c) změna životního stylu
<b>Příloha č. 13</b>	<b>Sociálně-právní otázka nemocného a sociální zabezpečení v České republice</b>
<b>Příloha č. 14</b>	<b>Svépomocné společnosti v České republice a jinde ve světě</b>
<b>Příloha č. 15</b>	<b>Dotazníky: a) SEIQoL, b) ŽIPOLET a některé tabulky k jejich vyhodnocení</b>

## Příloha č. 1 Kvalita života: a) hodnocení kvality života

Tab. č. 1 Hodnocení kvality života

<p><b>A. Objektivní přístupy</b> založené na modelu „obecného nemocného“, lze pak srovnat kvalitu života na různých odděleních, v různém stádiu nemoci</p>	<p>1. přístup, který se snaží zachytit momentální stav nemocného fyziologickými a patofyziologickými kritérii (hodnotí vážnost nemoci): - např. metoda <i>Hodnoticí systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu, APACHE II, Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System</i> - vážnost onemocnění se posuzuje, jak se kvantitativně odchyluje současný stav nemocného od stavu normálního, změřené odchylky odchylky se vyjádří jedním číslem. Předpokladem je, že zřejmě je vyšší souvislost mezi údajem o vážnosti nemoci a úmrtnosti nemocných. Používá se např. Velké Británii na lůžkách intenzivní péče k posouzení nemocného při přijetí a po 24 hodinách (Knaus, 1985). (11)</p>
	<p>2. další metodou je tzv. <i>Karnofskyho index, PSI, Performance Status Index, celkový stav nemocného (Karnofsky, Burchenal, 1949) (11)</i>, užívá se hlavně v USA a Evropě. který stanoví lékař (původně onkolog u nemocných s rakovinou plic k hodnocení paliativní léčby) (2) u nemocného podle závažnosti onemocnění, soběstačnosti, podílu léčby, výsledkem je index jako zhodnocení nemocného k celkovému zdravotnímu stavu v daném čase. Škála je od 100% (normální stav nemocného, který je bez obtíží) k 0%, kdy je mrtev, mezi jsou stupně po 10%.<sup>1</sup> Jiná <i>škála</i> stanovení celkového stavu nemocného vytvořila Světová zdravotnická organizace, <i>WHO</i>.<sup>1</sup></p>
	<p>Další je <i>Zubrodovo skóre, Zubrod Score Performance Status</i>, či nazývané <i>ECOG Performance Status Scale (ECOG: Eastern cooperative oncology group</i>, Východní skupina onkologické spolupráce, jedna z největších výzkumných organizací v USA co se týče rakoviny) (6) se stupni 0-5: 0: nemocný bez příznaků, 1: s příznaky, pohyblivý 2: s příznaky, v lůžku stráví méně než polovinu dne, 3: s příznaky, v lůžku stráví více než polovinu dne, není upoután na lůžko, 4: upoután zcela na lůžko, 5. mrtvý (Oken, 1982).(1) Pro <i>děti</i>, které obtížně vyjadřují svou kvalitu života, vytvořil <i>Lansky skórovací systém (Lansky score)</i> podle jejich aktivity (100-0, stupně po desítkách sestupně, od aktivního dítěte po nereagující) (16).</p>
	<p>3. posouzení celkového zdravotního stavu hodnotí tzv. <i>Vizuální škálování celkového stavu pacienta</i>, která pracuje s viditelnou analogovou škálou (VAS, Visual Analog Scale).<sup>1</sup> Nevýhoda tohoto přístupu je rozdíl v hodnocení kvality života jedné osoby mezi hodnotiteli, ale i v různých časových úsecích a situacích. Výhodou je komplexní přístup k hodnocení kvality života (Křivohlavý, 1986) (11).</p>
	<p>4. „normalizované“ hodnocení pacientova života podle praxe českých nemocnic, které popisovalo kvalitu života soustavou křížků (samoobslužnost nemocného, komunikace s personálem, celkový psychický stav), čím více křížků (od jednoho do čtyř) – větší kvalita života. Tato metoda měla výhody a nevýhody VAS (11).<sup>1</sup></p>

5. zavedení slovně formulovaných kritérií, např. *Index kvality života pacienta ILF (11)*, kde jsou stanovena kritéria podle shody více lidí (nemocných, lékařů, zdravotních sester atd.) jako je sebeobslužnost, sociální opora, bolest, emocionální stav. Upravila se např. pětistupňová škála, stanovily se časové úseky hodnocení. Ve světě se často užívají kritéria kvality života nemocného podle O.W. Spitzera, *Spitzer Quality of Life Index – QL (Spitzer et al., 1981 In 11 ; Mühlpachr, 2005 In 5)*: pracovní schopnost, soběstačnost, finance, volný čas, bolesti, nepohodlí, nálada, vědomí o následcích nemoci, komunikace s okolím, vztah s jeho primární sociální skupinou (rodina, přátelé). Je určen hlavně pro onkologii a chronicky nemocné k určení kvality života před a po terapii (2).

Patrick a Erikson (1993) přichází s novým postupem: stanovit nejdříve priority dimenzí kvality života, pak vybrat ty, které nemocný považuje za nejdůležitější. Vystupuje tak fenomenální hledisko a tzv. vnitřní referenční rámec nemocného, dále s analýzou objektivního posuzování. Vše vyústilo do měření kvality života metodou HRQoL, Health Related Quality of Life, Měření kvality života s ohledem na zdraví (11).

## **B. Subjektivní přístupy:**

vychází z fenomenologického pojetí psychologie, kde člověk aktivně hledá smysl své existence, stanovuje cíle, ke kterým chce dospět. Ve střetnutí s překážkou (nemocí) člověk svou kvalitu života přehodnotí. Subjektivní kvalita života se hodnotí podle dotazníků zaměřených na oblasti fyzického zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek a prostředí, duchovní stránku, dopad určité nemoci nebo postižení a spokojenost člověka v nich

**C. Smíšené metody zjišťování kvality života (kombinace metod A a B)** pracují se širším vymezením měření kvality života než výše zmíněné metody. Diagnostikují podstatné rysy života osob, využívají se jako podklad k řízení zdravotní a sociální politiky v určité populaci, regionu atd.

♣ **1. subjektivní měření kvality života nemocného jeho interními kritérii.** Irští psychologové O'Boyle, McGee a Joyce uvažovali, že jednotlivé dimenze kvality života mají jinou závažnost pro daného nemocného, dále se mění jejich hierarchie vlivem času a situací. To postihuje metody *DDRS*, (*Posuzovací škála stresu a neschopnosti, Distress and Disability Rating Scale, 1988*), nepočítala s tím, co považují za podstatné lidi v jiné kultuře a době (11).

♣ **2. pojetí kvality života v termínech životní spokojenosti.** Psychologové vztahují kvalitu života podle spokojenosti s ním. Spokojen je ten, kdo dosahuje svých cílů. Příkladem je *Stupnice spokojenosti se životem, SWLS, The Satisfaction with Life Scale (Diener, 1994)*, která pracuje se spokojeností životem jako celkem, hodnotí se deset různých oblastí, jedinec si vybere oblast pro hodnocení míry spokojenosti. Zjistili, že lidé, kteří mají vysoké hodnoty v tomto testu, jsou přizpůsobeni životu a jsou bez psychopatologických znaků (11).

♣ **3. sítě životních cílů (Repertory Grid) a koncepce metody SEIQoL**

Kellyův koncept (1955) pracuje s pojetím tzv. osobních konstruktů: naše činy a myšlenky, hierarchicky uspořádané, jsou výsledkem našich osobních představ o věcech, ideálech k popisu pojetí mentálních konstruktů je jeho metoda „Repertory Grid, metoda sítí životních pojetí a cílů.“ Této metody využili Palys a Little, 1983, kteří zjišťovali závažnost jednotlivých osobních cílů, i dosah, jaký je zaměření k jednomu cíli na stanovení a realizaci jiných osobních cílů, odtud vycházela metoda SEIQoL. *Metoda SEIQoL, Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, Systém individuálního hodnocení kvality života*, která je založena na osobních představách a jejich důležitosti (podle systému hodnot) dotazovaného. Dotazník se zaměřuje na *klíčové podněty, životní cíle (cues)* – např. zdraví, rodina, zaměstnání, náboženství, finance, vzdělání, které jsou pro vyplňujícího závažné a tyto se mění vlivem času, situace, věku atd. Tato metoda se využívá často u lidí různých onemocnění ke zjišťování ovlivnění jejich cílových podnětů vlivem nemoci, léčby atd.

V *SEIQoL-DW The Schedule of Individual Quality of Life - Direct Weighting (15)*, metodě respondenti vyjmenují pět pro ně nejdůležitějších oblastí života a zhodnotí svůj výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich tak, že mezi ně rozdělí 100%. Metoda je ve formě kruhu, kde je centrální bod obklopen pěti barevnými výsečemi, kdy každý představuje určitou oblast důležitou pro člověka a jeho kvalitu života (8). Posledním příkladem je dotazník *SQUALA (Zannotti, 1992)*, sebesposuzovací dotazník složený ze 23 oblastí, které pokrývají vnější i vnitřní realitu každodenního života.<sup>1</sup> Dotazník *SQUALA* lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti k diagnostice či zkvalitnění péče a služeb *Mühlpachr, 2005*) (5).

♣ Tým odborníků z univerzity v Manchesteru vytvořili metodu **MANSA**, Manchester Short Assessment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru), variace této metody je *LqoLP, Lancashire Quality of Life Profile*. Objevuje se zde metodika *LSS, Life Satisfaction Scale, Škála životního uspokojení (Pribe, Huxley, Stone a Kight, 1998)*. Kvalita života se měří tak, že se hodnotí celková spokojenost se životem a spokojenost s řadou předem stanovených životních dimenzí. Cílem je zachycení celkového obrazu kvality života daného jedince, jak se mu jeví v dané chvíli. Toto hodnocení celkového obrazu kvality života umožňuje cíleně zefektivnit péče a pomoc jemu určenou (11).

*MANSA* se zaměřuje na zjišťování spokojenosti v oblastech: vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, životní prostředí, právní stav, finanční situace, náboženství (víra), trávení volného času, zaměstnání, práce, škola. Každá z uvedených dimenzí života se měří stupnicí spokojenosti **LSS, Life Satisfaction Scale, Škála životního uspokojení (Pribe et al., 1998)**, která je vizuální (tzv. chart) typu *VAS (Visual Analogous Scale)* se sedmi stupni od nemůže to být horší k nemůže to být již lepší (mezi nimi jsou oddíly: z větší části nespokojen, nespokojen, stejně nespokojen jako spokojen, spokojen, z větší části spokojen). Variací této škály je tzv. *Cantrillův žebřík*, v podobě obrazu žebříku s dvanácti příčkami, hodnotí se celkový pohled na život a jeho perspektiva se zaškrťává křížkem na některé příčce žebříku tzv. *Cantrill's Ladder Score*) (11).

b) příklady názvů dotazníků

Tab. č. 2 Příklady generických a specifických dotazníků

<p><u>Generické dotazníky</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Activities of Daily Living (ADL)</b>, (Slováček a kol., 2004)(13)</li><li>• <b>Karnofsky Performance Status Scale (13)</b>,</li><li>• <b>Short Form 36 health status questionnaire (SF-36)</b>: obsahuje 36 otázek, původně z USA (3), nejčastěji používaný dotazník kvůli dobré výpovědní hodnotě v různých odvětvích medicíny. Hodnotí se 8 základních kvalit zdraví: limitace ve společenských aktivitách, ve fyzické aktivitě vlivem zdravotních problémů, v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví, dále tělesná bolest, duševní zdraví, limitace z důvodů emocionálních, vitalita, obecný pocit zdraví. Vyhodnocuje se pomocí TS skóre (Transformed Scales Score) v intervalu 0-100 (13),</li><li>• <b>Sickness Impact Profil (SIP)</b>: užívaný v angloamerické oblasti, historicky první nástroj k měření subjektivního zdraví a může být použit k dlouhodobým důsledkům nemoci a lékařských intervencí u především somatických nemocných. Zjišťuje, jak se nemoc promítá do denních aktivit a chování, spíše než do emocí a klinických údajů, (Bergner et al., 1981) (9)</li><li>• <b>Nottingham Health Profile, NHP</b> stejně aplikovaný jako SIP, vznikl ve Velké Británii (13),</li><li>• americké studie zabývající se kvalitou života používají dotazník <b>EORTC QLQ-C30, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</b> se šesti dimenzemi kvality života, orientovaný na nemocné s rakovinou, ale lze použít i u jiných chronických onemocnění. Dotazník obsahuje třicet otázek, prvních pět se týká celkového stavu s odpověďmi ano-ne, další otázky 6-28 hodnotí aktivity minulého týdne, tělesné a psychické obtíže, rodinné, společenské a ekonomické problémy odpovědi: vůbec ne, trochu, dost, velmi. Poslední dvě otázky jsou vizuálně analogické se sedmi stupni: velmi špatně po vynikající, týkají se hodnocení celkového zdraví a kvality života (14). A podobný dotazník <b>World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-100</b>: široce použitelný u zemí různých kultur, obsahuje také šest základních kvalit zdraví. Dotazníky WHOQOL a EORTC QLQ-C30 mají hodnocené společné čtyři oblasti: fyzické zdraví, funkční schopnosti (soběstačnost), emoce (psychická úroveň) a sociální zázemí. EORTC QLQ-C30 obsahuje navíc složku kognitivní funkce a obecný pocit zdraví. WHO QOL-100 složku okolní prostředí (13),</li><li>• <b>Quality of Life Profile (Adult Version)</b>: pracuje se širším pojetí kvality života než jen s ohledem na zdraví, snaží se vytvořit univerzální metodu pro jakýkoli vzorek populace a jejich následné srovnání. Metoda standardizovaná Centrem pro podporu zdraví (Center for Health Promotion, Toronto), obsahuje více faktorů s vlivem na kvalitu života než jiné dotazníky a také dva důležité faktory: možnost (šance) a kontrola (vliv) na situaci, na nichž závisí hodnocení kvality života respondentem. Strukturovaný dotazník obsahuje 54 položek, 6 z nich hodnotí každou z 9 zkoumaných dimenzí/faktorů (10).</li></ul>
<p><u>Specifické dotazníky</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• u chronických onemocnění např. u revmatoidní artritidy, močové inkontinence, chronické selhání ledvin – <b>Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL)</b> s generickým dotazníkem SF 36,</li><li>• pro nemocné s depresí <b>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q)</b>,</li><li>• <b>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General Version (FACT-G)</b>, pro nemocné s chronickým onemocněním: funkční zhodnocení terapie chronicky nemocí, obecná verze a její specializované: pro nemocné s rakovinou prsu (<b>FACT-B-breast</b>), mozkových tumorů (<b>FACT-Br-brain</b>) atd. Funkční zhodnocení u roztroušené sklerózy (<b>Functional Assessment of Multiple Sclerosis, FAMS</b>), infekce HIV (<b>Functional Assessment of HIV Infection, FAHI</b>),</li><li>• pro nemocné s nádorovým onemocněním vytváří Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny dotazníky kvality života (<b>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, EORTC QLQ-C-30</b>) a podobně i modifikace na jednotlivá nádorová onemocnění,</li><li>• dotazník pro onkologicky nemocné, kteří podstoupili radioterapii, radiochemoterapii, mapuje ovlivnění jejich života léčbou <b>The Quality of Life-Radiation Therapy Instrument, QOL-RTI (12)</b>,</li><li>• pro nemocné v terminálním stádiu <b>Missoula-Vitas Quality of Life Index V-25, MVQOLI: 25 Item Version (13)</b>.</li></ul>

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>1</sup> **90%** normální výkonnost, minimální projevy nemoci; **80%** normální výkonnost, drobné příznaky nemoci; **70%** omezená výkonnost, soběstačný, ale v pracovní neschopnosti; **60%** omezená výkonnost, občas vyžaduje cizí pomoc; **50%** omezení výkonnosti, není trvale upoután na lůžko, potřebuje ošetrovatelskou a lékařskou péči; **40%** trvalé upoutání na lůžko, potřebuje lékařskou odbornou péči, **30%** vážnost nemoci, potřeba odborné a podpůrné péče, indikována hospitalizace; **20%** velmi těžká nemoc, nutná hospitalizace, odborná péče, aktivní podpůrná léčba, **10%** nemocný je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení.

<sup>1</sup> (stupeň 0-4: 0: schopen normální tělesné aktivity bez omezení, 1: neschopen těžké fyzické námahy, může konat lehčí práci, 2: soběstačný, ale neschopen práce, tráví více než polovinu denní doby mimo lůžko, 3. omezeně soběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby, na lůžko tráví více než polovinu denní doby, 4. zcela nesoběstačný, trvale upoután na lůžko).

<sup>1</sup> čili se stupnicí 10 cm dlouhou vodorovnou či v úhlu 45° stoupající úsečka s dolním koncem, kde je vyznačen bod – celkový pacientův stav je mimořádně špatný a horním, kdy celkový stav je velice dobrý. Hodnotící (příbuzný, sestra, lékař) zakřížkuje na čáře místo, kde se zhruba nemocný v dané době nachází. V této metodě nejsou určena kritéria, která závisí na pojetí kvality života člověka, který hodnotí.

<sup>1</sup> + nemocný je fyzicky v dobrém stavu, soběstačný, dobře vychází s personálem, zaujímá reálný postoj k životu; ++ nemocný je psychicky alterován (vzrušen či v depresi), potřebuje menší pomoc, kontakt s druhými je horší; +++ nemocný není zcela soběstačný, potřebuje pomoc, kontakt s ním je velmi špatný, podobně i jeho styk s blízkými; ++++ úplná závislost na druhých, neorientuje se ve své životní situaci.

<sup>1</sup> Spokojenost je v každé této realitě hodnocena na pětibodové škále (0 - velmi zklamán až 4 - zcela spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0 - bezvýznamné až 4 - nezbytné)

#### SEZNAM LITERATURY:

1. BLADDER CANCER WEBCAFÉ. Performance status Karnofsky Score, Zubrod Score. c2007. [online]. Dostupný z WWW:<<http://blcwebcafe.org/performancestatus.asp>>.
2. BOWLING, A. *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. 1st ed., Buckingham: Open university Press, 1997, iISBN 0-335-15436-0.
3. BUPA. What is the SF-36 questionnaire? The British United Provident. c2008. [online]. Dostupný z WWW:<<http://www.bupa.co.uk/healthsurveys/html/why/sf36.html>>.

- 
4. BOWLING, A. *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. 1st ed., Buckingham: Open university Press, c1997, iISBN 0-335-15436-0.
  5. DYTRTOVÁ, J. *Kvalita života zdravotně postižených seniorů*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2006.
  6. EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP. 2002 [online]. Dostupný z WWW: < <http://ecog.dfci.harvard.edu/>>.
  7. GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. et al. *Quality of Life and Health. Concepts, Methods and Applications*, 1st ed., Berlin: Blackwell Wiss.-Verl., c1995. ISBN 3-89412-214-5.
  8. HICKEY, A., M. et al. Education and debate A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *British medical journal*, 1996, vol. 313, no. 6, p. 313.
  9. HUVAR, I. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická Gynekologie*, 2003, roč. neuveden, č. 1, s. 18-22.
  10. KOUDELKOVÁ, A. Kvalita života – základní principy konstrukce dotazníku. In *Sborník studentské celouniverzitní vědecké konference FSV*, Praha: MatfyzPress 2002, s. 124-126. ISBN 80-85863-84-7.
  11. KRÍVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, Praha. ISBN 80-247-0179-0
  12. PEREZ, C., A. *Principles and Practise of Radiation Oncology*. 4th ed., Philadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkins, 1992. ISBN 0-7817-3524-4.
  13. SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotní listy*, 2004, ročník LXXIII, č. 1, str. 6-9.
  14. VODVÁŘKA, M. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vydání, Ostrava: Ostravská univerzita, 1997.
  15. WESTERMAN, M. Problems Eliciting Cues in SEIQoL-DW: Quality of Life Areas in Small-Cell Lung Cancer Patients. c2006, vol. 15, no. 3, p. 441-449
  16. WIKIPEDIA. THE FREE ENCYCLOPEDIA. [online]. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: < [http://en.wikipedia.org/wiki/Performance\\_status](http://en.wikipedia.org/wiki/Performance_status) >.



---

## Příloha č. 2      Karcinom hrtanu a hypofaryngu

### *Epidemiologie, etiopatogeneze, prevalence a incidence<sup>i</sup>*

Pro statistiku zhoubných onemocnění má význam vedení *Národního onkologického registru*. Onkologickému hlášení podléhají nemoci, které nahlašuje každé zdravotnické zařízení, kde se stanovila diagnóza (21). Obecně patří nádory hrtanu a hypofaryngu do nádorů hlavy a krku, <sup>i</sup> které zahrnují zhruba 3% všech nádorů (ÚZIS ČR<sup>i</sup> In *Pála a Vítek, 2005* uvádí 1,8% v České republice) (24), týká se populace ve věku kolem 60 let, vzácně do 35 let a více výskyt u mužů (1). V Evropě je nejvyšší **výskyt nádorů hrtanu** hlavně v zemích kolem Středomořího moře. Nádory hrtanu svou etiologií náleží ke karcinomům hlavy a krku v souvislosti s užíváním tabáku a alkoholu (rizikové faktory) a tvoří je z 95 % dlaždicobuněčné karcinomy. V České republice je incidence (30), <sup>i</sup> kterou uvádí *Klozar* 8, 7/100 000 u mužů, 1/100 000 u žen (14). *Klozar* poznamenává, že incidence laryngeálního karcinomu je během posledních 20 let stabilní proti nádorům orofaryngu. Některé studie pozorují posun k nižším věkovým skupinám, rovněž se zvyšuje počet nemocných žen. Průměrný věk nemocných s nádory laryngu je mezi 50 a 60 lety (14). Zhoubným nádorem hrtanu onemocní ročně asi 850 mužů (2-8 krát častěji) a 300 žen (24). Zhruba 400 nemocných o hrtan přijde (13). *Černý* uvádí, že karcinom hrtanu tvoří 2,3% všech rakovinových nádorů u mužů a 0,4% u žen. Vrchol výskytu je ve věkovém rozpětí od 40 do 70 let. Mortalita na karcinom hrtanu je zhruba 2,4% na 100 000 obyvatel (5). *Hybášek a Vokurka* uvádí o epidemiologii v České republice: 95% muži s frekvencí 8, 4 onemocnění na 100 tisíc obyvatel za rok. Vzniká obvykle po 40. roce, maximum výskytu kolem 60 let. **Oproti Slovensku, řady států Evropy a Ameriky u nás za posledních 20 let rakoviny hrtanu nepřibývá ani u žen.** Mírně se snižuje průměrný věk nemocných a narůstají počty supraglotických rakovin Asi 10% nádorového onemocnění vzniká na podkladě dříve zjištěné prekancerózy, většina vzniká náhlým zvratem s krátkou anamnézou, u mužů tvoří 95% nemocných kuřáci, zpravidla silní (nad 20 cigaret více než 20 roků). Na vzniku supraglotických karcinomů se podílí konzumace tvrdých alkoholů, nemocní jsou často sociálně deprivovaní a své obtíže dlouho přehlíží (podobně v hltanu a dutině ústní, kde se incidence rakoviny v ČR zvyšuje) (10). *Bauer* tvrdí, že až 82% nově diagnostikovaných nádorů hrtanu vzniká v důsledku kouření (stejně riziko u cigaret, doutníku, dýmky), kuřáci proti nekuřákům mají 6-13 krát vyšší pravděpodobnost, že zemřou na nádor hrtanu. Úmrtnost těch, kdo kouří více než 25 cigaret denně, je 20-30 krát vyšší než u nekuřáků na stejný nádor. Současný abuzus alkoholu zvyšuje riziko nádoru hrtanu. Kombinovaná expozice kouření a alkoholu odpovídá za vznik 75% všech nádorů v oblasti ústní dutiny a hltanu. Kuřáci, kteří jsou zároveň průměrní až těžcí konzumenti alkoholu, mají zhruba dvojnásobné riziko vzniku karcinomu hrtanu ve srovnání s kuřáky-nepijáky. Úmrtnost je 10krát vyšší u kuřáků než nekuřáků. Současná konzumace alkoholu riziko zvyšuje o 25-50% (1).

**Hltan** patří k druhé nejčastější lokalitě výskytu rakoviny. Karcinom hypofaryngu se vyskytuje 12krát častěji u mužů než žen, v České republice roste incidence: 1,4 nových onemocnění na 100 tisíc mužů za rok. Faryngolaryngeální rakovina postihuje muže 7krát častěji než ženy, je 8 krát vzácnější než rakovina hrtanu (10). Obecně je poměr mužů k ženám je - sinus piriformis 5-7:1, zadní stěna hltanu 3-4:1, postkrikoidní oblast častěji postižená u žen. Věkově specifická incidence u mužů bílé rasy 0,4 (40-44 let) → 9,6 (65-69 let) → 4,3 (≥ 85let), u mužů černé rasy stoupá s věkem k 15,8 (≥ 85 let) (25).

**K etiopatogenezi** můžeme poznamenat, že obecně jsou *ohroženi rakovinou více muži*, lze připustit, že vliv na onemocnění má i rasa (v USA více Afroameričani, pak běloši, málo u Indiánů a Asiátů). Ke zvýšené míře výskytu rakoviny *může přispět i chudoba, špatná životospráva, omezený přístup ke zdravotní péči, nižší informovanost (23)*. **Jak zachytit vznikající onemocnění co nejdříve?** Léčba má větší pravděpodobnost úspěchu, bylo-li onemocnění zachyceno včas. V dospělosti je vhodné provádět pravidelné preventivní vyšetření: screening lékařem (standardní fyzikální vyšetření) - specialistou na choroby ušní, nosní a krční - ORL, hlavně u rizikových jedinců a každoroční zubní vyšetření (27). Obecně každý s chrapotem trvajícím více než dva/tři týdny, má podstoupit laryngoskopické vyšetření (14).

1. Rizikové faktory u oblastí hlavy a krku (viz tab. č.1).

**Tab. č.1 Rizika pro vznik nádoru hypopharyngu a laryngu(25)**

Rizika pro vznik karcinomu hypopharyngu:	Rizika pro vznik karcinomu laryngu:
§ Chronický nikotinismus	§ Chronický nikotinismus
§ Chronický etylismus	§ Chronický etylismus
§ Kouření marihuany	§ Chronická extenzivní hlasová zátěž
§ Chronické užívání žvýkacího tabáku	§ Chronická laryngitida
§ Dietní vlivy (snížení obsahu $\beta$ -karotenů)	§ Chronický gastrický reflux
§ Plummer-Vinsonův syndrom (Paterson-Brown-Kelly syndrom)	§ Dietní faktory
§ Genetické vlivy (mutace p53, bcl-2 overexprese, p16 (CDKN2), PRAD1 (cyklin D1), EMS1, EGF, erb-B-2(neu), myc, ras)	§ Vlivy prostředí: dřevný prach, azbest
§ Familiární vlivy	§ Ionizující záření
§ Virová etiologie (HPV)	

Působící faktory jsou ovlivnitelné či ne. U **rakoviny hrtanu a hypofaryngu je převážná část etiopatogenetických faktorů ovlivnitelná prevencí jejich vzniku** - pravidelná hygiena dutiny ústní, péče o chrup, zamezení styku se škodlivinami v zaměstnání (používání ochranných pomůcek proti prachu při zpracování dřeva, kůže a textilu), dostatečný příjem vitamínů C, E, A a karotenoidů (ovoce, kořenová zelenina, papriky). Osoby s vysokým rizikem vzniku těchto onemocnění mohou navíc požádat lékaře o radu, jak využívat protektivních účinků chemoprevence u přednádorových změn (podávání karotenoidů nebo retinoidů, event. Selenu (27), pak mizí leukoplakie a dysplazie u 60-90% léčených jedinců (1).

Na vznik největší skupiny nádorů z oblasti hlavy a krku mají vliv dva hlavní rizikové faktory - karcinogeny: **kouření**, kdy rizikovou skupinou jsou muži-kuřáci od 40 let výše (1) a **konzumace alkoholu** - podle některých studií konzumenti vína mají větší výhodu než ti s destiláty. Oba dva hlavní faktory působí synergicky, pokud je člověk praktikuje spolu. Jan Klozar uvádí u kuřáka alkoholika relativní riziko 15, nižší u kuřáka abstinenta 6, u nekuřáka alkoholika 3 a nejmenší u nekuřáka abstinenta 1. Nemocný s karcinomem horních cest dýchacích a polykacích je převážně muž nad 50 let, kuřák, alkoholik, svobodný nebo rozvedený, často bez práce, který žije na okraji společnosti. Čas tráví ve špatně ventilovaných restauračních zařízeních. Ve všech zemích jsou si tyto nemocní svým typem života podobní. V anamnéze u většiny nemocných je chronická kuřácká laryngitida, která se považuje za typickou prekancerózu. Další prekancerózy jsou *chronická hyperplastická laryngitida, leukoplakie, keratóza s atypii* a jiné (14). K dalším faktorům náleží *genetická predispozice - familiární výskyt (Kroslák, 1979 In 4), příslušnost k nižší sociální skupině, špatná úroveň hygieny dutiny ústní a její celkově zhoršený stav včetně zubů* (14), pravděpodobně *nevhodná výživa (malnutrice)* (1),

---

*zřejmě i deficit vitamínu A (Black et al., 1990 In 16), prokázána protekce konzumace ovoce a zeleniny, nepříznivé je požívání másla a konzervovaného masa, málo zeleniny, rostlinných olejů a ryb) (14), gastroesofageální reflux (11) a profesionální vlivy – práce s expozicí azbestu, niklu, chromu, (Black, Bray, Ferlay, 1990 In 16) dřevného prachu (2), významná souvislost nádoru s průmyslovými škodlivinami nebyla prokázána,(14) Dále se mohou podílet viry (virus Epstein-Barrové), mechanická iritace, Plummer-Vinsonův syndrom, radiační expozice (Black, Bray, Ferlay, 1990 In 16) a konzumace marihuany-konopí (účinná látka tetrahydrokanabiol je samostatný rizikový faktor bez závislosti na produktech hoření) (14). U faryngolaryngeální rakoviny se počítá i s vlivem *anemie* u žen (10). Předpokládá se, že k projevu rizikových faktorů je nutná expozice delší dobu. Samostatný rizikový faktor u rizikové populace není zhoršený stav hygieny dutiny ústní včetně následkem životního stylu (nízké sociální úrovně), vliv alkoholu a kouření cigaret (14). Riziko vzniku rakoviny hrtanu (hrdla v anglickém jazyce throat čili laryngeální a faryngeální rakovina) podle amerických vědců může způsobit stejně významný faktor jako kouření a požívání alkoholu **infekce HPV**, tzv. lidské papilomaviry (způsobují rakovinu děložního čípku u žen), které při orálním sexu se mohou dostat do krku a vyvolat rakovinu hrtanu a ústní dutiny. *Tato infekce je u rakoviny silnější rizikový faktor než tabák a kouření.* Riziko nákazy je zhruba 9 krát vyšší u lidí, kteří měli orální sex s více než šesti partnery, týká se stejně mužů i žen. Kuřáci 3 krát více riskují a pijáci 2,5 krát více (29). Očkování proti HPV viru je v 98% efektivní, tak je možné je považovat za prevenci orální, orofaryngeální a laryngeální rakoviny (8).*

Pacienti nemocní v oblasti hlavy a krku: (např. ústní dutina, slinné žlázy, nosní dutina, pharynx, larynx atd.), pokud je **jejich test pozitivní na HPV mají lepší prognózu** ve srovnání s těmi, kdo ho nemají, jak publikoval Journal of the National Institute. Skvamózní buněčný karcinom je nejčastějším typem u rakoviny hlavy a krku. HPV obsahuje více než 100 různých virů. Některé typy virů HPV způsobují bradavice na rukách, nohách, jiné na genitáliích a některé jsou spojené s rakovinou, většinou děložního čípku. Výzkumy z několika institucí v USA vyhodnotily data od 96 nemocných s pokročilou rakovinou hlavy a krku, kteří se účastnili předchozí klinické studie hodnotící chemoterapii a radioterapii v léčbě jejich choroby, pacienti byli testováni na HPV. Zjistilo se, že typy HPV 16, 33, 35 byly přítomné u 40% typů rakoviny, dále nemocní s HPV pozitivní rakovinou měli zvýšenou protinádorovou odpověď k chemoterapii a chemoradioterapii. Dva roky přežijí nemocní byli z 95% pacienti s HPV virem ve srovnání se 62% nemocných s negativním HPV. Nemocní s HPV pozitivní rakovinou měli nižší riziko rakovinné progresse či smrti z nějaké příčiny ve srovnání s nemocnými s negativním HPV způsobujícím rakovinu. HPV je silně spjat s terapeutickou odpovědí a přežitím, nemocní mají mluvit o svém testování na HPV virus a díky tomu i různým terapeutické volbě založené na roli HPV (4).<sup>i</sup>

**Kouření** je multifaktoriální jev, důvody, proč lidé kouří jsou fyziologické, psychologické a sociální (18). Většina kuřáků je závislých na nikotinu a kuřáckých návycích, **kouření je nemoc** (diagnóza se statistickým označením F17), chronické, progredující a recidivující onemocnění (9). Síla návyku je taková, že jsou kuřáci, kteří nepřestanou s kouřením ani po operaci nemoci vyvolané právě kouřením. **Asi čtyřicet procent nemocných po laryngektomii se již brzy po operaci pokouší znovu kouřit, 50 procent s rakovinou plic se po operaci ke kouření vrátí (19).** Jak uvádí *Otakar Bořík*, někteří lidé po totální laryngektomii jsou nepoučitelní, kouří tracheostomatem (2). *Bez rizika není ani žvýkání nebo šňupání tabáku.* Kouření bylo zprvu výsadou mužů, osvojily si ho i ženy. Na světě nyní kouří asi každý třetí dospělý, přibližně 80 % kuřáků je v zemích rozvojových. Největší procento kuřáků je ve východní Evropě a střední Asii, nejméně lidí zatím kouří na středním Východě a v Africe. V průmyslově vyspělých zemích Evropy, USA a Austrálie jsou kuřáci především

---

v sociálně slabších a méně vzdělaných skupinách. V České republice kouří pravidelně asi 5 % jedenáctiletých dětí, asi 20 % patnáctiletých a zhruba 40 % osmnáctiletých adolescentů, jejich počet se zvyšuje oproti zemím západní Evropy (9). *Riziko pasivního kouření, zvyšuje riziko onemocnění v příčinné vazbě na kouření, zhruba od 30% do 70% oproti běžné populaci.* Genetické vlohy zvyšují, nebo snižují vnímavost organismu k expozici, ta je individuální a rozložená v populaci do Gausovy křivky (1). Kouření je příčinou asi 20% všech úmrtí. Vykouření 150 tisíc cigaret vede téměř jistě k rakovině plic. Této hranice přitom dosáhne, pokud bude 20 let kouřit denně jednu krabičku (26). Kouření zvyšuje riziko i nenádorových onemocnění, např. chronická bronchitida, nemoci srdce, mozková mrtvice, těhotné ženy jsou ohroženy mimoděložním těhotenstvím, potraty, kuřačky rodí častěji děti s opožděným vývojem plodu a vrozenými vývojovými vadami. Kouření má vztah i k psychiatrickým onemocněním: depresím, úzkostným a panickým stavům, schizofrenii, Alzheimerově chorobě, k poruchám chování až kriminální delikvenci (9). Těžcí kuřáci mají úmrtnost na rakovinu hrtanu 20 až 30krát vyšší než nekuřáci. Riziko je znásobeno, existuje-li současně kouření a pití alkoholu: současné silně kouření a pití alkoholu je zodpovědné za nádorové onemocnění dutiny ústní a hltanu v 9 případech z 10 (17). Evropská komise spustila protikuřáckou kampaň, cílem je budování Evropy bez tabáku a život bez kouření. Pořádají se různé kampaně, např. "Pomoc - pro život bez tabáku", spočívá v přímém kontaktu s občany, na tiskových konferencích v jednotlivých metropolích, novinových článcích o škodlivosti kouření (7). *Dalším rizikovým faktorem je žvýkání arekového, "betelového" či "pinangového" ořechu:* arekové oříšky se žvýkají pro jejich efekt mírně stimulační euforii, přisuzované přítomnosti relativně vysoké úrovni psychoaktivních alkaloidů. Žvýkání působí jako stimulant: zvyšuje schopnost pracovat, také způsobuje vysokou aktivitu vnímání v těle, zvýšenou bdělost a pocení. *Betelový list* (z rostliny pepřovníku betelového, Piper betle) je jiný druh rostliny než arekový oříšek (areková palma), (v angličtině betel leaf a betel nut). Žvýkání betelu je součástí mnoha asijských a tichomořských kultur – hlavně na obřadech a shromážděních (31). V Asii panuje názor, že po žvýkání betelu sládně dech, není zápach z úst a zlepšuje se kvalita hlasu. Mezinárodní agentura výzkumu v rakovině<sup>i</sup> považuje betelové oříšky za karcinogen, v zemích, kde se konzumuje, vzrostla rakovina úst, v asijských zemích o 50% (3). Druhý hlavní faktor je **konzumace alkoholu**. Konzumace alkoholu se pohybuje od úplné abstinence až po pravidelné "těžké" pití. *Hazardní, rizikové pití* je konzumace s možnými zdravotními důsledky – u mužů nad 350 g (35 jednotek)<sup>i</sup> alkoholu týdně, u žen 210 g (21 jednotek) alkoholu týdně. U tzv. *škodlivého pití* dochází k poškození duševního nebo somatického zdraví. V zemích západní Evropy se snižuje spotřeba alkoholu, v zemích střední a východní Evropy naopak stoupá. V České republice způsobuje alkohol problémy u 4% populace (8). Zdravotní rizika konzumace: vliv na organismus má důsledek: cirhózu jater, karcinom žaludku, tlustého střeva a prsu, hypertenzi, iktus, gastritis, pankreatitis a poruchy nervového a reprodukčního systému. Dalšími riziky konzumace alkoholu jsou duševní a sociální: přímé a nepřímé vlivy opilství a alkoholismu - rodinné rozvraty, týrání dětí, problémy v zaměstnání, agresivní chování, úrazy, sebevraždy, kriminální činnost (15). *Znaky závislosti* uvádí 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* (nejen na alkoholu) (22). Závislost se testuje různými dotazníky např. CAGE. Vývojová stadia alkoholismu jsou: 1. prealkoholické, počáteční, 2. varovné, prodromální, 3. rozhodné, kruciólní a 4. konečné, terminální odpovídá syndromu závislosti (28). U žen má vliv alkoholu a jeho závislosti na něm rozdílný vliv než u mužů (22).<sup>i</sup>

Co se týče epidemiologie v mezinárodním srovnání je přesnost statistik o příčinách smrti velice variabilní. Míra úmrtnosti na danou příčinu vyjadřuje počet zemřelých na danou nemoc vztahený ke střednímu stavu obyvatelstva (v přepočtu na 100 000 osob). K pojímům nemocnost, morbidita: poměr počtu nemocných k počtu obyvatel vyjádřená v relativních číslech jako: incidence (počet nově vzniklých onemocnění za určité období vztahený k danému počtu obyvatel, k 1000 či 100 000; prevalence (počet všech případů daného onemocnění vztahený k počtu obyvatel, k 1000, 100 000); úmrtnost (mortalita, poměr počtu zemřelých na dané onemocnění nebo na všechny příčiny k celkovému počtu obyvatel); smrtelnost (letalita, poměr počtu zemřelých na dané onemocnění k celkovému počtu onemocnění touto chorobou) In Kébza, V1.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

<sup>i</sup> dutina nosní, vedlejší dutiny nosní, nosohltan, dutina ústní a rtů, hltanu a hrtanu, nádory slinných žláz a ucha.

<sup>i</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, [http://www.uzis.cz/news.php?mnu\\_id=1000](http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1000)

<sup>i</sup> **prevalence**: počet všech případů určitého onemocnění vztahený obvykle na 100 000 obyvatel a kalendářní rok, **incidence**: počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok, vztahený na určitý počet obyvatel, nejčastěji na 100 000 lidí.

<sup>i</sup> **The International Agency for Research on Cancer (IARC)**

<sup>i</sup> Konzumace je vyjadřována v jednotkách. Jednotka je rovna 10 g alkoholu, tj. množství, které je obsaženo v 1 sklenice vína a 1 stopce destilátu.

<sup>i</sup> viz Nešpor, K.: **Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence**. Podklady pro přednášky Katedry gynekologie a porodnictví IPVZ <http://www.plbohnice.cz/nespor/gpo02b.doc>

## SEZNAM LITERATURY

1. BAUER, J. *Onkologie praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: ANOMAL, 1994, ISBN 80-901474-1-0
2. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1. vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-220-5.
3. COOKE, J. Betel chewing 'causes cancer', SciDevNet, 2003[online]. [cit. 2007-02-10]. Dostupný z WWW: <http://www.scidev.net/News/index.cfm?fuseaction=readNews&itemid=959&language=1>.
4. **CancerConsultants.com** - News 2/13/2008. **HPV-positive Head and Neck Cancers Have Improved Prognosis** [online]. [cit. 2008-03-02]. Dostupný z WWW: <http://patient.cancerconsultants.com/CancerNews.aspx?DocumentId=41344&Keywords=cancer,news,information,treatment,head%20and%20neck%20cancer,HPV,prognosis,squamous%20cell>.
5. ČERNÝ, J. a kolektiv. *Speciální chirurgie. Chirurgie krku a hlavy*. Déřerova zbirka. 4. svazek 129, Žilina: Osveta. ISBN 80-217-0471-3.
6. ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU.[online].2008. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://www.koaliceprotitabaku.euweb.cz>.
7. ČTK. Rizika životního stylu. Masarykův onkologický ústav, 2003. [online]. [cit. 2007-02-10]. Dostupný z WWW: [http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=912&selldoc=127](http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=912&selldoc=127).
8. DAY, M. Oral SexLink To Throat Cancer. The Sun, May 10, 2007, [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://www.thesun.co.uk/article/0,,2-2007210566,00.html>.
9. HRUBÁ, D. Před ničivými účinky kouření neunikne takřka žádný orgán. Masarykův onkologický ústav. 2002. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: [http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=912&selldoc=64](http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=912&selldoc=64).
10. HYBÁŠEK, I, VOKURKA, J. 1. vyd. *Otorinolaryngologie*, Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-10019.
11. JOHN HOPKINS INSTITUTIONS. Oral sex and HPV virus.2001. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://search.jhmi.edu/query.html?col=all&jh&qt=oral+sex+and+hpv+virus&charset=iso-8859-1&col=ubs&col=h1>.
12. KEBZA, V1. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd, Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
13. KLEJNOVÁ, J. Chrapot. ČTK.2005. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://zdravi.doktorka.cz/chrapot/>.
14. KLOZAR, J et al, *Speciální otorinolaryngologie*.1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, ISBN 80-7262-346-X (Galén), ISBN 80-246-1125-2 (Karolinum).
15. KOMÁREK, L. Rizika životního stylu. Masarykův onkologický ústav, 2003. [online]. [cit. 2007-02-10]. Dostupný z WWW: [http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=912&selldoc=83](http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=912&selldoc=83).
16. KOSTŘICA, R.; SMILEK, P.; HLOŽEK, J.; SPURNÝ, V.; MECHL, Z. *Současná komplexní léčba nádorů hlavy a krku*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2003. ISBN 80-210-3061-5
17. KOZÁK, J.T. Tabák a zdraví: podle textu bulletinu International Agency on Tobacco and Health. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://viditelne.prase.cz/tabak.htm>.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-774-4.
19. MEDICENTRUM. Kouření. MedProGO s.r.o. 2006. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://zdravi.medicentrum.com/ed/0/pd/diseases/koureni/>.
20. MECHL, Z: a kol. Česká onkologická společnost ČLS JEP pacientům a jejich blízkým. Nádory hlavy a krku. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: [http://www.linkos.cz/pacienti/krk\\_clanek.php?t3=1](http://www.linkos.cz/pacienti/krk_clanek.php?t3=1).
21. Národní onkologický registr. ÚZIS ČR. 2004. verze 051-20060101/2 [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: [http://www.linkos.cz/onkologie/Zpokyn\\_nor\\_051\\_20060101.pdf](http://www.linkos.cz/onkologie/Zpokyn_nor_051_20060101.pdf).
22. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
23. NEZU, A. M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 1998. ISBN 80-7364-007.
24. NOVOTNÝ, J.; VÍTEK, P.; PETRUŽELKA L. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-736-4.
25. PÁLA, M.; HOLEČKOVÁ, P; VESELÝ, J. *Protokoly Ústavu radiační onkologie FNB*, 2005.
26. PERGL, V. Hranice pro rakovinu plic je 150 tisíc cigaret, 2004. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: [http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=912&selldoc=108](http://www.prevenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=912&selldoc=108).
27. Prevence nádorových onemocnění ve 21. století. Národní program zdraví. PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ PRO MUŽE PO ČTYŘICÍTE. Masarykův onkologický ústav. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/brozury/31.pdf>.
28. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. 3. vyd., Praha: Triton, 2003. ISBN 8072541560.

- 
29. SEPPA, N. Risk Factor: Throat cancer linked to virus spread by sex. *Science News*, vol. 171, no.19, 2007, p. 291. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencenews.org/articles/20070512/fob1.asp>>.
30. VOKURKA, M.; HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN80-85800-81-0.
31. WIKIPEDIA. THE FREE ENCYCLOPEDIA. Betel nut.[online]. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Bettlenut> >.
32. WIKIPEDIA. THE FREE ENCYCLOPEDIA. The [International Agency for Research on Cancer](#) (IARC) [online]. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_Agency\\_for\\_Research\\_on\\_Cancer](http://en.wikipedia.org/wiki/International_Agency_for_Research_on_Cancer) >.

## Příloha č. 3 Příznaky a dispenzarizace

### Příznaky - symptomatologie:

Vyšetřovací metody doplňují anamnézu, v níž se může objevit i přítomnost varovných znamení, která mohou patřit k prvním příznakům onemocnění. K vyšetřením patří celkové (např. krk a dutina ústní, lymfatické uzliny po celém těle), laboratorní (hematologické, biochemické, mikroskopické vyšetření biologického materiálu), přístrojové: např. endoskopem, rentgenem etc.(17). Novinkou je vyšetření tzv. **videokymografie** metoda odhalení nádorového onemocnění hlasivek v časné diagnostice, tím zachování přirozeného hlasu a dýchání. Indikací k vyšetření je chrapot trvající 4 až 6 týdnů.<sup>1</sup> *Včasně diagnostikovaný nádor bývá v 90 procentech léčitelný bez trvalých následků.* Nemocní obvykle přichází s rozsáhlým nádorem, kdy jedinou léčbou je úplné odstranění hrtanu a tracheostomie (7).

**Prekancerózou - přednádorovým stavem** (např. chronická hypertrofická laryngitida, lokalizovaná hyperplazie epitelu) je v užším pojetí **dysplazie**.<sup>1</sup> Přeměna v karcinom souvisí se stupněm dysplazie a léčbě. U neléčených dysplazií hrtanu se odhaduje riziko od 1. do 3. stupně na 9 %, dále na 24 % a u těžké na 58 %. Pokud se léčí, je riziko méně než polovina (8). Nádory hlavy a krku mohou zůstat dlouhou dobu bez klinických příznaků nebo napodobovat běžná zánětlivá onemocnění horních cest dýchacích. Příznaky u nádorů hrtanu a hypofaryngu neodezní-li po třech týdnech, nutno vyhledat specialistu ORL, který provede diagnostiku

### **1. Hrtan, larynx<sup>1</sup>**

#### Příznaky - symptomatologie:

Nádory hrtanu se liší příznaky dle primární lokalizace a dle pokročilosti onemocnění. Hrtan můžeme rozdělit do tří sublokality: 1. *glotis* (C 32.0, zde jsou hlasivky, párové pravé hlasové vazy), 2. *supraglotis* (C 32.1) (15), ventrikulární řasy, epiglotis, aryepiglotické řasy) a 3. *subglotis* (C32.2, pod hlasivkami) (8). Má funkce: dýchací, ochrannou (kašel, brání aspiraci), fonační, účast na polykání (Tucker, 1987) (2).

**Upozorňující příznaky při nemoci hrtanu jsou subjektivně:** bolest, chrapot, kašel a dušnost (2). Nádory mohou být *na hlasivkách* - objeví se prvně chrapot, lidé často brzy vyhledají lékaře, při včasné diagnóze dobře léčitelné. V ostatních lokalizacích se většinou nádorové onemocnění zjistí až v pokročilejším stadiu: pod hlasivkami se projeví až dýchacími obtížemi, na vchodové části hrtanu poruchami polykání, úspěšnost léčby se pohybuje kolem 60 - 80% u včasné diagnózy (7). Postižena může být v různých stupních řeč, polykání, čich, dýchání a jiné významné funkce, důležité pro kvalitu života a přežití. Na nádorové onemocnění nespecificky ukazují i některé celkové příznaky, např. úbytek tělesné váhy, zvýšená teplota (9).

♦ **Pro nádory hrtanu je častá následující symptomatika, ta se může objevit i u zánětů a jiných onemocnění, viz tabulka č. 1:**

**Tab. č. 1 Symptomatika u nádorů hrtanu**

<b>1. parestézie</b>	<b>bolesti či škrábání v krku, pocit cizího tělesa, pocit knedlíku v krku, někdy bolest vyzařující do ucha (otalgie),</b> při pokročilém nádoru (je symptom při nálezu v sinus a fossa piriformis a na bazi jazyka, svědčí i o pokročilosti choroby) (9),
<b>2. dysfonie</b>	porucha hlasu, jejímž příznakem je <b>chrapot</b> , hlavně nádory glotis (5)
<b>3. kašel</b>	<b>- někdy bývá spojen s vykašláváním krve,</b>
<b>4. dyspnoe, dušnost</b>	- dušnost a chrapot u pokročilých nádorů subglotis
<b>5. poruchy polykání</b>	<b>dysfagie</b> porucha polykání, ztížené polykání. Vážnutí sousta, někdy s nebezpečím jeho zpětného návratu do úst, tzv. regurgitace a následného vdechnutí, tzv. aspirace, <b>odynofagie:</b> bolestivé polykání, zvláště u supraglotických nádorů: i <b>foetor ex ore</b> (9, 12)

<p><b>6. tvorba uzlíků na krku, zduření na krku, viditelný a hmatatelný nádor na krku.</b> (9, 2)</p>	<p>Zduření na krku, ve většině případů nebolestivé, bývá projevem šíření metastáz nádorového onemocnění do spádových lymfatických uzlin přímého prorůstání primárního nádoru. Hlavně u supraglotických nádorů. - asi 15-20% pacientů s nádorem hlavy a krku vyhledá lékaře kvůli patologické krční rezistenci, u 90% z nich je tumor objeven základním otorinolaryngologickým vyšetřením, u 3% pacientů se primární tumor nepodaří zjistit vůbec (8).</p>
---	---

**2. Hrtanová část hltanu, Hypofarynx,** kaudální hrtanová část hltanu, pars laryngiea pharyngis též laryngofarynx) (3).<sup>1</sup> V hypofarynxu rozeznáváme tři oblasti: *přechod hltanu v jícen (postkrikoidní oblast)* (C13.0), *sinus piriformis* (C12.9) a *zadní stěnu hypofaryngu* (C13.2) (11). V rámci hltanu se účastní např. na funkcích: polykací, obranná, ochranná (dávivá a kašel), při fonaci a artikulaci (2).

◆ **Tab. č. 2 Příznaky v oblasti hltanu**

<b>1. poruchy polykání</b>	<b>dysfagie, dysfagické obtíže (parestézie až silné odynofagie):</b> dysfagii doprovází často <b>bolesti při polykání (odynofagie, dysphagia dolorosa)</b> . Zužuje se průsvit polykacích cest, sousta vážnou a dochází k aspiracím. U maligních nádorů se objevují spíše až při exulceraci nádoru. Bolesti bývají difúzní a často vyzařují do uší. Odynofagie může být tak intenzivní, že nemocní odmítají jídlo a tekutiny a mají strach polknout i vlastní sliny. Přidružený zánět stupňuje obtíže, přidává se otok a vzniká <b>inspirační dušnost (5)</b> ,
<b>2. dysfonie</b>	<b>poruchy řeči</b> způsobuje edém a nádory v mezofaryngu a hypofaryngu, kdy se mění zabarvení a charakter řeči. Vzniká tzv. knedlíková řeč. Při zánětech a nádorech v oblasti hltanové úžiny vzniká otevřená huhňavost (rhinolalia aperta, hyperrhinolalia) (2),
<b>3. dyspepsie</b>	souhrnné označení pro řadu trávicích obtíží, které se vyskytují v různé kombinaci a mohou mít mnoho příčin. Termínu se užívá, je-li přítomno více obtíží: nechutenství, nevolnost, zvracení, pálení žáhy, pocity plnosti žaludku nebo střev, neurčitě bolesti v břiše, kručení v břiše, nadměrnou plynatost, zvýšený odchod plynů, poruchy stolice (průjem, zácpa) (16),
<b>4. foetor ex ore, zápach z úst</b>	způsobený rozpadem nádoru (5),
<b>5. hypersalivace, stagnace slin a zvýšená produkce hlenu</b>	se vyskytují při zánětech, cizích tělesech a maligních nádorech, kde bývá výrazná dysfagie a odynofagie (5),
<b>6. parestézie</b>	ve formě škrábání, pálení či pocitu cizího tělesa se často vyskytují v počátečních stádiích maligních nádorů a u chronických zánětů lymfatického prstence hltanu. Pro parestézie je typické, že při polykání sousta je nemocný nepocítuje, při polykání „naprázdno“ se zvyrazňují (5),
<b>7. pokašlávání</b>	se vyskytuje při zvýšené tvorbě hlenu a zatékání hlenu z nosohltanu při chronických zánětech a nádorech. Pokud trvá déle, fixuje se a trvá i po odstranění příčiny (5),
<b>8. vytvoření boule na krku</b>	propagace do parapharyngu. (5)
<b>9. krvácení</b>	je vzácné, většinou jde o příměs krve ve slinách při exulcerovaných maligních nádorech (5).

## Dispenzarizace

Smysl a cíl dispenzární péče je upevnit, rozvíjet zdraví, předcházet negativním důsledkům poruch zdraví, prodloužit aktivní věk, oddálit či zabránit vzniku nesoběstačnosti, invalidity či předčasné smrti. Poskytují ji všichni lékaři, základem jsou praktičtí lékaři. Cíle dispenzarizace spočívají na zdravotnickém personálu: lékařů a zdravotních sester (harmonogram kontrol, psychosociální podpora, výběr pomůcek, podpora nemocného při změně životního stylu a návratu do společnosti), obyvatelích (zdravotní uvědomění, motivace), i společenských opatření (postoj zaměstnavatelů, legislativa atd.) Nemocní s určitými skupinami chorobami dispenzarizují odborná oddělení (18). Jeden z cílů je tedy včasné odhalení relapsu či recidivy, riziko je v prvních letech po vyléčení, recidiva vzniká do jednoho roku je obvykle nepříznivá, staví nemoc do skupiny rezistentních, některé nádory bereme jako chronické choroby a relaps po delší době není výjimka. *Recidivou, relapsem*<sup>1</sup> rozumíme návrat procesu v místě postižení či v bezprostředním okolí - lokální recidiva, nebo ve vzdálených místech - vzdálená recidiva, metastatický proces (16).<sup>1</sup> Dalšími cíli je odhalení a léčba pozdních následků terapie či případných duplicitních nádorů.

Po ukončení léčby zhoubného onemocnění hlavy a krku se nemocný sleduje ambulantně ve specializovaných onkologických poradnách, obvykle pět let po skončení léčby, po tomto období se nemocný zpravidla předává do dispenzární péče ORL ambulance kliniky nebo do péče spádového lékaře ORL<sup>1</sup>, který



provádí diagnostická vyšetření včetně zobrazovacích ke zjištění případných metastáz či recidiv. Intervaly mezi lékařskými kontrolami se postupem času prodlužují v závislosti na klesajícím riziku recidivy zhoubného onemocnění (9, 14). Doporučená frekvence kontrol je šest týdnů prvních 6 měsíců, dále tři měsíce následující dva roky, poté jednou za půl roku či za rok. V prvních letech po ukončené léčbě bývá nemocný jednou ročně odeslán na kontrolní rentgen plic (hlavně u kuřáků) k odhalení metastáz (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006 In 10) a po radioterapii se sleduje výše hladiny hormonů štítné žlázy (13). Dále sonografie<sup>1</sup> jater 1 x ročně, krevní vyšetření po 3 měsících, CT místního nálezu dle doporučení, po 3 letech se intervaly prodlužují, po pěti letech vyřazení z dispenzarizace, pokud je zdravotní stav bez komplikací (9). U vyléčených nemocných u nádorů hlavy a krku je vysoké riziko metachronních nádorů, tzn. druhotných primárních nádorů v obdobné lokalizaci (1). Po pěti letech kontroly se nemocný vyřadí z evidence či se sleduje doživotně v případě recidiv/metastáz. Pokud nemocný pokračuje ve svých abúzech kouření a alkoholismu, snižují se jeho šance na vyléčení, vyskytuje se až 25% metachronních malignit (Hong, Lippman, Itri et al., 1990 in 11).

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>1</sup> Princip metody spočívá ve vysokofrekvenčním modu, kdy se zaznamenává obraz kmitání hlasivek kamerou frekvencí 4000 snímků za sekundu - snímky skládá kamera za sebe a vytváří z nich nový, vysokofrekvenční obraz, který ukazuje způsob kmitání vybrané části hlasivek. Vyšetří se kterékoli místo hlasivek. Nález se může uchovat jako videozáznam.

Holý R: Nová metoda vyšetření hlasivek na ORL klinice.1.8.07. , provádí se nyní v Ústřední vojenské nemocnici. <http://www.uvn.cz/CS/content/view/614/2/lang.cz/>

<sup>i</sup> (histologická jednotka, intraepiteliální neoplazie spojená s přeměnou v invazivní nádor, má tři stupně podle postižení epitelu dle WHO z roku 1991: lehká, střední a těžká).

<sup>i</sup> Hrtan, nepárový dutý orgán, posuzujeme z hlediska pohledu **anatomického** (vstupní brána do dolních cest dýchacích pokračující průdušnicí (tracheou), pravou a levou průduškou (bronchy) a plicemi) či **funkčního** (k horním cestám dýchacím) In (5)

<sup>i</sup> **Hltan** (farynx) je tvořen neúplnou trubicí, v dospělosti dlouhou asi 14 (12-15) cm (od lebeční báze po dolní okraj šestého krčního obratle, kde (Kilianův) krikofaryngeální svěračem přechází v jícen), tvaru nálevky.

<sup>i</sup> Pokud jde od počátku o systémovou nemoc, spíše jde o relaps, přesné rozlišení ale neexistuje, je nutné rozlišovat mezi novým relapsem a perzistencí tumoru, z hlediska prognózy je dobré relaps dělit na časný (do roka) a pozdní.

<sup>i</sup> dceřiné (filiální) ložisko, často zhoubného nádoru nebo infekce. Vzniká šířením nádorových buněk nebo choroboplodných zárodků krví (**hematogenní m.**), lymfou (**lymfogenní m.**) nebo přímým rozsevem. **Implantační m.** vznikají zachycením na serózních blanách (peritoneu, pleure). Závažná komplikace zhoubných nádorů, u nichž obv. zhoršuje vyhlídky na úplné vyléčení. M. nádorů, které nejsou patrné pouhým okem (např. při operaci či na rentgenu) – **mikrometastázy**, lze potlačit protinádorovou chemoterapií cytostatiky, provedenou po chirurgickém odstranění hlavního nádoru. Tento postup může výrazně zlepšit prognózu. Pro některé nádory bývá typické určité umístění metastáz. Častým místem jsou játra (např. nádory z dutiny břišní), plíce, kosti, mozek atd.

<sup>i</sup> otorinolaryngolog

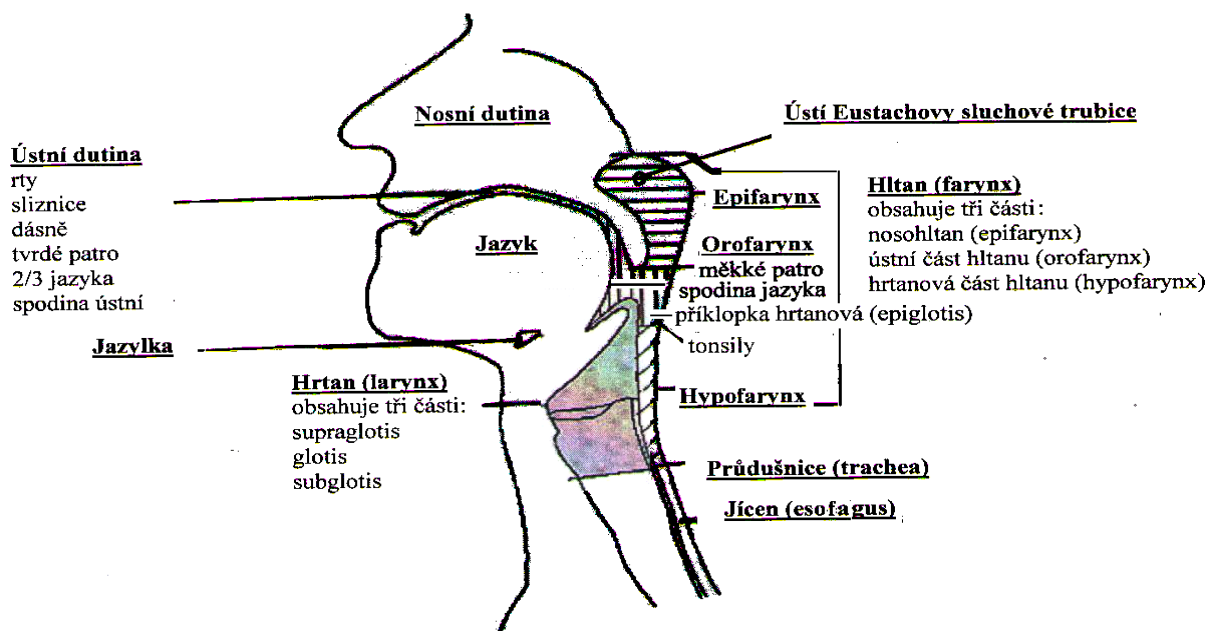
<sup>i</sup> (ultrasonografie-sonografie, vyšetření ultrazvukem)

#### SEZNAM LITERATURY

1. BAUER, J. *Onkologie praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: ANOMAL , 1994, ISBN 80-901474-1-0
2. ČERNÝ, J. a kolektiv. *Speciální chirurgie. Chirurgie krku a hlavy. Déreterova zbirka*. 4. zväzok 129, Žilina: Osveta. ISBN 80-217-0471-3.
3. ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O: *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, ISBN 80-246-1216-X.
4. HOLÝ, R. Nová metoda vyšetření hlasivek na ORL klinice.1.8.07. , provádí se nyní v Ústřední vojenské nemocnici. [online]. [cit. 2007-10-10]. Dostupný z WWW: <http://www.uvn.cz/CS/content/view/614/2/lang.cz/>.
5. HYBÁŠEK, I, VOKURKA, J. 1. vyd. *Otorinolaryngologie*, Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-10019.
6. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 1999, ISBN 80-7262-017-7, Karolinum, ISBN 80-7184-949-9.
7. KLEJNOVÁ, J. Chrapot. ČTK.2005. [online]. [cit. 2007-10-10]. Dostupný z WWW: <http://zdravi.doktorka.cz/chrapot/>.
8. KLOZAR, J et al, *Speciální otorinolaryngologie*.1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, ISBN 80-7262-346-X (Galén), ISBN 80-246-1125-2 (Karolinum).
9. MECHL, Z: a kol. Česká onkologická společnost ČLS JEP pacientům a jejich blízkým. Nádory hlavy a krku. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: [http://www.linkos.cz/pacienti/krk\\_clanek.php?t3=1](http://www.linkos.cz/pacienti/krk_clanek.php?t3=1).
10. NOVOTNÝ, J.; VÍTEK, P.; PETRUŽELKA L. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-736-4.
11. PÁLA, M.; HOLEČKOVÁ, P; VESELÝ, J. *Protokoly Ústavu radiační onkologie FNB*, 2005.
12. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. Česká Lípa: Arcus , 1997. č. 15.
13. ROTTENBERG, J. a kol. Nádory hrtanu. *Onkologická péče*, 2003, roč. 3, č. 2, s.6-8.
14. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-130-7.
15. ŠLAMPÁ, P. a kol. *Radiační onkologie v praxi*, 2. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2007, ISBN 978-80-86793-08.
16. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK ON LINE. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls/index.php?action=detail&id=006995&what=dysfagie&ctest=1>.
17. VORLÍČEK, J.; KONEČNÝ, M.; VORLÍČKOVÁ, H. *Komplexní ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných*. 1. vyd. Brno: IDV SZP, 1989, ISBN 80-7013-038-5.
18. ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0467-1.

**Příloha č. 4 TNM klasifikace nádorů laryngu a hypofaryngu, způsoby léčby a léčebné algoritmy a úspěšnost léčby, nežádoucí účinky radioterapie a chemoterapie**

**Obr. č.1 Schéma horních cest dýchacích a polykacích cest (26, 38)<sup>i</sup>**



**1. TNM KLINICKÁ KLASIFIKACE - KARCINOM HRTANU (16)**

**♦ T - Primární nádor**

- TX** primární nádor nelze hodnotit
- T0** bez známek primárního nádoru
- Tis** karcinom *in situ*

**Supraglottis**

- T1** - nádor je omezen na jednu sublokalizaci supraglottis s normální pohyblivostí hlasivek
- T2** - nádor postihuje sliznici více než jedné sublokalizace supraglottis nebo glottis či oblast mimo supraglottis (např. sliznici kořene jazyka, valemuly, mediální stěnu piriformního sinu) bez fixace laryngu
- T3** - nádor je omezen na larynx, s fixací hlasivky a/nebo postihuje jakoukoliv z následujících struktur: postkrikoidní oblast, preepiglottickou tkáň, spodinu jazyka
- T4** - nádor prorůstá chrupavkou štítnou a/nebo se šíří do měkkých tkání krku, štítnice a /nebo jícnu

**Glottis**

- T1** - nádor je omezen na jednu či obě hlasivky (může postihovat přední nebo zadní komisuru) s její normální pohyblivostí
- T1a** - nádor je omezen na jednu hlasivku
- T1b** - nádor postihuje obě hlasivky
- T2** - nádor se šíří na supraglottis a /nebo subglottis a/nebo je porušena pohyblivost hlasivek
- T3** - nádor je omezen na larynx s fixací hlasivek
- T4** - nádor prorůstá chrupavkou štítnou a/nebo se šíří do jiných tkání mimo larynx, např. do trachey, měkkých tkání krku, štítnice, laryngu

**Subglottis**

- T1** - nádor je omezen na subglottis
- T2** - nádor se šíří na jednu či obě hlasivky s normální nebo narušenou pohyblivostí
- T3** - nádor omezen na larynx s fixací hlasivek
- T4** - nádor prorůstá chrupavkou prstencovou nebo štítnou a/nebo se šíří do jiných tkání mimo larynx, např. do trachey, měkkých tkání krku, štítnice, jícnu

**♦ N – regionální mízní uzliny (mízní uzliny ve střední čáře se považují za stejnostranné)**

- NX** - regionální mízní uzliny nelze hodnotit
- N0** - v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
- N1** - metastáza v jediné stejnostranné mízní uzlině, 3 cm nebo méně v největším rozměru

**N2** - metastáza (metastázy) v jediné stejnostranné mízní uzlině větší než 3 cm, ne však více než 6 cm v největším rozměru, nebo ve více jednostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru; nebo v oboustranných či druhostranných mízních uzlinách, z nichž žádná není větší než 6 cm v největším rozměru

**N2a** - metastáza v jediné stejnostranné mízní uzlině větší než 3 cm, ne však více než 6 cm v největším rozměru

**N2c** - metastázy v oboustranných či druhostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru

**N3** - metastáza (metastázy) v mízní uzlině či uzlinách větší než 6 cm v největším rozměru

♦ **M – vzdálené metastázy**

**MX** - vzdálené metastázy nelze hodnotit

**M0** - nejsou vzdálené metastázy

**M1** - vzdálené metastázy

Stadium I a II onemocnění definuje relativně malý nádor bez postižení uzlin. Stadium III a IV představuje velký nádor, který se šíří do okolí a oblastních lymfatických uzlin. Místně pokročilé nádory jsou problémem, vyléčit se podaří jen malé procento nemocných. Asi 30% nádorů recidivuje místně a 25% vzdáleně. Pacienti s neoperabilním nádorem mají velmi špatnou prognózu a většina z nich umírá do 18 měsíců od stanovení diagnózy (26).

**Rozdělení do stadií larynx**

Stadium 0	Tis N0 M0
Stadium I	T1 N0 M0
Stadium II	T2 N0 M0
Stadium III	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0, N1 M0
Stadium IV A	T4 N0 M0 T4 N1 M0 jakékoliv T N2 M0
Stadium IV B	jakékoliv T N 3 M0
Stadium IV C	jakékoliv T, jakékoliv N M1

**TNM KLINICKÁ KLASIFIKACE - KARCINOM HL TANU – hypofaryngu (16)**

Nejčastěji jde o diferencovaný epidermoidní karcinom (ulceroinfiltrativního typu v 90%, povrchového typu s dysplastickými a zánětovými změnami sliznice v 10 % případů), méně často nediferencovaný karcinom nosohltanového typu, adenokarcinom, Hodgkinův lymfom, někdy tzv. *duplex karcinom*, tj. současně v ústní dutině a v hypofaryngu či orofaryngu (6). Často přerůstá do hrtanu a hovoří se o faryngolaryngeálním karcinomu (12). Objevují se zde i nádory slinných žláz, sarkomy a lymfomy (37). Časté jsou metastázy v regionálních krčních lymfatických uzlinách (u 75% nemocných), většinou v submandibulárních uzlinách. Vzdálené metastázy jsou asi u 25% nemocných, někdy až o 3-5 let po vzniku nádoru (6).

♦ **T - Primární nádor**

**TX** primární nádor nelze hodnotit

**T0** bez známek primárního nádoru

**Tis** karcinom *in situ*

**Hypofarynx**

**T1** - nádor je omezen na jednu sublokalizaci hypofaryngu a má 2 cm nebo méně v největším rozměru

**T2** - nádor postihuje více než jednu sublokalizaci hypofaryngu či okolní struktury nebo měří více než 2 cm, ne však více než 4 cm v největším rozměru, bez fixace hemifaryngu

**T3** - nádor měří více než 4 cm v největším rozměru, nebo s fixací hemifaryngu

**T4** - nádor postihuje okolní struktury, např. chrupavku štítnou/prstencovou, a. carotis, měkké tkáně krku, prevertebrální fascii/svaly, štítnici a/nebo jícen

♦ **N – regionální mízní uzliny (orofarynx a hypofarynx) – mízní uzliny ve střední čáře se považují za uzliny stejnostranné**

**NX** - regionální mízní uzliny nelze hodnotit

**N0** - v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy

**N1** - metastáza v jediné stejnostranné mízní uzlině, 3 cm nebo méně v největším rozměru

**N2** - metastáza (y) v jediné stejnostranné mízní uzlině větší než 3 cm, ne však více než 6 cm v největším rozměru, nebo ve vícero stejnostranných mízních uzlinách, z nichž žádná není větší než 6 cm v největším rozměru; nebo v oboustranných či druhostranných mízních uzlinách, z nichž žádná není větší než 6 cm v největším rozměru

**N2a** - metastáza v jediné stejnostranné mízní uzlině větší než 3 cm, ne však více než 6 cm v největším rozměru

**N2b** - metastázy ve vícero stejnostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru

**N2c** - metastázy v oboustranných či druhostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru

**N3** - metastáza (y) v mízní uzlině větší než 6 cm v největším rozměru

♦ **M – vzdálené metastázy**

**MX** - vzdálené metastázy nelze hodnotit

**M0** - nejsou vzdálené metastázy

**M1** - vzdálené metastázy

**Rozdělení do stadií orofarynx a hypofarynx**

Stadium 0 Tis N0 M0

Stadium I T1 N0 M0

Stadium II	T2 N0 M0
Stadium III	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N0, N1 M0
Stadium IV A	T4 N1 M0
Stadium IV B	jakékoliv T N2 M0
Stadium IV C	jakékoliv T N 3 M0 jakékoliv T, jakékoliv N M1

### Způsoby léčby

Způsoby léčby se odvíjí od diagnostiky, která umožní zařazení onemocnění do klasifikace. Příčiny smrti (ale i nemoci obecně duševní a somatické) jsou klasifikovány a kódovány podle **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN (10.verze)** anglicky **ICD-10**, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a problémů souvisejících se zdravím, (*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)(56). Dále i klasifikace **ICF, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, The International Classification of Functioning, Disability and Health (14, 57),<sup>i</sup>** která klasifikuje zdraví a zdraví vztahující se k doménám popisujícím tělesné funkce a struktury, aktivitu a participaci. Doplnuje tak ICD-10 (58) vydanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO). **Dle MKN 10 je označen C 32 zhoubný novotvar hrtanu, C 13 zhoubný novotvar hypofaryngu (16, 29).** Moderní klasifikace nádorů vychází z histomorfologického popisu nádoru (**typing a grading**), ze stanovení anatomického rozšíření (**staging**) před léčbou a ze zařazení do **klasifikace R** po léčbě. **Systém TNM** slouží ke klasifikaci maligních nádorů. **TNM klasifikaci viz v Příloze č. 1. (3). Pětileté přežití nemocných s nádory ORL oblasti dle stadií je:** I. stadium: 91%, II. 77%, III. 32%, IVa 25%, IVa 25%, IVb 4% (26).

Současná medicína je „založená na důkazech“ - „*evidence based on medicine: EBM*“ či též „*information based medicine*“ - „medicína založená na informacích“ – kvalitních, dostupných a utříděných v databázi. Využívají se výsledky klinických studií v praxi, pozorování a hodnocení reakce nemocných na zvolené způsoby léčby (1). Modality léčby se tak stále vyvíjí, snaha je o co největší kurativní zásah za minimálního strádání nemocného, který může léčbu odmítnout. **Cíle léčby rakoviny tvoří léčba** (maximální riziko návratu choroby jsou první dva roky po promární léčbě), **kontrola** (u nádorů u nichž není možná léčba) a **paliativní péče** (útěcha a zmírnění symptomů, kde není možná léčba, mohou využít tytéž léčebné prostředky jako u léčby, léčba je kratší) (31). Klinické výsledky ukazuje interdisciplinární léčba – týmová spolupráce odborníků. Podobně i většina typů rakoviny se léčí multimodálně, kdy se kombinují různé postupy. Terapie lze rozdělit z hlediska možnosti ovlivnění onemocnění na **kurativní (lze odstranit nádor)** a **paliativní (nelze úplně odstranit nádor, zmírňuje příznaky nemoci: symptomatická péče)**. Kurativní či paliativní charakter je dán druhem, lokalizací, stadiem nádorového onemocnění, druhem operačního výkonu a jinými faktory, přechod je plynulý, rozhodující je nádorová biologie, kterou lze v současné době určit omezeně. Jde-li o kurativní či paliativní charakter provedené terapie se zjistí podle postoperačního průběhu nemoci (2, 54). Dále lze rozdělit léčbu dle typu na: **1. chirurgickou, 2. radioterapii, 3. hypertermie**, léčba teplem se užívá jako doplňková k radioterapii a chemoterapii, zintenzivní jejich účinky tzv. termoradioterapie a termochemoterapie, lze ji použít např. u recidivy nádoru, když jsou vyčerpány možnosti radioterapie, u předoperačního zmenšení nádoru. Zvyšuje procento přežití a kvalitu života nemocných (24). **4. Chemoterapii**, (případně **hormonální terapie**) Budoucnost chemoterapie je **a) v imunoterapii (30), b) biologické, genové terapii** (používána experimentálně, pro její použití je dobrá perspektiva i ve spojení s chemoradioterapií) u nádorového supresorového genu p53, ztráta jeho funkce vede k neregulovatelné buněčné proliferaci. Studie se provádí

---

s geneticky upraveným adenovirem typu 5 (Ad-p53). Jinou metodou je replikace viru, který zničí nádorovou buňku (49). **5. Podpůrnou léčbu**, která doplňuje základní léčbu a umožňuje její použití (54). Z těchto druhů léčby lze využít jako hlavní jednu, která je **tzv. primární léčba** (např. chirurgická). Po jejím provedení může následovat **adjuvantní terapie** (např. chemoterapie). Adjuvantní terapie pomáhá odstranit buňky, které nelze odstranit operativně. **Neoadjuvantní terapie** se nasazuje před zahájením primární léčby ke kontrole známých či potenciálních ložisek metastátů, profylakticky se zaměřuje na místo, v němž je vysoké riziko rakovinného bujení (31). **Standardní léčebné postupy v onkologii jsou:** (26) chirurgie, radioterapie, chirurgie + předoperační a pooperační radioterapie, radioterapie s chirurgií ponechanou pro případ recidivy, paliativní radioterapie, paliativní chemoterapie, současná chemo + radioterapie. **Další možnosti:** úvodní chemoterapie před chirurgií a radioterapií, biologická terapie, chemoprevence. **Volbu způsobu léčby určuje odborný tým ve spolupráci s nemocným, základem je klinický a radiační onkolog spolu s otorhinolaryngologem.** Léčba nádorů hlavy a krku je prováděna v centrech se zkušeností s jejich léčbou. Onkologické standardy se řídí doporučeními Evropské unie (37). Terapie nádoru závisí na jeho histologickém typu, lokalizaci, diferenciaci, velikosti primárního tumoru, způsobu jeho růstu a rozsahu postižení regionálních uzlin (20). Zásadní informace nemají u časných stadií. Při volbě konzervativního postupu jsou užitečné při plánování radioterapie a pooperačním sledování (26, 37). Roli hraje i celkový stav nemocného - předpokládaná funkční, kosmetická a socioekonomická hlediska, komorbidita, jeho spolupráce a volba, někdy i možnosti pracoviště: tradice a kvalifikace. Platí, že úspěšnost léčby stoupá s časnějším stadiem objevení nemoci. Léčba je obecně stejná jako u všech karcinomů hlavy a krku, které se šíří hlavně lokoregionálně, proto se přistupuje k chirurgii (totální laryngektomie, parciální laryngektomie - horizontální a vertikální) a radioterapii. Samostatně se použije radikální chirurgie (převážně endoskopicky, řešení u benigních nádorů, kdy v přímé laryngoskopii jsou odstraněny léze laserem či klasickým instrumentáři) či radioterapie - obě metody mají srovnatelné onkologické výsledky u malých nádorů, spíše bez regionálních metastáz, které mají příznivou prognózu (20). Základní systémová léčba je doporučena standardy České onkologické společnosti (ČOS ČLS JEP: Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění). Chemoterapie je indikována v rámci konkomitantní radiochemoterapie; jako samostatná léčebná modalita má význam paliativní. Neoadjuvantní chemoterapii lze zvážit hlavně u karcinomu hypofaryngu (55). K vytvoření standardní léčby se vytváří léčebný algoritmus, který je vodítkem v plánování postupu léčby (**léčebný algoritmus u karcinomu laryngu, hypofaryngu a úspěšnost jednotlivých modalit léčby viz níže**).

**Chirurgie:** Chirurgickou léčbu provádí erudovaný chirurg obeznámený s problematikou operačních přístupů u nádorů (17). Chirurgická léčba je v onkologii nejlevnější léčebnou modalitou. Při započtení vysoké pořizovací ceny i provozních nákladů je radioterapie až o řád dražší a chemoterapie i o dva řády (56). Před samotnou operací se provádí probatorní excize: mikrolaryngoskopie, MLS k orientačnímu zjištění charakteru nádoru: TNM. Během operace se zpracují vzorky odeslané ve formalinu k histologickému posouzení: např. uzliny: metastáza, TNM, radikalita, lymfangioinvasze, extrakapsulární šíření, angioinvasze. Toto vše je důležité při dalším postupu léčby schválených onkology a chirurgy na tzv. onkologickém semináři či onkologickém kabinetě, který se koná určitý den každý týden. Chirurgické výkony zahrnují endoskopický stripping, laserovou excizi, laryngofisuru, chordektomii, hemilaryngektomii, vertikální parciální laryngektomii, supraglotickou laryngektomii, totální laryngektomii (32). **Neléčený karcinom hrtanu** vede ke smrti pacienta v průměru po 12

---

až 24 měsíců. Nejčastější příčinou je udušení, krvácení, metastázy, infekce nebo kachexie (44). **K výkonu v podobě totální laryngektomie, LET dojde např. za situace:**

1. po ozařování či chemoradioterapii vznikne recidiva karcinomu hrtanu. Provede se LET či případně záchranná (salvage) LET, která se dá vždy udělat. Pak již nelze, pokud jednou ozařovalo, znovu ozařovat. Lze pak jen paliativní radioterapie, RT či chemoterapie, CHT či hypertermii. 2. po částečné laryngektomii (před či po operaci případně RT či radiochemoterapie, RCHT: také pak nedá aplikovat) se rozvine recidiva, provede LET, pokud recidiva, tak paliativní RT, či CHT. 3. přímo výkon LET po diagnostice, nejlépe rohovějící dlaždicový karcinom vyššího stupně bez metastáz, který nemusí RT ani CHT podstupovat.

**Chirurgická léčba patří do kurativního přístupu (3, 31).** Nádor se považuje za vyléčený, pokud je nemocný pět let bez známek onemocnění. Předpoklad pro tuto léčbu je lokoregionálně omezený růst nádoru, operace spočívá v odstranění nádoru ve zdravé tkáni: R0 resekce při primární operaci. Rekonstrukční operací se hlavně obnovují funkce po úplném či částečném odstranění orgánu. Naděje na uzdravení při další operaci pro perzistenci nádoru či lokoregionální recidivu je více infaustní.

**Principy onkologické kurativní léčby** jsou: odstranit nádor ve zdravé tkáni, včetně potenciálně zasažených sousedních struktur, anatomicky orientovaná disekce regionálních lymfatických cest a zabránění rozsevu nádorových buněk. Úmysl dosáhnout co největšího odstranění nádoru vedl v minulosti k rozsáhlým výkonům s odpovídající morbiditou a ztrátou kvality života. Volba operace se řídí druhem nádoru, jeho lokalizací, rozšířením, regionální lymfatickou oblastí, pro raná stadia stačí lokální výkony, u pokročilých i s lymfatickou drenáží. Koncepce biopsie sentinelové uzliny vychází z předpokladu konstantního lymfatického odtoku, kdy nález v první lymfatické uzlině, kam je drénována lymfa z oblasti nádoru, je směrodatný pro regionální oblast lymfatických uzlin a je podklad pro rozhodnutí o odstranění či ponechání regionální oblasti lymfatického odtoku (3). Do popředí vystupují otázky zachování kvality života v souvislosti s vhodnou náhradou orgánu, hlavně u nemocných s dlouhodobou prognózou (2, 54).

**U prekancerózu** je léčba je především chirurgická. Trendem je opuštění rozsáhlých výkonů ve prospěch funkčně a kosmeticky příznivějšího řešení (šetření orgánů) zajištěného radioterapií a/nebo chemoterapií (26). *Otázkou u nádorů laryngu a hypofaryngu je, zda při menším rozsahu nádoru s možností provedení totální laryngektomie, upřednostnit zachovný protokol (ozařování či chemoterapii), nežli provést operaci. V případě neúčinnosti terapie se vždy dá provést záchranná totální laryngektomie, i přes komplikace vzniklé po radioterapii či po chemoterapii. Některá pracoviště podle svých zkušeností prioritují chirurgický výkon, jiná zachovný protokol.*

**U nádorů hypofaryngu** chirurgická léčba spočívá v resekci hypofaryngu či celého faryngu. Rozsah resekce závisí na velikosti, typu, stádiu pokročilosti a lokalizace nádoru, jako i na přítomnosti regionálních metastáz.<sup>1</sup> Krční disekce (radikální anebo funkční) se přidává vždy, protože vzhledem na bohatou lymfatickou síť hypofaryngu jsou pravděpodobné včasné mikrometastázy v krčních lymfatických uzlinách. Po operaci se aplikuje často aktino- a chemoterapie. Pooperační komplikace jsou časté: fistuly, krvácení, stenózy faryngu, hlavně po pooperační aktinoterapii (6).

**Nádory laryngu** se léčí hlavně chirurgicky, kdy převážná část nádorů hrtanu zůstává v časných stádiích omezena v prostorách ohraničených vazivovými membránami hrtanu a rakovina hlasivek metastazuje poměrně málo, proto u méně pokročilých forem karcinomu hrtanu se částečně odstraní hrtan s dobrými funkčními výsledky - nemocní jsou většinou schopni adaptace na nové anatomické poměry a mohou dýchat, polykat a

---

mluvit. Částečné výkony na hrtanu nejsou indikovány u celkově oslabených nemocných se špatnou plicní funkcí. Kvalita života těchto nemocných může být uspokojivější po úplném odstranění hrtanu než po funkčně neúspěšné částečné resekci hrtanu, komplikované možností vdechnutím jídla nebo slin (6).

**Léčba krčních (regionálních) uzlinových metastáz:** se připojuje při postižení uzlin krku, které se odebírají.

*Příklady chirurgických výkonů při operacích v oblasti krku jsou shrnuté viz Příloha č. 6.*

**Onkologická péče:** onkologové se věnují modalitám léčby včetně podpůrné léčby, symptomatické (9, 52)<sup>i</sup> a paliativní péče (51)<sup>i</sup> s cílem zlepšení stavu nemocného léčbou bolesti, krvácení, obstrukčních příznaků (ileus, ikterus) atd. Problémem je otázka, kdy skončit s paliativní terapií. Postup u každého nemocného je individuální a v souladu s lékařskou etikou (o etice viz např. *Haškovcová*) (54). *Jakoubková* uvádí, že u nemocných s inkurabilní diseminací nádoru a očekávanou dobou života méně než 2 až 3 měsíce není paliativní léčba indikována, je to neetické a neekonomické (15). V rámci onkologického programu v České republice je v Brně zřízen Výzkumný ústav klinické a experimentální onkologie řešící onkologické problémy a výzkumy s předáním do terénní praxe (54). Ohniskem onkologické péče jsou centra klinické onkologie (CKO či KOC 18 jich je nyní v ČR) zřízená ve všech okresních a krajských, případně fakultních nemocnicích. Je řada odborných, občanských společností a nadací (5): např. Česká onkologická společnost (provozuje webový portál [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)), Liga proti rakovině, občanské sdružení ARCUS - onkocentrum (TV Noe s jeho pomocí přispívá k podpoře nemocných a jejich rodin, existuje onkologická linka pro nemocné a jejich blízké). Česká republika si vytvořila Národní onkologický program (*Národní onkologický program České republiky - cíle, úkoly, strategie*). Cíle onkologické péče jsou v České republice: rozšíření znalostí o metodách, přístrojích v léčbě, jednotná onkologická dokumentace na bázi výpočetní techniky, možnost průběžné kontroly léčebných postupů a sběr dat pro vyhodnocení léčby, vzdělávání a spolupráce v onkologické péči – např. telekonference (27). Paliativní medicína (32)<sup>i</sup> souvisí s onkologickou péčí. Paliativní péče je *specializovanou péčí o umírající s cílem usilovat o nejvyšší kvalitu života a pomoci rodinám a pečovatelům při umírání a smrti*. (*PCA, Palliative care Australia, 1999*), uplatňuje principy EBM (33). Paliativní péče je hlavním obsahem hospicového hnutí, nyní se poskytuje dříve než ve stadiu umírání, stal se z ní multidisciplinární obor. Psychickou podporu poskytují psychologičtí konzultanti zdravotnickému personálu i rodině (33). Paliativní léčba se orientuje především na úlevu od bolesti. Bolest je komplexní multidimenzionální fenomén.<sup>i</sup> Bolest zasahuje celého člověka, není jen tělesnou obtíž, a tak mluvíme také o jejích spirituálních aspektech. Bolest má vliv na spirituální rovinu člověka, a proto je nutné při její léčbě uvažovat o spirituální podpoře nemocného (36). Neléčená bolest způsobuje utrpení, má negativní dopad na: *fyzickou stránku člověka* (fyzická bolest, projevy tělesného diskomfortu), *sociální* (absence sociálního kontaktu, jeho nadbytek či nepochopení), *psychickou* (psychická bolest: běžné stresy, obavy či patologické stavy ve formě iluzí a halucinací působících úzkost a stres) a *duchovní stránku* kvality života (obecná spirituální bolest: narušení nejhlubších jistot, zásad, lásky, smyslu a naděje v životě, propadnutí do beznaděje, deprese, strachu a zoufalství a speciální religiózní bolest: vyplývá ze špatného pochopení vyznávaného náboženství, např. „dětinská představa Boha.“ (39) Bolest může být dobře léčena u více než 90% nemocných (AHPCR, 1994) (33). Bolest je základní příznak nádorů, zánětů, úrazů atd. V oblasti hlavy a krku ji zprostředkovávají vegetativní a smyslové nevy, nervy V., VII., IX., X., C<sub>2</sub> a C<sub>3</sub>. (12) Nádorová bolest má specifický charakter daný biologickou

---

podstatou tohoto stavu, způsobená nemocí, útlakem, nádoru na orgány, kosti, nervy či její léčbou. Asi 70% nemocných s pokročilou rakovinou pociťuje bolesti, a zhruba 1/3 dosáhne uspokojivé úlevy. Metody používané k léčbě rakoviny, které mohou způsobit bolest jsou chemoterapie, radioterapie či léky používané k odstranění účinků těchto léčebných metod (46). Na úspěšné léčbě bolesti se podílí management bolesti vytvořený týmově. Vyřeší se aspoň částečně deprese, úzkost, poruchy spánku. Management nádorové bolesti určila WHO analgetickým žebříčkem. Primárně paliativní: chemoterapie a radiační terapie, primárně užívané k léčbě rakoviny, se mohou použít jako paliativní léčba bolesti u terminálně nemocných s rakovinou. Často zlepšují kvalitu života. Chemoterapie paliativní může zmenšit velikost nádoru a snížit bolest způsobenou tlakem nádoru na okolí (21). Nefarmakologická léčba může být např. fyzikální léčba: hydroterapie, teplo, cvičení, (21) aromaterapie, muzikoterapie (terapie hudbou), terapie dotykem, kognitivně-behaviorální postupy (např. vysvětlení psychologických mechanismů bolesti a osvojit si dovednost ovládnání: coping skills) atd.

### **Radioterapie**

Radioterapie je léčba ionizujícím zářením, používá se k léčbě, kontrole, zmenšení nádorů, mírnění bolesti, existuje v podobě léčby kurativní a paliativní. V současnosti se užívá klinický lineární urychlovač,<sup>1</sup> technologie **IMRT** - (*Intensity Modulated Radiotherapy*), **radioterapie svazky s modulovanou intenzitou, fluencí**, která se dostala do klinické praxe v devadesátých letech 20.století (49). Nejdelší zkušenosti mají pracoviště v Hradci Králové a Pardubicích, kde se tato metoda užívá v léčbě karcinomu prostaty a v léčbě nádorů hlavy a krku (10). Na pražských pracovištích zatím není dostupná, problém zřejmě jsou specializovaní techničtí pracovníci se znalostí radiologické fyziky v medicíně a finance na jejich proplacení (8). Rutinnímu využití také zatím brání časová náročnost plánování a s tím související vysoká cena výkonu (12). **Výhody IMRT pro nemocné jsou:** snížení dávky na okolní zdravé tkáně a tím omezení negativních následků ozáření, zvýšení dávky do nádoru a tím zvýšení pravděpodobnosti vyléčení, celková délka léčby se neprodlužuje, ozáření nádorů dříve neléčitelných buď z hlediska citlivosti nebo uložení v těle (19). Nejnovější je **tzv. konformní radioterapie**.<sup>1</sup> Použití zobrazovacích metod k verifikaci či řízení pozice pacienta před či v průběhu ozařování se označuje jako **obrazem řízená radioterapie (IGRT)**.<sup>1</sup> Technologie IMRT realizuje prostorově složitě tvarované distribuce dávky v těle pacienta a využívá IGRT. V oblasti hlavy a krku je pomocí techniky IGRT je sledována poloha nemocného s možností on-line korekce (26). Dále se velká pozornost soustřeďuje na konkomitantní chemoradioterapii a v posledních letech i na možnosti využití molekulární terapie (inhibitory EGFR), která zvyšuje účinek RT bez současného zvýšení toxicity (43).

**Radioterapie nádorů oblasti hlavy a krku je komplexní** a vyžaduje specializovaný a kvalifikovaný tým. Pro některé nádorové lokalizace, například hrtan, je radioterapii u malých nádorů dávána přednost před chirurgií kvůli zachování funkčnosti orgánu (42). Léčbu zářením u karcinomu hrtanu začal efektivně využívat Coutard v roce 1922 (6). Uplatní se primárně přístup u inoperabilních nádorů hlavy a krku (základní prvotní léčba, kdy se jen ozařuje, malé nádory, včasný záchyt onemocnění, nádor i přes tuto léčbu může růst), předoperační (někdy s kombinací s chemoterapií, má zmenšit nádor určený k chirurgickému odstranění, ale zhoršuje jeho odstranění a zvyšuje riziko pooperačních komplikací) a pooperační aktinoterapie (nastupuje po chirurgické léčbě k likvidaci zbytkové nemoci, když je riziko ponechání mikroskopických zbytků či metastáz v uzlinách, ozařováno místo nádoru a krční uzliny, léčba začíná 2-4 týdny po zhojení rány), či jako tzv. sandwich metodou (mezi dvěma běhy aktinoterapie se provede chirurgický zásah). Obvykle se aplikuje dávka 50-70 Gy<sup>1</sup> během 6-7 týdnů., léčbu



---

plánuje lékař, lékařský fyzik a radiologický asistent (45). Před léčbou je důležitá sanace chrupu a důsledná hygiena úst (49). Nemocnému se zhotovuje fixační maska z termoplastického materiálu, aby se zabezpečila přesná a pokaždé stejná poloha hlavy a předešlo se poškození citlivých orgánů v okolí (hlavně mícha a oči) (56). **Nejvýraznějšího ústupu nádoru je dosahováno při současném použití obou léčebných metod, tj. radioterapie a chemoterapie** (současná chemoradioterapie) - lze ji použít v některých indikacích jako možnou alternativu chirurgie. Původně tato metoda byla vyvinuta pro neoperabilní nemocné, uplatní se u operovatelných nádorů jako definitivní léčba. Velkou předností tohoto postupu je zachování orgánu a výrazný přínos pro místní kontrolu a celkové přežití. Rozhodnutí, zda léčbu zahájit chirurgií s následnou radio/chemoterapií nebo použít pouze chemoterapii s možností záchranné chirurgie však zůstává předmětem diskuze. Je nutno zvážit mnoho faktorů jako záměr pro zachování orgánu, operabilitu, a v neposlední řadě i přání nemocného. **Zvažování obou přístupů zůstane zřejmě ještě dlouho na zkušenostech chirurga a radioterapeuta (43)**. Při ozařování nesmí být nemocný vybaven kovovou tracheostomickou kanylou, (4) ozařování se užívá i u kontraindikace chirurgie z celkových příčin, jejího odmítnutí nemocným nebo jako paliativní léčba u pokročilých a inoperabilních tumorů - s neoadjuvantní chemoterapií, nebo je chemoterapie konkomitantní s radioterapií. Některá pracoviště jí dávají přednost kvůli příznivějším funkčním výsledkům. Do budoucna je riziko nádorové duplicity v oblasti horních dýchacích a polykacích cest - pokud zde neuspěje jedna z výše uvedených modalit léčby, zůstává další jako rezerva. Součástí konkomitantní radiochemoterapie je chemoterapie, jako i neoadjuvantně zachovných protokolů a u inoperabilních nádorů. **Pokud nemocní absolvují zachovný protokol (viz v kapitole o chemoterapii)**, vyhne se část radikálnímu chirurgickému zákroku, nevýhodou je více komplikací. **Typy užívané radioterapie (RT) (43):** 1. **Konvenční RT** (2 Gy denně do celkové dávky 70 Gy), 2. **Alterovaná radiační frakcionace** redukce léčebného času se změnami rozsahu, frakce a celkové dávky, 3. **Hyperfrakcionace** použití vícečetných malých frakcí pod 2 Gy, podaných se zvýšenou frekvencí (2x denně). Nežádoucí účinky radioterapie viz dále.

**Chemoterapie:** lze použít k léčbě, kontrole, zmírnění průběhu rakoviny a v léčbě pokročilého onemocnění (léčba paliativní a kurativní: primární, adjuvantní, neoadjuvantní, konkomitantní) (48). Léčba probíhá ve formě speciálních léků tzv. cytostatik ve formě tablet, injekčně či infúzích, léčba se opakuje v sériích během 21-28 dní (45). Pro podání cytostatik je důležitá analýza celkového stavu nemocného, stav výživy, lokalizace primárního nádoru, rozsah nádorové nálože, rozsah regionálních metastáz atd (49). Chemoterapii poskytuje specialista v oboru klinické onkologie, popřípadě jiného oboru s atestací klinické onkologie (18). **Chemoterapie nepatří mezi základní léčebné modalitty a u karcinomů hlavy a krku**, je použita v některých indikacích, většinou jako neoadjuvatní, adjuvantní u některých lokalizací mimo oblast hlavy a krku, aby se zmenšil počet vzdálených metastáz, nemá význam. Dobrý účinek je sledován u solidních tumorů, používá se kombinace cisplatiny, carboplatiny s fluorouracilem, taxány. Efekt na přežití nebo na kvalitu života se neprokázal (20). V oblasti hrtanu se provádí tzv. **zachovný protokol s cílem zachovat hlas** (indikuje ORL lékař, schválí se s onkologem na onkologickém semináři, kabinetu) zahájí se 2-3 sériemi chemoterapie (např. kombinace cisplatiny a 5-fluorouracilu), pak se ozařuje, zachová se hrtan, lze u nádorů definované velikosti a lokalizace, provede se kontrolní endoskopie v celkové anestézii, pokud léčba není efektivní, přikročí se k LET) či k léčbě inoperabilních nádorů (volí jako iniciální, úvodní chemoterapie, pak následuje aktinoterapie, pokud se zmenší nádor, řeší se chirurgicky, pokud je výborná reakce nádoru, chirurgické řešení se nechá do rezervy léčby recidivy, studie zaznamenaly zachování hrtanu u 60% nemocných) (44). Zachovný protokol nelze aplikovat na

---

všechny případy, kdy je indikována totální laryngektomie (7). Dnes se řeší optimalizace léčebných protokolů: optimální časová souslednost léčebných modalit a účinná kombinace cytostatik (49).

Cytostatická léčba se dnes používá:

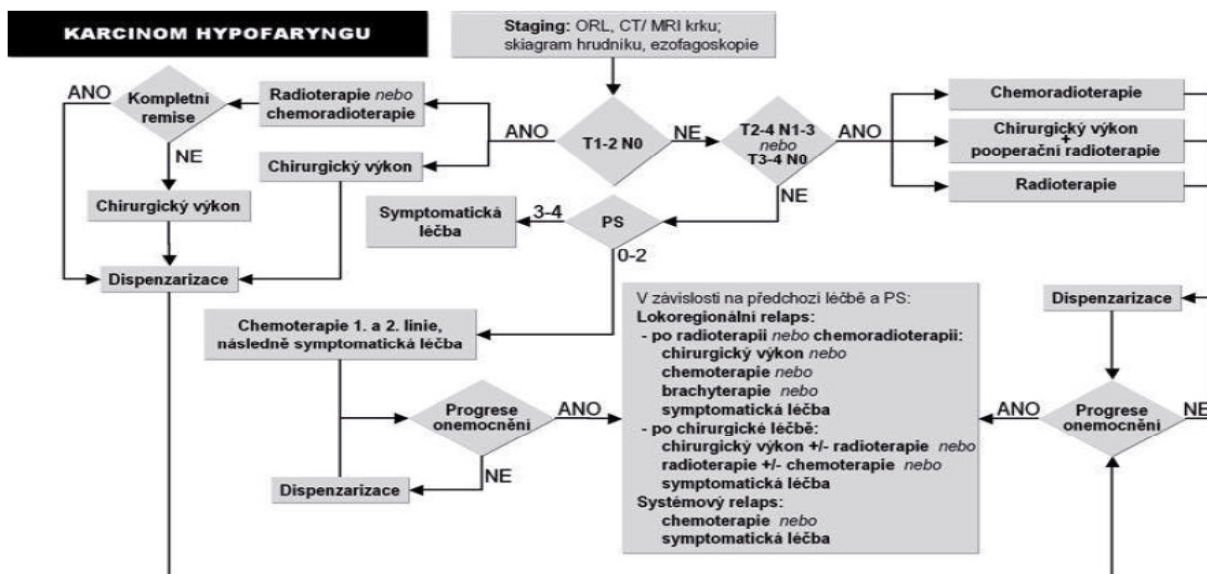
- **úvod při léčbě místně pokročilých nádorů indukční chemoterapie, neoadjuvantní chemoterapie (i intraarteriální indukční chemoterapie cisplatinou)<sup>1</sup> (49)**
- **adjuvantní chemoterapie:** následuje po jiné modalitě léčby, snaží se eliminovat mikrometastázy po lokoregionální terapii
- v **paliativní léčbě pokročilých nádorů** - při použití cytostatik u pokročilého onemocnění bylo prokázáno 15 - 30% objektivních remisí krátkého trvání (3 - 5 měsíců). Možný přínos chemoterapie zde spočívá spíše ve zmírnění symptomů vlivem tlaku rostoucího nádoru (25). Medián přežití nemocných s neoperabilním tumorem léčeným jen paliativní chemoterapií se pohybuje od 5 do 18 měsíců (53).
- jako **součást chemoradioterapie - konkomitantní radiochemoterapie (22)<sup>1</sup>** zlepšila dosažené výsledky, místní kontrolu nádoru a i celkové přežití, pauza v léčbě snižuje její účinek (48). Kombinační režimy jsou vhodné u mladších osob v celkově dobrém stavu, chemoterapeutika zvyšují účinky záření.<sup>1</sup> Léčba se uplatní i u nádorů hypofaryngu a laryngu s cílem zachovat funkci těchto orgánů (délka léčby asi 6-7 týdnů).<sup>1</sup> *Indikace se zvažuje individuálně s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta a k jeho interkurentním chorobám.* Zvýšení míry rizika vedlejších účinků radiochemoterapie musí být zdůvodněno očekávaným lepším léčebným efektem vůči aplikaci "jednodušších" způsobů onkologické léčby (např. proti použití monoterapie zářením nebo chemoterapií). Také ekonomická nákladnost léčby častějších těžších vedlejších reakcí (leukopenie, trombocytopenie, mukositida, průjem) kombinované terapie může být neúměrná míře terapeutického zisku (22).<sup>1</sup> Další možností využití konkomitantní chemoradioterapie je v léčbě inoperabilních recidiv nádorů hlavy a krku opakovaným zařazením léčby zářením – **reiradiace, pokud je nemocný v dobrém stavu.** Ve většině studií byla aplikována standardní cytostatika (např. cisplatina), léčba zářením byla provedena hyperfrakcionovaně (20-60 Gy) a bylo dosaženo 40-60% celkových remisí. Možným konečným důsledkem kombinované léčby jsou nejen somatická a genetická poškození, ale i riziko vzniku duplicitních tumorů (sarkomy, leukémie, karcinomy štítné žlázy, kožní nádory aj.), které vznikají na základě předcházející onkologické léčby. Incidence duplicitních nádorů je po kombinované terapii vyšší a nejvíce se projeví v období 15-20 let po léčbě (22). Zlepšení lokální a regionální kontroly pokročilých nádorů hlavy a krku po kurativní radioterapii či chemoradioterapii závisí i na hladině hemoglobinu.<sup>1</sup> Nežádoucí účinky chemoterapie viz níže (*dále např. Adam, Klener, Koutecký, Vorlíček*) (22).

### **Léčebné algoritmy u nádorů hypofaryngu a laryngu**

**Léčebný algoritmus: karcinom hypofaryngu (viz obrázek č.2):** je to oblast s lymfatickým spádem skupin II, III, IV a V. Při postižení přední nebo laterální stěny hypofaryngu chirurgická - totální laryngektomie a parciální faryngektomie pooperační radioterapie, či kurativní chemoradioterapie, CHRDT.<sup>1</sup> (28)

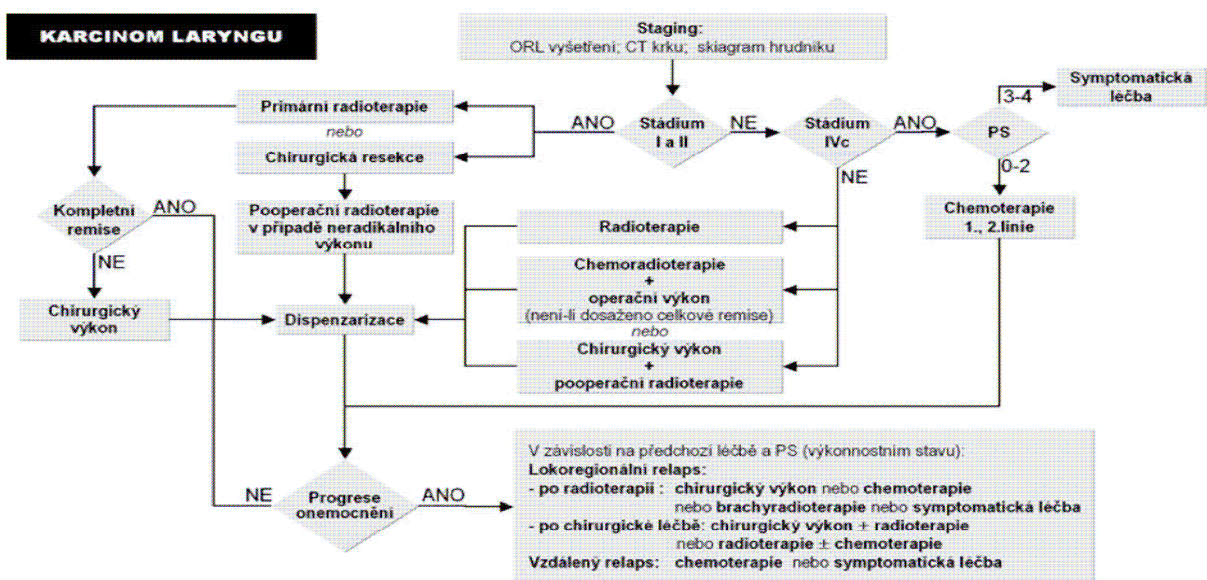
#### **Obr. č. 2**

**Léčebný algoritmus u karcinomu hypofaryngu (37, 32)**



**Léčebný algoritmus: karcinom laryngu (viz obrázek č. 3):** U solidních, pevných nádorů je radioterapie preferována před chirurgickou léčbou u st.I-II (zachování hlasu) u vyšších stadií chemoradioterapie umožňuje zachování hrtanu, laryngektomie je určena pro případy s nedostatečnou regresí po chemoradioterapii (43). Lze doložit rovnocennost operačního a konzervativního přístupu se zachováním orgánů u pokročilých nádorů laryngu, stadia III a IV, až u dvou třetin nemocných (49).

Obr. č. 3 Léčebný algoritmus u karcinomu laryngu (32)



Termínem *relaps, recidiva* se v medicíně označuje návrat aktivity onemocnění. *Remise* znamená vymizení příznaků a projevů nemoci. Kompletní remise označuje situaci, kdy žádnou dostupnou vyšetřovací metodou

---

nelze zjistit přítomnost zhoubné nemoci v těle, ačkoliv ji předpokládáme ze zkušenosti s průběhem této nemoci u jiných nemocných (35, 55).

#### **Léčba recidiv:**

- lokální či regionální recidiva bez předchozí radioterapie: resekce recidivy +/- pooperační radioterapie, případně radiochemoterapie; radioterapie nebo radiochemoterapie.

- lokální či regionální recidiva po předchozí radioterapii: resekce recidivy, zvážení reiradiace; reiradiace; paliativní léčba, chemoterapie. Individuální postup.

#### **Léčba metastáz:**

Zvážení resekce solitární metastázy; paliativní léčba - chemoterapie, radioterapie, symptomatická léčba s přihlédnutím k obtížím a celkovému stavu. Individuální postup.

#### **Úspěšnost chirurgie, radioterapie a chemoterapie promítnutá do prognózy nemocného:**

Prognostická kritéria slouží k předpovědi průběhu onemocnění a ke stanovení rizika relapsu; současně mohou sloužit k předpovědi, predikci a léčebné odpovědi (17).

*Jan Bauer* uvádí u nádorů hlavy a krku pětileté přežití v průměru u méně než 50% nemocných (2). Přítomnost regionálních metastáz a rozsah tumoru ovlivňuje pětileté přežití. U malých nádorů klasifikace T1 je nad 90 %, u rozsáhlejších s prpagací do oklí - klasifikace T4 25-30 %. (20).

**Karcinom hrtanu** patří prognosticky k příznivějším lokalizacím rakoviny hlavy a krku. Je to dáno skutečností, že většina nádorů hrtanu zůstává v časných stádiích omezena v prostorách ohraničených vazivovými membránami hrtanu a rakovina hlasivek metastazuje poměrně málo. Prognosticky patří subglotická lokalizace karcinomu hrtanu k nejméně příznivým (26).

**U karcinomu hypofaryngu** výsledky závisí na stádiu pokročilosti nádoru. Po aktinoterapii přežívá pět let bez recidivy méně než 20 % nemocných, po chirurgické léčbě kombinované s ozařováním okolo 25 % (6).

♦ **Chirurgie:** recidivy jsou časté u nádorů zasahujících do subglotis, u laryngofaryngeálních karcinomů, při prorůstání karcinomu do štítné žlázy a při postihu paratracheálních uzlin, projeví se jako recidivy ve stomatu, objeví se za 6 měsíců po operaci a jsou rozsáhlé, největší nebezpečí je napadení arterie carotis nádorem, jindy vznikají recidivy z jícnové či hypofaryngeální stěny, nejsou vhodné k chirurgické revizi. Uzlinové recidivy mají sklon k extrakapsulárnímu růstu. Vzdálené metastázy dosahují až 15 i 20%, které postihují plíce, další uzliny a játra i mozek. Implantace nádoru při chirurgickém výkonu je sporná. Bláha (1959) zjistil, že po totální laryngektomii přežívalo 50% nemocných, u karcinom hlasivky s pohyblivostí 90%, *Hybášek a spol. (1979)* pětileté přežití u laryngektomie 62,5%: u supraglotických karcinomů 54.6%, glotických 70%. *Piquet a spol. (1974)* uvádí u totální laryngektomie tříleté přežití v 50%, u supraglotických 65% (13).

♦ **Radioterapie:** ozařování krčních ulin není schopné ani u latentních metastáz zničit všechny nádorové buňky, tzv. zajišťovací aktinoterapie po blokové disekci zlepší výsledky léčby nepatrně (13). Není známo, zda lepší výsledky dává předoperační či pooperační ozařování, *Snow a spol. (1978)* zjistili, že doba přežití u obou postupů je stejná. Primární ložisko se nezvládlo v obou skupinách v 18%. Výborné výsledky ozařování karcinomu ve stadiu T<sub>1a</sub> a T<sub>1b</sub>, pak se výsledky u T2 stadií prudce snižují (13).

---

♦ **Chemoterapie:** nezlepší pětileté přežití nemocných, některé studie mají dobré výsledky s léčbou bleomycinem, časté jsou místní recidivy (Rygaard, Hansen, 1976) Ani kombinace metotrexátu s ozařováním, *konkomitantní radichemoterapie* nedává lepší výsledky než pouhé ozařování (Kramer 1976) (13).

**Nežádoucí účinky radioterapie a chemoterapie:** v závislosti na objevení vedlejších účinků můžeme toxicitu radioterapie z hlediska času rozdělit na **akutní (časné)**, která vzniká během léčby a do tří měsíců po léčbě, a **chronickou** (pozdní), jež se projevuje až v období 3-18 měsíců (*late effect*) nebo i více let po léčbě (*very late effect*). Akutní změny jsou reverzibilní - upraví se. Chronické změny jsou však trvalé, ireverzibilní. Toxicita radioterapie se projevuje v **akutní fázi vedlejších projevů kombinované terapie** např. reakcí kůže (radiační dermatitida) a sliznic (mukositida - především v dutině ústní, hrtanu a hltanu, radioprotektivum na ochranu proti účinku záření a vznikem xerostomie je Amifostin, který se dává před radioterapií, nevýhodou je vysoká cena). **Chronická poškození orgánů**, zvláště životně důležitých (srdce, plíce, játra, ledviny, střeva, CNS, kostní dřen), jsou důležitým měřítkem bezpečnosti kombinované terapie (22). Proti nežádoucím účinkům chemoterapie jsou radiační kumulativní, krátkodobé následky se objeví během prvních šesti měsíců léčby, trvalé po půl roce. Dlouhodobé následky patří k trvalému poškození buněk v dané oblasti aplikace terapie: např. pulmonální pneumonitida, fibróza, sterilita (3). Obecnými preventivními opatřeními po ukončení radioterapie je doporučení aplikace vitamínu E, betakarotenů a selenu, které snižují riziko vzniku pozdních následků radioterapie (22). Po delším čase se může u nemocných po hemithyroidektomii s či bez ozařování objevit hypothyreóza (23). Teoreticky jsou všechny nádory lokálně vyléčitelné radioterapií, překážkou je však limitovaná tolerance zdravých tkání na ozáření. Ozáření způsobuje i poškození zdravých tkání, jejich poškození se může projevit v průběhu ozařování nebo do 3 měsíců od léčby. Citlivost na ozáření je do jisté míry individuální, nelze se vyhnout asi 5% vážných pozdních komplikací při standardní radioterapii. Moderní vybavení a zkušený personál dokáže riziko poškození záření minimalizovat. Každý nemocný se má ptát na riziko vedlejších účinků záření v jeho případě a jak toto riziko zmenšit. Reakce nazýváme akutní neboli časné. Jejich přehled se podává v Tab. č.1.

**Tab. č. 1 Účinky radioterapie (43)**

<p><b>Časné účinky</b></p>	<p>velmi nepříjemné, obvykle se zcela upraví po ukončení ozařování. Nutná řádná podpůrná péče, přerušení ozáření umožňuje zotavení normálních tkání ale i nádorových buněk, dále zvýšená péče o dutinu ústní a polykací cesty (chrup, výplach heřmánkem, šalvějí, ústní vodou, nekouřit, nepít alkohol, neopalovat, vyvarovat se vody na ozařované oblasti (45) Nastupují postupně v průběhu radioterapie, v některých případech mohou být důvodem pro přerušení léčby, většina časných nežádoucích účinků ustoupí během několika dnů až týdnů po ukončení léčby. Mohou se vyskytnout <b>těž celkové příznaky</b> jako je zvýšená únava až letargie, někdy označované jako postradiační syndrom, léčba: úprava denního režimu. Únava a slabost se může vyskytnout několik hodin po ozáření jako celková tělesná reakce a nejlepší je na chvíli si odpočinout – poležet či posedět. Příčinou však může být i snížený počet červených krvinek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nejčastěji se setkáváme s <b>kožními změnami</b> (od svědění a zarudnutí kůže, přes její olupování až po mokvání, laicky „spálené“, které se mohou vyskytnout i v místech, kde paprsky opouštějí tělo. léčba: promašování, mastě s kortikoidy, genciálová violet při vlhkém olupování. Postižení jícnu se projeví jako obtížné a bolestivé polykání, léčbou jsou analgetika, kašovitá a tekutá strava, parenterální výživa, léčba infekce, žaludeční sonda</li> <li>- <b>otok kůže</b> (typicky pod bradou a na přední straně krku). Léčeno např. preparáty pro systémovou enzymoterapii: přípravek Wobenzym, Phlogenzym.</li> <li>- <b>záněty ozařovaných sliznic</b>, v dutině ústní stomatitida, zarudnutí, olupování sliznice, mokvavé plochy, bolestivé polykání, léčba stomatologické ošetření před radioterapií, výplachy dutiny ústní solnými roztoky, analgetika, léčba kvasinkové infekce, zajištění výživy kašovitou či tekutou stravou či žaludeční sondou, bolesti sliznice v ústech a tvorba povláčků či puchýřků, přechodně se dávají opiáty, transdermální náplasti: Durogesic, Transtec, postup dle žebříčku léčby bolesti WHO</li> <li>- po ozařování nádorů oblasti dutiny ústní, obličejových dutin a krku se obvykle vyvine <b>xerostomie</b>, tj. nedostatečná produkce slin. Ovlivnění xerostomie a mukositivity, zejména během konkomitantní chemoradioterapie, je možné aplikací amifostinu. Amifostin je preparát, který se denně aplikuje v injekční formě pacientovi před ozářením a jeho úkolem je ochrana hlavně sliznic před ionizujícím zářením. Bohužel nelze zatím s určitostí potvrdit, zda tento preparát nechrání paradoxně i nádorové buňky. K suchosti sliznic, hustším slinám, přispívá i dehydratace a některá léčiva, k částečnému obnovení salivace dochází po několika měsících, po dávce mezi 20-40 Grayů dochází ke snížení vnímání chuti, hypogeuzie, dávka 60 Gy způsobuje úplnou ztrátu chuti, ageuzie, kterou podporuje deficit zinku či kombinace mědi a zinku, (18) změna vnímání chuti až úplná ztráta rozpoznání chuti jídla, snížení hmotnosti v důsledku nechutenství a omezeného příjmu potravy pro bolestivé polykání - při ozáření většího objemu těla může <b>dojít k porušení krev tvorby a snížení počtu krevních buněk</b> - trvalá <b>zástava růstu vousů v ozářené oblasti</b>, jsou-li v ozářené oblasti vlasy, pak i vlasů</li> </ul>
<p><b>Pozdní účinky</b></p>	<p>se objevují po několika měsících (třech a více i až po několika letech) po ukončení léčby a zpravidla jsou trvalé, - na kůži se objevuje pigmentace, rozšířené cévy, trvalá ztráta ochlupení, plošná fibróza (plošné zatuhnutí v ozářené oblasti), - ozáření žláz vede ke snížení až zastavení jejich činnosti (sucho v ústech při zastavení tvorby slin při ozáření slinných žláz, sterilita a menopauza při ozáření pohlavních žláz apod.) Podobné změny se mohou vyskytovat i v dalších orgánech.</p>

**Nežádoucí účinky chemoterapie:** Chemoterapie je více odpovědná za zvýšení toxicity u rychle proliferujících tkání (např. kostní dřev, střeva, gonády), ovšem podílí se i na zvýšení pozdních účinků léčby. Toxicita je *hematologická*: snížení počtu bílých krvinek a krevních destiček (útlum kostní dřevě s projevy anémie, leukopenie, trombocytopenie, i leukopenie (závažné infekce), trombocytopenie (krvácení). Je zde riziko smrtelné infekce či záchvatu krvácení, proto musí mít nemocní před touto léčbou krevní obraz v normě. Lze podávat nemocným léčiva na podporu tvorby bílých krvinek (faktory stimulující kolonie (colony-stimulating factors: CSF)(31) a *nehematologická*: ztráta vlasů (dočasně), nevolnost, zvracení, průjem, bolesti v ústech (24). Vedlejší účinky se projeví hlavně u rychle se dělících normálních buněk. Toxicita podle doby nástupu je *bezprostřední* (hodiny až dny): nevolnost, zvracení, lokální nekrózy, anafylaxe, renální insuficience, kožní vyrážka, teratogenní účinky, *časné* (dny až týdny) leuopenie, trombocytopenie, alopecie, stomatitida, průjem, megaloblastóza, *oddálená* (týdny až měsíce) anémie, azoospermie, hepatocelulární léze, hyperpigmentace, plicní fibróza, *pozdní* (měsíce až roky) sterilita, hypogonadismus, sekundární malignity (18). Podrobněji viz časté nežádoucí účinky tabulka č.2.

**Tab. č. 2 Časté nežádoucí účinky chemoterapie**

<b>mukozitida</b>	je zánětlivé nebo toxické postižení sliznic. U onkologických nemocných vzniká často po chemoterapii, může být projevem nežádoucích účinků cytostatik, ozařování a nebo i komplikující infekce. Většinou jde o přechodné 1-2 týdny trvající poškození.(35) projevy mohou postihnout celý zažívací trakt, někdy jsou to mírné bolesti v ústech či polykání nebo průjem, objeví se i rozsáhlé ulcerace v ústech, nemožnost polykat ani sliny, až afázie (porucha tvorby a porozumění řeči.), silnou bolest dutiny ústní a jícnu s potřebou podání opiátů či těžké průjmy se ztrátami tekutin a iontů. Nutno zavést doplňkovou nebo kompletní parenterální výživu, zajištění perkutánní gastrostomie, PEG. (51) O dutinu ústní je nutno pečovat a profylakticky podávat např. dezinfekční prostředek chlorhexidin, bolest lze ovlivnit lokálním anestetikem, omezit povrchové mykotické infekce profylakticky antimykotiky, průjmy ovlivnit octeotidem (Sandostatin), (24)
<b>zvracení</b>	<b>emesis</b> , pozitivně lze ovlivnit antiemetiky samostatně či v kombinaci s kortikoidy, (24)
<b>stomatitida</b>	zánět celé dutiny ústní. Vzniká při některých infekčních onemocněních, může však vzniknout i během intenzivní cytostatické léčby. Stomatitida po chemoterapii je způsobena poklesem obranných schopností organismu díky poklesu bílých krvinek a poškozením sliznice dutiny ústní cytostatiky. Obvykle ustoupí několik dní po úpravě počtu bílých krvinek, (35)
<b>poškození ledvin a krvetvorby</b>	- při kombinované léčbě zářením a cytostatiky se výrazně zvýší riziko <i>hematologických</i> komplikací, pokles leukocytů a trombocytů. Tím dochází k oslabení obranyschopnosti organismu - k <i>imunosupresi</i> , což je dalším vedlejším účinkem jak záření, tak i chemoterapie. Je známo, že nemocní s nádory mohou být daleko vnímavější na infekci vzhledem k sníženému počtu funkčních leukocytů. Pokles krevních elementů může vyústit v infekční komplikaci, tzv. <i>febrilní neutropenii</i> , která se projevuje teplotami nad 38 stupňů Celsia, výrazným poklesem hodnot leukocytů, slizničními reakcemi, průjmy a i krvácivými projevy na kůži a do sliznic. Při této život ohrožující komplikaci je nutná intenzivní léčba a hospitalizace (22).

<sup>i</sup> českou verzi TNM klasifikace viz TNM KLASIFIKACE ZHOUBNÝCH NOVOTVARŮ. 6. vydání 2002, česká verze 2004, ÚZIS, Praha, 2004. Dostupný z WWW: [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=TNM&kind=4&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=TNM&kind=4&mnu_id=5300).

<sup>i</sup> autorem je *Francouz P. Denoixem* v letech 1943-1952. Současné **6. vydání obsahuje pravidla klasifikace a určování stadií, které odpovídají 6. vydání manuálu AJCC Cancer Staging Manual.**

<sup>i</sup> parciální resekce hypofaryngu: u menších T1 nádorech laterální stěny sinus piriformis a zadní stěny. Parciální resekce hypofaryngu s hemilaryngektomií či supraglotickou resekcí hrtanu - při nádoru mediální stěny sinus piriformis a zachovalé funkci hlasivek. Subtotální laryngofaryngektomie, t. j. klasická laryngektomie + parciální resekce hypofaryngu při nádorové fixaci hemilaryngu (T3), totální laryngofaryngektomie - nejrozsáhlejší výkon při karcinomu hypofaryngu, resekovaný hypofaryng se nahradí muskulokutánním lalokem či tenkým střevem na cévní stopce.

<sup>i</sup> (podpurná léčba se zabývá komplikacemi nádorového onemocnění nebo komplikacemi jeho léčby, adekvátní léčba těchto projevů zlepšuje kvalitu života nemocných), mírní psychosociální obtíže vyvolané nemocí a léčbou)

<sup>i</sup> (komplexní podpurná léčba u nemocných s pokročilým onemocněním v terminální fázi života)

<sup>i</sup> VIZ OFICIÁLNÍ STRÁNKY SEKCE PALIATIVNÍ MEDICÍNA: [http://www.paliativnimedcina.cz/pm\\_kazuistiky.php](http://www.paliativnimedcina.cz/pm_kazuistiky.php)

<sup>i</sup> (vliv kultury, očekávání bolestm olesti, zkušeností s bolestí, kontextem, kdy se bolest objeví, emocemi, rozumem), individuální nocicepční bolesti (vjemem).

<sup>i</sup> (zdroj externích fotonových svazků, kterým jsou urychlovány elektrony na energie řádově jednotek až desítek MeV, tvoří vysokoenergetické rentgenové záření, svazek je homogenizován pomocí vyhlazovacího filtru a kolimován do požadované velikosti a tvaru. Clony sekundárního kolimátoru umožňují vytvářet pole obecně obdélníkového tvaru). Nestačí to pro stínění zdravé tkáně, používají tzv. stínící bloky, tkáně stíní, tzv. vícelistý kolimátor (*Multi Leaf Colimator, MLC*) s lamelami z těžkého kovu, které se ovládají počítačem a vytváří tak individuální tvar radiačního pole, kde lze všechny části cílového objemu ve stejné vzdálenosti a ve stejné hloubce v tkáni opatřit stejnou dávkou intenzity (fluence).

<sup>i</sup> kombinuje více polí tvarově upravených MLC.

<sup>i</sup> *Zmenšení bezpečnostního lemu* znamená menší objem ozařené zdravé tkáně spolu s nádorem, což za předpokladu (stejně) toleranční radiační zátěže tkáně umožňuje zvýšení terapeutické dávky a tím zvýšení pravděpodobnosti kontroly nádoru. Klinické využití metod IGRT redukuje nejistotu pozice nádoru vůči terapeutickým svazkům během léčby. Mohou se zmenšit bezpečnostní lemy při definici cílového objemu, které tuto nepřesnost zohledňují

<sup>i</sup> (Gy je měrná jednotka ozařování)

<sup>i</sup> termín označuje terapii danou před zahájením léčby jinými způsoby

<sup>i</sup> současné provádění radioterapie a chemoterapie

<sup>i</sup> - úvodní chemoterapie o dvou či tří cyklech, její nejvýznamnější použití spočívá v současné době v zachování orgánu u pacientů s pokročilým, ale operovatelným onemocněním, pak následuje chirurgický výkon či kurativní radioterapie (poté následuje radioterapie - ve standardní či akcelerované frakcionaci či konkomitantní chemoradioterapie) s kombinací paklitaxel+karboplatina v třítydenním intervalu. Vhodnou se zdá být indukční chemoterapie s paklitaxelem, následovaná současnou chemoradioterapií

<sup>i</sup> Při konkomitantní chemoradioterapii se zvyšuje radiosenzitivita nádorových buněk použitím vhodných cytostatik, která jsou aplikována v určitém časovém intervalu (15 minut až 8-48 hodin před či po ozařování, nebo i kontinuálně) po určitou až celou dobu radioterapie. Tento způsob léčby je vhodný především pro léčbu lokálně pokročilých nádorů. Jednou z negativních stránek konkomitantní chemoradioterapie může být neúměrné zvýšení toxicity kombinované léčby na zdravé tkáni. Kombinovaná chemoradioterapie může způsobit větší poškození normálních tkání ve srovnání s vedlejšími účinky při aplikaci jen jedné složky léčby. Zvýšení poškození je výsledkem aditivního efektu obou modalit v určité tkáni nebo následkem poškození více tkání v jednom orgánu.

<sup>i</sup> Standardní kombinací je **5-fluorouracil + cisplatina/karboplatina**, která v řadě studií vedla ke 32 - 39% remisí. Dnes používané kombinace **paclitaxel + cisplatina** anebo **5-fluorouracil/cisplatina/paclitaxel (docetaxel)** přináší podstatně vyšší procenta remisí. Konkomitantní chemoradioterapie u lokálně pokročilých nádorů hlavy a krku (T3-4, uzlinové postižení) je efektivnější než aplikace samostatných způsobů léčby vzhledem k supraaditivnímu efektu současného podání záření a cytostatik. Zlepšuje pětileté celkové přežití o 8%.



<sup>i</sup> K nejčastěji používaným cytostatikům v konkomitantním podání řadíme: **cisplatinu, CDDP, 40mg/m<sup>2</sup>, 1 krát týdně**: alkylační látka, většinou nahrazena **karboplatinou**, obávaná je nefrotoxicita ústíci i do selhání ledvin (:proto hydratace nemocného a vysoká diuréza) a ototoxicita (dále neurotoxicita, myelotoxicita). Podává se v roztoku s chloridovými ionty (fyziologický), chrání se před světlem, **karboplatina**:alkylační látka, může se vyskytnout nefrotoxicita, hepatotoxicita,mukozitida, ototoxicita, toxicita periferního nervového systému, ředí se do 5% glukózového roztoku, podává se v krátkodobých či dlouhodobých infúzích, **5-fluorouracil**: antimetabolit, nežádoucí účinky je myelotoxicita, mukozitida, dermatitida, **metotrexát**: antimetabolit, toxicitou je myelotoxicita, dermatitis, fibróza jater, **taxoly: Paklitaxel, doxytaxel (TIS)**. V klinických studiích jsou zkoušena další cytostatika – taxany, vinorelbin, gemcitabin, doxorubicin, karboplatina, irinotecan. In mayer,vorlíček,vysokodávková chemoterapie.

<sup>i</sup> V posledních letech se objevuje řada studií kombinujících akcelerované nebo hyperfrakcionační režimy s chemoterapií u lokálně pokročilých inoperabilních nádorů. Vzhledem k větší akutní toxicitě jsou tato schémata vhodná pro použití pouze v rámci klinických studií na dobře vybavených pracovištích. Další nadějně výsledky konkomitantního podání prokazuje aplikace cetuximabu (Erbix<sup>®</sup>, Merck), který patří mezi inhibitory receptoru pro růstový faktor (epithelial-growth-factor-receptor, EGFR). Preparát se zařazuje do tzv. biologické léčby nádorů. Zatím není schválen pro standardní použití v této indikaci.

<sup>i</sup> Radiosenzibilita nádorových buněk je významně závislá na jejich oxygenaci (resp. na hladině hemoglobinu). Při hodnotách hladiny hemoglobinu méně než 120-125 g/l jsou signifikantně horší léčebné výsledky v lokální kontrole nádoru. Proto je vhodné u anemických pacientů nádorové buňky „potenciovat“ k záření kompenzační hodnot krevního obrazu - hemoglobinu již před zahájením ozařování. Doporučuje se celková podpůrná léčba nebo aplikace rekombinantního erythropoetinu i během radioterapie. Výsledky transfuzí během ozařování jsou kontroverzní - mohou naopak snížit oxygenaci nádorových buněk zvýšením viskozity krve. Konkomitantní chemoradioterapie patří na dobře vybavená pracoviště.

<sup>i</sup> - kdy cílový objem je farynx od lební baze až po bezpečnostní lem, aspoň 1cm pod tumor, regionální uzliny včetně II. - V., nadklíčkové uzliny zvláště horního mediastina s celkovou dávkou D 45 –50 Gy (gray), na postiženou oblast až do 70Gy. Ozařovací technika závisí na anatomickém tvarování krku pacienta, většinou T technika, která závisí na anatomickém tvarování krku pacienta - horního krku o jednom izocentru + separace nadklíčkových polí.

## SEZNAM LITERATURY

1. BAKOVÁ, A. Informační zdroje pro evidence based medicine v IKEM. [online]. Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, 1999. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.inforum.cz/inforum2000/prednasky/informacnizdro.htm>>.
2. BAUER, J. *Onkologie praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: ANOMAL, 1994, ISBN 80-901474-1-0.
3. BECKER, H., D. et al. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0720-9.
4. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1. vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-220-5.
5. BROŽOVÁ, N. Statut nadace. Praha. 2004. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.oncol.org/statut.html>>.
6. ČERNÝ, J. a kolektiv. *Špeciální chirurgie*. Chirurgie krku a hlavy. Déreerova zbirka. 4. zväzok 129, Žilina: Osveta, ISBN 80-217-0471-3.
7. ČOČEK, A. Chirurgická léčba karcinomu hrtanu *Praktický lékař*, 2005, roč. 85, č. 10, s. 577-580.
8. ČVUT. České vysoké učení technické v Praze Fakulta jaderná a fyzikálně inženýrská. Katedra dozimetrie a ionizujícího záření / K14116. 2004. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://209.85.135.104/search?q=cache:tdQRwDrPb9wJ:www.fjfi.cvut.cz/DesktopDefault.aspx%3FModuleId%3D1538%26ItemId%3D659+technika+IMRT&hl=cs&ct=clnk&cd=42&gl=cz>>.
9. DOSTALOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1. vyd. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, 1986. ISBN 08-022-86.
10. DVORÁK, P. Zobrazovací metody v radioterapii zhoubných nádorů. *Obrazem řízená radioterapie*. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.otevrena-veda.cz/ov/users/Image/default/C2Seminare/MultiObSem/101.pdf>>.
11. EVA 35. společnost pro boj s rakovinou prsu. Radioterapie u nádorů prsu. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://eva35.cz/scripts/detail.php?id=275902>>.
12. HYBÁŠEK, I, VOKURKA, J. 1. vyd. *Otorinolaryngologie*, Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-10019.
13. CHLÁDEK, VL. *Rakovina horních dýchacích cest a hrtanu*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-026-85.
14. ICF. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/classifications/icf/site/icftemplate.cfm?myurl=training.html&mytitle=Training%20Materials>>.
15. JAKOUBKOVÁ et al. *Paliativní medicína*. Trendy soudobé onkologie, svazek 1. 1. vyd., Praha: Galén, 1998, ISBN 80-85824-78-7.
16. KLEIBL, Z. Komplexní onkologické centrum Přehled diagnóz MKN 10. 2002. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.koc.cz/pro\\_lekare/prehled\\_diagnoz\\_mkn\\_10.html](http://www.koc.cz/pro_lekare/prehled_diagnoz_mkn_10.html)>.
17. KLENER, P.: *Onkologie. Doporučené postupy onkologické péče*. 1. vyd. Praha: Galén, Česká onkologická společnost, 2000. ISBN 80-7262-058-4.
18. KLENER, P. a kol. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1. vyd., Praha: Galén, 1998, ISBN 80-902501-2-2.
19. *Klinika onkologie a radioterapie*. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Fakultní nemocnice v Hradci Králové. IMRT radioterapie modulovaným svazkem. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.lfhk.cuni.cz/onkol/imrt/coje.htm>>.
20. KLOZAR, J et al, *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, ISBN 80-7262-346-X (Galén), ISBN 80-246-1125-2 (Karolinum).
21. KOLEKTIV AUTORŮ: *Vše o léčbě bolesti*. Příručka pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
22. Konkomitantní chemoradioterapie v léčbě solidních nádorů. Česká onkologická společnost. 2006. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/radio-cyto.php?t=2>>.
23. LÉON, X. Hypothyroidism in patients treated with total laryngectomy. A multivariate study. *European archives of oto-rhino-laryngology*, 2002, vol. 259, no.4, p. 193-196.
24. MAYER, J.; VORLÍČEK J. *Vysokodávková chemoterapie s transplantací kmenových krvetvorných buněk v komplexní léčbě zhoubných nádorů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, ISBN 80-210-1494-1.



25. MEGELA, A.; LOUDA, V. Hypertermie. Praha: ČVUT, 2005. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://gerstner.felk.cvut.cz/biolab/X33BM/referaty/2005\\_2006\\_ZS/streda\\_09\\_15/Louda\\_Megela\\_Hypertermie.ppt](http://gerstner.felk.cvut.cz/biolab/X33BM/referaty/2005_2006_ZS/streda_09_15/Louda_Megela_Hypertermie.ppt)>.
26. MECHL, Z: a kol. Česká onkologická společnost ČLS JEP pacientům a jejich blízkým. Nádory hlavy a krku. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.linkos.cz/pacienti/krk\\_clanek.php?t3=1](http://www.linkos.cz/pacienti/krk_clanek.php?t3=1)>.
27. Multiscan. Radiologické centrum. Pardubice. 2007. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://enoice.fialove.eu/clients/multiscan2/pardubice.php>>.
28. Nádory hlavy a krku. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.koc.cz/pro\\_lekare/seznam\\_diagnoz\\_dle\\_mkn/c00-c14.pdf](http://www.koc.cz/pro_lekare/seznam_diagnoz_dle_mkn/c00-c14.pdf)>.
29. Nemocnice Třinec... nemocnice bez hranic. 2007. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.nemtr.cz/modules.php?name=Encyclopedia&op=list\\_content&eid=3](http://www.nemtr.cz/modules.php?name=Encyclopedia&op=list_content&eid=3)>.
30. NEŠPOR, K. *Bolest se dá zvládnout. Jak mírnit bolest vlastními silami*. 1. vyd. Praha: NLN, 2004, ISBN 80-7106-362-2.
31. NEZU, A. M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 1998, ISBN 80-7364-007-4.
32. NOVOTNÝ, J.; VÍTEK, P.; PETRUŽELKA L. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-736-4.
33. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče*. Po sestry všech oborů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-1295-4.
34. ODRÁŽKA, K. Přehled současných léčebných postupů v radiační onkologii, klinické využití radiobiologických poznatků. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://209.85.135.104/search?q=cache:4J2uRbuXhj8J:www.radiolog.cz/dra/archiv/rab/06.kapitola.pdf+technika+IMRT&hl=cs&ct=clnk&cd=106&gl=cz>>.
35. Onkologický informační portál. Osudy.cz. 2008. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.volnost.cz/content/view/176/87/>>.
36. OPATRNÝ, A. Spirituální aspekty bolesti. Občasník Česká myelomové skupny. roč. V., č. 5, 2007, s. 12-14.
37. PÁLA, M.; HOLEČKOVÁ, P.; VESELÝ, J. Protokoly Ústavu radiační onkologie FNB, 2005.
38. PELLANT, A.; CHROBOK, V. a kolektiv. *Aplikovaná medicína pro inženýrské studium a bakalářské studium*. Ošetrovatelství 3. díl, 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003, ISBN 80-7194-519-6.
39. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80-2110-4131-5.
40. Radiologické centrum Multiscan, 50 let onkologie v Pardubicích, 2007. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.multiscan.cz/prezentace/historie50.pdf>>.
41. Radiologická společnost. Přístroje vybrané zdravotnické techniky (VZT). [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.crs.cz/index.php?aID=293>>.
42. Radioterapie. Erbitux. 2006. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.erbitux.cz/nadory-oblasti-hlavy-a-krku-radioterapie.html>>.
43. Radioterapie neboli léčba zářením. Česká onkologická společnost, 2006. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/radioterapie.php?t=6>>.
44. SLAVÍČEK, A. Karcinom hrtanu. *Postgraduální medicína*. Onkologie v otorinolaryngologii. roč. 4-III, č. 9, 2002, s. 1005-1011.
45. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000, ISBN 80-7254-130-7.
46. SLOVÁČEK, L.; JEBAVÝ, L.; SLOVÁČEK, B. Paliativní léčba bolesti a dušnosti u onkologických nemocných v terminálním stadiu onemocnění. *Vojenské zdravotnické listy*, r. LXXV., č. 1, 2006. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://209.85.135.104/search?q=cache:MGfPQ9VjSjCj:www.pmfhk.cz/VZL/VZL%25201\\_2006/03-Slovacek-T.pdf+onkologick%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De+v+Praxe&hl=cs&ct=clnk&cd=358&gl=cz](http://209.85.135.104/search?q=cache:MGfPQ9VjSjCj:www.pmfhk.cz/VZL/VZL%25201_2006/03-Slovacek-T.pdf+onkologick%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De+v+Praxe&hl=cs&ct=clnk&cd=358&gl=cz)>.
47. Slovníček odborných pojmů. Česká onkologická společnost, 2006. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.linkos.cz/pacienti/slovnicek.php?s=1&text=nežádoucí%20účinky%20radioterapie>>.
48. Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky. Standardy RT - Standardy radiační onkologie/radioterapie, 2007. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.srobf.cz/cz/StandardyRT/>>.
49. SOURNÝ, V.; MECHL, Z.; ČERVENÁ, R. Současná možnosti chemoterapie a radioterapie nádorů v oblasti hlavy a krku. *Praktický lékař*, 82, 2002, číslo 9, s. 541-545.
50. Valtice. 28. dny lékařské biofyziky. Valtice 25.-27.5. 2005. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://209.85.135.104/search?q=cache:U\\_YT1r2o-ecj:www.med.muni.cz/biofyz/DLB2005/Abstrakta\\_2005.pdf+technika+IMRT&hl=cs&ct=clnk&cd=103&gl=cz](http://209.85.135.104/search?q=cache:U_YT1r2o-ecj:www.med.muni.cz/biofyz/DLB2005/Abstrakta_2005.pdf+technika+IMRT&hl=cs&ct=clnk&cd=103&gl=cz)>.
51. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK ON LINE. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls/index.php?action=detail&id=006995&what=dysfágie&ctest=1>>.
52. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1716-6.
53. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kolektiv. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-437-1.
54. VORLÍČEK, J.; KONEČNÝ, M.; VORLÍČKOVÁ, H. *Komplexní ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných*. 1. vyd. Brno, IDV SZP. ISBN 57-891-89.
55. VOŠMIK, M. ; ŠLAMPÁ, P. Pracovní postupy specifické pro jednotlivé nádorové lokalizace. Radioterapie karcinomů hlavy a krku. 2007. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.srobf.cz/dokumenty/standard\\_RT\\_11\\_2007.doc#\\_Toc181360581](http://www.srobf.cz/dokumenty/standard_RT_11_2007.doc#_Toc181360581)>.
56. VYZULA, R.; ŽALOUŠÍK, J.; *Sekundární prevence zhoubných nádorů*, čís. 26, 2003, s. 22, Sanquis. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=292](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=292)>.
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision, vol. 2, 2nd ed. Geneva: WHO, c2004. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10\\_2nd\\_ed\\_volume2.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf)>.
58. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). c2008. [online]. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>.



Tab. č. 1 Obsah informovaných souhlasů a ošetřující tým

<p><b>Před LET:</b></p>	<p>vysvětlena podstata výkonu – odstranění hrtanu, tím i ztráta hlasu, možnosti hlasové rehabilitace. Údaje o rizicích spojených s výkonem, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby: např. krvácení, zánětlivé komplikace, rozpad operační rány, píštěl, hypertrofická jizva, boolest, snížení citlivosti v operované oblasti, porucha hybnosti horní končetiny při radikální blokové disekci, odstátá lopatka. <b>Větší výskyt komplikací je možný po předchozí radioterapeutické léčbě. Ostatní komplikace jsou spojené s celkovým stavem nemocného: např. se srdcem, plícemi, infekcí, hojením rány.</b></p> <p>Upozornění lékaře nemocným, zda nemocný nebere antikoagulantia, alergii na medikaci. Popis průběhu výkonu: celková anestezie, vytvoření tracheostomie k dýchání, zavedení alimentární cévky či gastrostomie, zavedení odsávání krve drény, aby se nevytvořil hematoma, mírnění pooperační bolesti. Komplikace po operaci a změna stavu po operaci: krvácení, ruptura velkých cév krku způsobí vážnou hemoragii, asfyxie (dušení způsobené nedostatkem kyslíku), tvorba hematomů, hojení rány, ztráta hlasu, vynechání dýchání nosem, případné bolesti krku, ramene při poranění nervových ganglií, omezení pohybu paže a možné léčbě kinezioterapií. V některých případech chirurgický výkon následuje chemoterapie či radioterapie.</p> <p>Dále o propuštění z nemocnice – zhruba po 14-20 dnech, kdy nemocný bude znát péči o kanylu, bude schopen sám jíst či pečovat o gastrostomii (či kontaktována home care, jsou to výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění) a potřebě docházet na pravidelné kontroly (8). Doba rekonvalescence po operaci závisí na pokračující léčbě.</p>
<p><b>Před CHT:</b></p>	<p>informace, že se jedná o protinádorovou léčbu, která se projevuje nežádoucími účinky: nevolností, zvracením, průjmem, poruchy až ztráta plodnosti u mužů i žen, alergická reakce (kožní vyrážka, otok sliznic, anafylaktická reakce aj.), vypadávání vlasů a chlupů, změny v krevním obrazu (pokles bílých krvinek – leukocytů, krevních destiček – trombocytů, červených krvinek – erytrocytů) projevující se snížením obranyschopnosti organismu (imunity), únavou, krvácivými projevy, zánětlivá reakce sliznice dutiny ústní, teploty a infekční komplikace, zánět v místě podání léku do žíly, některá cytostatika mohou poškodit činnost ledvin, srdce, jater, plic, nebo nervových zakončení. V dnešní době se používají léky (mohou být popsány v souhlasu) ke zvládnutí většiny popsáných nežádoucích účinků protinádorové léčby (12).</p>
<p><b>Před RT:</b></p>	<p>obsahuje informace o právu žádat údaje o rizicích spojených s tímto výkonem či léčbou, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby. <i>Poučení o možnosti výskytu nežádoucích účinků:</i> (12) Případně obsahuje, jak se těmto účinkům bránit: před radioterapií navštívit zubaře k ošetření zubů a dásní, aplikovat fluor k ochraně zubů, (8) vyhýbat se dráždivým jídlům a nápojům, péče o zvlhčování rtů a ústní sliznice, zvýšená hygiena úst, čištění zubů měkkým kartáčkem či houbičkou, doporučují se další kontroly u zubního lékaře kvůli zvýšenému sklonu ke kazivosti zubů.</p>
<p>Ošetřující tým:</p>	<p>► <b>praktický lékař:</b> hraje velkou roli při zachytu onemocnění, nemocní s hlasivkovou rakovinou přichází spíše v časném rádiu nádoru, nemocní s nádory nad a podhlasivkovými přichází později. Obecně každý s chrapotem trvajícím více než tři (5) (uvádí se i dva) (7) týdny, má podstoupit laryngoskopické vyšetření, doporučuje ke specialistovi ORL, ► <b>otorinolaryngolog:</b> lékař specialista určí diagnózu, od ní odvíjí léčba, s níž a jejími důsledky seznámí nemocného, příbuzné, ► <b>rentgenolog, radiologický asistent:</b> asistuje při vyšetřování a léčbě radioterapií, ► <b>klinický onkolog:</b> informuje nemocného o možnostech onkologické péče, ► <b>někdy nutná i účast čelistního chirurga, plastického chirurga</b> u velkých zásahů do okolních struktur hlavy a krku, ► <b>zdravotní sestra a další zdravotnický personál:</b> ambulance u praktického lékaře a ORL, standardní oddělení, jířpová, sállová, na onkologii, edukační, ošetrovatelé a sanitáři. <b>Edukační sestra (či provádí edukaci každá sestřana ambulanci, oddělení)</b> je člen zdravotnického týmu, jejím úkolem je hlavně informovat nemocného o léčbě, dávat instrukce a učít ho a jeho blízké postupům a úkonům, které mohou či chtějí při péči o nemocného zastat. Využívá psychoedukační přístup: psychologický přístup, jehož cílem není terapie, léčba, ale který se omezuje na výuku, instrukcizaci či nácvik (11). ► <b>rehabilitační pracovníci, fyzioterapeut, ergoterapeut:</b> poskytující lymfatickou drenáž, rehabilitaci ruky při poškození nervu, který umožňuje zvedání paže (n. XI, abducens), ► <b>foniatr:</b> pomáhá při hlasové rehabilitaci nemocného, ► <b>psycholog na onkologickém oddělení (psychoonkolog)</b> věnuje péči nemocným a blízkým (krizová intervence, podpůrná psychoterapie), ale i zdravotnickému personálu (riziko burn-out syndromu, vyhoření, udržet vyrovnanou atmosféru na pracovišti). Životní styl řady lékařů je kvůli velkému nároku na psychiku značně rizikový. Podle psychiatra <i>Radkina Honzáka</i> potřebuje nemocný přijetí odborníka takového, jaký je a dosažení rozhodnutí, zda s daným stavem chce něco dělat či ne. (<i>Honzák, 2001 In 6</i>). ► <b>psychiatr</b> nastupuje u závažného stavu psychiky nemocného či např. objevení se deliria z odnětí alkoholu při hospitalizaci nemocného a potřebu řešit ho farmakologicky, ► <b>sociální pracovníci, sociální sestra:</b> mapuje sociální síť a zázeení nemocného, služby a možnosti pro nemocného z oblasti nabídky státní (důchod, pomoc v nouzi) a nestátní (pomáhající organizace). ► <b>nutriční specialista:</b> posoudí nutriční stav a zvolí vhodnou dietu.</p>

VYSVĚTLIVKY:

<sup>i</sup> Smyslem výchovy a vzdělávání je podpoření učení a ovlivnění rozhodnutí, které člověk preferuje ve zdraví či v nemoci, získat potřebné vědomosti, zručnosti, hlavně změnu jednání a životního stylu. Stále se rozvíjející možnosti léčby a péče o klienty jak po stránce lékařské péče, ošetrovatelské i rehabilitační, vytváří nové postupy pro ošetřující tým, tak nemocného. *Edukačním procesem* míníme činnost, prostřednictvím které nějaký subjekt *instruuje* (vychovává), anebo nějaký subjekt se *učí*, probíhá v interakci mezi edukátorem a edukantem, je systematický s racionálními metodami pro plánování péče, které hodnotí potřeby klienta. Edukačními metodami jsou např. přednáška, diskuze, forma písemných, audiovizuálních materiálů.

<sup>i</sup> (mimika, gesta, tón řeči, zrakový kontakt, vzdálenost mezi komunikujícími atd.)

<sup>i</sup> *Akutně* (během ozařování a krátce po dokončení ozařování) se mohou objevit kožní reakce v místě ozařování – zarudnutí, další barevné změny, mokvání, olupování kůže, pálení kůže, ztráta ochlupení, potíže při polykání, otok sliznic polykacích cest, otok sliznice dutiny ústní, afty na sliznicích, bolesti v krku, zhoršení polykání, bolest při polykání, ztráta chutí ových vjemů, snížení tvorby slin, slzení očí, únava, dále pokles hodnot krevního obrazu, snížení obranyschopnosti aj. *Chronicky* (po ukončení ozařování) se mohou objevit kožní změny – změna barvy, suchost a snížená elasticita kůže, tužší podkoží, podkožní otok, těžší polykání, snížená tvorba slin, horší vnímání chutí, snížení funkce štítné žlázy, zhoršení zraku.

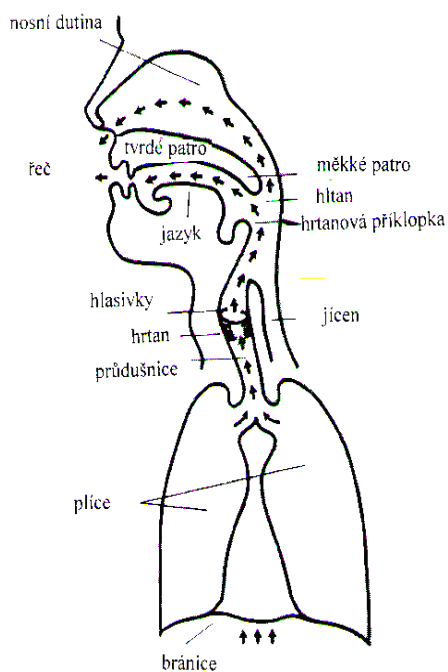
SEZNAM LITERATURY

1. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1 vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-220-5.

- 
2. DONOVAN, F., D.: *Phipp's Medical-surgical nursing : health and illness perspectives*. 8th ed. St. Louis : Mosby, 2007. ISBN 978-0-323-03197-4
  3. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum , Zdravotnické nakladatelství, 1986 ISBN 08-022-86.
  4. DUŠOVÁ, B. *Edukace v ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence. Sborník *Nové trendy v ošetřovatelské péči*, II. Mezinárodní konference ošetřovatelství. Leden, Brno, 2007 ISBN 978-80-7013-451-1.
  5. HAHN, A. a kolektiv. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-0529-3.
  6. HUČÍN, J.: *Hovory o psychoterapii*. Péče o duši současného člověka. 1. vyd. Praha: Portál. 2001, ISBN 80-7178-525-3.
  7. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén 1999, ISBN 80-7262-017-7, Karolinum, ISBN 80-7184-949-9.
  8. Informations medicale avant realisation d'une laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale. **Société Francaise** d' Oto-Rhino-Laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. [online]. [cit. 2007-02-10]. Dostupný z WWW: [http://www.orlfrance.org/download/fiches\\_college/fiche15\\_college\\_2005.pdf](http://www.orlfrance.org/download/fiches_college/fiche15_college_2005.pdf).
  9. KEBZA, VL. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, ISBN 80-200-1307-5.
  10. LLEWELYN, C., D. et al. Development and preliminary validation of a new measure to assess satisfaction with information among head and neck cancer patients: The satisfaction with cancer information profile (SCIP). *Head & Neck*, vol. 28, no. 6, p. 540 – 548.
  11. NEZU, A. M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 1998. ISBN 80-7364-007.
  12. *Poučení a souhlas pacienta s vyšetřovacími a léčebnými výkony*. Krajská nemocnice Pardubice. Oddělení radiační onkologie. 2007
  13. VODVÁŘKA, M. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava Ostravská univerzita, 1997, ISBN 80-7042-314-5.
  14. VYZULA, R.; ŽALOUDEK, J. Sekundární prevence zhoubných nádorů, *Sanquis*, 2003, č.: 26, s. 22
  15. ZACHAROVÁ, E.; HERAMNOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

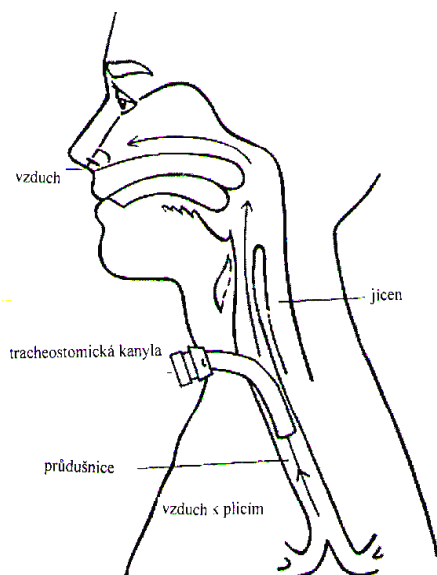
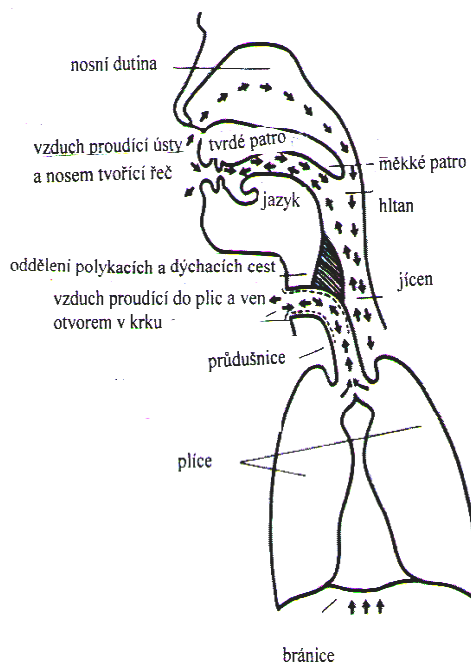
**Obr. č. 1**

**Před tracheostomií a laryngektomií (27)**



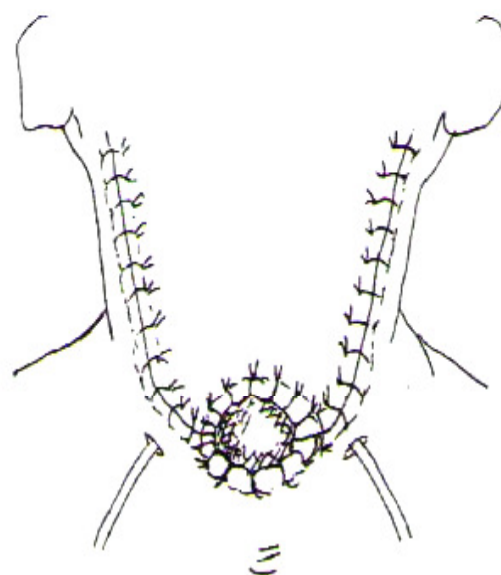
**Obr. č. 2**

**Laryngektomie (27)**



**Obr. č. 3**

**Tracheostomie (2)**



**Obr. č. 4**

**Umístění drenáže po laryngektomii (6)**

**Tab. č. 1 Chirurgické výkony při operacích v oblasti krku (1)**

<b>Chordektomie</b>	odstranění hlasivky v případě malých nádorů, (24) odvozená od ní je <i>horizontální glotektomie: oboustranná chordektomie s přehlou částí štítné chrupavky</i> (7).																														
<b>Krční bloková disekce</b>	<p>odebrání uzlin na krku při jejich postižení (24).</p> <p><b>Léčba krčních (regionálních) uzlinových metastáz</b></p> <p>Máme zde prakticky tři možnosti – chirurgie, radioterapie nebo kombinace obojího, vše závisí na léčbě primárního tumoru, pokud je ozařován, léčba je radioterapie a chirurgie se rezervuje pro případnou perzistenci, když se primární tumor operuje, přejde se k <b>blokované disekci krčních uzlin</b> (<i>první radikální krční disekci popsal Crille v roce 1906, pro nežádoucí radikalitu se vypracovalo spousta modifikací, tzv. funkční, selektivní krční disekce</i>) (6). Někdy je potřeba i konzultace s cévním chirurgem. Dělí se dle rozsahu a vztahu k nelymfatickým krčním strukturám (m. sternocleidomastoideus, v. jugularis interna a nervus accessorius XI., přídatný, inervuje některé svaly krku a šíje) na typy (základní jsou I – 4) (16):</p> <p><b><u>Blokované disekce krčních uzlin (první tři se označují za komplexní, úplné krční disekce):</u></b></p> <p><b>1. radikální blokovaná disekce, RND, radical neck dissection</b> - odstranění lymfatických struktur z oblastí I - V, - k tomu se odstraňuje vena jugularis interna (v. j. i.), musculus sternocleidomastoideus (m. s.c.m, kývač či zdviháč hlavy, otáčí obličej na protilehlou stranu, inervace n. accessorius), a nervus XI (accessorius, přídatný nerv, n. XI – ztráta nervu způsobuje diskomfort: bolest pokles ramene, atrofii trapeziového svalu, m. trapezius je stabilizátor a fixátor lopatky, zdvihá rameno, paži nad horizontálu, vytáčí dolní úhel lopatky zevně a tahne ji dolů, inervován z n. XI) (8), někdy též glandula submandibularis, podčelistní žláza a teoreticky lze odstranit i arteria carotis externa,</p> <p><b>2. radikální modifikovaná blokovaná disekce, modified radical neck dissection, MRND</b> - odstranění lymfatických struktur z oblastí I - V, - když z těch struktur nějakou zachováme (nejčastěji n.XI, ale i všechny tři),</p> <p><b>3. rozšířené blokované disekce, extended, RND</b> - (I-V a další skupina uzlin či nelymfatická struktura, průušní a podčelistní slinné žlázy – glandulae parotis) výkony, kdy byl překročen rámec radikální blokované disekce,</p> <p><b>4. elektivní (užívá i nepřesný termín profylaktická) blokovaná disekce, elective neck dissection, END</b> - disekce, která je indikovaná z preventivních důvodů u N0,</p> <p><b>5. selektivní blokovaná disekce, léčebná, selective neck dissection, SND</b> - jen vybrané části uzlin, když metastázy v uzlinách nejsou pokročilé, probíhají studie o biopsii sentinelové uzliny ohledně zjištění její negativity, (9)</p> <p><b>6. funkční neboli konzervativní disekce (functional, conservative dissection), FND</b> – pokud není žádná či málo postižených lymfatických uzlin, provádí se s ohledem na funkci okolních struktur, odběr vybraných částí uzlin či uzlin, (10) podobná selektivní, tento termín již neuvádí.</p> <p>Při postižení krčních uzlin se většinou indikuje blokovaná disekce II-V radikální či modifikovaná. Léčba elektivních uzlin nebývá indikována u chybění regionálních metastáz malých glotických tumorů, při supraglotických tumorech u N0 je často blokovaná disekce II-IV a současně s peroperačním vyšetřením a s možností širšího odnětí (16).</p>																														
<p><b>Tab. č. 2 Pravděpodobná lokalizace primárního tumoru u metastáz na krku (16)</b> Vysvětlivky: n.l. - nodi lymphatici</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hlavní skupiny mízních uzlin v oblasti hlavy a krku</th> <th>Lokalizace metastáz</th> <th>Pravděpodobná lokalizace primárního tumoru</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n. l. submentales</td> <td>Oblast I</td> <td>ústní dutina, ret, nosní vestibulum, primární tumor submandibulární žlázy</td> </tr> <tr> <td>n. l. mastodei, submandibulares</td> <td>Oblast II</td> <td>nosohltan, zadní část ústní dutiny, orofarynx, supraglotis, hypofarynx</td> </tr> <tr> <td>n. l. cervicales profundi</td> <td>Oblast III</td> <td>hypofarynx, hrtan, štítná žláza</td> </tr> <tr> <td>n. l. cervicales profundi</td> <td>Oblast IV</td> <td>štítná žláza, subglotis, krční jícen, vzdálený tumor</td> </tr> <tr> <td>n. l. cervicales profundi</td> <td>Oblast V - podél n. accessorius (XI.) (1, 12)<sup>1</sup></td> <td>nosohltan</td> </tr> <tr> <td>n. l. occipitales, supraclaviculares</td> <td>Oblast V - supraclaviculární trojúhelník</td> <td>vzdálený tumor (plíce 40 %, GIT 12 %, štítná žláza 20%)</td> </tr> <tr> <td>n. l. praearyngeales</td> <td>Oblast VI</td> <td>štítná žláza, hrtan - přední komisura, subglotis</td> </tr> <tr> <td>n. l. parotidei</td> <td>Preaurikulární oblast</td> <td>kůže, ústní dutina, primární tumor parotis</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Okcipitální uzliny</td> <td>kůže kštiny a boltce</td> </tr> </tbody> </table>		Hlavní skupiny mízních uzlin v oblasti hlavy a krku	Lokalizace metastáz	Pravděpodobná lokalizace primárního tumoru	n. l. submentales	Oblast I	ústní dutina, ret, nosní vestibulum, primární tumor submandibulární žlázy	n. l. mastodei, submandibulares	Oblast II	nosohltan, zadní část ústní dutiny, orofarynx, supraglotis, hypofarynx	n. l. cervicales profundi	Oblast III	hypofarynx, hrtan, štítná žláza	n. l. cervicales profundi	Oblast IV	štítná žláza, subglotis, krční jícen, vzdálený tumor	n. l. cervicales profundi	Oblast V - podél n. accessorius (XI.) (1, 12) <sup>1</sup>	nosohltan	n. l. occipitales, supraclaviculares	Oblast V - supraclaviculární trojúhelník	vzdálený tumor (plíce 40 %, GIT 12 %, štítná žláza 20%)	n. l. praearyngeales	Oblast VI	štítná žláza, hrtan - přední komisura, subglotis	n. l. parotidei	Preaurikulární oblast	kůže, ústní dutina, primární tumor parotis		Okcipitální uzliny	kůže kštiny a boltce
Hlavní skupiny mízních uzlin v oblasti hlavy a krku	Lokalizace metastáz	Pravděpodobná lokalizace primárního tumoru																													
n. l. submentales	Oblast I	ústní dutina, ret, nosní vestibulum, primární tumor submandibulární žlázy																													
n. l. mastodei, submandibulares	Oblast II	nosohltan, zadní část ústní dutiny, orofarynx, supraglotis, hypofarynx																													
n. l. cervicales profundi	Oblast III	hypofarynx, hrtan, štítná žláza																													
n. l. cervicales profundi	Oblast IV	štítná žláza, subglotis, krční jícen, vzdálený tumor																													
n. l. cervicales profundi	Oblast V - podél n. accessorius (XI.) (1, 12) <sup>1</sup>	nosohltan																													
n. l. occipitales, supraclaviculares	Oblast V - supraclaviculární trojúhelník	vzdálený tumor (plíce 40 %, GIT 12 %, štítná žláza 20%)																													
n. l. praearyngeales	Oblast VI	štítná žláza, hrtan - přední komisura, subglotis																													
n. l. parotidei	Preaurikulární oblast	kůže, ústní dutina, primární tumor parotis																													
	Okcipitální uzliny	kůže kštiny a boltce																													
<b>Koniopunkce, krikotyreopunkce, laryngopunkce</b>	punkcí se vytvoří otvor do hrtanu přes ligamentum conicum, mezi chrupavkou štítnou a prstencovou (28).																														
<b>Koniotomie, krikotyreotomie, laryngotomie</b>	incizí (řezem), kdy se protíná ligamentum conicum, je vytvořen umělý otvor do hrtanu (14).																														

**Laryngektomie (z řečtiny: larynx, laryngos: hrtan, ectos, ectomia: odstranění, vytěťí)(26) tvoří 20% z celkových indikací pro tracheostomii viz obr. 8, 9, 11, 12 a 13, ostatní tvoří ulehčení dýchání, požadavek snížení dechové práce, zmenšení mrtvého prostoru, usnadnění toalety dýchacích cest u spontánně dýchajících, dlouhodobá ventilační podpora, ORL indikace: obstrukce, vrozené vady u dětí, zánětlivé obstrukce atd. (19).**

**- částečná, parciální či téměř totální (near-total laryngectomy, NTL):** první vertikální parciální laryngektomii lépe resekci hrtanu, provedl Theodor Billroth v roce 1878, (6) či se uvádí Bowes v roce 1833 (29). Provádí se i endoskopicky - parciální výkony jsou méně mutilující vzhledem k totální laryngektomii, možnosti jsou u části nemocných s ohledem na rozsah tumoru, celkový stav (hlavně dýchacích cest) ne všechny mají dobré funkční výsledky - s větším výkonem stoupá obtížnost rehabilitace polykání a dýchání hrtanem, část nemocných nosí stále kanylu, někdy pro opakovanou aspirační pneumonii se přistoupí k totální laryngektomii: více se používá pod vlivem rozvoje laserové chirurgie, je to konzervativní přístup, kdy se odstraní část postižená nádorem při zachování funkce hlasové, polykání, průchodnosti hrtanu. Provádí se ze zevního přístupu a jsou dva typy: 1. vertikální (frontální a anterolaterální laryngektomie, hemilaryngektomie)<sup>1</sup> - mezi ně se řadí i chordektomie<sup>1</sup> a 2. horizontální - (horizontální supraglottická laryngektomie<sup>1</sup>, krikohyoidopexie<sup>1</sup>). Téměř totální laryngektomie se používá místo totální laryngektomie při resekcích nádorů kořene jazyka a faryngu (17).

**- totální laryngektomie, laryngectomia totalis, TLE, LET:**

První úplnou extirpaci hrtanu (laryngectomii) provedl Watson v r. 1866, ale s exitem nemocného a Billrothův nemocný již přežil v roce 1873 (25, 13). Zakladatelé soudobé techniky laryngektomie jsou Gluck a Soerensen, dále zlepšení provedl Tapia (6). První rekonstrukční laryngectomii realizovali Hoffmann a Saguez v roce 1954 (29). k zabránění vniknutí potravy do dýchacích cest po odstranění hrtanu, se při laryngoskopii oddělí dýchací cesty od jícnu, pak se udělá otvor, který je samostatný, vytvořený na průdušnici (tracheostoma), tím nemocní dýchají (23) Při rozsáhlých nádorech se odstraňuje hrtan i hltan. Co se týče technik rekonstrukce polykacích cest nebo hlasové rehabilitace: od roku 1907 Beck nabídl obnovit kontinuitu faryngozofageální části tubulizovaného žaludku, v roce 1935 Guttman představil hlasovou protězu vytvořením komunikace mezi tracheou a jícnem, v roce 1953 Seidenberg zlepšuje proces rekonstrukce částí trávicího ústrojí díky přenosu jejunu, lačňku (střední úsek tenkého střeva). Bakamjian přinesl další řešení: posun náhrady kožně svalového laloku z deltopektorálního svalu z hrudníku (29), či z předloktí (24) Tak operace vypadá např. takto: LET záchranná, úplná faryngotomie, PHE totalis s náhradou hypofaryngu jejunální kličkou free flap, krční disekce oboustranné, dissectio lnn colli en bloc bilat. ; zároveň druhá operace: odběr segmentu jejunu (kličky) k autotransplantaci na krk (rekonstrukce po resekcii faryngu pro karcinom - ETE, jejunální anastomosa, dále třetí operace: plastika pharyngis per lobum jejunum (volný lalok, free flap).<sup>1</sup>

Totální laryngektomie se může provést z tzv. úzkého pole, odstraní se hrtan bez prelaryngeálních tkání či ze širokého pole s resekcí prelaryngeální svaloviny (7).

Při postižení dalších oblastí kromě hrtanu, se provádí **rozšířená laryngektomie**, extenta, wide field, kdy se odstraňuje i část (parciální faryngectomie s totální laryngectomií) nebo část či celý hltan (LET a parciální faryngectomie např. s rekonstrukcí myokutánním lalokem, LET a totální hypofaryngectomie: odstranění hrtanu a spodní části hltanu, totální faryngolaryngectomie (odstranění hrtanu a hltanu s rekonstrukcí jejunální kličkou), či s částečným odstraněním jazyka (parciální glosektomie) nebo odstranění jícnu a hltanu a hrtanu: faryngolaryngozofagektomie s náhradou přeneseného žaludku, krční uzliny (blokové krční disekce), laryngektomie s tyroidektomií (odstraněním štítné žlázy) (21).

Totální laryngektomie je mnohdy jediným možným radikálním terapeutickým postupem v léčení pacientů s nádory hrtanu, hypofaryngu a faryngolaryngeální rakoviny. Indikace: když tumor zasahuje vnitřek hrtanu (pokročilé stadium T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, (13), či další oblasti a není dostatečná parciální laryngectomie, selhalo ozařování, znovu se vznikl tumor po dřívější chirurgické léčbě či objevil duplicitní tumor v hrtanu či hltanu, jako léčba chronické perichondritis, zřídka u vážných traumat hrtanu, chronických zánětech nebo u život ohrožující chronické aspirace a jako záchranná operace po neúspěšné léčbě zachováním protokolem s chemoradioterapií. Jsou různé metody provedení laryngectomie. Kompletně se odstraní hrtan a dýchací cesty končí definitivní tracheostomií, operace se provádí pod celkovou endotracheální anestézií, od vytvoření tracheostomie se použije do kůže infiltrativního anestetika(21). Používají se nástroje obsažené v tzv. kontejneru pro laryngectomie (22).<sup>1</sup> Polykací cesty jsou bez zásahu. Během operace se zavádí alimentární cévka, pokud trvá prosakování krve např. u blokové disekce, užije se Redonův drén (zavádí se drobnou incizí kaudálně od operační rány, má trvalý podtlak, který odsává krev a výpotek z rány), většinou stačí způsob mulové drenáže (13). Hypofarynx má tvar nálevky bez křížovatky s polykacími cestami a jeho sliznice je sešita do tvaru písmene T, jednotlivými stehy uzlenými dovnitř. Sešije se adventicie a okolní páskové svaly, provede se sešití kožněsvalového laloku s drenáží na 5-7 dní, provede se tracheostomie. Pro dolní cesty dýchání tracheostomatem není kvalitní pro nefiltrování, neohřátý a nezvlhčený vzduch. Většinou se sliznice adaptuje. Trvalá tracheostomie omezuje při činnostech (koupání) i společensky - nejvíce ztrátou hlasu (25). Po odstranění hrtanu se revidují okraje řezu, hlavně oblast kořene jazyka a stěny hltanu, zda se dodržely onkologické zásady (6).

Jedná se vždy o velice závažný zásah do života, ve svém důsledku často způsobující trvalou invaliditu. Ztráta hlasu a s tím spojená ztráta možnosti komunikace ve společnosti bývá pacientem snášena velmi špatně. Prakticky vždy dochází k přerušování sociálních vazeb a k vyřazení pacienta z běžného denního života (6). Otakar Bořík píše, že máme-li zachránit postižený organismus, musí se nádor vyříznout nejméně 2 cm do zdravé tkáně, za předpokladu, že v těle nejsou ještě přítomny dceřinné nádory - metastázy. Radikální zákrok směřuje k plnému zničení nemoci za největší bezpečnosti nemocného. Laryngektomie je jedním z nejrozsáhlejších operačních výkonů v otorinolaryngologii, kdy se pátrá po dceřinných nádorech a prohlíží nervově cévní svazek. Pro bezpečnost vzniku recidivy se často odstraní i jazyk (důležité o tom informovat foniatra, má to vliv na hlasovou rehabilitaci). Pokud je nádor velký, že by intubace byla riskantní, udělá se nejdříve tracheostomie a intubace v celkové narkóze se zahajuje tracheostomatem. V závěru operace se trvalé tracheostoma vytváří z prstenčité chrupavky, když to umožní rozsah nádoru (5).

**Po operaci:** operace se kryje antibiotickou clonou (bolusem) a dále jsou podávána antibiotika 10-14 dní. Antitusika se dávají 1-2 týdny, mukolytika se dávají jako prevence tvorby krust, první výměna obvazu se provádí od 2. až 4. pooperačního dne, tracheální stehy se odstraňují 10. den, tracheostomická kanyla se nosí několik týdnů až měsíců. Po zhojení a stabilním stomatu se nenosí. Alimentární cévka se odstraní 10. až 14. den po polykacím aktu bez zjištění fistuly (jinak je ponechána do vyhojení fistuly): ezofagogram, rentgenový záznam, snímek jícnu s užitím kontrastní láhve, (26) ranná fistula se rozvine od 5 do 12. dne po operaci, některá se sama uzavře za týden či dva spontánně, ale větší fistula či fistuly umístěné na nepříznivých místech nepdléhají měsíce spontánnímu uzavření. Pozdní fistula, často po přechodu radiací musí být uzavřena plastickým chirurgickým výkonem. Někdy se otevře fistula přímo nad otevřením trachey a může způsobit vdechnutí slin, preventivně se zape mulem s dezinfekcí a tlakovým obvazem. Hojení je podpořeno odstraněním nekrotické tkáně, vhodným obvazem a drenáží (Redonův drén, většinou 3) s potřebným kompresivním tlakem (ne více než 25 mmHg), který se postupně uvolňuje: vyvarovat se i kompartmentovému syndromu po rozsáhlých výkonech v oblasti krční krajiny, to je stav, při němž zvýšený tlakový tlak uvnitř uzavřeného prostoru poškozují cirkulaci a neuromuskulární funkci tkáně, jež vyplňuje kompartment. Trénování ezofageální řeči začíná zhruba dva týdny po zhojení rány. U nemocných s kooperativní radiační léčbou je lepší začít trénovat řeč po jejím proběhnutí, kdy ustoupí i reakce na této léčbě. Nemocný může přistoupit i k vytvoření



<b>Laryngostomie</b>	výsledný stav po laryngotomii či laryngopunkci. Hrtan spojuje uměle vytvořený otvor s povrchem těla (14).
<b>Minitracheostomie</b>	vytvoření stomatu těsně pod hlasivkami a zavedení kanyly s úzkým průměrem k udržení vstupu pro potřeby odsávání v intenzivní péči. Terminologicky není správné, jde o úkon na úrovni hrtanu (koniotomie, laryngotomie) (14).
<b>Tracheostomie, lidově „slavík“</b>	jeden z nejstarších chirurgických výkonů, který většinou končil letálně, nejstarší dochovaná písemnost je od Pavla z Aeginy, 2. st. Př.n.l., z Talmudu, atd. První zdokumentoval tracheostomii italský lékař <i>Antnio Musa Brasavola</i> 1546, <i>Chevalier Jackson</i> , 1909 popsal nebezpečné a bezpečné zóny na krku a popsal techniku klasické konvenční tracheostomie prováděné dodnes (19). je chirurgický výkon či stav po něm, při kterém se našívají okénka průdušnice ke kůži (umělé vyústění průdušnice na povrch těla), používá se spíše u dlouhodobých nosičů tracheostomické kanyly. Vytvoří se otvor (stoma). Cíl je zajistit průchodnost dýchacích cest s umožněním ventilace spontánní či umělé (s přístrojem) - u mechanické obstrukce dýchacích cest, retence sekrece v dýchacích cestách, respirační insuficience, u intubace trvajících déle než 7-10 dní, kde se musí zajistit umělá plicní ventilace. Otevření průdušnice probíhá různými technikami: např. <i>Björkovým</i> stopkatým lalokem, okénkovoou technikou, či <i>punkčními dilatačními technikami, PDT, perkutánní dilatační tracheostomie používá se na ARU<sup>†</sup>, vytvořil Ch. Sheldon, 1955 (19) atd. (3). Rozlišuje se tracheostomie trvalá, permanentní (např. po totální laryngotomii) či dočasná nebo akutní, urgentní (11). Výhody provedení tracheostomie je zmenšení mrtvého prostoru, u nemocných na UPV<sup>i</sup> zmenšení rizika poškození dýchacích cest, umožní řeč a odpojení od ventilátoru, snižuje spotřebu farmak a ulehčí enterální výživu, nevýhodou je ztráta funkcí nosní dutiny: filtrace, ohřívání, zvlhčení, při rýmě je znemožněno smrknání, ztráta čichu a ztráta či omezení fonace (19). Tracheostomická kanyla je většinou obloukovitě zahnutá trubice z různého materiálu (plast, kov), která se umísťuje v tracheostomickém otvoru a v části průdušnice (14). Po dlouhodobé tracheotomii či tracheostomii je nutné stoma okrvavit a sešít po vrstvách (11). <i>Komplikace u tracheostomie</i> jsou časně a pozdní. <i>Časně:</i> mortalita, krvácení, apnoe (zástava dechu), vzduchová embolie, emfyzém (podkožní či mediastinální: vzduch se dostane do podkoží), pneumotorax, paréza zvrtných nervů, poranění zadní stěny průdušnice, zánětlivá intubační rourky. <i>Pozdní:</i> stenóza průdušnice (subglotická stenóza, infekce, tracheomalácie, zánět, komplikované výměny kanyly, dekanylační panika (dušnost, psychická alterace, prevencí je nácvik dýchání, anxiolytika) (3).</i>
<b>Tracheotomie</b>	jedním z prvních byla popsána <i>Asklepiadem</i> v prvním století našeho letopočtu, (29) tento výkon, chirurgické otevření dolních dýchacích cest vyžaduje asistenci, nástrojové vybavení a anestézii, většinou nejde o první neodkladnou pomoc, operace trvá zhruba 20 minut, pokud je bez komplikací (19). Řez se zpravidla provádí ve druhém a třetím tracheálním prstenci (střední tracheotomie) s resekci istmu štítné žlázy, protože má nejméně komplikací (při případném nošení kanyly ušetřeny okolní struktury), další jsou horní a dolní tracheotomie (nad a pod isthmem štítné žlázy). <i>Komplikace výkonu jsou časně a pozdní:</i> např. krvácení, podkožní emfyzém, z poranění kupul pohrudnice vznikne i pneumotorax, dále vysunutí kanyly před tracheostomický otvor, infekce v ráně a dolních cestách dýchacích (11). Při odstranění kanyly (dekanylaci) stahujeme otvor náplastí a obvazem, zhojí se do týdne (11).
<b>Transplantace hrtanu</b>	je obtížná díky složité nervové inervaci, je znám i případ úspěšné u člověka, u onkologicky nemocných nelze z důvodu porušené imunity (24).

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>i</sup> (accessorius) přídavný nerv - pouze motorický, má 2 větve: vnitřní a vnější. Vnitřní se podílí s bloudivým nervem (vagus, n. X.) na inervaci měkkého patra, hltanu (farynx) a hrtanu (larynx). Vnější inervuje m. sternocleidomastoideus (u jednostranného postižení vážně otočení hlavy na nepostíženou stranu), střední a dolní část m. trapezius. *Vlákna nervu vedou ke svalům pletence pažního, když je porušena jeho funkce - častěji poranění až pod odstupem větve pro kývač, dojde jen k postižení trapezu - zde běží nerv povrchně, pak může dojít k iatrogennímu poškození při excizi lymfatických uzlin na krku, nemocný na poškozené straně má pokleslé rameno, neupaží (oslabené zvedání) a je porušena linie šíje, dále se projeví torticollis, porucha vagové části, i otevřená rinofonie*

<sup>i</sup> svisle se vytné segment štítné chrupavky spolu s částí glotis zasaženou tumorem. Patří sem frontální a anterolaterální laryngotomie - kdy je vyřezáno symetricky či asymetricky dle lokalizace tumoru přední segment štítné chrupavky, vzniklý defekt se rekonstruuje stažením epiglottis dle Sedláčka. Rozsáhlejší je hemilaryngotomie, u níž se vytné křídlo štítné chrupavky a měkké tkáně. (24)

<sup>i</sup> vede se vertikální sagitální řez štítnou chrupavkou, která se rozevře a po vytěžení hlasivky je sešita

<sup>i</sup> u tumorů supraglotis nedosahujících tunoruhlasivek, odstraní se horní polovina štítné chrupavky ventrikulárními řasami, epiglottis a aryepiglotickými řasami, možno ji rozšířit na kořen jazyka. Zbývající část chrupavky je přišita k jazylce či kořeni jazyka.

<sup>i</sup> je rozsáhlejší než předešlá, indikací u supraaglotických tumorů zasahujících do glotické úrovně, resekuje se štítná chrupavka a hlasivky. Prstencová chrupavka se zavěsí na jazylku a uzávěr hrtanu zabezpečují arytenoidní hrboly.

<sup>i</sup> operace v největší české nemocnici České republiky

#### **INSTRUMENTARIUM a STERILNÍ MATERIÁL:**

kontejner laryngotomie – základní chirurgické nástroje

cévní pinzety, cévní svorky, brunings, liston, světelný kabel + tyčka, bipolární koagulace – kabel + pinzeta, stimulační nervů, nástavec k laseru, kilián + sada ETR kanyl + minitrach, sada žaludečních a duodenálních sond, sada s cévkováním, sada frézy, čepelky č. 20, 11, 10m, stříkačky 1 x 20ml, 2 x 5ml, 1 x 2ml, fix

šití – silon, catgut, chromovaný catgut, Vicryl

materiál – velké a malé tampony, longety na sušení, břišní roušky, vatové čtverce, čtverce pod kanylu, dřevěná lopatka, šetličky, nosní suchá longeta. **PŘÍSLUŠENSTVÍ:** kauter, odsávačka, laser + ochranné pomůcky, zdroj světla, lupové brýle, mikroskop, čelní lampa, náplast

<sup>i</sup> anesteziologicko-resuscitační oddělení

<sup>i</sup> umělá plicní ventilace

#### LITERATURA:

1. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.

2. AMERICAN HEAD & NECK SOCIETY. Tracheostomy care. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:

<http://www.headandneckcancer.org/patienteducation/docs/tracheostomy.php>.

3. ASTL, J. a kol. Tracheotomie. Historický přehled a literární souhrn. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2004, roč. 53, 2004, č. 4, s. 177-183.

4. BETKA, J.; ČERNÝ, E. *Atlas chirurgie hlavy a krku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-557-4.

5. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1. vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-220-5.

6. ČERNÝ, J. a kolektiv. *Speciální chirurgie. Chirurgie krku a hlavy. Déřerova zbirerka*. 4. svazek 129, Žilina: Osveta. ISBN 80-217-0471-3.

7. ČOČEK, A. Chirurgická léčba karcinomu hrtanu. *Praktický lékař*, 2005, roč. 85, č. 10, s. 577-580.

8. FLUSSEROVÁ, Š. Svaly zádové. Internetový magazín Ronnie. cz. 2004. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:

<http://www.ronnie.cz/cz-540-svaly-zadove.html>.



- 
9. HARISH, K. Neck dissections: radical to conservative. *World Journal of Surgical Oncology*, 2005, vol. 3, [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
< <http://bmc.ub.uni-potsdam.de/1477-7819-3-21/>>.
10. Head and Neck Imaging. Neck Dissection. *Medcyclopaedia. Com. Medical Diagnostics. GE Healthcare. General Electric.* 1997-2008. [online]. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.medcyclopaedia.com/library/topics/volume\\_vi\\_2/n/neck\\_dissection.aspx](http://www.medcyclopaedia.com/library/topics/volume_vi_2/n/neck_dissection.aspx)>.
11. HYBÁŠEK, I.; VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-10019.
12. HYBÁŠEK, I. Ušní, nosní a krční lékařský, 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum. *ISBN 80-7262-017-7 (Galén), ISBN 80-7184-949-9 (Karolinum)*.
13. CHLÁDEK, VL. Rakovina horních dýchacích cest a hrtanu. 1 vyd. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-026-85.
14. CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. *Tracheostomie a koniotomie : techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha : Maxdorf , 2004. ISBN 80-7345-031-3.
15. Chu du Rouen. Trachéostomie.CISMeF. Catalogue et Index des Sites Medicaux Francophones [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.chu-rouen.fr/ssf/chir/tracheostomie.html>>.
16. KLOZAR, J. et al, *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, ISBN 80-7262-346-X (Galén), ISBN 80-246-1125-2 (Karolinum).
17. JEŘÁBEK, L.; HYBÁŠEK, I. Parciální resekce v léčbě karcinomu hrtanu. *Otorinolaryngologie a Foniatrie /Prague/*, roč. 53, č. 4, s. 210-214.
18. LUKÁŠ, J. a kol. Tracheostomie v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0673-3.
19. MARKOVÁ, M. Komplexní ošetrovatelská péče o tracheostomované pacienty. Seminář Hartmann akademie, 4. 12. 2007.
20. MELICHAR, J. Kompartement syndrom, Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, 2000. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Chirurgie\\_B/ch2/Syndrom.htm](http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Chirurgie_B/ch2/Syndrom.htm)>.
21. PANJE, W., R.; HEBERHOLD, C. *Head and Neck surgery. Volume 3. Neck.*, 2nd edition. New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 1998, ISBN 0-86577-624-5.
22. PRCHALOVÁ, A. Standard Vojenské nemocnice ve Střešovicích v Praze. Standardní ošetrovatelský postup č. 15, Ošetrovatelská péče u pacienta s dg. totální laryngektomie. Ústřední Vojenská nemocnice, Praha, 2001.
23. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. Česká Lípa: Arcus , 1997. č. 15.
24. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-130-7.
25. SLAVÍČEK, A. Rehabilitace po totální laryngektomii, 2004, č. 32, . [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=423](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=423)>.
26. Slovník cizích slov. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.slovník-cizich-slov.cz/pismeno/o/24>>.
27. SMELTZER, S., C., BARE, B., G. *Medical Surgical Nursing*. 7th ed. Philadelphia. J. B. Lippincott Company, 1992. ISBN 0-397-54797-8.
28. ŠKEŘÍK, P.; HYBÁŠEK, I. REMS, J. *Náhlé a neodkladné stavy v otorinolaryngologii*. Praha. Avicenum, 1985.
29. Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix. *La vie après la laryngectomie*. c2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.infotronique.fr/UFMV/biblio/htm/1-5-02.htm>>.

---

## Příloha č. 7 Edukace tracheostomovaného

1. **Téma: Edukace tracheostomovaného o péči o tracheostoma a kanylu, (pokud aktuální: informace o změně životního stylu ohledně alkoholu, kouření)**
2. **Vyučující: zdravotní sestra, edukovaný tracheostomovaný či edukovaný příbuzný**
3. **Pro koho je určen, cílová skupina: tracheostomovaní, příbuzní**
4. **Výuka:** individuální: dle požadavku zájemce a možnosti oddělení nemocnice, případně skupinová
5. **Cíle:** a) obecný: zvládnání výměny, čištění kanyly, péče o tracheostoma, b) kognitivní: znalost způsobů změny životního stylu: nekouřit, odstranit či omezit alkohol, znalost základní anatomie v souvislosti s tracheostomií, výměna a zavedení tracheostomické kanyly, její čištění, péče o tracheostoma, znalost komplikací. c) psychomotorické: naučení se manipulace s kanylou a pomůckami ke kanyle, d) afektivní: motivace k péči o tracheostoma, změně životního stylu: nekouřit, omezit alkohol
6. **Materiálně – technické vybavení lekce:** pokoj, kde je nyní nemocný, vyčleněné místo např. v koupelně, převazový vozík s pomůckami: čistící kartáček, dezinfekční prostředek, nastříhané mulové čtverce, (případně igelitové čtverce), kanyla (plastová či kovová), případně psací potřeby ke komunikaci s nemocným (tužka a papír či magnetická tabule, fix, mazací houba).
7. **Organizační podmínky:** pokoj, kde nyní setrvává nemocný, vyčleněné místo např. v koupelně, respektování soukromí, rozvržení lekcí – lekce dle pokroku nemocného, standardně 5 lekcí (15 – 20 minut)
8. **Metody: slovní, písmo:** - ústní: přednáška, praktické provedení, diskuse, - písmo (letáky, brožury, knihy...), **demonstrační:** ukázky pomůček, praktická demonstrace, **praktické:** nácvik dovedností s pomůckami, **metody rozvíjející kritické myšlení** – na papír napíše klient, co ví o tématu a co chce vědět, **počítač** – e-learning (dle možností klienta)
9. **Vstup:** - seznámení se, očekávání edukantů, motivace, ochota učit se, posouzení edukantů z hlediska edukace edukátorem (vědomosti, dovednosti, schopnosti, postoje, návyky, styl učení, emoční stav, vůle, celkový tělesný a zdravotní stav, minulé zkušenosti, další vlastnosti osobnosti ... , zvláštnosti domácího prostředí) – edukační anamnéza, edukační diagnostika., - posouzení schopností provádět samostatně výměnu kanyly a motivace ke změně životního stylu, - možnost doporučit na poradny k odvykání kouření či závislosti na alkoholu
10. **Fáze:** motivační, expoziční, fixační, ověřovací
11. **Obsah.:**
  1. aplikace (5A=5P) každou lekci vůči klientovi: **Ask - Ptát se, Advise – Poradit, Assess – Posoudit, Assist – Pomoci, Arrange follow up – Plánovat**
  2. postupně seznamovat během lekcí: ústní a následně písemné informace co je tracheostomie, tracheostomické kanyly, pomůcky, péče o stoma, výměna kanyly, změna životního stylu + informační letáky
  3. provedení výměny kanyly sestrou, pak klientem slovním vedením sestry, pak samostatná výměna
  4. informace o poradnách pro odvykání kouření, Centru léčby závislosti na tabáku, telefonní lince pro odvykání kouření + kontakty
  5. zodpovězení dotazů, případně zopakování nejasností
  6. kontrolní otázky:
  7. Víte, co je tracheostomie? Jaké komplikace mohou nastat?  
Jaké jsou druhy kanyl a péče o ně?  
Jak se starat o tracheostoma a kanylu?  
Jak změnit svůj životní styl?

lekce 1. pojem tracheostomie a informace péče o tracheostoma

lekce 2. rizikové faktory, popis pomůček (nastříhané sací čtverce, čistící kartáček, fixační límec, filtry na stoma, pomůcky k čištění kanyly a k ošetřování stomatu) a výměna kanyly zdravotní sestrou s informacemi ke každému úkonu, poučení o nekouření a alkoholu (doporučení odpovídajících poraden)

lekce 3. opakování lekce 1.-2., výměna kanyly nemocným a ošetření tracheostomatu s pokyny zdravotní sestry

lekce 4. samostatná výměna kanyly, diskuse, péče o kanylu a tracheostoma

lekce 5. opakování lekcí: ověření znalostí, diskuse k nejasnostem

výukový text k lekcím viz výše – výběr dle tématu lekce

### 12. Výstup:

hodnocení edukačního programu, diskuse, kdy klient byl seznámen s daným tématem, má odpovědi na své otázky, zná teoreticky a prakticky péči o tracheostoma, tracheostomickou kanylu, má snahu změnit svůj životní styl (přestat kouřit, snížit množství alkoholu či zcela přestat)



---

**Absolvované lekce:**

**Datum návštěv:** **Forma edukace:** **Podpis edukujícího:** **Podpis edukovaného:**

(čas, den, rok: např. 10.00-10.15, 7.1.08)

**1. Pojem tracheostomie a informace péče o tracheostoma**

-----

**2. Rizikové faktory, popis pomůcek a výměna kanyly sestrou s informacemi ke každému úkonu, poučení o nekouření a alkoholu (doporučení případně odpovídajících poraden)**

-----

**3. Opakování lekce 1. – 2., výměna kanyly nemocným s pokyny sestry**

-----

**4. Samostatná výměna kanyly, diskuse, péče o kanylu a tracheostoma**

-----

**5. Opakování lekcí: ověření znalostí, diskuse k nejasnostem**

-----

**Celkové hodnocení, co klient zná a zvládá: (zaškrtně křížkem edukující)**

**1. Klient zná obsah pojmu tracheostomie, tracheostomická kanyla**

ano    ne    částečně    Poznámky:

-----    -----    -----    .....

**2. Zná opatření pro nosiče kanyly (životní styl, rizikové faktory)**

-----    -----    -----    .....

**3. Dokáže si samostatně vyměnit kanylu**

-----    -----    -----    .....

**4. Zná pokyny k péči o tracheostoma a kanylu**

-----    -----    -----    .....

**5. Zvládá péči o tracheostoma a kanylu**

-----    -----    -----    .....

**6. Jiné:**

-----    -----    -----    .....

**Reedukace. Klient si chce zopakovat témata (vypíše edukující):**

## Příloha č. 8 Pomůcky pro laryngektomovaného a výživa

### \* 1. Pomůcky pro laryngektomovaného

Laryngektomovaní patří mezi jedince s trvalou tracheostomií, tedy stomiky (mají být v péči stoma sestry podobně jako ostatní stomici). Nejvyšší úroveň pomůcek mají stomiční nemocní v oblasti gastrointestinálního ústrojí, tracheostomovaní v prezentaci pomůcek (nabídka a vyzkoušení si pomůcek atd.) jsou v pozadí (zájem firem vyrábějící a dovážející pomůcky na českém trhu). Pomůcky pro laryngektomované můžeme rozdělit podle podílu hrazení nemocným za hrazené úplně, částečně a nehrazené pojišťovnou. Dále nemocní potřebují pomůcky jako lidé s trvalou tracheostomií: základní a speciální, navíc i pomůcky pro hlasovou rehabilitaci (hlasová protéza). Problémem je, že pomůcky jsou většinou hrazené přes pojišťovnu, která je většinou neschválí (revizní lékař) či neznají, jaké pomůcky existují a na jaké mají nárok, nemocní si pomůcky nemohou pomůcky koupit, protože je možné je získat přes pojišťovnu, měla by tu být možnost, aby si je nemocný koupil sám a zároveň hrazení přes pojišťovnu pro sociálně potřebné občany. Pomůcku předepisuje příslušný lékař (otorinolaryngolog, ORL, foniatr, FON, praktický lékař, PL) na „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ Pro pojišťovnu to znamená zvlášť účtovaný materiál, ZUM, který má svůj kód pro pojišťovnu (3). V případě potřeby souhlasu revizního lékaře, RL je nutné vyplnit navíc „Žádanku o zvýšení úhrady“. Lze i pomůcku zapůjčit na základě smlouvy o výpůjčce (např. u home care). V případě, že pomůcka **není hrazena** zdravotními pojišťovnami, nebo je-li **vysoký doplatek**, lze požádat o **jednorázový příspěvek** na pořízení pomůcky, nebo úhrady doplatku, podle vyhlášky č. 182/1991 Sb.(8) na sociálním odboru městského úřadu obce s rozšířenou působností v místě trvalého bydliště (8), důležitý je výběr pomůcky a v praxi záleží i na přístupu sociální pracovnice nebo prostřednictvím nadace. (3). Při neúspěchu lze zkusit najít **sponzora (8)**, který si může dar odečíst z daní (3).

Ž **1. základní (standardní):** uvedeny v Seznamu prostředků zdravotnické techniky v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění Příloha č. 3, oddíl A a podrobnější výčet v Seznamu prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče (15). Seznam v oddíle A obsahuje 17 skupin, zde platí pro laryngektomované **podskupina č. 10 Pomůcky respirační a inhalační** (inhalátor, předpis schvaluje revizní lékař) a **podskupina č. 17 Pomůcky pro laryngektomované**.<sup>1</sup> (14). Pokud nemá příslušná zdravotnická prodejna nebo lékárna na skladě požadované pomůcky, vyžádá si je přímo od výrobce či distributora jejich zaslání (16).

**Tab. č.1 Oddíl C Seznam prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče (14)**

**Zkratky:** ORL lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru otorinolaryngologie

FON lékař s nástavbovou specializací v oboru foniatrie

S5 nutná doplňující odborná vyšetření

Číslo	Skupina	Název druhu (typu) Prostředku zdravotnické techniky	Poznámka	Výše úhrad
154	17	tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu	pouze na základě předepsání otorinolaryngologa, ORL, foniatra, FON, schvaluje revizní lékař, <b>děti do 18 let</b> max. 3 ks ročně	100 % nejvýše do 3500 Kč
155	17	tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu	pouze na základě předepsání ORL, FON, <b>od 18 let</b> max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 2000 Kč
156	17	tracheostomická kanyla <b>silikonová</b> , PVC	pouze na základě předepsání ORL, FON, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 2000 Kč
157	17	<b>příslušenství ke kanyle tracheostomické</b>	na základě předepsání ORL, FON, max. 1 x ročně, balíček obsahuje 5x fixační pásek se suchým zipem, 5x ochranný šátek před tracheostoma z prodyšného materiálu, chrání před chladem a prachem.	100 % nejvýše do 2000 Kč
158	17	<b>elektrolarynx</b>	na základě předepsání FON, maximálně 1 ks za 10 let, S5, schvaluje revizní lékař, garanční opravy zajišťuje a hradí výrobce, další opravy elektrolaryngu hradí uživatel.	100 % nejvýše do 20000 Kč
159	17	akumulátor k elektrolaryngu	pouze na základě předepsání FON, maximálně 1 ks za 2 roky, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 700 Kč

Pojišťovna postupně rozšiřuje s vývojem pomůcek i jejich hrazení (viz tabulka č. 1). Tak základní balíček tzv. Comfort, nárok 1 krát za rok, obsahuje i sprchový chránič, filtry na stoma, pomůcky lze po dohodě vyměnit: např. filtry za pásy atd. **Ochranný šátek Tracheofix:** ochranné nalepující se pěnové krytí nahrazující ochranný šátek, či **ochranný látkový šátek na krk se suchým zipem, Protective Scarf** ,

hrozený pojišťovnou 1 krát ročně 3 kusy. **Ochranný rolák** na stoma či kanylu, hrozený pojišťovnou 1 krát ročně 3 kusy. Jinými pomůckami (lze dokoupit, či schálí revizní lékař, kolik se doplácí) jsou různé druhy **fixačních pásků**, které jsou bavlněné, fixační a elastické. Nerozbitné zvětšovací zrcátko vhodné pro péči o tracheostoma, podkládací speciální sací čtverce Tracoe, které vstřebávají dráždivé sekrety ze stomatu. **Tracheostomický filtr** (tzv. umělý nos), který se nasazuje na koncovou část kanyly, při výdechu pohlcuje vlhkost a při nádechu se vzduch ohřívá, zvlhčuje a filtruje, nahrazuje tím funkci nosu, sundává se při kašli a v noci, jejich používáním se zvýší kvalita života, zmenší kašel a produkci sputa a tím deprese, poruch spánku a únavy, zlepšení sociálních kontaktů a řeči (*Termovent*, firmy Portex *HME - heat and moisture exchanger*, výměník tepla a vlhkosti firmy Atos, při hovoru bez použití rukou se zachováním výhod filtru je opmůčka Provox Free Hands HME) (17). Tracheostomický filtr se snímá při kašli a na noc, někteří pacienti ho netolerují, způsobuje jim větší dechový odpor. **Stoma knoflíky** různé velikosti k udržení velikosti stomatu. Problémem je sehnat **kulatý kartáček** k čištění kanyly (umělohmotné mají jemnější kartáček), který se dostává s kanylou, dále **pomůcky zabraňující vniknutí do tracheostomatu: např. sprchový chránič** při sprchování (ne přímý proud vody) a mytí vlasů s otvory vyztuženými kovem, kudy nemocný dýchá, 100% neochrání. Dále lze dokoupit dezinfekční prostředky: čistící roztok Tracoe care, sadu na čištění plastových kanyl **Tracoe care - Cleaning Kit** (obsahuje čistící prášek, kartáček, dózu, vatové tyčinky).<sup>1</sup> U situace zvýšené tvorby hlenu jsou nutné odsávačky (odsávačka Miniaspir T firmy Cheirón) (5), případně zvlhčovače vzduchu ke zlepšení kvality vzduchu, optimální vlhkost 45-65%, nižší působí suchost sliznic, tvorbu krust a hustého hlenu, vyšší se sklonek k tvorbě plísni (často se vyrábí spolu s čističkou vzduchu jsou ultrazvukové, či na principu odpařování na tepelné bázi, obvykle nehradí pojišťovna) či inhalátory (vdechuje se aerosol).

⊕ **2. speciální (nadstandardní)**, které si nemocný hradí zcela sám, některé jsou na doporučení lékaře či nikoliv, např. šnorchl na potápění, určité speciální filtry na stoma, lepicí kroužky pro filtr k hlasové protéze, filtry ke tracheostomickým kanylám atd.

⊕ **3. pomůcky pro hlasovou rehabilitaci:** - silikonová hlasová protéza (4.5, 6, 8, 10, 12.5 mm), hlasová protéza a její výměna v počtu 4 kusů za rok je hrazena ze všeobecného pojištění (současná cena protézy Provox k roku 2007 je 5680 Kč, Provox 2 je 5806 Kč nemá podléhat schválení revizním lékařem) (11), příslušenství k ní : čistící kartáček též, součást balení k HP, nárok 1 krát za rok.

Pokud je občan sociálně potřebný, lze si požádat stát o příspěvek na pomůcku podle nového zákona (viz část o sociálně-právní problematice). Pomůcky na českém trhu pro laryngektomované distribuuje švédská firma ATOS Medical. Od roku 1995 nabízí kvalitní produkty právě pro laryngektomované: Provox®, přináší nové technologie v obnově hlasu a plicní rehabilitaci (hlasové protézy, filtry), cílem firmy je dosáhnout nejvyšší možné kvality života (17). Dále německá firma TRACOE medical GmbH.

**Pomůcky pro laryngektomované:**

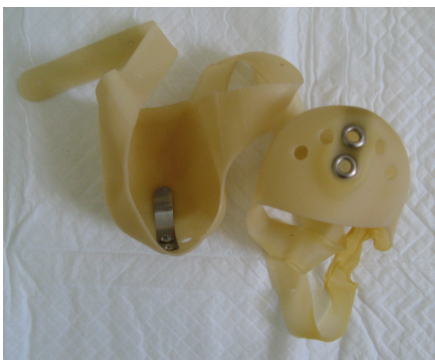
**Obr. č. 1 Filtry na stoma**



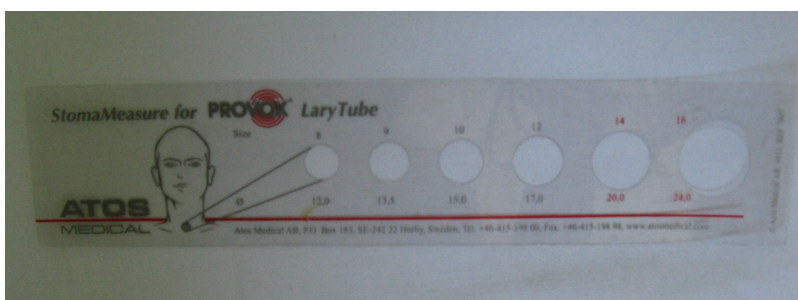
**Obr. č. 2 Příklad čtverce na stoma**



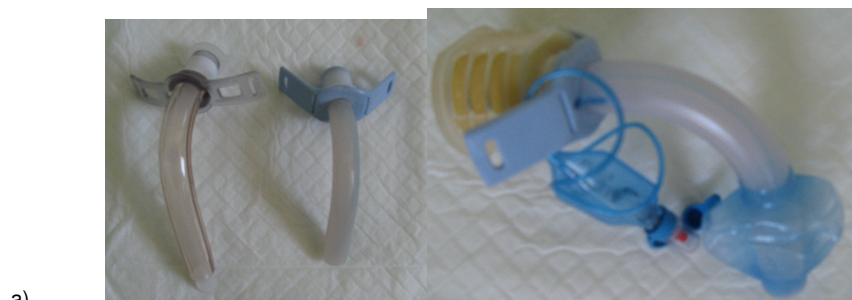
**Obr. č. 3 Kryty na stoma při sprchování**



Obr. č. 4 Měřítka na zhodnocení velikosti stomatu



Obr. č. 5 Tracheostomické kanyly: a) plastové, b) kovové



a)

b)



Obr. č. 6 Ochranný štít pro zdravotní sestru k péči o stoma nemocného





Obr. č. 7 Koutek pro tracheostomika



## \*2. Výživa a tekutiny

Otakar Bořík ve své Rukověti otolaryngologické receptury (2) uvádí **dietu nemocných po laryngektomii**, která má z otolaryngologického hlediska tři základní období:

1. *od operace do doby vynětí alimentační cévky*. V příznivém stavu nemocného trvá asi 9 – 10 dní. Enterální, sondová výživa se aplikuje kontinuálně či bolusově: obvykle 6 krát denně, pomalu, aby se neobjevilo zvracení.

2. *období po jejím vynětí*. Trvá asi 2 dny. Podáváme kašovitou, spíše sušší dietu, jemně dráždivou, ježto se snažíme útočit na chuť nemocného. Domníváme se, že mírné překrvení hltanové a jícnové sliznice může uspíšit hojení sutur.

3. *období rekonvalescence*. V této fázi podáváme již nemocnému zpravidla dietu výživnou. Po laryngektomii není žaludek operací ovlivněn, proto teoreticky může nemocný jíst všechno.

**Otázka vlivu výživy u nádorových onemocnění:** V roce 1993 *American Cancer Society*, americká společnost zabývající se rakovinou, vydala varování, že alternativní postupy ve výživě onkologicky nemocných, např. hladovění, kdy nemocní nedostávají dostatečně všechny složky potravin, je škodlivé. Americká společnost pro parenterální a enterální výživu, *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, A.S.P.E.N.* doporučuje totéž. Hladovka cíl jako chemoterapie zničit nádorové buňky, je nebezpečná, nedoporučuje se. Různé diety by neměly být jediným léčebným prostředkem. Není důkaz, že by adekvátní nutriční podpora zvýšila růst tumoru u lidí (6).

**Velká část nemocných, pochází ze sociálních skupin, u nichž skladba domácí stravy je jednotvárná.** Často tito nemocní doma nepijí mléko, nejedí mléčné výrobky, ovoce (špatný stav chrupu, stařecké karence), výrobky z rybiho masa a podobně. Abúzus alkoholu a nikotinu nedovoluje vydatnou a pestrou výživu. Tito lidé jsou pak více ohroženi malnutricí vlivem léčby chemoterapie, radioterapie. Podpurný přípravek pro léčbu rakoviny v rámci speciální výživy je např. přípravek Avemar se základní složkou tvořenou z pšeničných klíčků, zpomaluje či zastavuje vznik metastáz v různých orgánech, zvyšuje protinádorový účinek chemoterapeutických přípravků a snižuje nežádoucí účinky chemoterapie a radioterapie na krvetvorbu (2). Specializovaná nutriční podpora není rutinně indikována u dobře živených a mírně malnutričních nemocných podstupujících chirurgický výkon, chemoterapii či radioterapii, pokud se neočekává neadekvátní příjem živin déle než 10 dnů či prodloužená porucha trávení a resorpce živin v období delším 10 dnů (*Tomáška, 1998 In 7*). *Klener a Vorlíček (7)* uvádí, že malnutriční onkologicky nemocní mají sníženou toleranci chemoterapie, radioterapie, zkrácené přežívání, vyšší incidenci infekcí a komplikací po chirurgických výkonech, jsou tedy více morbidní a prokazují vyšší mortalitu. Uzavírají, že výsledky nutriční podpory



onkologicky nemocných jsou nejednoznačné. Intenzivní nutriční terapie nezlepšuje odpověď nádoru, nezvyšuje toleranci ani nesnižuje toxicitu chemoterapie a neprodlužuje celkové přežití. U radioterapie jsou obdobné závěry (Tomáška, 1998 In 7).<sup>i</sup> Radiační terapie může vést k těžkému nutričnímu deficitu, úplná parenterální výživa zvyšuje tělesnou hmotnost (7). Perioperační nutriční péče úplnou parenterální výživou zlepšuje nutriční stav, příznivý účinek na celkový výsledek je méně patrný (Tomáška, 1998 In 7).

#### **Nutriční tým a nutriční podpora**

Nutriční tým mezioborově spolupracuje při péči o výživu nemocných. Lékař – nutricionista<sup>i</sup> se obrací na nutričního terapeuta či nutricionistu<sup>i</sup> k zjištění o kvantitativní vyjádření perorálního příjmu nemocného, o radu s úpravou diety, ujistí uje se o kompatibilitě a stabilitě jím předepsaných all in one směsí u ústavního lékárníka, který sleduje i nabídky na trhu. Kontroly sterility a funkčnosti aplikačních cest, aplikace výživy provádí specializovaná zdravotní sestra. Cíle nutriční podpory jsou: - *léčba a odstranění nedostatků výživy*, - *prevence komplikací*, - *omezit vedlejší účinky onkologické léčby*, - *podpořit schopnost zvládnout infekce*, - *zlepšit hojení ran*, - *zlepšit kvalitu života*, - *omezit vedlejší účinky onkologické léčby*, - *omezit riziko infekce*, - *doplnit energii a tekutiny* (12).

Nutriční tým provádí skrínig rizikových osob podle diagnóz, terapie, hmotnostního úbytku, věku, léčebnou péči a monitoraci tolerance a komplikací nutriční podpory i výsledného efektu. Nutriční konzilium je syntézou nutriční diagnostiky a terapie, které si má klást otázky, zda je nemocný podvyživený, či to lze v budoucnu očekávat, svědčí-li pro to i laboratorní data<sup>i</sup> jako pomocné kritérium: *albumin*,<sup>i</sup> *prealbumin*,<sup>i</sup> *cholinesteráza* (poločas 7 dní, normální hodnota 50-150  $\mu$ kat/l), *absolutní počet lymfocytů*.<sup>i</sup> Dále závažnost podvýživy a jak je na ni nemocný adaptován, jak ovlivní nutriční intervence prognózu nemocného, jaká forma nutriční podpory je nejvíce přirozená, a proveditelná, jaká je bezpečná a dostatečná dávka živin, jaká bude monitorace efektu péče. Sestra nutričního týmu navštěvuje nemocného denně či obden, lékař nejlépe dvakrát týdně. Vede se statistika o množství, kvalitě a efektivitě poskytnuté péče. Bazální potřeby zdravého organismu dány pohlavím, věkem, tělesnou hmotností a korigovat na aktuální výdej v dané situaci a zvláštní ohled se bere na nemocné: jejich pohybový režim, stav: bezvědomí či ne atd. Vlivy na nutriční stav má stres, příjem živin-makronutrientů, které jsou schopné produkovat energii (bílkoviny, tuky, cukry), mikronutrientů: organické vitaminy i anorganické: stopové prvky, kdy nejsou zdroj energie, ale součástí enzymů či antioxidačních systémů, někdy se se řadí i minerály, dále výdej stravy, stav organismu, stav výživy, metabolismu, adaptace. Lze odhadnout bazální energetickou potřebu mužů a žen ve třech věkových kategoriích (průměrně 23 kcal/kg/den). **Nutriční skrínig** je metoda aktivního vyhledávání nemocných, kterým nutriční intervence přinese prospěch v diagnóze pomáhá vyhledávat výživově rizikové nemocné.<sup>i</sup> **Problémy u nemocného mohou nastat při dvou typech podvýživy: marasmus a kwashiorkoru.**<sup>i</sup> (1). U nádorů hlavy a krku se objevuje malnutrice vlivem zhoršeného polykání, sníženého energetického příjmu, zvýšeného výdeje, produkcí cytokinů TNF a toxickým efektem radio a chemoterapie. Komplikace podvýživy a úbytku na váze se podílí na morbiditě a mortalitě a snižuje jim kvalitu života (Brookes, 1985) (13). Podvýživa je buď primární (idiopatická: AIDS, nádory, z anorexie: výživa podporou apetitu farmaky, sipingem, tekutou dietou) či sekundární (mechanická, funkční, poškození orgánu - zvláště gastrointestinálního): uplatní se výživa formou sippingu – perorální upíjení tekutého dietetika, spíše jde o koncentrovanou polymerní dietu jako doplněk, tekutými dietami, enterální a parenterální výživa (jícnový stent, nasogastrická sonda NGS, perkutánní gastrostomie PEG). Jiná než vážná podvýživa není indikací k odkladu operačního výkonu, zvláště při maligních onemocnění. Minimální doba nutná k zlepšení pooperační prognózy je 7-10 dní předoperační nutriční intervence. Nemocným se zhoubnými nádory jsou často předepisovány steroidy s nežádoucími efekty (1).<sup>i</sup>

**V rozhodování o klinické výživě** můžeme vzít jako model rozhodovací strom (decision tree) je to název pro algoritmus, kdy volíme nevhodnější formu nutriční podpory.<sup>i</sup>

Půlkruh směřuje od otázky, **1. zda umělou výživu** ano či ne, pokud ano, pak perorálně, enterálně či parenterálně, parenterální výživu uijeme tehdy, pokud je enterální kontraindikována : If the gut woks, use it!, (1) **2. odkud** (enterální: sonda či perkutánní stomie; parenterální: multi-bottle či all in one) a **3. kam** (enterální: gastrická či jejunální; parnterální: periferní či centrální žilou), **4. jakou**. Indikaci provádí nutricionista nebo lékař s funkční odborností v umělé výživě (10).

**5. Kolik** (dávka energie a bílkovin) (1).

**Enterální výživa<sup>i</sup>** je fyziologická, předchází atrofii trávicího traktu, uchová jeho imunologické funkce bez infekčních, traumatických a trombotických rizik spojených s centrálním žilním katetrem, je snazší převedení na domácí výživu (orální, enterální či parenterální aplikována nemocným či rodinou v domácích podmínkách za občasné asistence domácí péče,<sup>i</sup> home-care a ambulantních kontrol lékařem: je to významný trend nutriční péče). **Na případnou ambulantní nutriční intervenci se má myslet v gastroenterologii, onkologii - nejvíce u nádorů trávicího traktu, hlavy a krku a neurologii.**

Nejvhodnější příjem potravy je per os, pokud nelze některá forma stravy, tak přistupujeme k „upíjení“ sipping. Pokud nemocný nepolyká, dává se nosní sonda s vnějším průměrem do 12 CH pro komfort nemocného, nejužňanější je aplikace do žaludku: gastrická, kdy žaludek jako rezervoár umožní postupným uvolňováním potravy do tenkého střeva využít jeho resorpční kapacitu (nelze užít u žaludeční atonie, distenze, jícnových či žaludečních píštělích a riziku aspirace – zde indikujeme jejunální podání). Pro kratší užití zhruba do dvou týdnů používáme sondu z PVC, polyretanové sondy lze nechat i několik měsíců. Pokud enterální výživa bude trvat týdny až měsíce (aplikována

doma jako domácí enterální výživa) se vytvoří **perkutánní stomie**.<sup>1</sup> Metoda je vhodná u inoperabilních nádorů, nemocných s recidivou onemocnění po radikální operaci či radioterapii v rámci paliativní péče. (13).

Výživa nasogastrickou sondou, doposud nejčastěji užívaná metoda, má celou řadu nevýhod. I přes zlepšující se charakteristiku materiálů ze kterých jsou sondy vyráběny, opakovaně se setkáváme u dlouhodobě zavedených sond s dekubity, na jejichž podkladě dochází k ulceracím sliznice jícnu a žaludku a krvácení. Sondy jsou i jednou z možných příčin zahlenění a infekce dýchacích cest. Proto se dnes stále více přijímá názor, že v případech, kde potřeba enterální výživy sondou přesahuje dobu 6 týdnů, je vhodnější zavedení PEG, nebo PEGJ (perkutánní gastrojejunostomie). PEGJ je v těchto případech výhodnější, neboť zamezuje zpětné regurgitaci obsahu žaludku s možností aspirace. Současně je možno využít gastrostomatu i pro dlouhodobou gastrickou dekompresi (1).

**Parenterální výživa:**<sup>1</sup> periferní parenterální výživa podávaná do periferního žilního systému, dnes při použití systému all-in one je dlouhodobá a plnocenná, totální parenterální výživa<sup>1</sup> je plnohodnotná, spíše dlouhodobá parenterální výživa se spektrem mikro a makronutrientů bez ohledu na cestu aplikace). Nevládnutí přechodu z parenterální na enterální, a pak na orální výživu může vést ke komplikacím. Trochu spekulativní je *koncepte „onkologického režimu“* u nemocných s novotvary. Zjednodušení aplikace výživy je technika smísení všech složek do společného vaku – all in one, AIO. Objevuje se nižší výskyt metabolických komplikací, nižší riziko infekce, sníží se počet chybných a neúplných preskripcí, přítomnost nikoosmolární tukové emulze ve směsi sníží výslednou osmolalitu a může se aplikovat i periferní žilou Existují např. základní (A, B, C a P) směsi a speciální (R, H, K1 a K2). Přípravek Nutriflex<sup>1</sup>– peri, basal, plus, special je jednoduchý systém komplexní parenterální výživy, snadno dostupný A-i-O systém vhodný pro nemocniční a domácí péči. Obsahuje aminokyseliny, glukózu, elektrolyty, lze ho obohatit o tukovou emulzi, stopové prvky a vitaminy (1).

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>1</sup>V seznamu oddílu C se uvádí určitý počet kusů za rok hrazený z všeobecného zdravotního pojištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna aktualizuje čtvrtletně číselník Zdravotnické prostředky (např. číselník v. 640, platnost od 1. 10. 2007 - 31. 12. 2007), který je zpracován v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, s výměrem Ministerstva financí, MF ČR, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami, a platným Výměrem MF ČR, kterým se stanoví maximální ceny výrobků a výkonů ve zdravotnictví a optických výkonů (spolu s platnými dodatky). V Číselníku jsou uvedeny ceny pro konečného spotřebitele. Jsou to smluvní ceny uzavřené mezi výhradním zástupcem (a zároveň distributorem) firmy v ČR a Ústřední pojišťovna všeobecné zdravotní pojišťovny, ÚP VZP (14)

<sup>1</sup> Blíže viz např. internetové stránky společnosti MEDIAL, s. r. o. <http://www.medial.cz/new/start.php?public=0&lng=cs&pg=16>

<sup>1</sup> Tomiška, M. Nutriční problémy onkologicky nemocných

<sup>1</sup> (nutricionista – např. zabývá se léčebnou výživou, včetně domácí umělé výživy, aplikací percutánní endoskopické gastrostomie), lékaři zabývající se klinickou výživou se sdružují v české společnosti pro parenterální a enterální výživu a intenzivní metabolickou péči – SPEVIMP, v Evropě je Evropská společnost pro parenterální a enterální výživu ESPEN, v Americe Americká společnost ASPEN. Vzdělání v kličkové výživě lze získat na postgraduálních kurzech pořádaných každý rok v Brně, lze i konat na vybraných pracovištích stáž a získat Potvrzení o odborné způsobilosti pro praxi v oboru

<sup>1</sup> absolvent bakalářského programu Výživa člověka, která má za úkol: je člen nutričního týmu v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví, v oblasti preventivních programů podpory zdraví, v oblasti nutričního poradenství, sledování nutriční spotřeby a hodnocení nutričního stavu v oblasti bezpečnosti potravin (food safety)

<sup>1</sup> doporučené kontroly u stabilizovaných nemocných s parenterální výživou: denně příjem a výdej tekutin, (případně urea a glukóza v moči/24 hodin, tělesná teplota a kardiopulmonální stav), nutriční terapeut ob den kvantifikuje perorální příjem, dvakrát týdně se odebírají tzv. malé odběry: Na, K, Cl, glykémie, urea, při aplikaci tuku i triglyceridy a hmotnost. Velké odběry na začátku, konci a po každých zhruba 10 dnech: jsou rozšíření malého odběru o osmolalitu, Astrup, kreatinin, Ca, Fosfáty, Mg a albumin/prealbumin ve spjení s CRP či elektroforézou sérových bílkovin, dále tzv. jaterní soubory a krevní obraz.

<sup>1</sup> (poločas 19 dní, normální hodnota nad 35 g/l), *transferin* (poločas 7 dní, normální hodnota 2-4 g/l),

<sup>1</sup> (poločas dva dny, normální hodnota 0,2-0,4 g/l),

<sup>1</sup> (normální hodnota nad 1500)

<sup>1</sup> např. dle vypočteného BMI: body-mass indexu: poměr hmotnosti v kilogramech ke čtverci tělesné výšky v metrech – BMI= kg/m<sup>2</sup>, normální hodnoty jsou mezi 19 a 25, pod 19 je podvýživa, nad 30 je obezita.

<sup>1</sup> Příčinou marasmu je nevyvážený dostatek potravy, výsledkem je hypometabolismus. Prognóza je dobrá.

Kwashiorkor: nedostatek bílkovin v potravě, nemocný má edémy, prognóza je vážná.

Při podvýživě se zhorší prognóza nemocných. Jsou tři stupně podvýživy: lehká (pokles tělesné hmotnosti o 10%), střední (pokles o 1% tělesné hmotnosti a nepokračuje hubnutí) a těžká (pokles o 15% tělesné hmotnosti, objeví se funkční změny: mizí tuk, jsou otoky).

<sup>1</sup> Užívá se 4 mg dexamethazonu denně, z nutriční indikace je lze doporučit jen preterminálními stavům. Nejúčinnější dostupné apatitové stimulant je progesteron-megestrol acetát (Megace). V dávce 480 až 800 mg denně spolehlivě zvyšuje apetit, hmotnost a zlepšuje kvalitu života nemocných s AIDS a maligními nádory. Respektují se kontraindikace a neuzívání při současné radio/chemoterapii. Při dysfagii tekutin využíváme možnosti modifikovat konzistenci stravy škrobovými zahušňovacími – přípravek Nutrilis.

<sup>1</sup> *Od zamýšlené dávky parenterální či enterální výživy se odečítá hodnota příjmu per os, platí 1 g sacharidů=1 g bílkovin= 4 kcal; 1 g tuku= 9 kcal, 1 g dusíku (N) = 6, 25 aminokyselin (bílkovin), 1 ml běžné enterální výživy = 1 kcal, čili 0, 5 litru = 500 kcal, 20% roztok živiny=200 g/litr.*

<sup>1</sup> Nutriční intervence, kdy živiny přestupují přes enterocyt, patří sem i výživa perorální (ústí) a tzv. sipping tekutých diet, používá se jako synonymum pro sondovou výživu: *polymerní*: polypeptidy, škroby, tuky, které vyžadují k resorpci kontakt s trávicími enzymy, chuťově přijatelné i per os i sondou, přípravek per os, koncentrovaný např. 1,5 kcal/ml, v menším balení 200-300 ml s více chuťovými variantami: Nutridrink (fibre), do sondy: Nutrison), *oligomerní* (oligopeptidy, maltodextriny a MCT tuky, které nevyžadují k resorpci kontakt s trávicími enzymy, podávána sondou, přípravek do sondy: Peptison), *modulové* (obsahuje izolovaný mléčný protein, či izolovaný maltodextrin, modul je dietetikum obsahující jen jediný makronutrient (práškové bílkovinné koncentráty, oleje, maltodextrinové nápoje), většinou v podobě chuťově indifferenční prášku, který lze přidat k výživě, přípravek Protifar, Fantomalt, MCT olej). Enterální výživa: aplikuje se ústy či sondou, *oligomerní přípravky*: forma je tekutá či instantní, výrobce je Nutricia, Clintec, Fresenius, produkty jsou např.: Pepti 2000 variant,

Salvipectid, Survimed, Peptison. Modulové přípravky : instantní, výrobce Nutricia, Škrobárny Č. Řečice, Bristol Myers, Nutricia, produkty: Fantomalt, Maltodextrin KMS, MCT oil, Nutilis. Polymerní přípravky: forma tekutá, tekutá s vlákninou, instantní, výrobce: Abbott, Salvea, Bristol Myers, B. Braun, Nutricia, Fresenius, Bohušovická mlékárna, výrobky: Ensure plus, Gastro-Revit forte, Gastro-revit standard, Isocal, Nutricomp powder, Nutrison standard, Sustagen, ensure Plus, Fresubín, Isocal, Meritene, Nutricomp standard, Nutrilac S plus, Nutrison standard, Nutrodrip standard, Sustacal, Enriche, fresubin Plus, Nutricomp fiber, Nutridrink fibre, nutrison, fibre, Nutrodrip faser, Sandosource GI control, Supportan. Modifikované přípravky (disease specific) s MCT tuky: např. Fresubin 750 MCT, MCT oil, Nutrison Immun, Nutricomp mCT, Nutricomp powder, Nutrodrip diabetes, Peptison, Supportan. -se zvýšenou kalorickou denzitou: Fortisip, Nutridrink fibre, Supportan, Sustagen, Traumacal, - pro diabetiky: Fresubin DNF, Nutrodrip diabetes, při renální insuficienci: Gastro-Revit Nefro, - při plicní insuficienci: Pulmocare, - pro imunokompromitované nemocné: Impact, Supportan. U nasogastrické sondy : mixovaná kuchyňská dieta má nestandardní složení a vyžaduje silné sondy, což není pro delší dobu vhodná. Jsme-li omezeni podaným objemem, lze užít koncentrovaná dietetika.

<sup>i</sup> pokud nemocný nemůže dlouhodobě jíst a pít přirozenou cestou, není to indikace k hospitalizaci, díky technikám jako je gastrostomie, venózní port, lze nemocného zaškolit do samoobsluhy v podávání umělé výživy. Domácí enterální a parenterální výživa je běžná v rozvinutých zemích. Ve srovnání s eventualitou doživotního pobytu v nemocnici či úmrtí na podvýživu je přínosná i ekonomicky. Domácí nutriční péče vyžaduje interdisciplinární přístup s víceoborovým zázemím a zkušené nutricionisty, proto nemocné je vhodné svěřit do péče oblastních center: např. pro východní Čechy: fakultní nemocnice Hradec Králové, střední Čechy a Praha např. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Všeobecná fakultní nemocnice Praha, Fakultní nemocnice Motol.

<sup>i</sup> (metodou endoskopickou, skioskopickou či chirurgickou laparotomií, stomie ústí do žaludku – gastrostomie či střeva – jejunostomie).

<sup>i</sup> základní aminokyselinové roztoky: Aminoplasmal 10% E, Eloamin 10%, Nutramin Neo 8%, Salviamin 12,5 E, Vamin 14, Nutramin Neo 8%, dále jsou roztoky pro jaterní insuficienci např.: Aminoplasmal Hepa 10%, Nutramin K 5,5%, roztoky pro renální insuficienci např.: Neonutrin U 6,5%, jiné specializované aminokyselinové roztoky, např.: Dipeptiven; tukové emulze, např.: Elolipid 20%, Intalipid 20%, Lipofundin MCT/LCT 20% Neutralipid MCT 20%, Ivelip 20%; infúzní roztoky sacharidů: glukóza od různých výrobců je k dispozici v koncentracích 5%, 01%, 20%, 33%, 40%, 60%. Xylitol. Použití sorbitolu a fruktózy nelze doporučit. Parenterální výživa – two in one (obsah v 1 vaku před přidáním tuku): např. Aminomix 1, Nutriflex peri,basal, plus, special, vybavení pro přípravu směsí all in one, výrobci: Baxter/Clintec, B. Braun, GrupoGrifols, Upjohn-Pharmacia, Fresenius, typ vaků: Nutrimix, Eva vak, IV Bag, Automix, Nutrimix, MultiComp, Nutrimix, Infumix.

<sup>i</sup> (dříve označení pro výživu centrálním katetrem: do horní či dolní duté žíly, cestou vena subclavia, jugularis či femoralis, podávají se roztoky o vysoké koncentraci, odlišném pH)

<sup>i</sup> výrobce B. Braun Medical, s. r. o., e-mail: [info@bbraun.cz](mailto:info@bbraun.cz), <http://www.bbraun.cz>

#### LITERATURA:

1. BENEŠ, P. *Základy umělé výživy. Minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-858000-71-3.
2. BOŘÍK, O. *Rukověť otolaryngologické receptury*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-017-86.
3. DMA. Day Medical. Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky, Praha, 2007. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.dmapraha.cz/static/jak-ziskat-pomucky>.
4. DMA. Days Medical. Kontakty na nadace, u kterých lze zažádat o příspěvek na rehabilitační a kompenzační pomůcky. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: [http://www.dmapraha.cz/images/dokumenty/kontakty\\_na\\_nadace.pdf](http://www.dmapraha.cz/images/dokumenty/kontakty_na_nadace.pdf).
5. CHEIRÓN. Malé elektrické odsávačky. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.cheiron.cz/product.php?id=3male>.
6. JOACHIMOVÁ, E.; SVOBODA, R. *Rakovina země neznámá*. 1. vyd. Praha: Votobia, 2001. ISBN 80-238-6850-0
7. KLENER, P.; VORLÍČEK, J. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-902501-2-2.
8. Liga za práva vozíčkářů. Křižovatka informací, kontaktů a šancí pro vás, 2006. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://ligavozick.skynet.cz/ip/pomucky.php?oblast=9000017>.
9. OHNESORG, D. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Seznam výkonů. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.bodnik.cz/seznam/134/odb/101.html>.
10. PERGL, V. Pacienti s rakovinou mají novou speciální výživu. Právo, 2004. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.novinky.cz/clanek/30400-pacienti-s-rakovinou-maji-novou-specialni-vyzivu.html>.
11. Protéza hlasová PROVOx. Občanské sdružení První krok. Internetové informační centrum pro klienty se zdravotním postižením. 2007. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.prvnikrok.cz/detail-polozka.php?polozka=1013198>.
12. ŠACHLOVÁ, M. S lékařem u stolu (o výživě v onkologii), Časopis ONKO OKNO, prosinec 2004s. 8-13., [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.onko.cz/download/onko6-2004.rt>.
13. VANTUCH, P. a kol. Perkutánní endoskopická gastrostomie u nemocných s nádory hlavy a krku – pětileté zkušenosti, *Otorinolaryngologie a Foniatrie /Prague/*, roč. 53, č. 4, s. 205-209.
14. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Číselník zdravotnických prostředků – informace. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Ciselniky/640/Zdravotnicke-prostredky/>.
15. ZÁKON č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: [http://i.iinfo.cz/urs-att/p\\_048-97-112397281260895.htm](http://i.iinfo.cz/urs-att/p_048-97-112397281260895.htm).
16. Zpravodaj - Klub laryngektomovaných. roč. 5, č.5, 2001.
17. Život po totální laryngektomii, Atos medical. Lary care. Patient information. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: [http://www.atosmedical.nl/upload/larycare\\_7962cz\\_200208\\_001.pdf](http://www.atosmedical.nl/upload/larycare_7962cz_200208_001.pdf).



**Přehled nejčastějších diagnóz podle NANDA<sup>1</sup> u nemocných po totální laryngektomii, viz příloha č. 3.** Tvorba diagnóz má význam pro jejich zpracování v elektronické podobě a i pro možné budoucí ohodnocení sestry za provedené úkony podle nich u nemocného. Ošetrovatelské diagnózy hrají významnou úlohu v ošetrovatelském managementu (hlavně před operací a po ní). Ošetrovatelská dokumentace se vede jak v listinné, tak elektronické formě.

■ **Intraoperační péče:** začíná převzetím nemocného na operační sál a končí jeho předáním na dospávací pokoj v rámci operačního oddělení (péči provádí anesteziologická sestra) či na chirurgickou jednotku intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení. Nemocný podstoupí anestezii, je napolohován (na zádech s podloženými lopatkami, hlava je ve střední čáře, mírně zakloněná s pečlivou fixací – např. speciální kroužek pod hlavu, náplastová fixace) (11), zacévkován, se napojuje na přístroje, které monitorují jeho fyziologické funkce (např. objevení anesteziologických obtíží atd.). Sledovaným faktorem je sterilita, bezpečnost nemocného, snižování rizik v souvislosti s operačním výkonem. Operační tým tvoří: anesteziolog, anesteziologická sestra, instrumentářka, obříhající sestra, operatér, jeden až dva asistenti. Obříhající sestra píše ošetrovatelskou dokumentaci týkající se operace (stává se součástí chorobopisu), např. identifikační data, účastníky operace, diagnózu, anestezii, časy jednotlivých fází operace, polohu, druhy dezinfekce, invazivní vstupy, drenáže, léky, indikátory sterilizace (12).

■ **Stav nemocného a ošetrovatelská péče po operaci:** začíná přeložením nemocného na pooperační oddělení a končí jeho propuštěním z nemocnice.

■ **Náhlé stavy po operaci u laryngektomovaných viz tab. č. 1**

Tab. č. 1

### Náhlé stavy

- dušení	Při známkách zástavy dechu je nutné položit nemocného na záda, uvolnit krk, rozepnout halenku či košili, podložit hlavu a zajistit její zklon, odstranit z tracheostomu nečistoty a odstranit kanylu, zahájit umělé dýchání ústy do tracheostomu, protože jsou oddělené dýchací a polykací cesty u nemocných po laryngektomii (dýcháním do úst budeme nafukovat žaludek, což může vést ke zvracení a bylo by to bez efektu), při umělé plicní ventilaci pomocí ručního křísícího přístroje s frekvencí 12 krát za minutu. Osvědčuje se použití novorozenecké „zvonečkové masky“ přitisknuté na tracheostoma (26). V nemocnici se používá samorozpínací vak (např. Ambuvak) spolu se zvonečkovou maskou nasazenou na tracheostoma.
- rozvoj deliria	Při hospitalizaci konzumentů alkoholu se lze setkat s odvykacím stavem po vysazení alkoholu v průběhu dlouhodobého abúzu, objeví se vegetativní příznaky: palpitace, tachykardie, vzestup krevního tlaku, ortostatická hypotenze, někdy zvracení, malátnost, nespavost, tremor, i psychické obtíže: neklid, deprese, úzkost, poruchy soustředění, nevykonnost, malátnost. Akutnější stav je odvykací stav s deliriem, delirium tremens buď s těžkým postižením jater se známkami těžké metabolické poruchy a se somatickými komplikacemi (péče psychiatra a internisty) či bez známek postižení jater (péče psychiatra), může dojít až i k úmrtí nemocného, vyvine se do 24-36 hodin po poslední konzumaci alkoholu (může propuknout i během pití). Projeví se nespavostí, psychomotorickým neklidem: agitovaností, úzkostným rozhlázením, zmateností, psychickou tenzí, reagováním na indifferenční zvuky, třesem (tremor), i agresivitou. V plné míře se projeví k večeru a v noci s hrubým třesem a kvalitativní poruchou vědomí. Většinou končí přechodem do spánku. V léčbě neexistuje obecné schéma, každé se projevuje individuálně, podávají se benzodiazepiny např. Clomethiazol (Heminevrin) nootropika, hepatoprotektiva, krevní převody, kortikoidy, diuretika, osmoterapeutika Manitol, dodání látek jako draslík, hořčík a fosfáty, trankvilizéry např. diazepam (Apaurin) (7, 29). Péče se zaměřuje také na udržení nemocného v prostředí, které mu pomáhá v orientaci: méně osvětlená místnost, klid, přítomnost známé osoby, odstranění nebezpečných předmětů, případně i kurtování nemocného, aby si neublížil (14). Delirium mohou vyvolat i farmaka jako opiáty, anestetika, atd.
- komplikace v souvislosti s přítomností kanyly	Mohou se vyskytnout v raném období po operaci, dalších dnech hospitalizace a domácím ošetrování, při závažnosti stavu nutné vyhledat lékaře: obtížné dýchání až dušení (ucpání hlenu v kanyli, špatná poloha, ...): lze zmírnit odsáním, kontroluje se kvantita a kvalita sekretu, rukou cítíme míru vydechaného vzduchu, vidíme neklid nemocného při dušnosti, případně saturace kyslíkem (být nad 95%), krvácení z kanyly či v jejím okolí (poranění kovovou kanylou, nešetrné odsávání, o dlouhodobém vdechování nezvlhčeného vzduchu, prorůstání tumoru...): sleduje se míra krvácení, stažení nebo uzavření tracheostomického kanálu při výměně nebo nechtěné dekanylacii, aspirace krve, žaludečního obsahu, sekretu, tracheální nekróza, ischemie – monitoruje se stav např. nafouknutí balónku kanyly, poloha kanyly, tracheální eroze, podkožní a mediastinální emfyzém, infekce, např. absces v okolí tracheostomie nebo dýchacích cest (20).

■ **Pooperační a následná ošetrovatelská péče:**

Pooperační průběh je většinou nekomplikovaný, pozor se dává na vznik edému (otoku), který může způsobit dušnost. Součástí péče je i rehabilitace včetně dechových cvičení. Ošetrovatelské péči o nemocné s tracheostomií věnujeme pozornost, její kvalita ovlivní počet pooperačních komplikací, morbiditu i celkový klinický výsledek nemocných. Ošetrování se často komplikuje tím, že nemocní pocházejí ze sociálně slabších vrstev se závislostí na alkoholu a cigaretách a mají slabší rodinné zázemí.

Po výkonu, který trvá podle rozsahu totální laryngektomie (je-li i s krční disekcí), např. 5,5 hodiny, se nemocný umísťuje na *jednotku intenzivní péče* či *anesteziologicko-resuscitační oddělení* podle možností daného zdravotnického zařízení. Pokud nehrozí akutní nebezpečí, je přeložen za několik dní, 2 až týden na běžné oddělení. Na sále je zaveden permanentní močový katetr, nazogastrická sonda, venózní kanyla či permanentní centrální venózní katétr, balónková tracheostomická kanyla, balónek je vypuštěn zhruba po dvou hodinách po výkonu. Ze sálu je většinou nemocný probuzený a spontánně ventilující. Nemocní se probudí z narkózy a prožívají šok (často pláč), v první řadě je

---

potřeba nemocného uklidnit, domluvit komunikaci psaním (příprava bloku a tužky), ukazováním na obrázky. Do blízkosti nemocného se připraví stolek akutní resuscitace a signalizace k lůžku (komunikace se dohodne před operací: nemocný má u sebe blok a tužku, pozornost upoutá tlesknutím či např. zazvoněním zvonečkem, který má u sebe, odezíráním ze rtů, ukazování na obrázky s běžnými situacemi).

*Po operaci:*

➔ **nemocný začíná komunikovat písemnou formou** (tužka a papír, tabulka s abecedou, psací tabulka, obrázky s běžnými potřebami nemocného), dá se mu signalizace k lůžku (10). Někteří nemocní neumí číst a psát, po operaci nejsou schopni komunikovat psaním, jsou tak „vězni ticha“, dokud se nenaučí mluvit náhradním hlasovým mechanismem (16). V prvních dnech po operaci probíhá dorozumívání psaním (nabídne se blok a tužka, tabulka s abecedou), odezíráním ze rtů, mimikou a gestikulací, což je obtížné, mohou vznikat nedorozumění a netrpělivosti v komunikaci, nemocný je neklidný a zlobí se, že mu okolí nerozumí. Osvojení náhradního hlasu by mělo proběhnout do 3 měsíců (po radioterapii 3- 6 měsíců po chirurgickém zákroku), výuka by měla začít ještě na lůžkovém oddělení v závislosti na stavu operační rány, 1 až 2 dny po chirurgickém zákroku (např. u implantace hlasové protézy, elektrolarynx), (6) pak se pokračuje, pokud je to aktuální i po propuštění. Výuku vede foniatr či logoped ambulantně v nemocnici či na základě lékařského doporučení u ambulantně pracujícího logopeda (30).

➔ **zdravotní sestra poskytuje nemocnému a rodině psychickou podporu** ve zvládnání úzkosti, deprese (ženy obvykle reagují více depresivně než muži na ztrátu hlasu a změnu vzhledu, smutek a deprese se objevují často třetí či čtvrtý den po operaci, déle depresivní lidé mají sklon k suicidu, potřebná pomoc psychiatra, psychologa) (16) a strachu (dušení, aspirace, někteří se bojí usnout, že stoma bude přikryto např. dekou, je dobrá je elevace hlavy polštářem k usnadnění dýchání, krytí pryskyřičným knoflíkem nebo vložení laryngektomické kanyly nošené během noci, nechávají stoma otevřený), v podpoře přijetí vzhledu po operaci (často bariéra v partnerském vztahu), podpora sebehodnocení a sebezpečení nemocného, zajištění případně psychologa (35),

➔ **prevence** (ruptura karotidy, infekce v ráně, respirační infekce, aspirace, riziko pneumonie atd.) a **léčba komplikací** (dehiscence rány, fistula) (36),

➔ **monitorují se základní fyziologické funkce** (zprvu po 15 min první hodinu, pak po 30 min dle stavu nemocného) včetně oxygenace, SpO<sub>2</sub>, DF – hyperventilace, hypoventilace, počet dechů, puls, P, EKG, krevní tlak, TK, tělesné teploty, TT, diurézy, specifické váhy, dále stolice: množství, konzistence, frekvence, sledování příjmu (důležitá hydratace) a výdeje tekutin po 6 hodinách, úroveň vědomí (Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí, Glasgow Coma Scale), GCS, <sup>1</sup>případně sledovat hmotnost nemocného (denně), *Donovanová* doporučuje sledovat v pozdější fázi vitální funkce (dýchání, krevní oběh, činnost mozku) každé čtyři hodiny (6),

➔ **provádí se krevní odběry** na laboratorní vyšetření: ionty, jaterní testy, funkce ledvin, celková bílkovina a krevní obraz aspoň jednou denně, případně se podávají erymasy,

➔ **nemocný je zajištěn centrálním žilním katetrem či kanylací dvou periferních žil** (nejlépe jsou-li zavedené v nedominantní ruce, kterou nebude psát), k prevenci infekce se aplikuje intravenózní *antibiotická léčba* (zhruba 10 dní), jako příjem tekutin *infúzní terapie* (krystaloidy a glukóza), k prevenci tromboembolické nemoci *antigulační léčba*, k tišení bolesti: *analgetika a anodyna: Fentanyl, Dipidolor, k navození spánku*: hypnotikum: Dormicum, dále *antiulceróza* (ke tlumení tvorby a vylučování žaludeční kyseliny solné): Ranital, *pro snadnější vykašlávání a zředění hlenu*: expektorancia, mukolytika: Paxirazol, *k uklidnění*: antidepresiva (Citalec), anxiolytikum, antidepresivum: Neuro. Případně zvracení se zvládá v pooperačním období zavedením nasogastrické sondy na odčerpávání žaludečního obsahu, lze i antiemetiky: Degan.

➔ **nemocný udržuje Fowlerovu polohu v polosedě k ulehčení dýchání, pomáhá redukovat edém v obličeji, zlepšuje oběh, redukuje bolesti hlavy způsobené lymfedémem**: hlava a horní část trupu zdvižena v úhlu 30-45 stupňů s podloženou hlavou do předklonu (nesmí dojít k záklonu hlavy, aby sutura a rána nebyla zatížena přílišným tahem). Dodržuje klid na lůžku, *zdravotní sestra se stará o časnou měnu polohy, časnou mobilizaci operovaných*, prevence dekubitů změnou polohy nemocného po 48 hodin a vertikalizace, pokud nejsou komplikace zdravotního stavu, po 12 hodinách (posazení do křeska), plná mobilizace do 48 hodin (chůze s asistencí). **Dekubity** (proleženiny, riziko vzniku se hodnotí podle rozšířené stupnice Nortonové)<sup>1</sup>, které ohrozí nepohyblivého či málo pohyblivého nemocného, důležitá prevence vzniku (hygiena, polohování, vhodné pomůcky), při již vzniklém dekubitu ošetření dle stupně dekubitu, (37) provádí se ošetřovatelský záznam o chronické ráně a defektu, kde se hodnotí i celkový stav nemocného (fyzický, psychický). Prevencí trombózy a tromboflebitidy jsou cviky na lůžku, především cvičení s dolními končetinami, rychlá mobilizace nemocných, či i antikoagulační léčba,

➔ **průběžně se hodnotí funkční úroveň nemocného**, která zahrnuje základní denní aktivity (kód 0: plně soběstačný, 1 potřebuje pomocné prostředky, 2 potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci, 3 potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky, 4 je závislý na tělesné aktivitě se nepodílí) (18) a zdravotní sestra pomáhá k obnovení jeho soběstačnosti (10),

➔ **kontinuálně se sleduje akutní bolest**, zaznamenává se hodnocení bolesti ověřené v průběhu času vizuální analogovou škálou, Visual Analogue Scale, VAS, která je 10 či 5 stupňová od žádné bolesti po nesnesitelnou, dále zjišťuje se, kde to bolí, jak (bolest tupá, pálivá, řezavá atd.). Dále medikace, dávka, čas a způsob aplikace. Na některém pracovišti se uplatňuje tzv. Patient-Controlled Analgesia, pacientem

kontrolovaná analgezie v prvních pěti až třech dnech, kdy si nemocný upravuje dávku analgetik sám (existuje forma nitrožilní či epidurální analgesie), např. tlačítkem, nelze se předávkovat, poté se přechází v případě pokračující bolesti na analgetika per os (21).

➔ **podává se oxygenoterapie**, kyslík se dodává v množství podle saturace u nemocných spontánně dýchajících přes kyslíkovou mušlí (dětská kyslíková maska) u ostatních přes umělou plicní ventilaci. Saturace se zjistí pulzním oxymetrem umístěným na prstu nemocného (SpO<sub>2</sub>) (33)<sup>i</sup>, či informace o účinném dýchání získáním vyšetřením Astrupem, acidobazická rovnováha: parciální tlak kyslíku (špatné, když nižší než 13 kPa<sup>i</sup>), oxidu uhličitého (norma 5 kPa), (19) nemocný má zajištěnou nebulizaci (zvlhčení kyslíku dodávaném v různém poměru) s ohřevem do volného pole či napojením přes kanylu tryskovou nebo podpůrnou ventilací, oxygenoterapie (podávání kyslíku zvlhčovaného, teplého či studeného). *Inhalace* se podávají i přes firemně mikronebulizační soupravy s přesným dávkováním farmak. Je vhodné provádět tzv. *ambuing* (hluboké prodýchnutí) k prevenci atelektáz, (10) v prvních týdnech a měsících nastanou obtíže s tracheostomatem a dýchacími trubicí, např. silné zahlenění s kašlem, za několik měsíců se sliznice dýchacích cest a plic přizpůsobí novému dýchání a potíže se zmírní, více o péči o dýchací cesty viz v oddíle péče o tracheostomii v této kapitole,

➔ **zdravotní sestra odsává jako prevenci hromadění sekretů v tracheobronchiálním stromu a v tracheostomii za aseptických podmínek každé 2 až 4 hodiny hlen a krev z kanyly a průdušnice, úst** (prevence aspirace sekretů akumulovaných nad manžetou kanyly) (6), **kontroluje funkčnost tracheostomické kanyly** (jednorázová plastová s těsnicím balonkem)<sup>i</sup> **a kvalitu, kvantitu dechu a případné projevy dechové tísně** (cyanóza, namáhavé dýchání) (11) **a obstrukce dýchacích cest** (stridor, dyspnoe (dušnost), zvýší se plus a dechová frekvence). Umělohmotná jednorázová plastová kanyla s těsnicím balonkem se vypouští ne dříve než za dvě hodiny, (2) balonek následuje pohyby krku, je neprodyšný vůči všem plynům, používá se i během anestezie, naplněn vzduchem na hodnotu 25-30 torrů – hodnota kapilárního perfúzního tlaku) (17) a opatřená odsávací cévkou, která odsává zateklý sekret v oblasti nad těsnicí manžetou s uzavřeným odsávacím systémem Trach-care, je po operaci 2.-5. den vyměněna operátorem za kovovou, (udává se i 7-10 dní) (6) pak výměna po 24 hodinách,<sup>i</sup> (poutá se úzkým obinadlem, bílým bavlněným tkalounem, fixačním páskem za okraje kanyly), kanyly se v nemocničním prostředí sterilizují (plastové studená sterilizace, kovové horkou parou), v domácím dezinfikují. Během dne se doporučuje kdykoli vyměnit vnitřní díl kanyly, kanyla se jinak mění jednou denně (9) – nejlépe ráno po snídani, odsáváme v polosedě, nutíme k odkašlání do buničité vaty (19). Po vytvoření tracheostomie není vzduch zahřátý a zvlhčený, sliznice reaguje překrvením a zvýšenou tvorbou hlenů (dráždivý a bolestivý kašel, může se objevit strach z dušení, vykašlávání sputa do dálky - chránit stoma buničinou, dětskou plenou, sestra stojí k nemocnému bokem, ne čelně), toaleta dýchacích cest se často pak zajistí toaletu dýchacích cest odsáváním (šetrné, krátké, kruhovitým pohybem při vytahování sterilní cévky, mít aspoň jednu sterilní rukavici, před odsátím instilace 1-5 mililitrů Vincentky či fyziologického roztoku, nemocný odkašle) (19) s prevencí poranění sliznice trachey (zadní stěna, stěna bifurkace) a bronchů, nacvičuje se expektorance v polosedě s pokrčenými končetinami (24). Provádí se zvlhčování vdechované směsi (aktivní: zástřiky, pasivní: nebulizace, umělý nos, modifikace přes antibakteriální filtry, volné překrytí otvoru tracheostomie trvale zvlhčeným čtvercem gázy, nezvlhčovat pokud se pak nemocný po propuštění pohybuje na mrazu) (11), případně se směsí sekretolytik a expektorancí či kortikosteroidů, podle potřeby jsou aplikována mukolytika a kortikosteroidy celkově. Pravidelně se čistí a vyměňuje kanyla, pozorují se projevy dechové tísně, vysvětluje škodlivost kouření, pravidelně se odsávají dýchací cesty (25). K usnadnění odvodu sekretu, proti tvorbě krust se užívá laváží, zakapávání Sanorin, Mistabron amp., či Mistabron s Vincentkou 1:10 do průdušnice do stomatu ředěný 1:1 fyziologickým roztokem (25), při traumatizaci stěn dýchacích cest může dojít ke krvácení, tvorbě krust až stenózám. Tracheostomie může být spojena s řadou *časných i pozdních komplikací*. Některé komplikace mohou vzniknout v důsledku nedostatečné či chybné ošetrovatelské péče (9).<sup>i</sup>

**Plicním komplikacím předcházíme dechovou rehabilitací**, nemocný se naučí již na oddělení před operací, dechovými cviky (hluboce dýchat každé 4 hodiny), nucení k odkašlávání polohovou plicní drenáží (proti plicním atelektázám, aspirační pneumonii, plicním abscesu). Tracheostoma je jedinou možností dýchání, pokud se uzavře, tak se k nemocnému dostává minimálně vzduchu či vůbec, proto nemocný trpí obavami z dušení, prožívá stres, potřebuje psychickou podporu, průchodnost kanyly se hodnotí pohledem (zvedá se hrudník), sluchem (slyšitelné fenomény), pohmatem (zvedá se hrudník, pokud dáme ruku před kanylu vydechovaný vzduch má slabý proud), jako jeden aspekt, z kterého nemocní benefitují, je zmenšení mrtvého prostoru při dýchání tracheostomickou kanylou, (15) lze i provést poslech plic. *Tracheostomickou kanylu (v anglosaské literatuře se rozlišuje tracheostomická (velikost 3-14) a laryngektomická silikonová kanyla (LaryTube, které jsou standardní, fenestrované a s kroužkem, jsou kratší a s větším průměrem, velikost 6-11, péče je o ně stejná jako o tracheostomickou kanylu) (35). Kanyly mají nosit v začátcích všichni nemocní (i když někteří lékaři to nedoporučují, protože bez kanyly je údajně stoma v lepším stavu a bez iritace) (35), než se jim stabilizuje velikost stomatu (údaje tvrdí 3-6 měsíců) (6), pokud se však zužuje a objevují se problémy s dýcháním, musí ji nosit dlouhodobě (často na noc) nebo stále, více o péči o tracheostomii viz níže v odstavci Péče o tracheostomii a pomůcky pro laryngektomovaného,*

➔ **při péči o dutinu nosní a ústa postupuje asepticky, atraumaticky**, výtěry úst se provádí Corsodylen, borglycerinem, stopanginem, komerčními štětičkami s různými příchutěmi. Hygiena úst se provádí třikrát denně. Do dutiny nosní podávat medikace podle ordinace lékaře, např. míchané nosní kapky, dekonjestiva, které uvolní průchod nosem při zduření sliznice vyvolané alergií či nachlazením, kvůli



subjektivnímu pocitu nemocného: plný nos a vysychání sliznice dutiny nosní. Lidé často mají pocit suchých úst (zvláště po radioterapii), dobré je čistit zuby pastou s fluoridem, kloktat jedlou sodu (1 čajová lžička soli a 1 čajová lžička jedlé sody ve čtvrt litru vody) (6),

➔ **péče o ránu a tracheostoma: nemocný má obvaz kolem krku s mírnou kompresí rány** jako prevence otoku krku, který se kontroluje, zda neprosakuje, komprese klade fyziologický tlak na kůži, aby nevznikl *kompartement syndrom*<sup>1</sup> kvůli nedostatečné drenáži rány či nadměrnému tlaku na povrch kůže - např. při utaženém obvazu, který omezuje průtok krve tkáněmi, jeho klinickými projevy jsou prosáknutí okolí rány, vznik ohraničené kolekce tekutiny, či ischemie, nekróza. **Krev odvádí podtlaková drenáž (1-3) např. dle Redona Josta** (jiné drenážní systémy jsou Davol, Hemovac, Jackson-Pratt s kontinuálním negativním tlakem 80-120 mmHg) (6), sleduje se typ, lokace, množství a charakter sekretu: funkčnost drénu (zda odvádí a zaznamenává se kolik sekretu a vzled: sanguinózní, serosanguinózní, purulentní (s hnisem), serózní zrnitý s bublinkami vzduchu, zapáchá (zřejmě vznik faryngokutánní fistuly). Kontrola prvních 24 hodin po jedné či dvou hodinách, pak po čtyřech a osmi hodinách či jak je potřeba dle okolností), množství sekretu v drenáži v prvních 16 hodinách má být kolem 100 ml – 300 ml. Drenáž rány se zavádí proto, aby se netvořily hematomy (poperační zajištění odtoku tkáňového moku a kapilárního krvácení), nechává se dokud odvádí (tj. 5-10 dní), klasický drén se odstraní při nekomplikovaném hojení po poklesu odsávaného sekretu pod 10-20 (uvádí se i 30 In (6)) ml za 24 hodin (24). V USA se používá tzv. Hemovac (plastický odpadový sáček se dvěma odvodnými drenážními hadičkami, zůstává 3 dny), který udržuje konstantní kontinuální odvod sekretů z rány a brání případnému tlaku na kožní lalok. Hodnotí stav kůže v okolí (barva, místní teplota, alergické projevy) (6).

Po totální laryngektomii je objem krku po odejmutí hrtanu menší, sleduje se vlastní obvaz rány, při převazech operační rány se dodržují zásady asepse, cílem obvazu je sterilní krytí a odpovídající komprese operační rány s vytvořením fyziologického tlaku na kůži (8-15 mmHg), ne přílišné či malé utažení obvazu. Obvazová komprese se přizpůsobuje stavu a hojení rány (24). **Každých 12 či 24 hodin je převaz rány, sleduje se stav rány: sutura (šev), zda nevzniká: zánět, nekróza, píštěl atd., při infekci rány (erytém, hnis, zvýšená teplota) či dehiscenci (rozpad rány, porušení stehů a rozestup okrajů rány) se uplatňuje hojení novými materiály, např. vlhké hojení ran, pokud je stav vážnější nastupuje radikální léčba: ATB, chirurgický zásah atd.** Pokud nemocný podstoupil radioterapii před operací je zhoršená kvalita tkáně, která se obtížněji hojí, sekundárně (dochází k dehiscenci, vzniká faryngokutánní fistula), sleduje se barva, teplota kůže, kapilární návrat, výskyt zatvrdnutí (6), primární hojení rány neprovází komplikace. **Převaz po totální laryngektomii:** tracheostoma se hodnotí jako septická rána, výměna se provádí nejméně 2 x denně, podle potřeby i častěji. První převaz by měl provést lékař (operatér), který tracheostomii prováděl a odborně posoudí tracheostoma (9).

**Okolí tracheostomatu** se ošetřuje indierentní masť - prevence macerace (kožní povrch v okolí tracheostomie se rychle osidluje bakteriemi), např. Pityol, Menalind, podkládá nastříženým sacím mulem (čtverec zhruba o velikosti 10 krát 10cm - pod něho se může dát při pozdější péči na standardním oddělení tzv. gumová zástěrka, čtvereček z igelitu, brání maceraci kůže vlivem produkce sekretů, hlavně hlenů, mění podle potřeby při znečištění a prosáknutí), ochrannou speciální rouškou firmy Coloplast s prodlouženou dobou výměny (za 7 dní), či zastříkujícím ochranným Cavilon sprayem.<sup>1</sup> Při zarudnutí, dehiscenci stomatu se doporučuje ošetření dezinfekčním prostředkem a aplikovat přípravky moderní obvazové techniky, které jsou vhodné i pokud je stoma pokryto tenkými nebo silnými povlaky (13). *Domácí péče o tracheostoma:* ochranná pasta - prevence macerace kůže, dezinfekce, krytí sterilními čtverci. A případně další pomůcky (9).

➔ **případné sledování stavu přeneseného kožního laloku po rekonstrukčních operacích** - v časném pooperačním období je normální mírný erytém a zatvrdnutí. Pokud trvá dále, je potřebná incize, při zánětu hnisavá sekrece, při infekci otok, krvácení, rozpad rány (6),

➔ **stav po radikální krční disekci:** odebrání nervu XI (accessorius, n. XI) - způsobí diskomfort: bolest, pokles ramene, atrofii trapeziového svalu zdvihajícího rameno a paži (např. nelze se učesat), m. trapezius je stabilizátor a fixátor lopatky, zdvihá rameno, paži nad horizontálu, vytáčí dolní úhel lopatky zevně a tahne ji dolů, inervován z n. XI). Kontaktujeme fyzioterapeuta k možnosti nacvičení náhradního způsobu této ztracené funkce ostatními svaly, cvičí se třikrát denně posilovací cvičení. Když je odebrán musculus sternocleidomastoideus, (kývač či zdviháč hlavy, otáčí obličej na protilehlou stranu, inervace n. accessorius), tak má ze začátku nemocný problémy zvednout hlavu z polštáře, musí dát za hlavu obě ruce spojené propletenými prsty, aby ji zvedl.

➔ **platí nic per os po dobu zavedení nasogastrické sondy** (proplachuje se tekutinou, prevence aspirace při kmení je poloha vsedě), kontroluje se její funkčnost a fixaci, je zavedena podle stavu hojení rány, zhruba 10 (8-14) dní, někdy se úplné zhojení polykacích cest ověřuje rentgenovým vyšetřením polykacího aktu. Zakuckávání není možné, dýchací a polykací cesty jsou od sebe odděleny (30). Výživa splňuje optimální kalorický příjem, podílí se i na hojení rány (konzultace s nutričním terapeutem atd.). Nemocný je upozorněn, že pokud má výživnou cévku, nesmí si dávat do úst protézu, nevyplachovat ústa, čistit zuby, nic pít, protože hltan je uzavřen stehy,<sup>(4)</sup> První pooperační den se dávají tekutiny (např. Nutrison Standard 2000 ml a čaj s Anacidem kontinuálně přes enterální pumpu, později bolusově Janetovou stříkačkou, později si poučený nemocný provádí sám), od druhého dne mixovaná strava, kašovitá (bramborová kaše), i zmrzlina, měkká strava (10). Zaznamenává se tolerance k jídlu (nauzea, nucení na zvracení), schopnosti polykat. Při prvním polknutí bez sondy nemocný zdržuje dech, ohne hlavu a posune malé sousto k jedné straně ke koření jazyka, polkne. Pokud má nemocný problémy s polykáním, např. kvůli otoku, fyzioterapeut ho naučí techniky polykání (6).



➔ **o pomůckách pro laryngektomované a výživě viz Přílohu č. 8.**

**Na běžném oddělení** (dle jeho možností péče o nemocného) přichází nemocný 2.<sup>1</sup> den až týden po provedené operaci. V případech bez komplikací odchází nemocný zhruba za dva týdny domů. Komplikací je např. faryngokutánní píštěl, kdy se nezhojí sutury polykacích cest a sliny odchází z hltanu na povrch kůže, aplikuje se konzervativní léčba – kompresivní převazy, farmakologické snížení produkce slin či chirurgicky píštěl uzavřít, často z velkého prsního svalu se odebere stopkatý lalok (27). U některých nemocných může docházet v průběhu 2-3 dní po výkonu ke zvýšené sekreci z dýchacích cest, která poté klesá na předoperační úroveň. I při správně prováděné péči může někdy dojít k náhle vzniklé obstrukci dýchacích cest, která je způsobena přítomností hlenové zátky (nebo krevním koagulem) v tracheostomické kanyli, méně často v průdušnici. Ve většině případů je možné odstranění zátky odsávací cévkou, případně pomocí flexibilního bronchoskopu. V některých případech je ale nutné odstranění tracheostomické kanyly, kontrola průdušnice rigidní optikou nebo bronchoskopem a následně zavedení nové kanyly. Pooperační péče je důležitá v prevenci infekce. Základem je pečlivá toaleta operační rány za sterilních podmínek (9). Návčik výměny tracheostomické kanyly probíhá např. 9. den, nic per os, stále jen přes NGS (např. Nutrison Peptin, 1500 ml), 12. pooperační den návčik polykání čirých tekutin podél NGS (fyziologický roztok), zapisuje se příjem tekutin per os., 15. den příjem kaše podél NGS, následně odstranění NGS. 16. den: dieta 3, nemocný před propuštěním do domácí péče zvládá péči o tracheostomickou kanylu, dýchací cesty, tracheostoma. Nemocného poučíme o hygieně dutiny nosní a ústní, zákazu kouření, nošení hygienických kapesníků či dětské pleny k zachytu hlenů, vlastnit doma trvale připravenou jednu náhradní kanylu k výměně (vhodné 2 krát denně) (19). S sebou dostane 2 kovové tracheostomické kanyly k pravidelné denní výměně, po stabilizaci tracheostomatu může fungovat i bez kanyly, má i jednu plastovou na radioterapii a základní pomůcky pro péči o tracheostomii, (31) je informován o pravidelných kontrolách ORL lékaře, onkologa a dalším léčebném postupu a rehabilitaci, např. hlasová: (1) lze pomocí rtů, spodní čelisti a jazyka šeptat, je možné se naučit srozumitelné a hlasité řeči, jícnovou řeč si osvojí zhruba za tři až čtyři měsíce. Pokud nemocný nastoupí lázeňskou léčbu, zde by měl mít k dispozici logopeda. Odstranění hrtanu znamená velkou šanci k zábráně nového růstu nádoru, tato operace znamená velkou změnu v životě nemocného. Je důležité v prvních měsících a letech navštěvovat lékařské kontrolní prohlídky k rozpoznání recidivy nádoru, pak lze zasáhnout léčebně radioterapií, chemoterapií. Důležité je i pravidelně chodit na prohlídky k zubnímu lékaři kvůli častým problémům v dutině ústní. Po ukončení terapie má nemocný absolvovat lázeňský pobyt v délce aspoň čtyři týdny, která přispěje ke zlepšení celkového stavu (v Německu uhradí tři lázeňské pobyty v rozmezí tří let po konci léčby, při recidivě i po třech letech lze získat tento pobyt) (30). *Nemocný by měl odcházet s identifikačním náramkem či kartičkou, že dýchá jen krkem (ne nosem či ústy, v Americe dává Americká onkologická společnost), kde je např. uveden popis první pomoci u laryngektomovaného, a také se jménem a kontaktem na odpovědnou osobu, která se uvědomí v případě tísňové události* (např. důležité i při silniční kontrole, nemocný nemůže foukat do trubičky testu na alkohol) (35).

**■ Ambulantní péče praktického lékaře:** pokud nemocný nezvládá péči o tracheostoma a je nesoběstačný lze zajistit péči agentur home care (doporučí praktický lékař), která je bezplatná. Praktický lékař je informován, že nemocný má mít průběžně vybavení pomůckami: Pityol mast, Mistabron inj., parafínový olej, Sekusept dezinfekce, podložení pod kanylu, je vybaven dvěma kanylami, čistícím kartáčkem a příslušenstvím ke kanyli, léky a seznamem pomůcek, v případě nejasností kontakt na oddělení ORL, kde byl nemocný operován. Role zdravotní sestry zde je v terciální prevenci: kdy nemoc již propukla, nyní již výchova k využití možností ke zdravému způsobu života, vyhnout se komplikacím. Upozornit nemocné o možnosti např. vzniku tracheobronchitidy díky nedostatečné vlhkosti sliznic úst a nosu (nosit zvlhčený mul před tracheostomatem, zvlhčovat vzduch v bytě) (5).

**■ Péče o nemocného podstupující ozařování a chemoterapii**

Zdravotní sestra na onkologickém oddělení edukuje nemocné o výkonech, které je schopná provádět, seznámí nemocného s oddělením, frekvencí léčby a způsoby podáním, např. cytostatik, vedlejších účinků a radí, jak se má nemocný zachovat, vybavuje ho informačními letáčky s čísly, kde najde nemocný radu přes den a noc nonstop, objednává nemocné, asistuje při vyšetření nemocného, provádí odběry biologického materiálu a zajišťuje transport do laboratoře, vede dokumentaci o průběhu léčby, eviduje laboratorní výsledky, hlásí případné potíže nemocného. V ambulantní složce, např. pracoviště ambulantní chemoterapie, přispívá ke zlepšení kvality života nemocného, většinou se o nemocného stará jedna sestra, v průběhu aplikace chemoterapie si nemocný může číst, sledovat televizi atd. (23). Zdravotní sestra se stará o vedení zdravotnické dokumentace, sleduje frekvenci vyšetření, objednává nemocné k pravidelným kontrolám, dispenzarizované nemocné, kteří se nedostaví v určený termín, vyzývá ke kontrole (22). U těch nemocných, kteří nemluví se zajistí dostatek psacích potřeb. Instruují se o způsobu ochrany, protože otevřené dýchací cesty jsou zdroj potenciálních nákaz. U těchto nemocných je postižení zjevné a často se projevují agresivně (vliv sociálně slabší vrstva a abúzus alkoholu). Onkologická léčba je náročná. Při ozařování dochází k postižení okolní kůže a sliznic dutiny ústní, (25) kolem 10.-15. frakce dochází k zarudnutí a vysušení kůže, používá se kalciová mast po ozařovacích frakcích, betadine mast, k ochraně macerace kůže se používá Cavilon ve spreji, stříká se na celý krk, dozadu i za uši od začátku ozařování, mažeme jeden den před zářením večer. Během ozařování dýchací cesty otečou, chceme vyměnit umělohmotnou kanylu a nejde to, musí se vložit kanyla menší, aplikuje se zároveň Hydrokortizon v infúzi ke zmenšení otoku. Kanyla se připevňuje speciálním molitanovým límcem, který nedráždí spálenou pokožku. Nemocný ztrácí tekutiny a kachektizuje, provádí se tedy dohled nad příjmem tekutin a usnadnění



4. AKTIVITA- ODPOČINEK	<i>spánek-odpočinek</i>  <i>energetická rovnováha</i>	<b>00095 porušený spánek</b>  <b>00093 únava</b>	- stěžování na nedostatek spánku  - neschopnost načerpat energii spánkem - nedostatek energie - unavenost, ospalost	- psychogenní faktory: vtíravé myšlenky, strach a úzkost, životní změna, únava  - psychogenní faktory: stres, úzkost, deprese, - situační faktory: negativní životní události - tělesné faktory: onemocnění
5. VNÍMÁNÍ-POZNÁVÁNÍ	<i>komunikace</i>	<b>00051 zhoršená verbální komunikace</b>	- chrapot, mluví s obtížemi, - potíže se srozumitelností	- nádorové onemocnění
6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	-	-	-	-
7. VZTAHY	<i>rodinné vztahy</i>	<b>00063, dysfunkční život rodiny s alkoholismem</b>	- porušená role rodiny-chronické rodinné problémy- nedostatek soudržnosti - zanedbávání povinností- závislost, návyk na alkohol	- návykové pití alkoholu
8. SEXUALITA	-	-	-	-
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	<i>reakce na zvládnutí zátěže</i>	<b>00148 strach</b>  <b>00146 úzkost před operací</b>	- zvýšená tenze, rozrušenost, sklon k panice  - behaviorální znaky: nepokoj, neklid, insomnie - afektivní: nervozita, nejistota, obavy, úzkostlivost - tělesné: nechutenství, slabost, porucha spánku, únava	- operace a její důsledky, onemocnění  - situační krize, stres, ohrožení smrtí
10. ŽIVOTNÍ PRINCIP	-	-	-	-
11. BEZPEČNOST- OCHRANA	<i>tělesné poškození</i>	<b>00048 poškozená dentice</b>	- nadměrné množství zubního plaku a zubního kamene - káty kořenů nebo korunek zubů - zápach z úst - změny barvy zubní skloviny - ztráta zubů, chybění zubů - ulomené zuby či zub	- neúčelná ústní hygiena - překážky v dosažitelnosti či ekonomické překážky, které brání profesionální péči o dutinu ústní - nutriční deficity - dietní návyky - genetická predispozice - medikace ovlivňující stav zubů - chronické zvracení - chronické užívání tabáku, pití kávy, čaje, červeného vína - nedostatečné znalosti o ústní hygieně
12. KOMFORT	<i>tělesný komfort</i>	<b>00132 akutní bolest</b>	- sdělení či označení bolesti - autonomní reakce (pocení, změny zvýšení krevního tlaku, dýchání) - částečný vliv na poruchu spánku	- onemocnění
13. RŮST/VÝVOJ	-	-	-	-

b) Ošetrovatelské bezprostřední pooperační diagnózy po totální laryngektomii (18)

Diagnostická doména	Třída	Číselný kód a ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky/ Rizikové faktory	Související faktory
1. PODPORA ZDRAVÍ	-	-	-	-
2. VÝŽIVA	<i>hydratace</i>	<b>00027 deficit tělesných tekutin</b>	-slabost -žízeň -suchá kůže nebo sliznice -snížená žilní náplň -změny psychického stavu -zrychlený pulz, snížený krevní tlak	-aktivní ztráta tělesných tekutin (operace, krvácení, zvracení..)
3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	<i>respirační funkce</i>	<b>00030 porušená výměna plynů</b>	- neklid - tachykardie - hyperkapnie - hypoxie - dušnost: obturace lumina kanyly krevními koaguly či sekretem, což vede k částečné či neúplné neprůchodnosti s poklesem saturace kyslíku a hypoxií - nedostatek informací o bezpečnostních a preventivních opatřeních (při výměně kanyly) - neefektivní průchodnost dýchacích cest	- nerovnováha mezi ventilací a perfúzí
4. AKTIVITA-ODPOČINEK	<i>spánek-odpočinek</i>  <i>energetická rovnováha</i>  <i>sebepéče</i>	<b>00095 porušený spánek</b>  <b>00093 únava</b>  <b>00108 deficit sebepéče při koupání a hygieně</b>  <b>00110 deficit sebepéče při vyprazdňování</b>	- stěžování na nedostatek spánku  - neschopnost načerpat energii spánkem - nedostatek energie - unavenost, ospalost  - neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části, osušit se - přemístit se do koupelny nebo z ní - neschopnost či omezená péče o dutinu ústní a okolí tracheostomatu  - neschopnost přemístit se na toaletu či pojízdný klozet	- psychogenní faktory: vtíravé myšlenky, strach a úzkost, životní změna, únava  - psychogenní faktory: stres, úzkost, deprese, - situační faktory: negativní životní události - tělesné faktory: onemocnění  -bolest -vyčerpánost nebo únavnost -dyskomfort (nepohodlí)  -bolest -zhoršená pohyblivost -vyčerpánost
5. VNÍMÁNÍ-POZNÁVÁNÍ	<i>kommunikace</i>	<b>00051 zhoršená verbální komunikace</b>	- ztráta hlasu, dosud neosvojení si způsobu řeči náhradními hlasovými mechanismy	- nádorové onemocnění

6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	<i>tělesný obraz</i>	<b>0018 porušený tělesný obraz</b>	-roztrpčení ze svého zevnějšku -vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání si změny objektivní znaky: chybí část těla,zapojování se do společnosti je jiné než dříve subjektivní: má negativní pocity z vlastního těla, obava z odmítnutí lidmi	- operace
7. VZTAHY	<i>rodinné vztahy</i>	<b>00063, dysfunkční život rodiny s alkoholismem</b>	- porušená role rodiny-chronické rodinné problémy- nedostatek soudržnosti - zanedbávání povinností- závislost, návyk na alkohol	- návykové pití alkoholu
8. SEXUALITA	-	-	-	-
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	<i>reakce na zvládání zátěže</i>	<b>00148 strach z budoucnosti</b>  <b>00146 úzkost po operaci</b>	- zvýšená tenze, rozrušenost, sklon k panice  - behaviorální znaky: nepokoj, neklid, insomnie - afektivní: nervozita, nejistota, obavy, úzkostlivost - tělesné: nechutenství, slabost, porucha spánku, únava	- operace, onemocnění  - situační krize, stres, ohrožení smrtí
10. ŽIVOTNÍ PRINCIP	<i>soulad hodnot, přesvědčení a činů</i>	<b>00067 riziko duchovní nouze</b>	- tělesné faktory: tělesné onemocnění - nadměrné užívání léčiv či nadměrné pití alkoholu - chronické onemocnění - psychosociální: nízká sebeúcta, deprese, úzkost, stres, oslabené vztahy - vývojové faktory: životní změny	- operace

11. BEZPEČNOST- OCHRANA	<i>infekce</i>	<b>00004 riziko infekce</b>	- invazivní procedury (operace, i.v. vstupy, tracheostoma) · destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenů z okolí · malnutrice · imunosuprese	- operace
	<i>tělesné poškození</i>	<b>00044 porušená tkáňová integrita</b>	-poškozená nebo zničená tkáň (sliznice, kožního systému, podkoží)	- operace
		<b>00031 neefektivní průchodnost dýchacích cest</b>	- dyspnoe, neklid - produkce sputa -cyanóza -změny dechového objemu a rytmu	-obstrukce dýchacích cest (zadržena sekrece, překrvená sliznice) -umělé dýchací cesty
		<b>00087 riziko perioperačního poškození</b>	-dezorientace, ztráta schopnosti vnímat čas, prostor a vlastní vztahy v nich -vyčerpanost -svalová slabost	- operace
		<b>00039 riziko aspirace</b> <b>00036 riziko udušení</b>	· chirurgický zákrok v krku v podobě tracheostomie  · onemocnění nebo poškození (riziko obstrukce, stenózy)	- operace
12. KOMFORT	<i>tělesný komfort</i>	<b>00132 akutní bolest</b>	- sdělení či označení bolesti - autonomní reakce (pocení, změny zvýšení krevního tlaku, dýchání) - částečný vliv na poruchu spánku	- operace
13. RŮST/VÝVOJ	-	-	-	-

c) Ošetrovatelské diagnózy v následném období po totální laryngektomii (18)

Diagnostická doména	Třída	Číselný kód a ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky/ Rizikové faktory	Související faktory
---------------------	-------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------

1. PODPORA ZDRAVÍ	<i>management zdraví</i>	<p><b>00078 neefektivní léčebný režim</b></p> <p><b>00099 neefektivní podpora zdraví</b></p> <p><b>00162 ochota ke zlepšení léčebného režimu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ke splnění léčebných cílů volí neúčelné činnosti</li> <li>- neredukuje rizikové faktory progresu onemocnění a jeho následků</li> <li>- má potíže sladit preventivní opatření s léčbou</li> <li>- léčebná opatření do svého denního života nezahrnul</li> <li>- nepřijme odpovědnost za své zdraví</li> <li>- nedostatečné znalosti o základních zdravotních praktikách</li> <li>- porušený individuální přístup k podpoře zdraví</li> <li>- nemocný si přeje lépe zvládat léčbu onemocnění a prevenci komplikací</li> <li>- volí denní činnosti na podporu léčby nebo prevence onemocnění</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deficit sociální podpory</li> <li>- bezmocnost</li> <li>- nedůvěra k léčebným či ošetrovatelským opatřením nebo ke zdravotnickému personálu</li> <li>- deficit ve znalostech, složitost léčebných opatření</li> <li>- nevhodné rodinné zvyky v oblasti zdravotní péče</li> <li>- konflikt v rodině</li> <li>- na nemocného a rodinu jsou kladeny vysoké požadavky</li> <li>- výrazné ekonomické potíže</li> <li>- konflikt v rozhodování</li> <li>- neefektivní zvládání zdravotní zátěže nebo situace v rodině klienta</li> <li>- nedostatek schopností záměrně konat a přemýšlivě hodnotit</li> <li>- nedostatek hmotných prostředků</li> </ul>
2. VÝŽIVA	<p><i>přijímání potravy</i></p> <p><i>hydratace</i></p>	<p><b>00002 nedostatečná výživa</b></p> <p><b>00103 porušené polykání</b></p> <p><b>00028 riziko deficitu tělesných tekutin</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o 20% nižší tělesná hmotnost, než je ideální vzhledem k výšce</li> <li>- denní příjem potravin menší než doporučený</li> <li>- úbytek váhy i přes přiměřený příjem potravy</li> <li>- neschopnost přijímat potravu</li> <li>- změna chuti k jídlu, averze, nezájem</li> <li>- abnormality v hltanové fázi polykacího reflexu</li> <li>- potíže při polykání (kašláním, dušením)</li> <li>- slabost</li> <li>- žízeň</li> <li>- suchá kůže nebo sliznice</li> <li>- snížená žilní náplň</li> <li>- změny psychického stavu</li> <li>- zrychlený pulz, snížený krevní tlak</li> <li>- zvýšené ztráty tekutin přirozenými cestami: průjem, zvracení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- biologické či ekonomické důvody</li> <li>- mechanická obstrukce (otok)</li> <li>- abnormality orální a orofaryngeální</li> <li>- aktivní ztráta tělesných tekutin (operace, krvácení, zvracení..)</li> </ul>

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	<i>gastrointestinální funkce</i>	<b>00013 průjem</b>  <b>00011 zácpa</b>	- vodnatá stolice minimálně třikrát za den - velmi naléhavá potřeba se vyprázdnit - bolest a křeče břicha  - hrubá, suchá, formovaná stolice - neschopnost se vyprázdnit - vzduché břicho	- psychogenní: vysoká míra stresu a úzkosti - situační faktory: alkoholový abúzus, krmení sondou, nežádoucí účinky léčiv - tělesné faktory: zánětlivá onemocnění v gastrointestinálním traktu - malaabsorpce  - nežádoucí projev chemoterapie, dehydratace
4. AKTIVITA-ODPOČINEK	<i>aktivita-pohyb</i>  <i>spánek-odpočinek</i>  <i>energetická rovnováha</i>  <i>sebepéče</i>	<b>00100 opožděné pooperační zotavení</b>  <b>00095 porušený spánek</b>  <b>00093 únava</b>  <b>00108 deficit sebepéče při hygieně (péče o dutinu ústní a tracheostoma)</b>	- narušené hojení operované oblasti - ztráta chuti k jídlu - potřebuje dopomoc v péči - únava - bolest/dyskomfort - odložení návratu k práci/zaměstnání - rekonvalescence vyžaduje více času  - stěžování na nedostatek spánku  - neschopnost načerpat energii spánkem - nedostatek energie - unavenost, ospalost  - neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části, osušit se - přemístit se do koupelny nebo z ní - neschopnost či omezená péče o dutinu ústní a okolí tracheostomu	- psychogenní faktory: vtíravé myšlenky, strach a úzkost, životní změna, únava  - psychogenní faktory: stres, úzkost, deprese, - situační faktory: negativní životní události - tělesné faktory: onemocnění  - bolest - vyčerpanost nebo únava - dyskomfort (nepohodlí)
5. VNÍMÁNÍ-POZNÁVÁNÍ	<i>čítí</i>  <i>komunikace</i>	<b>00122 porucha smyslového vnímání, omezení či ztráta chuti a čichu</b>  <b>00051 zhoršená verbální komunikace</b>	- změna obvyklých reakcí na podněty  - ztráta hlasu, případně používání náhradních hlasových mechanismů	--změny ve smyslovém vnímání a přenosu vjemů - nedostatečné podněty z okolí  - nádorové onemocnění, odstranění hrtanu



6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	<i>sebepojetí</i>	<b>00054 riziko osamělosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- citové strádání</li> <li>- sociální izolace</li> <li>- tělesné strádání</li> <li>- fyzická izolace</li> </ul>	- operace
	<i>tělesný obraz</i>	<b>0018 porušený tělesný obraz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-roztrpčení ze svého zevnějšku</li> <li>-vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání si změny objektivní znaky: chybí část těla,zapojování se do společnosti je jiné než dříve subjektivní: má negativní pocity z vlastního těla, obava z odmítnutí lidmi</li> </ul>	- operace
7. VZTAHY	<i>rodinné vztahy</i>	<b>00063, dysfunkční život rodiny s alkoholismem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- porušená role rodiny-chronické rodinné problémy- nedostatek soudržnosti - zanedbávání povinností- závislost, návyk na alkohol</li> </ul>	- návykové pití alkoholu
	<i>vykonávání rolí</i>	<b>00052 poškozená sociální interakce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-dysfunkční či neúspěšná sociální interakce s vrstevníky, rodinou a okolím</li> <li>-neschopnost přijímat nebo předávat uspokojivý pocit sounáležitosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- komunikační bariéry</li> <li>- nedostatečné znalosti/dovednosti ke zlepšení komunikace</li> <li>-absence blízkých osob nebo vrstevníků</li> </ul>
8. SEXUALITA	<i>sexuální funkce</i>	<b>00065 neefektivní sexuální život</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- postrádání blízké osoby, zhoršení vztahu s blízkou osobou</li> </ul>	- operace
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	<i>reakce na zvládání zátěže</i>	<b>00070 oslabené přizpůsobení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-popírá změnu zdravotního stavu</li> <li>-zanedbává činnosti, které jsou prevencí budoucích zdravotních problémů</li> <li>-při tvorbě optimálního způsobu sebekontroly v péči o zdraví neúspěšný</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-nedostatek optimismu</li> <li>-intenzivní emoční vypětí</li> <li>-negativní postoje ke zdravému způsobu chování</li> <li>-absence sociální podpory pro změnu přesvědčení a praktik</li> <li>-nedostatek motivace ke změně chování</li> </ul>
		<b>00148 strach ze stavu po operaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zvýšená tenze, rozrušenost, sklon k panice</li> </ul>	- operace, onemocnění
		<b>00146 úzkost po operaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behaviorální znaky: nepokoj, neklid, insomnie</li> <li>- afektivní: nervozita, nejistota, obavy, úzkostlivost</li> <li>- tělesné: nechutenství, slabost, porucha spánku, únava</li> </ul>	- situační krize, stres, ohrožení smrtí
10. ŽIVOTNÍ PRINCIP	<i>soulad hodnot, přesvědčení a činů</i>	<b>00067 riziko duchovní nouze</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tělesné faktory: tělesné onemocnění</li> <li>- nadměrné užívání léčiv či nadměrné pití alkoholu</li> <li>- chronické onemocnění</li> <li>- psychosociální: nízká sebeúcta, deprese, úzkost, stres, oslabené vztahy</li> <li>- vývojové faktory: životní změny</li> </ul>	- operace

11. BEZPEČNOST- OCHRANA	<i>infekce</i>	<b>00004 riziko infekce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- invazivní procedury (operace, i.v. vstupy, tracheostoma)</li> <li>· destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenů z okolí <ul style="list-style-type: none"> <li>· malnutrice</li> <li>· imunosuprese</li> </ul> </li> </ul>	- operace
	<i>tělesné poškození</i>	<b>00044 porušená tkáňová integrita</b>	-poškozená nebo zničená tkáň (sliznice, kožního systému, podkoží)	- operace
		<b>00031 neefektivní průchodnost dýchacích cest</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dyspnoe, neklid</li> <li>- produkce sputa</li> <li>-cyanóza</li> <li>-změny dechového objemu a rytmu</li> </ul>	-obstrukce dýchacích cest (zadržovaná sekrece, překrvená sliznice) -umělé dýchací cesty
		<b>00039 riziko aspirace</b>	· chirurgický zákrok v krku v podobě tracheostomie	- operace
	<i>násilí</i>	<b>00036 riziko udušení</b>	· onemocnění nebo poškození (riziko obstrukce, stenózy kanyly)	- operace
		<b>00150 riziko sebevraždy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- situační faktory: osamocenenost, ekonomická nestabilita, ztráta nezávislosti</li> <li>- tělesné faktory: choroby, nevyléčitelná onemocnění</li> <li>- psychologické faktory: alkoholismus</li> <li>- sociální: přerušování rodinného života, chabá podpora sociálním systémem, osamocenenost, beznaděj, zoufalství, bezmocnost, sociální situace</li> </ul>	
12. KOMFORT	<i>tělesný komfort</i>	<b>00133 chronická bolest</b>	- sdělení přítomnosti nebo klasifikace bolesti nebo výskyt pozorovatelných projevů	-chronická tělesná/psychosociální disabilita
	<i>sociální komfort</i>	<b>00053 sociální izolace</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- objektivní znaky: nepřítomnost blízké podporující osoby, projev nepřátelství v chování, klient nespolečenský, nekomunikativní, vyžaduje být sám/a, má poškozený stav zdravotní a sociální pohody, smutek</li> <li>- subjektivní znaky: pocity osamocení, odmítnutí, ztráta smyslu života pocit uje svou odlišnost od jiných osob, cítí se na veřejnosti nejistě</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- změny mentálního stavu</li> <li>- neschopnost dosáhnout spokojenosti v osobních vztazích</li> <li>- neakceptovatelné sociální a společenské hodnoty neadekvátní osobní zabezpečení</li> <li>- změny v tělesném zjevu</li> <li>- změny ve stavu zdraví a sociální pohody</li> </ul>
13. RŮST/VÝVOJ	-	-	-	-

d) Ošetrovatelské diagnózy v případě následné léčby chemoterapií a radioterapií (18)

Diagnostická doména	Třída	Číselný kód a ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky/ Rizikové faktory	Související faktory
---------------------	-------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------

1. PODPORA ZDRAVÍ	<i>management zdraví</i>	<p><b>00078 neefektivní léčebný režim</b></p> <p><b>00099 neefektivní podpora zdraví</b></p> <p><b>00162 ochota ke zlepšení léčebného režimu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ke splnění léčebných cílů volí neúčelné činnosti</li> <li>- neredukuje rizikové faktory progrese onemocnění a jeho následků</li> <li>- má potíže sladit preventivní opatření s léčbou</li> <li>- léčebná opatření do svého denního života nezahrnul</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nepřijme odpovědnost za své zdraví</li> <li>- nedostatečné znalosti o základních zdravotních praktikách</li> <li>- porušený individuální přístup k podpoře zdraví</li> <li>- nemocný si přeje lépe zvládat léčbu onemocnění a prevenci komplikací</li> <li>- volí denní činnosti na podporu léčby nebo prevence onemocnění</li> <li>- přání lépe podporovat své zdraví a sociální pohodu</li> <li>- nedostatek znalostí o podpoře zdraví</li> <li>- přání lépe ovládat své zdraví</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deficit sociální podpory <ul style="list-style-type: none"> <li>- bezmocnost</li> </ul> </li> <li>- nedůvěra k léčebným či ošetřovatelským opatřením nebo ke zdravotnickému personálu</li> <li>- deficit ve znalostech, složitost léčebných opatření</li> <li>- nevhodné rodinné zvyky v oblasti zdravotní péče</li> <li>- konflikt v rodině</li> <li>- na nemocného a rodinu jsou kladeny vysoké požadavky</li> <li>- výrazné ekonomické potíže</li> <li>- konflikt v rozhodování</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- neefektivní zvládání zdravotní zátěže nebo situace v rodině klienta</li> <li>- nedostatek schopností záměrně konat a přemýšlivě hodnotit</li> <li>- nedostatek hmotných prostředků - nezdravý životní styl vlivem požívání alkoholu či kouření</li> </ul>
-------------------	--------------------------	--	--	--

2. VÝŽIVA	<p><i>přijímání potravy</i></p> <p><i>hydratace</i></p>	<p><b>00002 nedostatečná výživa</b></p> <p><b>00103 porušené polykání</b></p> <p><b>00028 riziko deficitu tělesných tekutin</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o 20% nižší tělesná hmotnost, než je ideální vzhledem k výšce</li> <li>- denní příjem potravin menší než doporučený</li> <li>- úbytek váhy i přes přiměřený příjem potravy</li> <li>- neschopnost přijímat potravu</li> <li>- změna chuti k jídlu, averze, nezám, nechuf způsobená ozařováním</li> <li>- abnormality v hltanové fázi polykacího reflexu</li> <li>- potíže při polykání (kašlán, dušení)</li> <li>- slabost</li> <li>- žízeň</li> <li>- suchá kůže nebo sliznice</li> <li>- snížená žilní náplň</li> <li>- změny psychického stavu</li> <li>- zrychlený pulz, snížený krevní tlak</li> <li>- ztráta tekutin zvracením</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- biologické či ekonomické důvody</li> <li>- mechanická obstrukce (otok)</li> <li>- abnormality orální a orofaryngeální</li> <li>chemoterapeutická léčba</li> </ul>
3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	<i>gastrointestinální funkce</i>	<b>00013 průjem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vodnatá stolice minimálně třikrát za den</li> <li>- velmi naléhavá potřeba se vyprázdnit</li> <li>- bolest a křeče břicha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychogenní: vysoká míra stresu a úzkosti</li> <li>- situační faktory: alkoholový abúzus, léčebné ozařování, krmení sondou, nežádoucí účinky léčiv</li> <li>- tělesné faktory: zánětlivá nemocnění v gastrointestinálním traktu</li> <li>- malaabsorpce</li> </ul>
4. AKTIVITA-ODPOČINEK	<p><i>spánek-odpočinek</i></p> <p><i>energetická rovnováha</i></p> <p><i>sebepéče</i></p>	<p><b>00095 porušený spánek</b></p> <p><b>00093 únava</b></p> <p><b>00108 deficit sebepéče hygieně dutiny ústní a okolí tracheostomatu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stěžování na nedostatek spánku</li> <li>- neschopnost načerpat energii spánkem</li> <li>- nedostatek energie</li> <li>- unavenost, ospalost</li> <li>- neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části, osušit se</li> <li>- přemístit se do koupelny nebo z ní</li> <li>- neschopnost či omezená péče o dutinu ústní a okolí tracheostomatu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychogenní faktory: vtíravé myšlenky, strach a úzkost, životní změna, únava</li> <li>- psychogenní faktory: stres, úzkost, deprese,</li> <li>- situační faktory: negativní životní události</li> <li>- tělesné faktory: onemocnění</li> <li>- bolest</li> <li>- vyčerpanost nebo únava</li> <li>- dyskomfort (nepohodlí)</li> </ul>

5. VNÍMÁNÍ- POZNÁVÁNÍ	<i>komunikace</i>  <i>čítí-vnímání</i>	<b>00051 zhoršená verbální komunikace</b>  <b>00122 porucha smyslového vnímání: chutí</b>	- ztráta hlasu, dosud neosvojení si způsobu řeči náhradními hlasovými mechanismy  - změna obvyklých reakcí na podněty	- nádorové onemocnění  - změny ve smyslovém vnímání, v přenosu anebo sladění vjemů - nedostatečné podněty z okolí
6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	<i>tělesný obraz</i>	<b>0018 porušený tělesný obraz</b>	- roztrpčení ze svého zevnějšku - vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání si změny objektivní znaky: chybí část těla, zapojování se do společnosti je jiné než dříve subjektivní: má negativní pocity z vlastního těla, obava z odmítnutí lidmi - otoky, ztráta vlasů	- chemoterapie, radioterapie
7. VZTAHY	<i>rodinné vztahy</i>	<b>00063, dysfunkční život rodiny s alkoholismem</b>	- porušená role rodiny- chronické rodinné problémy- nedostatek soudržnosti - zanedbávání povinností- závislost, návyk na alkohol	- návykové pití alkoholu
8. SEXUALITA	<i>sexuální funkce</i>	<b>00065 neefektivní sexuální život</b>	- postrádání blízké osoby, zhoršení vztahu s blízkou osobou	- léčba, operace
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	<i>reakce na zvládnání zátěže</i>	<b>00148 strach z důsledků léčby</b>  <b>00146 úzkost z následků léčby</b>	- zvýšená tenze, rozrušenost, sklon k panice  - behaviorální znaky: nepokoj, neklid, insomnie - afektivní: nervozita, nejistota, obavy, úzkostlivost - tělesné: nechutenství, slabost, porucha spánku, únava	- operace, onemocnění  - situační krize, stres, ohrožení smrtí
10. ŽIVOTNÍ PRINCIP	<i>soulad hodnot, přesvědčení a činů</i>	<b>00067 riziko duchovní nouze</b>	- tělesné faktory: tělesné onemocnění - nadměrné užívání léčiv či nadměrné pití alkoholu - chronické onemocnění - psychosociální: nízká sebeúcta, deprese, úzkost, stres, oslabené vztahy - vývojové faktory: životní změny	- léčba, operace



12. KOMFORT	<i>tělesný komfort</i>	<b>00133 chronická bolest</b>	- sdělení přítomnosti nebo klasifikace bolesti nebo výskyt pozorovatelných projevů bolesti - vyčerpání - změny tělesné hybnosti - atrofie svalových skupin - změny spánku	-chronická tělesná/psychosociální disabilita
		<b>00134 nauzea</b>	- hlášená nauzea - averze k jídlu - říhání - kyselá chuť v ústech	- dráždění žaludku chemoterapeutické agens
	<i>sociální komfort</i>	<b>00053 sociální izolace</b>	- objektivní znaky: nepřítomnost podporující osoby, projev nepřátelství v chování, klient nespolečenský, nekomunikativní, vyžaduje být sám/a, má poškozený stav zdravotní a sociální pohody, smutek - subjektivní znaky: pocity osamocení, odmítnutí, ztráta smyslu života, pocit své odlišnosti od jiných osob, cítí se na veřejnosti nejistě	- změny mentálního stavu - neschopnost dosáhnout spokojenosti v osobních vztazích - neakceptovatelné sociální a společenské hodnoty - neadekvátní osobní zabezpečení - změny v tělesném zjevu - změny ve stavu zdraví a sociální pohody
13. RŮST/VÝVOJ	-	-	-	-

**VYSVĚTLIVKY:**

<sup>i</sup> protože holením vznikají mikroporanění, a to je brána vstupu mikroorganismů. Zachovává se ohled na stud nemocného.

<sup>i</sup> North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku.

<sup>i</sup> 1. otevření očí: 1-4 body, 2. slovní odpověď 1-5 bodů, 3. reakce na bolest: 1-6 bodů, Hodnocení: 15-13: lehká porucha vědomí, 12-9: střední porucha vědomí, 8-3závažná porucha vědomí

<sup>i</sup> hodnotí se 9 položek: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence, aktivita s číselnou škálou 1-4, zvýšené riziko nastane u skótre méně než 25 bodů.

<sup>i</sup> Je nasycení krve kyslíkem udávané v procentech. Při zjišťování saturace metodou pulsní oxymetrie je normální hodnota 95-98 %. Saturace je závislá zejména na tlaku kyslíku v krvi jehož normální hodnota je 90-100 mm Hg.

<sup>i</sup> kiloPascal

<sup>i</sup> kanyly kovové se přestanou vyrábět, budou na trhu jen plastové

<sup>i</sup> Všeobecná sestra se podílí provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly (první výměnu provádí lékař): **zákon č. 96/2004 Sb.** parlamentu České republiky o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), **vyhláška MZČR č. 424/2004 Sb.** Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

<sup>i</sup> Nedostatečné zvlhčování dýchací cest vede k poruše činnosti epitelu dýchacích cest, zvýšenému riziku infekce, retenci a zasychání sekretu s tvorbou krust a případné obstrukci tracheostomické kanyly nebo dýchacích ces, nesprávná technika odsávání z dýchacích cest: nedodržení sterility, nadměrný podtlak při odsávání, nešetrná technika odsávání, *nedostatečná péče o tracheostomickou kanylu: nezapomínat na čištění vložky dvouplášťové tracheostomické kanyly, podcenění výměny kanyl, dislokace tracheostomické kanyly: může dojít při nedostatečné fixaci, nešetrné manipulaci nebo při kašli, riziko je vyšší při nedostatečné velikosti a délce tracheostomické kanyl, nedostatečná fixace tracheostomické kanyly: při správné fixaci lze pod fixační tkaloun snadno vsunout jeden prst, nesprávná péče o těsnící manžetu: nadměrný tlak zvyšuje riziko poškození sliznice průdušnice a vzniku otlaků, nedostatečný tlak v těsnící manžetě umožňuje aspiraci.*

<sup>i</sup> kompartment rozumíme anatomický, relativně uzavřený prostor lidského těla, který zpravidla obtížně mění svůj objem. Nárůst objem tkání v prostorově relativně neměnném kompartmentu vede k narušení nutriční a metabolismu okolních tkání. (22)

<sup>i</sup> krvavý

<sup>i</sup> macerace okolí ran a stomií, chrání ránu a okolí před poškozením tělními tekutinami a adhezivy až 72 hodin, používá se i u kůže, která reaguje na ozáření.

<sup>i</sup> Provádí se nebulizace, nemocný je napojen na monitor, na stoma s balónkovou kanylou je dána maska zapojená na kyslík 5 l/h. Monitor měří krevní tlak: systolický, diastolický, střední, tep, saturaci kyslíkem. Má obvaz kolem krku, který se kontroluje, zda neprosakuje, permanentní močový katétr s močovým sáčkem, Redonovy drény (označené např. 1, 2, 3.), nasogastrickou sondou, růžové flexily (např. 2 v levé horní končetině). Nemocný udržuje polohu v polosedě k ulehčení dýchání. 3. den se odstraní permanentní močový katetr, chůze s doprovodem, 4. – 6. den odstraní Redonových drénů, ukončení infúzní a antikoagulační terapie, pokračování s aplikací antibiotik, antiulceróz, expektorancií a mukolytik. Prvá výměna kanyly (balónkové za kovovou) operátérem.

<sup>i</sup> (v Pardubicích řešení pro pacienty s dysfagií: dlouhodobě mletá dieta, jedno z modulových dietetik, instantní zahušťovadlo, tekutiny i jídlo, tzv. bábovičky, mechanicky upravené jídlo zpevněné zahušťovadlem, zmražené ve formičkách, slušně vypadá, dobře chutná i voní, dobře se polyká (hladké), připravovat lze prakticky vše steak, kuře, rybu, mrkev, hrášek, vejce, rajčata, pomeranč, žampion, jahody, chleba se sýrem, rýží, těstoviny). (8)

#### SEZNAM LITERATURY:

1. ASTL, J. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0325-X.
2. ASTL, A.; KOPECKÁ, A. Tracheostomie a péče o tracheostomickou kanylu. *Florence*. 2006, č. 2, roč. 2, s. 41-43.
3. BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 4. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-273-6.
4. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN: 80-7013-220-5.
5. BRESSLER, CH. Post-operative care of the Laryngectomy Patient. *Respectives*. vol 2. no 1, 1999.
6. DONOVAN, F., D. . *Phipp's Medical-surgical nursing : health and illness perspectives*. 8th ed. St. Louis : Mosby, 2007. ISBN 978-0-323-03197-4
7. DVOŘÁK, A. Biologické aspekty léčby alkoholických delirií. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1997, roč. 93, č.1,s.57-68.
8. GROFOVÁ, Z. Komplikace podvýživy u kriticky nemocných Indikace individuální dietologické péče, zvláštní technologické úpravy. *Krajská nemocnice a Univerzita Pardubice*, říjen, 2007.
9. HEGLASOVÁ, L. Ošetrovatelská péče o pacienty s tracheostomií, *MP pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti*, 2006, roč. 1, č. 1. [cit. 2007-03-21]. Dostupný z WWW < <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=56> >.
10. CHMELÍKOVÁ, R. Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií, *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 5, s. 44-45.
11. CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. a kol. *Tracheostomie a koniotomie. Techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-031-3.
12. JANOUŠKOVÁ, M. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra* (mimořádná příloha Perioperační péče), roč. 18, č. 1, 2008, s. 4-5.
13. KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KOŇARÍK, M. Delirantní syndrom v intenzivní péči, *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 5, s. 30-31.
15. KOSTŘICA, R. Problémy po operacích zhoubných nádorů v ORL oblasti. [online]. Otorinolaryngologická klinika Fakultní nemocnice U sv. Anny, Brno [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/orl.htm>>.
16. LUCKMAN, J; SORENSEN, K., C., W., B. *Medical-surgical nursing. A psychophysiologic Approach*. 1st ed. Philadelphia: Saunders company, 1974, ISBN: 0-7216-3506-7.
17. LUKÁŠ, J. a kolektiv. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. Publishing, 2005, ISBN 80-247-0673-3.
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1399-3.
19. MARKOVÁ, M. Komplexní ošetrovatelská péče o tracheostomované pacienty. *Seminář Hartmann akademie*, 4. 12. 2007.
20. MARKOVÁ, M. *Ošetrování pacientů s tracheostomií*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-445-3.
21. MARTÍNKOVÁ, M. Kolínská nemocnice zavádí nejvyšší možný standard léčby bolesti, 2007. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <[http://kolinsky.denik.cz/zpravy\\_region/kolin\\_nemocnice\\_bolestivost200.html](http://kolinsky.denik.cz/zpravy_region/kolin_nemocnice_bolestivost200.html)>.
22. NAVRÁTILOVÁ, M. Práce esstry na onkologickém oddělení. *Sestra*. 2006, č. 1, roč. 16, s. 40.
23. NĚMCOVÁ, E.; HUDEČKOVÁ, J.; DVORSKÁ, R. Práce sestry na pracovišti ambulantní chemoterapie. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 7-8, s.27.
24. PELLANT, A. a kol. Drenáž a pooperační komprese rány jako důležité faktory prevence vzniku kompartment syndromu v oblasti krku. *Florence*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 33-35.
25. PEŠKOVÁ, Z.; ZEMČÍKOVÁ, V. Tracheostomie u onkologických pacientů. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 2, s. 42-43.
26. POKORNÝ, J.; MALINA, A.; Drábková, J. Základní neodkladná resuscitace za podpory automatickou externí defibrilací. 2005. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <[www.aedefibrilace.cz/resuscitace.pdf](http://www.aedefibrilace.cz/resuscitace.pdf)>.
27. POSPÍŠILOVÁ, D. Péče o laryngektomované pacienty. *Sestra*. 2006, č.1, roč. 16, s. 41-42.
28. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TRACHEOSTOMISES APRES LARYNGECTOMIE TOTALE DE LA PERIODE POST OPERATOIRE A LA SORTIE. *Oncora*. Lyon. C2006. online. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <[http://oncoranet.lyon.fnclcc.fr/bonnes\\_pratiques/pdf/tracheostomie.pdf](http://oncoranet.lyon.fnclcc.fr/bonnes_pratiques/pdf/tracheostomie.pdf)>.
29. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3.
30. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. 1. vyd. Česká Lípa: Arcus, 1997. č. 15.
31. RUKOVANSKÁ, V. Ošetrovatelský proces u pacienta po laryngektómii. *Sestra*, 2005, roč. 4, č. 11, s. 25.
32. RYDLOVÁ, P. Pacient s dg. carcinoma laryngis po totální laryngektómii. *Florence*, 2007, č. 3, roč. 3, s. 115-117.
33. SCHARDIEN, K. The role of the clinical nurse specialist in coordinating. Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY. Dostupný z WWW: <<http://www.ons.org/ceCentral/Conferences/abstracts/2004abstracts3.shtm>>.
34. SLOVNÍK – výklad pojmů. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.nonin.cz/vyklad-pojmu.php>>.
35. SMELTZER, S.C., BARE, B.G. *Medical Surgical Nursing*. 7th ed. Philadelphia. J. B. Lippincott Company, 1992. ISBN 0-397-54797-8.
36. SMITH, D., W.; GERMAIN, C., P., H. *Care of the adult patient, medical surgical nursing*. 4th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott Company, New York. Toronto. 1975, ISBN 0-397-54165-1.
37. VORLÍČEK, J.; KONEČNÝ, M.; VORLÍČKOVÁ, H. *Komplexní ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných*. 1. vyd. Brno: IDV SZP, 1989. ISBN 80-7013-038-5.
38. VORLÍČKOVÁ, H. Ošetrovatelský proces- nové přístupy při ošetrování onkologicky nemocných. *Klinická onkologie*, 2001, roč. 14, zvláštní číslo, s. 30-32.
39. ZEINE, L. LARSON, M. Pre- and post-operative counseling for laryngectomees and their spouses An update. *Journal of Communication Disorders*, 1999, vol. 32, no. 1, p. 51-71.
40. Život po totální laryngektómii, Atos medical. Lary care. Patient information. [online]. [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.atosmedical.nl/upload/larycare\\_7962cz\\_200208\\_001.pdf](http://www.atosmedical.nl/upload/larycare_7962cz_200208_001.pdf)>.



## Příloha č. 10 Ošetřovatelská péče u radioterapie a chemoterapie

Tab. č.1 Ošetřovatelská péče u radioterapie a chemoterapie

<b>R A D I O T E R A P I E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>aseptické zásady práce</b>, sledování vývoje infekce po operaci, zvláště u nemocných po ozáření vznikají přístěle, abscesy, sekundárně se hojí rána</li><li>- <b>tracheostomie a kanyla se v nemocnici ošetřuje sterilně</b>. Okolí tracheostomatu musí být suché, kanyla se podkládá v nemocničním prostředí sterilním čtvercem, kolem krku upevňuje fixační páskou, upevnění má vůli na špičku jednoho prstu, (pozn. sváže na dva uzle) (3). Na onkologické oddělení by měl přijít nemocný se dvěma kovovými kanylami a jednou umělohmotnou užívanou při ozáření. Výměna kanyla se (např. v Ústavu radiační onkologie, 1. LF UK FN Na Bulovce v Praze) provádí podle potřeby, nejméně dvakrát denně, nemocný si mění kanylu sám či s asistencí sestry. Pro výměny a čištění je vybavený převazový vozík na vyčleněném místě v koupelně (více intimita).</li><li>- <b>po radioterapii se může vyskytnout kožní reakce – radiodermatitida</b> (1. erytematózní až suchá (sicca), 2. bulózní s puchýřky až exsudativní s puchýřky a krustami, 3. escharotická s nekrózou kůže a podkoží, tvoří se radiační vřed).</li><li>- <b>Ošetření ozářované kůže je pečlivé a opatrné</b>, u pouhého erytému se zasype pudrem Aviril, pokud kůže svědí, při suché dermatitidě se používají masti Calcim pantothenicum, Erevit, Infadolon, nesolené sádlo, Panthenol gel, Bepanten mast, Caviol spray žádné dráždivé prostředky, (2) II. stupeň dermatitidy se doporučuje otírat 0,5-1,0% vodným roztokem genciánové violeti. Ozářované místo má být nezakryté, nevystavovat slunci, vodě, prachu, tlaku, oděním oděvem, nedrážít leukoplátií. Když jde nemocný ven, dobré je místo namazat sulfthiazolovou mastí či framykoínovou a zakrýt hydrofilním obvazem, aby se přilepená kůže neodtrhovala. Pokud je stav kůže v horším stadiu, léčba je obtížná: malé a ploché vředy po radiaci se někdy zhojí konzervativně po dlouhém ošetřování, nezhojí-li se do jednoho a půl roku po oáření, pak se operují plastickým zásahe, to však je často neúspěšné a musí se opakovat. Při postižení ústní dutiny a krční oblasti (edém sliznice, zarudnutí, fibrinový povlak, ulcerace, krvácení) se vyplachují ústa a krk odstáým chladným, šalvějovým, jitrocelovým nebo heřmánovým odvarem nebo kloktat tzv. čtyřmi solemi (natrium chloratum, bicarbonicum, bitoracicum, benzoicum ve stejném poměru), či tzv. kouzelné vody „magic mouthwash“, magistralita: kombinace dezificiencí a lokálních anestetik (zmírní bolest) jako Tetrakain a Lidokain, lokálně morfin úst (0,2 promile). Na ozářenou kůži či sliznici nepoužívá se mýdlo a voda, na třsla a podpaží se osvědčil zchlazený odvar uvedených bylinek, bolesti se tlumí analgetiky. Kožní reakce se přliší neobjevují, zato se vyskytují pigmentace, či později podkožní fibrózy, které mohou bránit odtoku krve či lymfy (1).</li><li>- <b>energeticky hodnotná a lehká strava s vitamíny, dobré živení nemocní lépe snáší léčbu zářením</b></li><li>- <b>informace</b>: nemocní se spíše obrací se svými emočními problémy na laboranty, sestry a lékaře u lůžka či ambulatního ošetřujícího lékaře, jsou užiteční i psychologové, dále stejně léčení nemocní. Radioterapeutičtí laboranti vysvětlí obvyklé technologické postupy, např. zakreslení obrysů ozářovaných polí na kůži barvou, která se nesmí smýt, nic během ozáření není cítit, při ozáření se vnímá čas delší než ve skutečnosti, doba ozáření je přesně nastavena, pak se přístroj vypne, v místnosti je nemocný sám, ale je sledován okénkem zdravotníky, měl by ležet v té poloze, která je mu doporučena, u transkutánního ozáření není nemocný radioaktivní, během ozáření či po se může objevit nevolnost, nechuť či zvracení (1).</li></ul>
<b>Ch E M O T E R A P I E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>každé cytostatikum má své nežádoucí účinky</b> - např. cisplatina nefrotoxicitu.</li><li>- <b>při paravenózním podání cytostatik</b> se vytvoří nekroza navazující na počáteční erytém a infiltrát v místě vpichu, ihned po zjištění úniku roztoku se obstříkne místo lokálním anestetikem či hydrokortizonem nebo hyaluronidázou, obklady s ledem, na nekrotické ložisko dobře působí Peru balzám, pokud je nekroza větší řeší se chirurgicky (1).</li><li>- po některých cytostaticích jako je methotrexat se objevují eroze a ulcerace z rozpadlých nekroz, v ústech jsou bolestivé a brání příjmu potravy - lokální terapií je podání leukovorinu (antoditum), u jiných cytostatik potírat boriglycerinem či Stopanginem. U postižení sliznice se užívají antibiotika, při průjmech parenterální zavodnění, výživné roztoky a elektrolyty.</li><li>- <b>při chemoterapii se komplikují přidružené choroby</b>: u diabetiků kolísání glykémie (Klener, 1982) (1).</li><li>- <b>adekvátní výživa je důležitá i při chemoterapii</b> (Rosenbaum a kol., 1978) (1) <b>-nejčastějšími důsledky jsou poruchy krvetvorby</b>, mohou ohrozit i život nemocnému. Při výrazné granulocytopenii je nutno zahájit sbstituční léčbu: čerstvá krev či koncentrát leukocytů. U méně závažné leukopenie stačí dát prednison, jinak stimulační vliv na krvetvorbu má lithium carbonicum (podává se 1-2 týdny). Při trombocytopenii se podává čerstvá krev či trombocytární koncentrát, u méně závažné se dávají kortikoidy, na prevenci krvácení hemostyptika. Při anémii se podává erytrocytární masa, někdy železo a anabolika, pyridoxin. Chránit se před infekcí kvůli snížení imunitní obraně (vliv nádoru a imunoprese pochemoterapii), lze použít izolaci nemocného, léčba je antibiotická (bere se v úvahu účinek a nežádoucí efekt). Pozor i na mykotické infekce, soor (vytírat genciánovou violetí), horší stavy se léčí protiplísňovými léky či celkově (1).</li><li>- <b>po chemoterapii se objevuje zvracení, nauzea, nechutenství</b> – léčí se ihned, medikace se dává nejlépe půl hodiny před chemoterapií, dokud je nemocný v dobrém stavu, při nucení na zvracení se dává Torecan (existují různé formy podání) či jiné fenotiaziny či Cerucal. Největší účinek proti zvracení má marihuana a hašiš, u nás zakázáno pro nebezpečí zneužití (Klener, 1982) (1).</li><li>- <b>únava po chemoterapii</b>, zhruba 75%-96% případů, s pocitem nedostatekem energie pro zvládnání základní sebezpečí, proto je nutné při plánování ošetřovatelské péče závažnost a její průběh sledovat. Únava se objevuje bez předchozí námahy, nemocný má nedostatek energie, pocit vnitřního neklidu, apatie a snížení psychické aktivity, což vede k závažnému narušení života (4).</li><li>- <b>alopecie, ztráta vlasů: působí na nemocné depresivně, vlasy narostou do 3-4 měsíců po skončení léčby, než dorostou, předepisuje se paruka.</b></li></ul>

### SEZNAM LITERATURY:

1. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum., 1986. ISBN 08-022-86.
2. HAŠKOVÁ, L. Akutní reakce na kůži po ozáření a jejich ošetřování. *Sestra*. Příloha Hojení ran. 2006, roč. 16, č. 6, s.17-19.
3. PEŠKOVÁ, Z.; ZEMČIKOVÁ, V. Tracheostomie u onkologických pacientů. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 2, s. 42-43.
4. ZÍTKOVÁ, M. a kol. Únava jako důležitý indikátor kvality života. *Sestra*, 2006, č. 1, roč. 16, s. 19-20.

---

## Příloha č. 11 Psychický profil nemocného, psychoterapie, spiritualita

Platí zásada „*medica mente non solum medicamento*“, neléčit nemoc (14), ale nemocného člověka se promítá do komplexní péče o onkologicky nemocného, která zahrnuje starost o jeho psychický stav, obsah oboru - *psychoonkologie, psychologická onkologie*(32)<sup>i</sup>. **Psychosociální důsledky rakoviny jsou intrapersonální obtíže a interpersonální problémy, které mohou způsobit zátěž, která je klinicky závažná a vyžaduje intervenci psychologa (18).**

Zvládání těžkostí je provázané s osobností, jejímu vyrovnání se se stresem tzv. „*coping*“, její nezdolnosti, „*hardiness*“. V tomto pomáhá spektrum zálib, komunikace s druhými, vyšší míra sebehodnocení. Známý je koncept *Aarona Antonovského (1979,1987)*, který zformuloval koncept salutogeneze (toho, co se pozitivně týká zdraví): osobnostní rys, koherenci (smysl pro integritu, rys soudržnosti osobnosti, „*sense of coherence, SOC*“ (15). Dalším momentem přispívajícím ke zvládnutí situace je **představa člověka vlastní schopnosti kontrolovat a řídit běh dění**, který je kolem a jehož je součástí, tím i vhodnější zvládání své emocionality a aktivní postavení nepříznivým životním vlivům (*Cohen, Edwards, 1989*) (15). **Psychická kondice ovlivňuje postoj k chorobě a léčbě.** Roli hraje premorbidní osobnost nemocného (temperament, inteligence potřeby: bezpečí, sebeprosazení, sexuální, emočního vztahu, někam patřit, péče o druhé a životního smyslu, zájmy, postoje, morálka, vůle životní styl), později jeho chování, verbální projevy se mohou změnit vlivem časné psychické reakce na nemoc. Vážná nemoc ohrožuje systém hodnot, který si v životě nemocný vytvořil, jedná se o tělesně a duševně náročnou životní situaci, mnozí nemocní jsou pak omezeni v aktivitách, že pocítují prázdnotu, která brání adaptaci a prohlubuje smutek. Je důležité vzbudit u nich zájem o cokoli. Nemocný prochází stadii, jak je popsala *Elisabeth Kübler-Rossová*, v obměněné formě *Křivohlavý (14)*.<sup>i</sup> Zjistilo se, že emocionální podpora v časném stadiu onemocnění měla kladný vliv na přežití nemocných. Sociální opora má pozitivní vztah k přežití nemocných s rakovinou (*Kato, Spiegel, 2000*) (33). **V období prvních příznaků se objevuje oddálení vyhledání odborné pomoci**, kdy lidé popírají, že jejich stav je vážný, mají často problémy v rodině (izolaci, odmítnutí, bezmocnost). Kladné přijetí lékařem zmírní nemocného pocit viny a stane se základem pro udržení vztahu v průběhu léčby (22). **Sdělení diagnózy rakoviny** působí mnohdy neskutečně, šokem, většinou se předtím objeví vyčerpání, symptomy podobné chřipce, bolest či bez příznaků se zjistí něco nezvyklého při pravidelných lékařských prohlídkách. Zpočátku někteří mohou popírat, že trpí touto nemocí, či dočasně popírat důsledky této choroby, což může vést i k fatálnímu odložení léčby (*Kunkel, Woods, Rodges a Myers, 1997*). Někteří nemocní si nepřejí sdělit závažné nepříznivé zprávy s blízkými. Otevřeně a zároveň citlivě podaná informace o diagnóze a prognóze vede k lepšímu vyrovnání s nemocí ze strany nemocného i jeho rodiny (např. formou pravdy po kapkách) (4). Sdělení pravdy je postupný proces s prvky: kdo má pravdu sdělit a komu, kdy, jak a kde a komu pravdu nesdělovat (22). Při sdělování diagnózy bereme v úvahu: věk nemocného, jeho životní filozofii, současné interpersonální vztahy, plány do budoucna, hodnocení vlastní minulosti, dosavadní názor o nemoci a momentální duševní stav. Přítomnost psychologa na odděleních s takovou problematikou, který bude umět korigovat reakce nemocného a příbuzných usnadní práci zdravotníkům (4). Zdravotníci se mohou řídit tzv. desaterem zásad sdělování onkologické diagnózy (24). **Po přijetí diagnózy** se může objevit hněv a projevit se i navenek vůči ostatním, hněv na to, že rakovinu neobjevili dříve, na to, že není lék atd. K vysvětlení, které člověk přijme přispěje jeho styl myšlení, náboženské vyznání, kulturní tradice atd. Někteří pocítují vinu. Lidé, kteří kouří, pijí alkohol mohou se cítit provinile či stydět, že jsou přesvědčeni, že si rakovinu přivodili. Pokud ji mají v anamnéze, cítí vinu, že se dostatečně nevěnovali prevenci. Těžké je to u těch, kteří neshledali nic, co by se podílelo na vzniku rakoviny, tato nejistota je znepokojující, objevuje se deprese, strach z léčby, ze smrti, nejistota z budoucnosti, pocit izolace, strach z reakce okolí (např. nechť být vnímání jako odlišní). Progrese rakoviny nedává čas k přemýšlení o své situaci, ihned je nutno myslet nejen na psychosociální otázky, ale i finanční zajištění, poslední vůli, možnost léčby. Bez setkání s rakovinou ve své rodině mají nemocní nejasné očekávání o průběhu choroby. Někteří se zahrnou informacemi, jiným stačí základní informovanost k vyslovení souhlasu s léčbou. Obavy nemocných jsou: nedostatek zájmu, pocit osamělosti, nedostatek kontaktů s blízkými, nemožnost si popovídat, zásadní je strach z opuštěnosti, strach z dalšího průběhu onemocnění, změny tělesného schématu, ztráty částí těla, ztráta schopnosti ovládat tělesné funkce, obavy ze smrti, míra strachu odpovídá psychice nemocného, jeho přesvědčení, z náboženství, mnoho nemocných se bojí okolností spojených s umíráním více než smrti samotné. Cíl hovoru s tímto nemocným vede k podpoře nemocného, k podpoření vůle žít, k akceptaci zdravotního postižení a přijetí změn. Nemocného přijímáme se všemi projevy, nehodnotíme jeho chování, slovně vyjadřujeme pochopení, reflektujeme sdělení nemocného, snažíme se dobře porozumět sdělovanému, reagujeme autenticky, sladíme verbální projevy s neverbálními (23).

**Zde může nastat seznámení s nácvikem dovedností zvládnutí zátěže (18).**

**Významným činitelem při zpracování choroby je zaměření na vyšší hodnoty a umět nalézt v životě smysl (4).** Mnoho lidí nezahrnuje život a zdraví do hierarchie hodnot, protože si nepřipouští jejich ohrožení. Hlavní reakcí na nemoc je úzkost a strach, reakci ovlivňují somatické obtíže, délka a náročnost léčby, chronicita onemocnění, anticipační reakce týkající se prognózy, sociální mikroklima a terapeutický vztah. Smysluplnost v kontextu kvality života může zlepšit komunikaci s nemocnými v terminální fázi (25). Psychiatr *Viktor*

---

*Emanuel Frankl* podotýká, že smysl života člověka jsou konkrétní otázky a úkoly kladené životem v každém okamžiku, odpovědí je odpovědnost za vlastní život. Smysl života se během něho mění, může se naplnit prováděním nějakého činu, prožíváním nějaké hodnoty či utrpením. Nábožensky založený člověk spěje k pozitivním odpovědím na otázky smysluplnosti života, víra jako dar je samostatnou kvalitou v lidské existenci, pokud je narušena, může to vést ke ztrátě životního smyslu, psychickým a somatickým poruchám. Naopak nevěřící člověk v Boha se může ocitnout v situacích, kde pozná zásah vyšší moci a v Boha uvěří. Obecně vzato každý člověk věří v cosi jiného (22).

**Léčba** svými nežádoucími účinky bývá pro nemocné horší než choroba sama (např. bolesti při polykání, únava, změna fyzického vzhladu), dále mohou mít pocit ztráty kontroly: musí nastoupit do nemocnice, absolvovat častější ambulantní návštěvy s čekáním, které může být další zdroj úzkosti. Při závislosti v denních činnostech na blízkém, když předtím byli převážně pečující, mohou prohloubit pocity bezraděje či viny, neschopnosti, bezcennosti. Při omezení intimity se objevují starosti o manželské či partnerské vztahy. Rodičovská role ovlivněná rakovinou už ohrozí pohodu rodičů a dětí, rodiče často vyhledávají poradenství pro své děti, aby se vyrovnali s rakovinou, která postihla rodinu. **V období léčby jsou léčebné zásahy náročné a „zmrzačující“:** laryngektomie, ztráta hlasu - další šok pro nemocné, kteří většinou utrpěli první šok při uvědomení si existence své choroby, pokud neakceptují své tělo po operaci, vzniká konflikt mezi tím, jak tělo vypadá a jak je vidí nemocný mentálně, popírá skutečný stav, a to vede k depresi. Postižená část těla může pro nemocného představovat významný emocionální vklad, vlastnění tohoto orgánu bylo synonymem pro příslušnost k určité skupině, aktivitu, pocit významu a šťastnějšího života. Mohou trpět nespavostí, ztrátou chuti k jídlu, poruchami soustředění, nezájmem o život, omezení aktivit, nemocní se mohou vyvázat ze společenských a sexuálních vztahů ze strachu z odmítnutí, protože jsou znetvořeni, mohou si stěžovat na slabost a křehkost (27). Psychický stav po výkonu člověka změní, zvýrazní se dříve rysy osobnosti, které měl, např. spíše cholerickej typ více propadá výbuchům zlosti, vzteku, spíše melancholický se více uzavře do sebe a stává se solitér. Emocionálně horší pozici drží člověk více negativistický, kterého tento výkon ještě více utvrdí v jeho nazlobenosti. Člověk optimisticky laděný najde východisko i v této obtížné situaci. Problémem s vyrovnáváním po zákroku je, že stále lidé nenachází cestu k odborníkovi, který by jim mohl poradit, snaží se najít oporu ve svém okolí: rodině, přátelích. Přitom např. plastická chirurgie v oblasti hlavy a krku dostává více pomoci od psychologů či psychiatrů než ORL hlavy a krku. **Operace ovlivní člověku životní cestu - její směr.** Záleží, jak se po ní dál vydá. V pohledu, co je negativní a co pozitivní, záleží na úhlu pohledu, pokud vezmeme nemoc za negativní, pak pozitivní je zdraví. **Positivní psychologie** se zaměřuje na pozitivní, kladné psychologické jevy, které umožní optimální život člověka, aktivizují a dodávají nezdolnost v nepříznivých podmínkách budoucna jako např. duševní zdraví, naděje, radost, duševní svěžest a síla. Náplň této psychologie může pomoci lidem po laryngektomii - obecně onkologicky nemocným: vliv onemocnění či léčby (udává se po chemoterapii), kteří často mají pocity úzkosti a i deprese (dlouhodobě jimi trpí zhruba třetina) (*Telch&Telch, 1986*) (1). Při léčbě vznikají obtíže: odcizení (opuštěnost, nepřijatelnost, izolace), mutilace, mortalita (konfrontace s vlastní smrtelností) a vulnerabilita (ztráta kontroly, bezmocnost a závislost) (22). Na chirurgickou léčbu jsou emotivní reakce jako zlost, úzkost, deprese, panika pramenící ze strachu ze smrti na operačním sále, z narkózy a z pooperačních bolestí, mutilací po operaci (*Bard a Sutherland, 1977*) (4). Určitý předoperační strach je běžný, stimuluje nemocného brát medicínské zákroky vážně a podpořit tak snahy o reálné vypořádání se s nimi. Předoperační poradenství může redukovat chirurgické komplikace. **První noc po operaci bývá nejtěžší, emocionálně i fyzicky pro nemocného a rodinu,** pokud lze povolit rodině střídát se u nemocného, i když spí, zmenší se jeho stres. Před propuštěním by měli zdravotníci zhodnotit rodinnou situaci nemocného, k návrhu případné následné péče, návštěva sestry domů (home care), doporučení psychoterapie atd. Celkový plán rehabilitace začíná v nemocnici a plán domácí rehabilitace je připraven ve spolupráci s odesílajícím lékařem (22). **Radioterapie a chemoterapie jsou doprovázeny nepříjemnými stavy** z nežádoucích účinků, radioterapie vzbuzuje největší obavy, vyvolává u nemocných představu smrti, strach ze znetvoření, často ji provází deprese. Chemoterapii doprovází nepříjemné somatické reakce (alopecie, zvracení, nauzea, únava), doprovází ji strach z neznáma, deprese i podráždění. Nemocný a příbuzní potřebují naději a útěchu a informace od zdravotnického personálu. Objevuje se negativní emoční stereotyp vlivem nepříjemných událostí: hospitalizace či pravidelné docházení na léčbu, nevolnost, ztráta vlasů, odpor k vlastnímu tělu, zákaz jet na dovolenou, nelze plánovat dopředu, izolace, deprese, přesvědčení, že nebude v životě už nic pěkného (4). Zaměstnání, pokud pokračují v práci, může být náročné plánování léčby tak, aby nenarušovala pracovní rozvrh, což působí další stres. Někdy může rakovina a její léčba bránit návratu a pokračování v profesi: s rakovinou hrtanu nelze návrat třeba k povolání telemarketingu (18).

Zdravotnický tým má začít spolupracovat s nemocným a rodinou již před operací a pokračovat v emocionální podpoře během pooperačního pobytu v nemocnici. Příbuzní by měli nemocného povzbuzovat k schopnostem, které mu zůstaly, aby je využil při péči o sebe, dát mu najevo, když se jeho stav zlepší, společně se věnovat činnostem, které nesouvisí s nemocí, a snažit se trávit s nemocným co nejvíce času, i když se uzdravuje (27). Nemocí je postížen především partner nemocného, snaží se najít rovnováhu ve společenském životě společným úsilím s důvěrou, ohleduplností a respektem, přechodně kvůli snížené možnosti komunikace dojde i k napětím konfliktům vedoucím k podráždění obou stran. Rodina by měla přemýšlet o znovu zapojení nemocného do života, ne úplně zbavovat všech všedních starostí (26). Lidé s rakovinou uvádí, že jsou v rozpacích z ostatních vnímanou jejich zvýšenou zranitelností. Fyzicky se cítí lépe, často u nich převládá starost o tělesné vzezření, strach ze smrtelnosti. Někteří říkají, že se soustředí jen na léčbu, emoční reakce se dostaví po jejím

ukončení, tvrdí, že skutečně jim rozumí ti, kteří rakovinu prožili či školení profesionálové (18). **Lékaři mohou nemocným poskytnout přibližný časový plán léčby.** Někteří zůstanou v roli nemocného až do smrti. Lidé se zdlouhavou léčbou více pocítí beznadějí, sebevražedné myšlenky, depresi, obavu z budoucnosti. Podpora blízkých není již ve stejné míře jako na začátku onemocnění. Pokračovat či vzdát se léčby, vypořádat se s pocity nejistoty a lítosti představuje velkou zátěž, se kterou má pomoci intervence psychologa. **Nemocní se musí sami rozhodnout, zda jsou v čase, který jim zbývá, ochotni přesunout svůj zájem z hledání možnosti uzdravení na zlepšování kvality života.** Lidé, kteří zvolí jen paliativní péči, mohou prožívat větší zátěž, jakmile si připustí důsledky své prognózy, přemýšlí o důsledcích své smrti pro rodinu, přátele, prochází fázemi procesu truchlení., viny, prohloubí se zřejmě příznaky deprese a úzkosti. Pokud se lidé s rakovinou s malou či žádnou nadějí na uzdravení, naučí zátěž efektivněji zvládat, umožní jim to uvědomit si, že mohou zbytek svého života i důsledky své smrti mít pod kontrolou. Někdy se vyhýbají volbě si připravit v předstihu pokyny či svou poslední vůli. Někteří při pokusu získat kontrolu nad smrtí prožívají pasivní sebevražedné představy (18).

**Když se již nemocní neléčí, okolí předpokládá, že okamžitě budou zvládat určité aktivity jako před diagnózou.** Partneři, přátelé mají i méně pochopení pro nemocného nezáměrem o sex, úbytek energie, ztrátu zájmu o činnosti, které předtím dělali rádi, o rekreaci. **Mnozí nemocní, kteří se zotavují z rakoviny, uvádí nový náhled na život, či změnu svých priorit.** Než se nastolí psychická pohoda, projde nemocný již výše zmíněnou zátěží převzetí nové role. Kvůli známým rizikům nepříznivých účinků, návratu, nové diagnózy rakoviny mohou mít někteří potíže s přijetím skutečnosti, že rakovinu přežili. Ti, kteří popřou možnost výskytu rakoviny, může se u nich být riziko rozvoje duševní choroby. Před datem výročí mohou pociťovat nadměrnou zranitelnost a strach (18). V období **remise**, i když je tu stále pocit přítomné možnosti nemoci, se vrací naděje, postoj je klidnější a vyzrálejší s pozitivním přístupem k životu (4). Mnoho nemocných má však problémy se přizpůsobit s omezením v soukromém či pracovním životě, provází je strach a deprese. Lze nabídnout pomoc podpůrných skupin, psychoterapie či farmakologie (21). Může se vyvinout i **recidiva nebo metastáza**. V případě recidivy je psychické zvládnutí obtížnější než při zjištění diagnózy, protože nemocný ví, že kurativní léčba selhala, vzniká i nedůvěra ve zdravotnictví, možnost úmrtí na nemoc, která se odsunula, se znovu objeví. Objevuje se šok, popření, strach, vztek, zoufalství, hluboká deprese (21). Situace vyžaduje podporu, porozumění a trpělivost. Nemocní vyhledávají často alternativní metody s čekáním na zázrak (22). Terminálně nemocí se bojí izolace od své rodiny a ošetřujícího týmu, bojí se procesu umírání a toho, co bude pak. Mají strach z tělesných komplikací (bolest, obtíže s dýcháním, ztráta tělesných funkcí). Ošetřující tým má zůstat nemocnému k dispozici (onkolog, zdravotní sestry, psychiatr, psycholog, kněz). Jde o zajištění kvality života, emocionálního stavu a kontroly vedlejších účinků nemoci Rodina chce být informována o změnách fyzického stavu nemocného a do procesu se zapojit, nutné je zohlednit i náboženské požadavky. Po ztrátě blízkého nastoupí pocity smutku, viny, studu, zmatení a vzteku, dobré je doporučit případnou pomoc, protože pokud nedojde ke zvládnutí krize, mohou se objevit epizody zlosti vůči ošetřujícímu týmu. (21).

I minimální **psychoterapie zdravotníkem** vyjádřená zájmem o problémy nemocného může být pozitivní. Nemocný vnímá lékaře jako zdroj bezpečí, ale i hrozby, člověka, ke kterému má důvěru, určitou citovou vazbu a jako autoritu, ke které má respekt a i proti které se bouří. Totální laryngektomie je chirurgický výkon, pro lékaře je zde nebezpečí, že uvidí jen nemocný orgán, kde se provádí výkon, ne však člověka s jeho emocemi. Nemocný má předoperační strach (tzv. anticipační strach) z neúspěchu operace a komplikací, můžeme ho redukovat aktivní pomocí zdravotníků: např. vhodná informovanost, překonávání bolesti, aktivní zapojení do psycho-rehabilitačního programu, podpora pozitivních cílů a přístupu k sobě samému. *Zdravotní sestra je vnímána jako empatický prostředník mezi lékařem a nemocným*, který upevňuje důvěru v léčebný proces zdroj opory a porozumění, zmírňovatel napětí mezi lékařem a nemocným (32). Efektivní komunikace zdravotní sestry spočívá dle *Maguire (1999)* ve zjištění nemocného hlavních problémů a pocitů, pomoci při sdělování a přijímání špatných zpráv, spolupracovat při rozhodování o léčbě, sledovat nepříznivé reakce nemocného (tělesné i psychické) (19). Komunikační obtíž na straně nemocného může být: neochota se svěřit s problémy, individuální preference způsobu komunikace, multikulturní problémy ovlivňující komunikaci (*Egan, 1998*) (19). Rozhovor o psychických problémech může vyvolat nepříjemné a bolestné pocity, lidé s terminálním nemocněním mohou tyto pocity považovat za ohrožující, proto se s nimi nechtějí svěřit rodině či pečovateltům. Pokud zůstanou emocionální problémy skryté vyústí i ve stavy úzkosti, deprese, sociální izolace, beznaděje. Umožnění hovořit o tom, čeho se nemocní nejvíce obávají, pozitivně účinkuje na jejich kvalitu života. Nemocný směřuje dotazy na zdravotní sestru ohledně bolesti, zvracení, nauzey a jiných nepříjemných projevů nemoci a léčby, kontaktování sociální pracovnice, spolupráce s rodinou (3). Na straně zdravotníků je problém v hodnotách, postoji a přesvědčení (např. strach mluvit o tématech s emocionálním nábojem: to lze ovlivnit tréninkem: (*Jenkins&Fallowfield, 2002*) (19), dále v nedostatku komunikačních dovedností, znalostí o tom, čeho se nemocní obvykle obávají, nedostatek diagnostických dovedností. Terapeutická komunikace má být v poznání, že nemocný má obavy: z budoucnosti, ztráty kontroly, úzkost z návratu nemoci, strach ze smrti, léčba nepříjemných symptomů, rozhodování o způsobu léčby a záležitosti spojené s informovaným souhlasem (*Razavi&Delvaux, 1997*) (19).

**Nejběžnější emoční potíže u lidí s rakovinou jsou deprese a úzkosti.** Odhady obecného rozšíření závažných duševních potíží se pohybuje mezi 23-66% (*Telch&Telch, 1986*). Další typy úzkostných reakcí jsou fobie, postraumatická stresová porucha, anticipační

nevolnost (18). Zhruba 70% pacientů trpí v průběhu léčby i závažnou bolestí, u pokročilé rakoviny platí vždy (Foley&Sundaresen, 1985), zhruba 25% umírá bez zmírnění bolesti (Twycross&Lack, 1983), další problémy jsou sexuální dysfunkce, únava, ztráta vlasů, osamělost a potíže s chutí k jídlu. (Houts, Nezu, Nezu, Bucher & Lipton, 1994). **Deprese a úzkosti** se klasifikují dle manuálů psychiatrické klasifikace MKN-10 a americké DSM-IV (1). Vážnost deprese spojené se zdravotním stavem se nemá podceňovat, dle závěrů Harrise a Barraclougha, 1997 **nádory hlavy a krku patří mezi onemocnění, u kterých je zvýšené riziko suicida (1)**. Jedním z typů deprese je **pooperační deprese**: který mají lidé zotavující se po chirurgické operaci, zvláště závažnější zákrok. Deprese se může vyvinout jako **vedlejší účinek ozařování**, kterou podstupují nemocní s rakovinou (7). Výzkumy zaznamenaly, že **33% nemocných s rakovinou trpí úzkostí a depresí** vlivem diagnózy a léčby (Marle, M.; Jones, B.; Maguire, P, 1997) (16). Studie sebevražednosti se liší: od stejné jako u běžné populace (Fox, Stanek, Boyd&Flandery, 1982) k 2 až 10 krát víc než běžná populace (Whitlock, 1978) (18). Možnost sebevraždy zvyšuje prožívaná deprese a beznaděj. (Beck, Kovacs&Weismann, 1975) (18) Studie u nemocných s rakovinou zjistily, že z nich **30% trpí afektivní pruchou** vlivem diagnózy či léčby (Derogatis et al., 1983; Razavi et al, 1990) (19) konfrontace s onemocněním ohrožujícím život je akutním psychickým stresem, kdy se téměř u 30% nemocných vyvine určitá psychiatrická porucha, nejčastěji postraumatická stresová porucha, PTSD (Smith et al., 1999). (21) *Angst a Vollrath (1991)* zjistili, že úzkostné poruchy se často rozvinou do **úzkostně-depresivního obrazu** nebo se přidá **zneužívání psychoaktivních látek (např. alkoholu)** - ale i naopak alkoholismus způsobuje úzkostnou poruchu, zvláště panickou a generalizovanou úzkostnou poruchu (1). Studie zjistily (Parle, Jones & Maguire, 1996), (19) že množství a závažnost problémů nemocného v době stanovení diagnózy může výrazně ovlivnit úzkosti a deprese v pozdějším stadiu nemoci, i to, jak bude zvládat náročné situace.

Heaven a Maguiree (1998) (19) zkoumali, jak se pacienti v hospicích **svěřují se svými obavami a jak je sestry identifikují**. Podle závěrů studie se nemocní spíše světili s tělesnými než psychosociálními problémy a více než 60% svých problémů zamlčeli, to neznamená, že by je neměli, ale že byli v psychické tísní. Aby mohli nemocní a jejich rodiny rozhodovat o své péči, **potřebují informace o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby** (Jeffrey, 1998) (19), což si myslíme, že pomohou nejen informace podané lékařem, ale i informovaný souhlas, kde jsou obsaženy zásadní věci k léčbě.

**Pokud má člověk zdravotní komplikaci a je na vyšší úrovni smysluplnosti, dává mu jeho pojetí smysluplnosti sílu, aby lépe zvládl obtíže spojené s negativní změnou zdravotního stavu (13)**. Ray F. Baumeister sestavil čtyři základní druhy potřeb smyslu: potřeba smysluplných životních cílů, kladných hodnot, dobré pracovní výkonnosti při dosahování cílů a potřeba kladného sebeocenění (13). Podle *Křivohlavého* integrita psychiky člověka souvisí s nalezním účelu a smysluplnosti života, pro o stojí za to žít, „žít dobrý život“, „životní moudrost“ (13).

**Kniha Pomoc pacientům při zvládání rakoviny (18)** autorského týmu psychoonkologů s postupy terapeutického programu vychází především z principů kognitivně behaviorální terapie ohledem na potřeby nemocných<sup>1</sup> Návčik dovedností řešení problémů zvyšuje kvalitu života lidí v obtížných a dlouhodobých situacích. V USA je léčba onkologicky nemocných vedena s plnou informovaností nemocného (edukativní sestra), eliminaci úzkosti (případová sestra, která nemocného doprovází během léčby) s důrazem na realistický přístup. Psychosociální aspekty nemocného jsou vnímány na stejné úrovni s medicínskými. Do týmu patří profesionální zdravotníci a i rodinní příslušníci a blízcí a nemocní samotní, kdy značná část péče a rozhodování je na nemocných a jejich blízkých. Počítá se s podílem svépomocných skupin, dobrovolnickými a podpůrnými organizacemi, telefonickými a internetovými zdroji.

Psychologické, psychoterapeutické či psychiatrické intervence mají vliv u nemocných s rakovinou na: zmírnění pocitů osamělosti, pocitů izolace, bezmocnosti, redukci strachu z léčby, snížení zoufalství a deprese, pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací, vedení k větší odpovědnosti za vlastní uzdravení, lepší spolupráce s lékařským týmem a obecné zlepšení kvality života. Základem jsou resocializační a remotační přístupy (oživení zájmu o okolí, využití neverbálních technik - arteterapie, muziková terapie atd.). Hlavním přístupem je spolupráce s rodinou. Svůj pozitivní vliv má psychoterapie, socioterapie, podpůrná a rodinná terapie, případně fyzikální terapie, lázeňská léčba. (Fawzy et al., 1995) (21). Současná psychoterapie u onkologicky nemocných je pojata jako symptomatická léčba<sup>1</sup>, která si přizpůsobuje pro své účely obecně používané psychoterapeutické techniky (4). *O psychoterapeutických metodách platí jako o lécích, kdy v přiměřených situacích a dávkách jsou léky, použijí-li se nevhodně, v nepřiměřených situacích a dávkách se stávají jedy. (příklady psychoterapií viz níže Tab. č. 1 (15).*

### **Spiritualita**

Spiritualita (od latinského slova *spiritus*, duch) může být definována jako individuální cit pro mír, harmonii, smysl - tzv. teleologická zaměřenost života, vztah s ostatními lidmi a jako víra ve význam života, může se vyjadřovat pomocí organizovaného náboženství či jinak (Americké národní onkologické centrum, National Cancer Institute, NCI) (26). Spiritualitou se míní obecně vše, co je v člověku duchovního, minimálně ho přesahuje tím, že toto sdílí s někým jiným, či přechází jako duchovní dědictví na další generace. Je významnou dimenzí pro člověka, pomáhá mu zvládat obtíže a zasazuje život do smysluplného rámce - zvláště na konci života. Na rozdíl od spirituality je spiritismus jeden z náboženských proudů, který patří do oblasti okultismu, kde je víra v nadmyslové síly a existence duchů jako např. šamanismus (23). Křesťanské církve již nenabízí pravou víru, prožitou jistotu, ale důvěru. Západní civilizace ztratila existenciální oporu, s ní i smysl života

(36). Nemoc ovlivňuje člověka v jeho potřebách biologických, sociálních, psychických a duchovních (spirituálních). *Spirituální složka jedince pomáhá zodpovědět existenciální otázky v životě nemocného (Opatrný, 2004): zorientovat se v nové situaci, přijmout novou životní roli, zapojit současný stav do svého života, najít znovu smysl života a docenit smysl minulého života, vyrovnat se s obavami o sebe, s bilancí života, neúspěchy, křivdami, nedostatky vlastní odpovědnosti vůči partneru, dětem či Bohu, snažit se odpustit.* Pokud mluvíme o spirituální potřebě, je to abstraktní konstrukt, v podstatě jde o službu člověku, která nikdy nekončí a slovo potřeba redukuje význam spirituality (23).

**Pro hospitalizovaného nemocného jsou zásadní dvě fáze v jeho duchovním životě: 1. fáze před operací,** kdy je nemocný postaven před možnost bytí a nebytí, konfrontace s něčím, co není v jeho moci, **2 fáze po probuzení, po operaci,** po tomto zážitku je jiný člověk, orientuje se v nové situaci, přebudovává žebříček hodnot a směr životní cesty (13). Podle *Kozierové, Erbové a Olivierové* je duchovní potřeba jedince udržovat, zvyšovat či napravovat své přesvědčení, víru či směřování života (10). *Zeleníková* mezi základní spirituální potřeby řadí: potřebu smyslu života, významu vlastní existence, vztahu s transcendentem, lásky, naděje, víry a realizace duchovních rituálů a praktik. Ošetřovatelské diagnózy řeší otázky smyslu života, významu vlastní existence, vyjádření pocitů samoty, omezení náboženských rituálů a praktik hospitalizací a léčebným režimem, verbalizace vnitřních konfliktů víry, vyjádření hněvu vůči Bohu, hledání duchovní opory atd., sestra intervenuje empatickou podporou (35). Známe víru (v uzdravení, v osud...) a důvěru v sekularizovaném prostředí a v náboženské oblasti. Náboženská víra má složku obsahovou (intelektuální), vztahovou (důvěra) a konativní (vztah k činnosti, kterou víra formuje a řídí) (16). *Koenig (1999)* ve své studii zjistil, že věřící křesťané dosáhli vyšších hodnot životní spokojenosti. *Ellison (1991)* poznamenává, že dospělí lidé s rysy skutečné a pravé vnitřní (intrinsic) víry hodnotí kvalitu svého života výše než ti, kdo ji nevykazují. „*intrinsic faith*“ je osobní, zvnitřelá víra, důvěra opakem je „*extrinsic faith*“: neosobní, vnějšková, převážně jen navenek se projevující, formální víra. Věřící (obecně se myslí zvláště křesťané) dodržují zdravější životní styl: nekouří tolik, nehodují tak alkoholu a nevedou riskantní promiskuitní život, efektivněji zvládají stres, mají širší sociální podporu, nižší míru deprese (zvláště u mužů se závažnými somatickými zdravotními obtížemi: *Koenig et al, 1992*, vyšší pocit kontroly situace (16). *Můžeme říci, že víra v něco, někoho obecně „mít pro co žít“, Křivohlavý, 1995 (12) zlepšuje kvalitu života, je-li to náboženská víra umožňuje i sociální a emocionální sdílení a oporu, sociální kontakty, zapojení do společenského dění.*

V českém prostředí není longitudinální studie o vztahu spirituálního distresu (utrpení, strádání) a kvalitou života nemocných. Vliv má i to, že nemocní nejsou zvyklí v nemocnicích takové služby žádat a nemá ještě takový význam u zdravotníků při péči o člověka (23). Duchovními potřebami hospitalizovaných nemocných se např. zabývala ve své diplomové práci *Helena Komínková*: cílem práce bylo zjistit, jaký význam přikládají **zdravotní sestry** duchovním potřebám nemocných, porovnat rozdíl mezi postoji a názory v závislosti na typu pracoviště a úrovni jejich kvalifikačního vzdělání a zda sestry cítí potřebu se vzdělávat v oblasti duchovních potřeb. Respondenti šetřených skupin<sup>1</sup> považují duchovní potřeby pacientů za důležité. 58,5% všech respondentů uvedlo, že se nemocní obrací se svými duchovními potřebami na sestru. Tento údaj upevnil autorku v tom, že je nezbytné sestry cíleně v této oblasti vzdělávat (9). **Role lékaře** spočívá u nemocného rozpoznat cíle léčby a rozhodovat v rámci nemocného spirituálního či náboženského pohledu, který i on může integrovat do svého náboženského/religiózního chápání, podporuje nemocného ve spirituálním zvládnutí průběhu léčby, podporuje nemocného, aby mluvil se svým duchovním, odkazuje na nemocničního kaplana či jiné podpůrné skupiny s duchovním zaměřením, které podpoří v nemoci (27). *Americká onkologická společnost NCI* vykazuje u spirituální pohody redukcí úzkosti a depresí a celkového diskomfortu, redukcí pocitu osamělosti, vyrovnání se s nemocí a léčbou, zvýšená schopnost si prožít život i během léčby, pocit osobního růstu a lepší pracovní výsledky, naopak spirituální distres může přispět k horším výsledkům léčby (28). **Spiritualita u Čechů** je po pádu totalitního režimu uvolněnější, ale stále nepřehledná. Pokud vezmeme spiritualitu v návaznosti na církev, není zastoupená tolika lidmi jako osobní, vnitřní spiritualita. Češi jsou obecně spíše ateističtí, nedůvěřují církvím, otázkou je však, jsou-li spíše agnostici, v něco věří a navíc nechtějí být součástí velké náboženské organizace. Neřekli bychom, že jsou tedy Češi v takové míře ateističtí. Spiritualitu, náboženství často nahrazuje pověřivost.

**Spiritualitou v medicíně** se zabývá **pastorální medicína** založená na víře v Boha, která se zajímá o začátek a konec lidského života, jeho předávání a zvládnutí jeho potíží a lékařskou etiku (7).<sup>1</sup> **Pastorální medicína se orientuje především k věřícím nemocným, nebo hledajícím víru, aby jejich víru posílila a dala jim odvahu dále žít. Jde i o hledání smyslu utrpení, podpoře léčebného procesu, smíření s nemocí, překonání duchovní prázdnoty.** V pastorální péči je hlavním prvkem individuální i společná modlitba, víra ve vyslyšení, osvobození od strachu a pomstychtivosti, smíření, odpuštění (6). Lékař nechce suplovat pastorační péči, ale může se na ní podílet tím, že se snaží nemocného potěšit, poskytnout bezpečí, zbavit úzkosti a strachu, překonat pochybnosti o smyslu existence, aby mohl žít nemocný plně až dokonce (26). **Pastorační péče se týká doprovázení nemocného s infaustní prognózou, ne o udílení svátostí (21).** V českých nemocnicích je možná docházka kaplana (*Mgr. Jan Ruml*), např. v Ústřední vojenské nemocnici je stálým zaměstnancem od roku 2006, je nemocným „přítel, posluchač, rádce, utěšitel a důvěrník.“ (2) Vyhledání jeho osoby závisí na důvěře, pokud si ji lidé k němu vytvoří, vyhledávají ho i nevěřící lidé, což potvrzuje, že zase tak výhradně ateistickou pozici Češi nadržují jako nedůvěru obecně. Ve Fakultní nemocnici Motol působí evangelický farář *Pavel Pokorný*, úlohu kaplana spatřuje ve sdílení bolesti, naslouchání a doprovázení (22).

Tab. č. 1 Příklady psychoterapií (11)

<p><b><u>Skupinová terapie</u></b></p>	<p>- se prosadila u onkologických nemocných i přes obavy, které vyplývají z postupného umírání členů skupiny, první začali <i>Yalom</i> a <i>Greaves</i> v roce 1977, kdy zjistili, že nemocní si tvořili emoční podporu, projevila se soudržnost skupiny, verbalizace problémů způsobila úlevu, vytvářeli si nový náhled na život. Ukázalo se, že nemocní mají větší strach z opuštěnosti než ze smrti a umírání. Mohou se přádat i rehabilitační kroužky k získání nových dovedností po mutilujících operacích a k psychické podpoře (4). Obecně lze říci, že ti, kteří projevují vulnerabilitu a akceptují psychotherapeutickou pomoc, z ní profitují (<i>Soures et al., 1998</i>).</p>
<p><b><u>Podpůrné terapie</u></b></p>	<p>- např. <b>pet terapie</b> - léčba pomocí domácího zvířete (např. canisterapie - psem). Starost o domácí zvíře, nejčastěji psa, zlepšuje emoční i kognitivní funkce. Další terapie jsou např. <b>arteterapie</b>, <b>muzikoterapie (pasivně poslech a aktivně provozování hudby)</b>, <b>terapie hrou</b>.</p>
<p><b><u>Terapie zaměřená na řešení problémů</u></b></p>	<p>- (<i>problem-solving therapy</i> čili <i>PST</i>) je typ nácviku dovedností zvládání stresu, v jehož rámci se člověk (pár, rodina, skupina) učí provádět řadu úkolů nebo činností, které umožní řešit komplexní a stresující problémy. Řešení sociálních problémů se rozumí způsob chování, který vybere jednu z neúčinnějších alternativ, proces, kde se zaměřuje úsilí na změnu problematické povahy situací, svých reakcí na ně či obojí, se kterými se jedinec vyrovnává v každodenním životě. (<i>A.M.Nezu, 1987, 1989</i>) Dále je i potřeba rozlišovat mezi řešením problému a realizací tohoto řešení (např. nezvládnutí problému kvůli nedostatkům v dovednostech atd.) (19). Cílem terapie je pomoci zlepšit schopnost jedinců zvládat stres (pomoci zlepšit kvalitu života nemocných s rakovinou), což vede i ke snížení prožívané emoční zátěže i ke zvýšení celkové kvality života. Projevy psychického distresu, např. deprese a úzkost zhoršují kvalitu života (19). Otázka přímého efektu kvality života na zdravotní stav a vývoj onemocnění je sporná a nezodpovězená je i otázka, zda psychosociální intervence zvyšují míru přežití. Některé studie uvádí, že lepší psychosociální fungování se pojí s delší dobou přežití, nižší úmrtností či obojí (<i>např. Fawzy a kol. 1990</i>), jiné studie uvádí opak (<i>např. Cassileth, Walsh&amp;Lusk, 1988</i>) Zaměření na řešení problému se považuje za obecný způsob zvládání situace a zvyšuje pocívanou kontrolu a minimalizuje emoční stres i v situacích, které nelze změnit k lepšímu. (<i>např. A.M.Nezu a kol., 1989 (19)</i>)</p>
<p><b><u>Aktivizace nemocného</u></b></p>	<p>- nenásilná a přiměřená, je vypracováno více postupů aktivační terapie, nutná je spolupráce terapeuta (případně s pečovateli).</p>
<p><b><u>Progresivní relaxace podle Jacobsona</u></b></p>	<p>v poloze se zavřenýma očima vleže na zádech se nemocný učí rozlišovat napětí a relaxaci ve svalech a pozorování změn při dýchání (4). <b>Techniky relaxace s vizualizací:</b> např. vizualizace obranného boje imunitního systému proti nádoru (<i>Simonton a kol., 1980 (4)</i>).</p>
<p><b><u>Autogenní trénink</u></b></p>	<p>- autogenní trénink připomíná <i>couéismus (autosugesce/couéismus</i> - známá věta jejího zakladatele, každé ráno si opakujte: "Každý den, v každém směru se cítím stále lépe." To je pozitivní <i>afirmace (umět se pochválit, být sami sobě oporou, mít pochopení pro své negativní postoje atd)</i>. Myšlenkou je uvolnění naší energie použitím <i>autosugesce</i>. Oba směry mají stejný původ a občas se staly základem pro <i>autosugesce</i>. Jde o sérii nenáročných mentálních cviků k přeladění těla připraveného k útoku či útěku do stavu klidu, relaxace a odpočinku. Je to tedy relaxační technika s využitím principů jógy, pomocí cílené svalové relaxace lze navodit psychickou. Vytvořil ji německý lékař prof. <i>J. H. Schulz</i>. Nácvik se má uskutečnit pod vedením zkušeného psychotherapeuta. Má šest cvičení: pocit tíhy, pocit tepla, klidný tep srdce, teplo v břiše, chlad na čele (5).</p>
<p><b><u>Meditace</u></b></p>	<p>- meditace má osvobodit mysl člověka od rozptýlujících věcí a pocitů, protože spotřebovávají energii a způsobují stres a problémy, např. meditace zaměřená na redukci stresu při bolestech (<i>Kabat-Zinn, 1982 (4)</i>).</p>
<p><b><u>Hypnóza a autohypnóza</u></b></p>	<p>v psychotherapii onkologických nemocných široké využití, např. ovlivňování bolesti (<i>Margolis, 1983</i>), v tlumení zvracení po chemoterapii či před ní (<i>Redd a kol, 1983</i>), při hypnóze se navodí relaxace, kontrola dechu a řízenou imaginaci k vyvolání příjemných pocitů (<i>Rosenberg, 1983</i>). Hypnóza se kombinuje s metodou systematické desenzibilizace (<i>Wolpe, 1973</i>), která snižuje či odstraní fobie, kdy nemocný ve stavu hluboké relaxace si představuje situace od nejméně traumatické a při dobré relaxaci nepocítí strach. Většina autorů potvrzuje zlepšení kvality přežití (4).</p>
<p><b><u>Jóga:</u></b></p>	<p>napomáhá k celkovému uvolnění těla a duše s cílem o integraci osobnosti člověka po stránce tělesné, intelektuální a emoční (4).</p>
<p><b><u>Biologická zpětná vazba</u></b></p>	<p>- není léčebný postup, ale hraje významnou roli při vypracování techniky relaxace a terapie. Spočívá v ovládnutí autonomního nervového systému. Lze ji užívat i ve spojení s jinými terapiemi. Pomáhá při nespavosti, bolesti hlavy, vysokém krevním tlaku a úzkosti. V onkologii může přispět k obnově pooperačních funkcí a zvládnutí některých vegetativních poruch (4).</p>
<p><b><u>Behaviorismus</u></b></p>	<p>(<i>J. B. Watson a B. F. Skinner</i>) - při správné a systematické aplikaci odměňování lze záporným podmiňováním odstranit neurotické příznaky (behavioristé považují za naučené zvyky), ale i dalším podmiňováním vytvořit jiné zvyky.</p>



<p style="text-align: center;"><u><b>Kognitivní terapie</b></u></p>	<p>- (ovlivněna Adlerem, Alexandrem, Sullivanem, Freudem) Předchůdce je A. Ellis, zakladatel A. T. Beck. Cílem je uvědomění si nereálnosti a škodlivosti svých iracionálních přesvědčení a jejich nahrazení racionální životní filosofií. V 80. a 90. letech se uplatnila v léčbě psychických poruch, poruch osobnosti, psychóz a léčbě chronické bolesti. Spojením forem behaviorální terapie a kognitivně behaviorální terapie vznikl <b>kognitivně-behaviorální terapie, KBT</b>. Vznikla na konci 70. let a může být úspěšným příkladem integrace v psychoterapii. <i>Její základní rysy jsou: je krátká a časově omezená, strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní, je vztahem aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem, vychází z teorií a učení kognitivní psychologie, zaměřuje se na přítomnost, stanovuje konkrétní a funkční cíle, zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy, uplatňuje vědeckou metodologii a jejím konečným výsledkem je dosažení soběstačnosti klienta/pacienta.</i> Při aplikaci kognitivně-behaviorálního typu psychoterapie se zlepšila činnost imunitního systému u nemocných s diagnózou rakoviny (Levy, 1989) (16). U nemocných s rakovinou <b>psychoterapie s racionálními prvky</b> s obsahem bdělé sugescie (která se uplatní jako placebo efekt), racionální psychoterapie je blízká KBT, např. spočívá ve vysvětlení příčiny choroby, přesvědčení o nutnosti léčby, orientace na změnu hodnot a přijetí změny (4).</p>
<p style="text-align: center;"><u><b>tzv. rogerovská, empatická terapie</b></u></p>	<p>- Carl Rogers, zakladatel v 60. a 70. letech, při ní se terapeut intuitivně vcítí do potřeb pacienta.</p>
<p style="text-align: center;"><u><b>Laické poradenství</b></u></p>	<p>- metoda je založena na vzájemné pomoci neodborníků bez zásahu profesionálního terapeuta. Vychází z předpokladu, že nemoc je často spojena s neschopností jedince rozpoznat své pocity zloby, osamění a méněcennosti, které jsou skryty hluboko v podvědomí. Cílem metody je tyto pocity uvolnit.</p>
<p style="text-align: center;"><u><b>Léčení pomocí smyslu</b></u></p>	<p>- <b>léčení barvou:</b> různé barvy mohou ovlivnit i vnímání teploty. Zdá se, že všichni lidé reagují na léčbu barvou, a je nutné věnovat více pozornosti navrhování barev v prostorech, v nichž žijeme.  - <b>léčení uměním (arteterapie):</b> pacienti kreslí nebo malují obrazy či vytváří modely. <b>Cílem není umění, ale schopnost a možnost se vyjádřit jinak než verbálně. Což je vhodné právě u laryngektomovaných a jejich rodin, terapie může sehrát roli při léčbě (18).</b>  - <b>léčení hudbou (muzikoterapie):</b> schopnost reagovat na hudbu je vrozená každému, schopnost nemizí v důsledku tělesného či duševního postižení, poranění, psychologické poruch. <b>Léčením cvičení a pohybem - tancem atd.</b> Existuje ještě dále mnoho dalších technik a cvičení.</p>

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>i</sup> (kde se jedná v prvé řadě o kvalitu života, ne o přežití za každou cenu, působit na nemocného a blízké psychosociálními intervencemi (např. metodou skupinové terapie) ve fázi zjištění diagnózy, léčby, zotavování či recidivě a terminální situaci tak, aby se dosáhlo příznivých účinků na průběh nemoci či uzdravení)

<sup>i</sup> 0. nulové stadium, nejistoty, člověku není dobře, váhá s první návštěvou lékaře, 1. výkřik, šok, panika 2. popření, negace 3. deprese, fáze intruze: vtravých myšlenek až obsese kritickou událostí (u Küblerové fáze agrese) 4. vyrovnávání, adaptace: pasivní, jde o přizpůsobení se či aktivní: změnit si podmínky (u Küblerové fáze smlouvání) a 5. smíření (či rezignace - deprese, nesmíření: dekompenzace). Vliv na trvání fázi má závažnost zdravotní změny, perspektivu nemocného, stupně zralosti nemocného, životní zkušenosti.

<sup>i</sup> (zakladatel logoterapie, třetího směru vedlo psychoanalýza a individuální psychologie, logoterapie: terapie smyslem)

<sup>i</sup> (model zvládnání zátěže, „COPE“ zvládat jako C-kreativita, tvořivost, O- optimismus, P- plánova léčbu i uzdravení, E - experti a jejich přesné informace).

<sup>i</sup> (obecný cíl jako paliativní léčba, což je zlepšení kvality přežití, vyrovnání se s faktem choroby a růst osobnosti nemocného)

<sup>i</sup> - z celkového vzorku 260 pracovalo 52 v hospicích a 208 na standardních odděleních zdravotnických a sociálních zařízení (chirurgie, interna, gynekologie, geriatric, onkologie, psychiatrie, domov důchodců a domácí péče)

<sup>i</sup> Koncem 18. století a na začátku 19. století byla pomocnou vědou pastorální teologie, v polovině 20. století byla samostatnou vědeckou disciplínou s dvojnásobným posláním („dvojjedou“): sloužit teologii i medicíně. Nyní má tento obor interdisciplinární strukturu autentické pastorální medicíny, v jejímž rámci se rozlišuje specifická pastorální medicína a lékařská etika.

#### SEZNAM LITERATURY

1. COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
2. ČERNÁ, V. Pacienti si oblíbili kaplana Pavla Rumla. [online]. 21 března 2007. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.uvn.cz/CS/content/view/524/1/lang.cz/>>.
3. DAHM, N., H. *Mind, body, and soul. A Guide to Living with Cancer*, 1st ed., New York: Taylor Publishing, c2001, ISBN 0-9702904-0-3.
4. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-022-86.
5. HAY, L., L. *Limitní situace*. 1. vyd. Praha: Votobia, 1994, ISBN 80-85885-11-5.
6. IRMIŠ, F. Spiritualita a zdraví, říjen 2002. [online] Dostupný z WWW: <<http://www.regenerace.net/Archiv/2002/09/spiritualita.htm>>.
7. KAŠPARŮ, M., J. Hypnotický fenomén v kontextu pastorální medicíny, dizertační práce, Košice: Katolická univerzita Ružomberok, 2006 [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.kapitula.sk/files/jarab/hypnoza.doc>>.
8. KOLEKTIV autorů. *Deprese. Příznaky. Příčiny. Diagnostika. Léčba*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2002. ISBN 80-7200-686-X.
9. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2003.
10. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*, 2. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.
11. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-280-7.
12. KRÍVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995.
13. KRÍVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*. 1. vyd. Praha: Oliva, 2000. ISBN 80-85942-42-9.
14. KRÍVOHLAVÝ, J. *Positivní psychologie. Radost, naděje, odpuštění, smířování, překonávání negativních emocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
15. KRÍVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Jak zlepšovat psychický stav nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-032-85.
16. KRÍVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-774-4.
17. LEVY, A.; JASMIN, C.; BEZ, G. *Cancer, AIDS, and Quality of Life*. 1st ed., New York: Plenum Press, 1997. ISBN 0-306-45517-X.



- 
18. MALCHIODI, C., A. *Art therapy with Adult*. 1st ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. ISBN 1853026786. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://books.google.com/books?hl=cs&lr=&id=dHHdM\\_bIAc&oi=fnd&pg=PA63&dq=Loss+of+voice+%E2%80%93+Coping+after+laryngectomy&ots=WPFx7mP\\_MT&sig=vfmZE8D6S2x49WZOTjm2j6Qrlo0#PPP1.M1](http://books.google.com/books?hl=cs&lr=&id=dHHdM_bIAc&oi=fnd&pg=PA63&dq=Loss+of+voice+%E2%80%93+Coping+after+laryngectomy&ots=WPFx7mP_MT&sig=vfmZE8D6S2x49WZOTjm2j6Qrlo0#PPP1.M1)>.
19. NEZU, A. M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 1998. ISBN 80-7364-007.
20. O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
21. OPATRŇY, A. Patorační péče. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=&sel\\_tema=167&sel\\_podtema=841&sel\\_text=2648](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=&sel_tema=167&sel_podtema=841&sel_text=2648)>.
20. POKORNÝ, P. Kaplan v nemocnici. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 25.
21. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-2110-4131-5.
22. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. 1. vyd. Česká Lípa: Arcus, 1997. č. 15.
23. SIMONTON, C., O.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J., L. *Návrat ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Radost, 1994. ISBN 80-85189-24-0.
24. SLABÝ, A.; SLABÝ, J. Pastorální medicína. 1. Hledání spirituality. *Trendy v medicíně*. 1999, roč. 1, č. 1, s. 55-59.
25. Spirituality in Cancer Care Definition of Spirituality and Religion (PDQ®). [online]. NATIONAL CANCER INSTITUT. 04/26/2007 [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/Patient/page2>>.
26. Spirituality in Cancer Care (PDQ®) Meeting the Patient's Spiritual and Religious Needs. [online]. National cancer institute, 04/26/07 [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/Patient/page5>>.
27. Spirituality in Cancer Care (PDQ®). Relation of Spirituality to Quality of Life. [online]. National cancer institute, 04/26/07 [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/Patient/page3>>.
29. TSCHUSCHKE, V. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
30. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1262-8.
31. VODVÁŘKA, M. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. ISBN 80-7042-314-5.
32. VORLÍČEK, J.; SLÁMA, O. Sdělování onkologické diagnózy. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 2, s. 35-36.
33. ZACHAROVÁ, E; HERAMNOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
34. ZELENÍKOVÁ, R. Úloha sestry v saturácii spirituálních potřeb u chorých. *Ošetrovatelství. Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, 2003, sv.5, č.1-2, s.3-7.
35. ŽÁK, S. Mystika života. In PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s.137-145. ISBN 80-7254-657-0.

## Příloha č. 12 Rehabilitace: a) tělesná a psychická, b) hlasová, c) změna životního stylu

*Rehabilitací* se nejčastěji míní proces zlepšení kvality života procesem doléčování s cílem dosažení znovuoživení narušených funkcí poruchou zdraví či reakcí organismu (psychickou a somatickou) na tuto poruchu. Rehabilitace je léčebná (patří sem i péče lázeňská), pracovní, psychickou a sociální (68). Uskutečňuje se pomocí fyzioterapie, ergoterapie, masáží, psychologickými postupy atd. Významnou roli hraje motivace nemocného. *Sociální rehabilitace* směřuje k omezení či zamezení nepříznivého dopadu poruchy zdraví na rodinný a společenský (hlavně pracovní) život nemocného a jeho nejbližších. Rehabilitační část komplexního léčebného programu se snaží začlenit nemocného zpět do života s ohledem na jeho reálné možnosti. *Psychologická stránka rehabilitace* se uskutečňuje v postoji a vztahu k nemocnému a jeho nejbližším, pěstuje se naděje na změnu k lepšímu. *Psychoterapeutická stránka rehabilitace* umožní nemocnému a jeho nejbližším přijmout a vyrovnat se faktem následků poruchy zdraví (např. změny ve zjevu a tělovém schématu) v oblasti sebe pojetí, změnách rolí, výskytu psychopatologických fenoménů, zvláště depresí. Komplexní rehabilitace je neúplná bez psychoterapie, kdy psychoterapeutické pojetí kvality života spočívá v nejvyšší možné kvalitě života u nemocného a jeho nejbližších, rozvíjí se a naplňují pozitivní možnosti (67). U onkologicky nemocného ve spolupráci s jeho rodinou se má zahájit tzv. cílená **tzv. cancer rehabilitation** (rehabilitace pacientů s nádorovým onemocněním, která se koncentruje komplexně na fyzické, sociální a emocionální potřeby) co nejdříve při stanovení diagnózy a pokračovat ve všech fázích léčby do zotavení a stabilizace stavu (41). Péče se poskytuje konzultační a konsiliární formou, ambulantní či hospitalizační na specializovaném rehabilitačním pracovišti, formou lázeňské péče, rekondičních pobytů dobrovolných sdružení nemocných, např. LIGA proti rakovině Program rehabilitace a přístupy závisí na postižené anatomické oblasti, histologickém typu a stadiu onemocnění, onkologické léčbě a jejich vedlejších efektech, věku, prognóze, psychickém stavu a sociálním zázemí. Rehabilitace se podílí na zlepšení kvality života, soběstačnosti a nezávislosti a případný návrat do běžného života, zaměstnání. Rehabilitační pracovníci spolupracují s dalšími odborníky: onkologem, psychiatrem, psychologem, radioterapeutem, chirurgem, foniatrem atd.(59). *Při návratu do běžného života pro laryngektomované je vhodné:* neuzavírat se do sebe, vyhledávat kontakty s ostatními lidmi (např. přátelé, bývalí kolegové z práce), pěstovat koníčky, účastnit se dění v okolí, naučit se mluvit a pečovat o tracheostoma pro zvýšení sebevědomí a překonávání depresivních stavů, při neúspěších při dorozumívání s ostatními lidmi neztrácet trpělivost, odvahu a vytrvalost (46).

### Tělesná a psychická rehabilitace

Nemocný se může informovat v Centru pro rehabilitaci laryngektomovaných, klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK FN Motol, kde jsou odborníci schopni zodpovědět otázky týkající se této problematiky (47). U nemocných se sníží aktivity ve volném čase kvůli zhoršené schopnosti jíst a mluvit (*Kornblith, 1998 In 59*). Nemocní nemají problémy s dýcháním, pokud je tracheostomie široká a nosí kanylu. Kolem 10-15% má mírnou až silnou tracheobronchitis s krustami a krvavými výtoky (tracheitis sicca), obzvláště v zimě a během změn počasí. Léčba je antibiotická a často za hospitalizace (35). Součástí rehabilitace je i nácvik správného dýchání tracheostomatem (39). Např. v USA jsou nemocní a jejich rodina informováni předem o rehabilitačních agenturách, které jsou jim schopny pomoci, *např. Mezinárodní asociace laryngektomovaných, The International Association of Laryngectomees, IAL, Americká společnost pro rakovinu, American Cancer Society atd.*, někteří jedinci nejsou ochotni se zapojit do činností asociací a radši se sami vyrovnávají s novou situací, proto je důležité stanovit nemocnému individuální rehabilitační program, který obsahuje potřebné informace jako vzor pro vyrovnávání se se změnami po operaci (29).

#### Do tělesné a psychické rehabilitace patří:

- **ergoterapie:** pracovní terapie, či terapie, jejímž cílem je dosažení nezávislosti pacienta v sebeobsluze a dalších každodenních činnostech (38), její cíl je soběstačnost a samostatnost, zvyšování a udržování smyslu a kvality života. Pro tracheostomované je typický nácvik komunikace, dále komunikování telefonem (např. SMS), případně nácvik soběstačnosti (58).

- **lázeňská péče:** (7) má svůj podstatný vliv na kvalitu života, doporučit ji lze po skončení léčby, měla by trvat 4-6 týdnů, návrh podává praktický lékař, odborný lékař dodá svůj posudek.<sup>1</sup> Péče je v podobě **komplexní lázeňské péče, KLP** (plně hrazená zdravotní pojišťovnou včetně ubytování, stravování a dopravy), která navazuje na ústavní či specializovanou ambulantní péči, úkolem je doléčit, zabránit vzniku invalidity a nesoběstačnosti, navrátit nemocného do běžného sociálního prostředí.<sup>1</sup> Druhý typ je **příspěvková lázeňská péče, PLP (pojišťovna hradí pouze vyšetření)** je poskytována pojištěncům s chronickým onemocněním na návrh ošetřujícího lékaře. Příslušná pojišťovna hradí jen vyšetření a léčbu, ubytování, stravu a dopravu si nemocný hradí. Tento typ péče se poskytuje pro stejnou diagnózu 1 krát za 2 roky (změnu či výjimku posuzuje a povoluje revizní lékař pojišťovny) (68). Pro nemocné jsou vhodné lázně např. Luhačovice, Karlova Studánka (26).

- **rekondiční aktivita:** pořádají neziskové organizace pro své členy, někdy na ně i přispívají, aby se zlepšil jejich celkový stav a seznámili se s pomůckami a rehabilitací. (48). Liga proti rakovině Praha spolu s Rekondičním onkologickým centrem pořádají ozdravné pobyty (např. návštěva solné jeskyně, tzv. haloterapie, jejich prostředí je vhodné pro laryngektomované a nemocné s chorobami dýchacího ústrojí a

s alergií), jejichž cílem je vrátit nemocným po protinádorové léčbě sebedůvěru a fyzickou kondici, poskytnout jim odborné konzultace, psychoterapii, režimovou léčbu a seznamovat je se zásadami správného životního stylu a zdravé výživy. Organizuje rovněž ambulantní informační semináře pro nádorově nemocné (10).

**Z rehabilitačního hlediska jsou nejdůležitější postižené oblasti vlivem invaze tumoru či onkologickou léčbou:** ►1. nutrice, žvýkání, polykání; ►2. muskuloskeletální funkce: dysfunkce ramenního kloubu, dysfunkce krční oblasti, deformity; ►3. postižení periferních a hlavových nervů a nervových plexů, ►4. komunikace – řeč a fonace (viz kapitola Komunikační možnosti a motivace nemocného). *Konkrétní oblasti rehabilitace: 1. ošetření jizev, 2. bolest, 3. dýchání, 4. odkašlávání a rýma, 5. péče o tracheostoma, 6. péče o kanylu, 7. pomůcky, 8. hygiena, sprchování a koupání, 9. přijímání stravy a tekutin, 10. čich, 11. chuť, 12. muskuloskeletální funkce: dysfunkce ramenního kloubu, dysfunkce krční oblasti, deformity, 13. mízní otoky, lymfedémy, 1. rekreace a cvičení, 15. návrat do zaměstnání shrnuje Tab. č. 1. (46, 57).*

### **Komunikační možnosti**

Kvalita života je úměrná přijetí handicapu v nalezení jiných možností komunikace s jinými lidmi. Úkolem zdravotní sestry je zjistit rozsah omezení (v příjmu a vysílání zpráv) a nalézt vhodnou a přijatelnou metodu komunikace. Případně zajistit kontakt s okolím (62). Karcinom hrtanu zasahuje do hlasové funkce a každá jeho léčba změní hlas - nejméně radioterapie. Po parciální laryngektomii je větší ovlivnění hlasu u výkonů v glotickém prostoru, stává se často (mimo chordektomie), že nemocný aspiruje polykanou stravu a tekutiny v pooperačním období. Obtíže působí edukace hlasu po totální laryngektomii, navrácení hlasu nemocným po totální laryngektomii vede k odstranění základní překážky v komunikaci, tím i rozšíření možností v sociální oblasti. **Je obtížné připravit nemocného na ztrátu hlasu,** nemocný probuzený po operaci je konfrontován s pocitem neschopnosti si zavolat pomoc, cítí strach, cítí, jak je izolován, když ztratil schopnost mluvit a má otvor na krku, kterým dýchá. Muži spojují ztrátu hrtanu, „Adamova jablka“ se ztrátou mužnosti, jako určitou formu kastrace. Ztráta hlasu je ztrátou a omezením vyjádřit své emoce: křičet, jásat, hlasitě se smát, zpívat, ztrátou komunikace - nejstaršího komunikačního prostředku: řeči (podobně jako je oko zdroj asi 98% informací o světě, tak i řeč je tímto prostředkem v oblasti sociální), ale i individuálního znaku. Často se lidé navzájem poznají podle zabarvení hlasu. Hlas nám pomáhá vyjádřit emoce, někteří označují hlas za „sexuálně přitažlivý“, tak i ztráta hlasu může změnit individuální obraz sexuálního sebepojetí a metod vyjádření sexuality (29). Komunikace po operaci je nejdříve formou **dorozumění psaním** (tužka a blok, mazací tabulka, SMS zprávy mobilním telefonem) a **neverbální komunikací**: gesty, odezírání ze rtů, tlesknutí k upoutání pozornosti atd. obdobně jako u neslyšících. Metodicky je propracovaná alternativní, augmentativní a facilitovaná komunikace, AAK - jsou to všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo nahrazují řeč, ať už přechodně nebo trvale (4), je vhodná pro děti i dospělé se závažným postižením řeči následkem např. mentálního postižení, vývojového postižení řeči, laryngektomie, apod. Využívají se cílené ohledy do očí, gesta, manuální znaky (např. jazykový program Makaton), předměty, fotografie, obrázky, symboly, piktogramy, písmena a psaná slova, komunikační tabulky, technické pomůcky s hlasový výstupem (1). Zájmům osob, jež se v důsledku těžkého zdravotního postižení nemohou dorozumívat mluvenou řečí, slouží od roku 1997 specializované *Centrum pro augmentativní a alternativní komunikaci, CAAK*.<sup>1</sup> *Po totální laryngektomii se nemocný snaží mluvit tzv. pseudošepotem, kdž zdrojem je hypofarynx, nabízí se mu některá metoda tvorby hlasu (54). Hlasové rehabilitaci se ve světě věnují i internetové stránky, kde lze nalézt nové metody na tomto poli (65).*

**Hlasová rehabilitace pracuje s následujícími náhradními hlasovými mechanismy:** (viz Tab. č.1) a) *foniatické metody: jícnový hlas a hlas tvořený pomocí přístrojů, b) chirurgicko-protetický způsob: hlasová protéza v tracheo-ozofageálním shuntě vytvořeným jednoduchou punkcí, c) chirurgickým způsobem vytvoření hrtanu podobných struktur (laryngoplastika podle Hageny, Ehrebergera), d) transplantace hrtanu, e) nová metoda: umělé hlasivky.* V širším slova smyslu za náhradní hlasový mechanismem považujeme každý způsob fonace, kdy hrtanový nebo základní tón se nevytváří na hlasivkách, v užším slova smyslu sem řadíme mechanismy používané při rehabilitaci nemocných po laryngektomii: bukální a faryngeální hlas: oba způsoby se již nepoužívají, jícnový hlas, hlas vytvořený pomocí spojů, shuntů: tracheoesophageální spoj, tracheofaryngeální spoj, různé protézy nahrazující tyto spoje a hlas vytvořený pomocí různých elektronických protéz (39). K zesílení řeči je vhodný zesilovač řeči - malý mikrofon, který tvořenou řeč zesílí, není běžně dostupný na českém trhu (48). Hlas se posazuje podle subjektivního hodnocení, objektivního (sonogramem) a dle plynulosti mluvy stupnice Robeové, kdy nemocný: A nevybaví ructus, B vybaví jen ructus, C vybaví jednotlivá slova, D je schopen říci 2 – 3 slova, E užívá jednoduché a krátké věty, F běžné mluvení ve větách, G mluví plynule bez rušivých momentů (54).

### **Změna stylu života**

Nemocní po totální laryngektomii mají snížit příjem alkoholu na umírněné množství či nepít vůbec, vyvarovat se kouření ani nepobývat v zakouřených prostorách - tzv. *pasivní kouření*. Existují různá doporučení pro léčbu závislosti na alkoholu a tabáku (27). Změna stylu života může dělit podle doporučení do tří částí: obecná doporučení, doporučení při tracheostomii a při léčbě radioterapií a chemoterapií (viz Příloha č. 10).

### **Tělesný vzhled (body image) a sexualita**

Paul Schidler (1950) tvrdí, že vnímání obrazu těla není jen kognitivní konstrukce, ale také i odraz postojů člověka a interakce k ostatním lidem. Od roku 1950 používali vědci pojem „*body image*“ k označení různých významů, včetně vnímání přitažlivosti vlastního těla, distorze velikosti těla, percepce hranic těla a přesnost vnímání tělesných vjemů (17). Sarah Grogan používá tento termín „*jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jako ho vnímá a cítí*“ (17, s. 11). Ve společnosti je kladen větší tlak na vzhled ženy (ženy jsou celkově méně spokojeny se svým vzhledem než muži), než muže (muži čekají od těla spíše výkonnost než krásu), se vzrůstajícím věkem je spíše kladen důraz na vlastní zdraví. Z toho vyplývá větší šok, delší srovnávání se vzhledem pro ženy se stomatem a navíc pokud je to spojené s komplikacemi: zahlenění atd., pocit ošklivosti, deprese z nového vzhledu po operaci. Platí pravidlo, že jak posuzujeme sami sebe, tak nás budou posuzovat i ti druzí, musíme se proto naučit mít úctu k sobě samým, získáme sebedůvěru a jistotu (13). Jana Němcová **připomíná, že změna v body image může negativně ovlivnit sebevědomí a sexualitu jedince.** Zhoršením kvality života jsou nejvíce ohroženi nemocní, kteří před onemocněním upřednostňovali svůj tělesný vzhled, neměli podporu partnera, před onemocněním měli problematické vztahy, dále nemocní kteří jsou v období diagnózy svobodní či ti, kteří mají v anamnéze psychické onemocnění. Problémem může být únava, ztráta sexuální touhy, nedostatek energie na udržení vztahů, péče o vzhled, oblečení a dostatečná hygiena. Sexualitu ovlivní i bolest, nevolnost, zvracení, zácpa či dušnost, úbytek hmotnosti, přítomnost sond a katetrů (37). Proces přijetí změny vzhledu těla spojených se ztrátou hlasu, funkčním poškozením díky laryngektomii zahrnuje témata v období před a brzy po operaci a dalším období po propuštění. Před operací jsou aktuální témata: přijetí ztráty hlasu, hledání nového způsobu komunikace a pozitivní přijetí nových způsobů komunikace a začít nový život po ztrátě hlasu. Pooperační období se soustředí na sebezhdnocení nové komunikace a denních aktivit, pozitivní postoj k jejich přijetí a hledání strategií k vyrovnání se s danou situací. Po propuštění opět vyhodnocení nových způsobů komunikace, denních aktivit, přijmout své omezení, udržet pozitivní postoj k nové komunikaci a ochotu k sociální rehabilitaci. Studie Kiyomiho et al. (2005) se zajímala o proces přijetí svého vzhledu těla laryngektomovanými, včetně ztráty hlasu, omezením, „znetvořením“ jako pomoc pro rozvoj sesterských asistenčních technologií podpory přijetí. Studie se prováděla před laryngektomií, dva operační týdny a jeden měsíc po propuštění. Vyplývá z ní, že laryngektomovaní přistupovali pozitivně k přijetí svého vzhledu, i přes trpění ze ztráty hlasu, přijali nové způsoby komunikace a byli ochotní se vrátit do svých sociálních podmínek měsíc po propuštění. Lékaři a zdravotní sestry je podporovali se adaptovat na změnu (24).

**Lidská sexualita** je součástí individuálního hodnotového systému, víry, osobnosti způsobu interakce a sebedělování (62). Ztráta sexuální touhy či snížení sexuálního potěšení bývají časté příznaky deprese, či pocitu ztráty důstojnosti při např. neschopnosti dodržovat hygienu bez pomoci. Důležité je v ošetrovatelské péči uznat význam sexuality ve spektru potřeb nemocného, zajištění potřebných informací pro nemocného a jeho partnera, posoudit vliv léčby na snížení sexuálních potřeb (chemoterapie, radioterapie). Při posuzování sexuality a body image hodnotíme fyzické schopnosti nemocného, např. schopnost dodržet hygienu, zvláště ústní dutiny, zjišťujeme kvalitu partnerského vztahu, obavy o vlastním vzhledu a atraktivitě, strach z odmítnutí partnerem a ze ztráty sociální role (37). Účinek rakoviny a její léčby se liší. Někteří mají neporušené sexuální funkce, jiní sníženou aktivitu z obav (např. odhalení se partnerovi jako zmrzačený, umírající způsobí pohlavní inhibici či abstinenci), či zvýšenou potřebu fyzické blízkosti, jiní mají dokonce sexuální aktivitu zvýšenou. Nemocní s potížemi mohou vyhledat sexuální poradenství a zlepšit tím svou kvalitu života. Proces onemocnění může znamenat změnu úlohy pohlavní identity, např. hospitalizovaní nemocní mohou mít pocit ohrožení své sexuální identifikace a důstojnosti, musí se přizpůsobit nedostatku soukromí, oddělení od partnera, odhalování intimních částí těla. Citové odloučení snášejí ženy lépe než muži. Jiné ohrožení sexuálních aktivit je celková vyčerpanost a únava z rakoviny či její léčby jako nauzea, anorexie, alopecie atd. Je důležité zodpovědět případné otázky budoucí reprodukční schopnosti. Leiber (1976) zjistil, že u nemocných se špatnou prognózou klesá přání pohlavního styku, ale zvyšuje se pocit mít obyčejnou fyzickou blízkost jako stisk ruky, objetí, polibky (64). Byla-li sexualita v partnerském vztahu před laryngektomií významná, není důvod, proč by tomu nemohlo být dále. Ve vztahu s láskou, ohleduplností a upřímností, lze eventuelní estetické problémy: např. zvuky vznikající v tracheostomatu, kterými se partner cítí být rušen, překonat. Lze čekat u partnera zpočátku sexuální zábrany, u nemocného netrpělivost a smutek. Doporučuje se přiznat k těmto reakcím sobě a partnerovi. Šťastný sexuální život je určen tím, jak se partneri dokážou přizpůsobit (46). Mnoho manželských a partnerských vztahů pod vlivem objevení nádorového onemocnění se rozvádí či rozchází nebo naopak se utuží pozitivní vztahy a celková spokojenost v rodině (Kornblith, 1998; Wolcott et al., 1986; Curbow et al., 1993). Obecně můžeme říci, že u těch, kteří přežili nádorové onemocnění, klesá sexuální aktivita a schopnost sexuálního prožitku do té míry, jak je poškozen tělesný obraz. (Greenberg et al., 1995; Forbair et al., 1986, Sneeuw et al., 1992; Schover et al., 1995; Wingard et al., 1992) (60).

**Tab. č. 1 Oblastí rehabilitace**

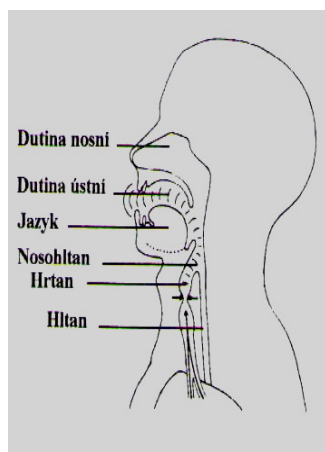
<p><b>1.</b> <i>ošetření jizev</i></p>	<p>- k předcházení tvrdnutí jizev se doporučuje vhodná mast, chránit jizvy vyhýbáním se průvanu a chladu nošením šály či roláku (spolupůsobí při neuralgických bolestech) - pokud jsou v okolí jizvy zatvrdliny po ozáření opět po dohodě s lékařem ošetřit vhodnou mastí - když po ozáření dojde k porušení cirkulace lymfy je nutné vyhledat odborníka po poradě s ošetrujícím lékařem, může pomoci manuální drenáž lymfy</p>
<p><b>2. bolest</b></p>	<p>při bolesti kontaktovat svého onkologa k její adekvátní léčbě</p>

<p><b>3.</b> <i>dýchání</i></p>	<p>vzduch nyní přichází do plic studený, suchý, vlhký či znečištěný, tracheostoma má být co nejlépe chráněno. Sliznice tracheostomu by neměla vysychat, bránit tvorbu krust, poradit se s odborníky o vhodných inhalích. Vlhkost vzduchu v místnosti má být 60% (zjistí hydrometrem), na ústředních topeniích mají být odpařovače. Vhodná je i dechová rehabilitace, která se provádí již za hospitalizace.</p>
<p><b>4.</b> <i>odkašlávání a rýma</i></p>	<p>- po laryngektomii se dýchá suchý, studený a nefiltrovaný vzduch, mohou se objevit problémy s vyšším výskytem kašle a hlenů. Při pokusu o kýchnutí, nos svědí, ulehčující kýchnutí je odkašlání. Rýma je nepříjemná, nudle volně odtékají, hlen se vysmrká až po určitém nácviku: Přiloží se k nosu kapesník, zavřou ústa a rozevřou čelisti, pak se přivřou a vzduch má vyjít nosem. Lepších výsledků se dosáhne, když se uvolní jedna nosní dírka ve stejném okamžiku, když se druhá zavře (28). - nutné se naučit změny v odkašlávání, kdy po hlubokém nádechu se uzavře papírovým kapesníkem či buničinou tracheostoma, to odpovídá uzavření hrtanu a skloní se hlava. Při odkašlání se kapesníček krátce oddálí a zachytí tak hleny. - pokud je obtížné odkašlávání, musí se hleny odsávat odsávací káblíkem, ale časté odsávání poškozuje sliznici. Po totální laryngektomii jde vykašlaný hlen z otvoru v krku (tracheostomu) a ne do ústní dutiny. Velký problém ovlivňující kvalitu života nemocných při začleňování do sociálního života. Kvůli vykašlávání hlenů mají strach se účastnit společenských akcí, kde na sebe tímto strhávají pro ně nepříjemnou pozornost.</p>
<p><b>5.</b> <i>péče o tracheostoma</i></p>	<p>Po totální laryngektomii dochází ke zmenšení mrtvého otvoru, člověk dýchá tímto tracheostomem, zapne-li se, uduší se (upozornit lidi trpící astmatem, pokud mají práškové nebulizátory, tak dávat skrz stoma a ne přes ústa (oddělené polykací a dýchací cesty) či zvolit jinou léčebnou metodu). Tracheostoma se čistí ráno a večer vlažným mulem či žínkou, nevhodné je mýdlo, které by vyvolalo podráždění kůže a kašel, také nelze užívat vaty, která se může vdechnout. Další ošetření kůže je krémem či masťou. Není vhodné používat např. u kadeřníka vlasové spreje. Také nepoužívat v blízkosti stomatu různé pudry a prášky, které iritují stoma a mohou způsobit infekci (52). Balneologická léčba, inhalace léčivých vod (karlovarských teplých pramenů, luhačovické Vincentky) se podává v inhalatoriích, působí příznivě hlavně na suché katary sliznic nosu, hltanu a hrtanu, jsou vhodné i pro nemocné s tracheostomem, (6) vyhýbat se nachlazeným osobám, užívat případně antihistaminika (tlumí především alergické reakce, nervový systém, zvracení, nevolnost svědění),</p>
<p><b>6. péče o kanylu</b></p>	<p><b>tracheostomická kanyla</b> je pomůcka určená k udržení průchodnosti tracheostomu. Její parametry jsou určeny její délkou od začátku krční destičky až po spodní částí vnější kanyly, úhel zahnutí je 90 °, průměrem vnitřním ve spodní části vnější kanyly, ID a vnějším za krční destičkou, OD (34). Každá kanyla má referenční číslo, podle kterého ji lze objednat (31). Pro případnou výměnu má nemocný nosit s sebou jednu čistou kanylu, pokud se tracheostoma neuzavírá, lze chodit bez kanyly, pokud se stoma zužuje, je potřeba aspoň na noc užívat silikonovou kanylu, pokud dolní konec kovové kanyly dráždí či zraňuje průdušnici, vzniká i její zúžení, a pak se užívá speciální dlouhá plastová kanyla jako dlaha k rozšíření (48). Kanyly jsou vyráběny v různých tvarech, velikostech a délkách. Tracheostomické kanyly mohou být <b>celistvé</b> nebo <b>perforované</b>, s <b>těsnicí manžetou</b> a <b>pevným</b> či <b>nastavitelným úchytem</b>. <i>Tracheostomické kanyly se dělí na dvě skupiny:</i> <b>1. kovové kanyly</b> <b>2. kanyly z plastických materiálů (PVC, silikon, teflon).</b> Vnitřní plášť je součástí některých kanyl, kovové je mají všechny, umělohmotné podle druhu. Nejsou povinnou součástí kanyly, při nákupu se objednáva zvlášť. Udrzuje čistotu a průchodnost tracheostomu během dne. Je připevněn na kanyle otáčecím zobáčkem (u kovových kanyl) nebo zámkovým mechanismem, aby nedošlo k jeho vysunutí. Kanyla může obsahovat i dva vnitřní díly, čistí se stejně jako kanyly. Zavaděč je součástka, která tvarem kopíruje tvar vnějšího pláště a zakončuje ji zakulacená olivka, jejíž hlavička přesahuje délku kanyly, při zavádění neporaní okrajem kanyly sliznice, po zavedení se ihned vytáhne (18, 22). Některé plastové kanyly mají zavaděč opatřen zámkem, aby během zavádění nedošlo k jeho nežádoucímu vypuzení třeba kašlem, u kovových zámků brání nežádoucímu uvolnění vyměnitelné vložky mimo kanylu. - <b>vnitřní kanylu</b> je potřeba čistit třikrát až čtyřikrát či častěji, nejlépe kartáčem k čištění lahví pod teplou tekoucí vodou - <b>celá kanyla</b>, vnitřní a vnější se vyměňuje denně kanyla před zavedením je suchá - <b>kovové kanyly</b> se vyvaňují 30 minut či dezinfikují v dezinfekčním roztoku - <b>plastové</b> se dezinfikují v dezinfekčním roztoku (alkoholová lázeň, obsah alkoholu aspoň 70%)</p>
<p><b>7.</b> <i>pomůcky</i></p>	<p>- tracheální kanyly kovové (stříbrné jsou pevné, lépe se sterilizují a mají tenčí stěny) a plastové (méně dráždí sliznice dýchacích cest) udržují otevřené stoma a odvádí sekret - set k čištění kanyl - tracheální obkladky: nošené pod kanylou, odsávají sekret vytékající z kanyly - ochranný slintáček: při silné sekreci brání promáčení obkladku, opakovaně použitelné - elektrická odsávačka k odsání hlenů - inhalátor: inhalací (vlhké a teplé odstraňují přischlé sekrety) lze předcházet zánětům a tvorbě krust v horních a dolních dýchacích cestách - ochranné pomůcky před vniknutím vody do tracheostomu: např. šnorchl na plavání, nutný zácvek zvláště školeným plavčikem - elektrolarynx, zácvek foniatrem, v Německu ho provádí logoped a další viz Příloha č. 8</p>
<p><b>8.</b> <i>hygienu, sprchování a koupání</i></p>	<p>- dávat pozor, aby nevnikla do tracheostomu voda či mýdlová pěna - přednost dávat napevno instalovaným sprchám před pohyblivým - vanu opatřit protiskluzovou podložkou - při koupání sedět vzpříma, vleže může vniknout do dýchací trubice voda, pokud se to stane, předklonit se a vodu vykašlat - při mytí hlavy stát vedle vany s hlubokým předklonem mýt ruční sprchou - při holení mít ochranný slintáček, zvláště u holení na sucho, aby nevnikly chloupky do tracheostomu - vyhnout se plavání a vodnímu lyžování, pokud nemáme vhodné pomůcky k zábraně vniknutí vody do stomatu.</p>

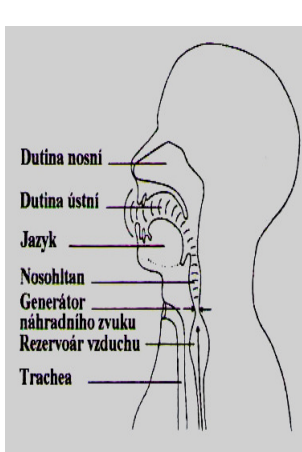
<p style="text-align: center;"><b>9. přijímání stravy a tekutin</b></p>	<p>- <b>příjem tekutin</b> 1,5 – 2 litry, lépe více</p> <p>- polykací akt se dobře zobrazí při rengenovém vyšetření kontrastní látkou (11), provádí se před odstraněním alimentární cévky, zda je zhojena rána a dobré držení stehů po výkonu, není vytvořena fistula, píštěl. Opakem polykacího aktu je reflex zvracení, který lze vyvolat podrážděním sliznice hltanové úžiny, zadní a bočních stěn hltanu a kořene jazyka. Při zvracení vrhnou antiperistaltické pohyby obsah žaludku do ústní dutiny (11).</p> <p><b>Poruchy polykání:</b> dysfagie, pak je nutné přijímat tekutou stravu (různé studie uvádí 10-58% nemocných, zdroj obtíží leží v oblasti faryngozofageálního segmentu, kdy může vzniknout stenóza a snížení negativního horní části jícnového segmentu. Resekce jazyky a štítné chrupavky obtiže zvýší. Sekundárně vzniklá dysfagie po chirurgické léčbě, následně vzniklá po chemoterapii, radioterapii či konkomitantní chemoradioterapii, může být příčinou polykacích obtíží následkem snížení tvorby a pohybu slin, i následkem edému sliznice, myositidy a fibrózy (51). Lze se obrátit na Neurologickou kliniku v Motole, Praha, kde je Centrum pro poruchy polykání. Nutriční deficit způsobuje alterace dentice, žvýkacího svalstva, omezení pohyblivosti jazyka, funkce patra, chuťových buněk a salivace. Po radiaci krční oblasti se přidruží mukositis sliznic a dásní, nauzea, vomitus, poškození chrupu (tvorba zubního plaku a kazu), porucha salivace, zvýší se acidita, xerostomie atd. Uplatní se režimová a dietní opatření (zubní hygiena, NAF gel, umělé sliny, výplachy úst zředěným peroxidem, žvýkačky bez cukru ke stimulaci salivace, strava s dostatkem tekutin, vysokokalorické doplňky), techniky ke zlepšení hybnosti temporomandibulárního kloubu a správného skusu, aktivní strečinkové cvičení svalstva podílejších se na skusu, mechanické postupné protahování ústní lopatkou či pomůckami (např. Therabite) a zařízeními pro pasivní kontinuální pohyb. K usnadnění polykacího aktu jsou kompenzační strategie: předozadní flexe hlavy, posilování svalstva tvářové a čelistní oblasti, použití intraorálních aparátů, či pomocí strážkačky, speciální lžice či nazogastriční sondy. Pooperační dysfagie bývá přechodná, u 85% nemocných se dosáhne funkčního polykání. Totální laryngektomie přináší problémy s motorikou a silou jazyka, poškozenou či chybějící faryngeální kontrakci a peristaltiku cervikálního ezofagu, překážky v podobě tvorby jizev na spodní částí jazyka a ve faryngozofágu (Walther, 1995). Terapie se zaměřuje na zlepšení motility a síly jazyka, některé nemocné lze cvičit k aktivizaci faryngeální kontrakce. Kompenzační terapie je formou rotace hlavy či natáhnutím krku a přehnané, silné polknutí (8).</p> <p>- důkladně žvýkat a polykat pokud možno malé kousky, pokud při kousání suchého masa či chleba kousek zůstane viset při polykání, pomocí dávicích pohybů kousek dopravit ven či je kusit spolknout. Pokud by se dostavovaly polykací obtiže častěji je nutné vyhledat svého ošetřujícího lékaře</p> <p>- dávat si pozor, že jídlo již nelze ochlazovat foukáním či srkáním (horké potraviny)</p> <p>- pro nemocné s polykacími obtižemi po radioterapii tzv. polykací želé (vyrobí lékárna jako magistraliter)</p>
<p style="text-align: center;"><b>10. čich</b></p>	<p>- čich má u člověka význam především obranný, k rozlišení škodlivin a povzbuzení chuti k jídlu (20)<sup>1</sup>. Čich ovlivňuje kvalitu života. Díky jeho absenci či velkému snížení může být člověk vystaven ohrožení života: otrava plynem požití zkažené stravy, může to ovlivnit i jeho pracovní zařazení (např. ne do chemického provozu), z právního hlediska seznámit s rizikem snížení či absence čichu. Při konzumaci teplého jídla lze vnímat více chuti, protože výpary přímo stoupají do nosu (22). Příčina poruchy čichu po totální laryngektomii je, že motorická denervace hrtanu (motorická inervace hrtanu je zahrnuta do komplexu nervové zpětné vazby mezi výběžkem vagového nervu k hippokampu a čichových nervů) vede k hyposmii a dále je porucha ventilace dutiny nosní (Fujii et al., 2002), avšak čichová sliznice je normální, čili funkce čichového epitelu zůstává po laryngektomii neporušená. (14). Studie Školoudíka, Kučery a Ryšky (2006) z ORL kliniky Hradec Králové prokázala u 30 nemocných strukturální změnu nosní sliznice již rok po operaci (sliznice bledá, naředlá, hypertrofie bazálních buněk u 22 nemocných) (56). Čich je omezen (hyposmie, snížený, anosmie – bez čichu), protože se změnilly cesty průchodu vzduchu dýchacími cestami a čichová nervová vlákna nejsou používána a proud vzduchu vynechává nos, čich se vrátí, pokud se nemocný naučí nasávat vzduch do nosu, někteří laryngektomovaní se naučí rozeznávat pachy. Rehabilitace čichu: vzduch do nosu dostaneme opačným pohybem než při smrkání, tzv. technika slušného zívání („polite yawning technique“, Hligers et al., 2002): zavřít ústa, roztáhnout čelisti a ve stejném okamžiku nasávat vzduch do nosu, (28) či tzv. „ochutnávání vzduchu“: nemocný si nechá projít vzduch ústy a hltanem, pak ho vyfoukne nosem, nebo lze využít spojení umělohmotnou trubicí od stomatu do úst (hrtanouústní bypass), tím pádem dostat vzduch ze stomatu do úst a zespoda do nosní dutiny (Schwartz, 1987). (63). Nemocní měli lepší pocit čichu s tímto bypasseem, ale díky proveditelnosti v praxi se nezdá být vhodný v této podobě pro každodenní užívání (16). Dlouhodobá rehabilitace čichu je úspěšná kolem 50% nemocných (19). Někteří nemocní mohou udávat pocit většího cítění ve větrném či vlhkém počasí.</p>
<p style="text-align: center;"><b>11. chuť</b></p>	<p>- chuťové receptory jsou sdruženy v chuťových pohárkách v chuťových papílkách jazyka a obsahuje čtyři kvality: sladko, slano, kyselo, hořko. Postupem věku a po silném kouření chuť slábne. Chuť je většinou zachována, tak lze jídlo a pití vychutnat.</p>

<p><b>12.</b> <b>muskuloskeletální</b> <b>funkce:</b> <b>dysfunkce</b> <b>ramenního</b> <b>kloubu, dysfunkce</b> <b>krční oblasti,</b> <b>deformity</b></p>	<p>- při radikální disekce krční oblasti se odstraní m. sternocleidomastoideus, vnitřní a zevní jugulární žíly, n. accessorius a submandibulárních uzliny, v zadním trojúhelníku leží riziková oblast, které se snaží chirurgové vyhnout: n. thoracicus longus (inervace m. rhomboidei), brachiální plexus (kmenová úroveň), venae subclaviae a phrenické nervy. Funkční krční disekce odstraní selektivně povrchové a hluboké fascie a jejich uzliny. Časté komplikace radikality jsou poškození kraniálních nervů - n.VII., X., XII., poškození karotid, lymfédém, dysfunkce ramenního kloubu při resekcii n. accessorius, asymetrické postavení a omezená hybnost krční oblasti při odstranění m. sternocleidomastoideus, m. platysma a přidružených svalů. Ztráta funkce m. trapezis má vliv na změnu postavení ramenního kloubu a lopatky. Postižení ramenního kloubu ovlivňuje postavení krční páteře, vede k bolestivému syndromu, funkční limitaci při manipulaci s těžšími břemeny. Pro manuálně pracující nemocné to může být ztráta zaměstnání, proto je snaha zachovat XI. Nerv. Rehabilitace předchází deformitám a koriguje je, tzv. kinezioterapie: léčba pohybem. Pooperační program se zahajuje ihned po vyjmutí stehů, zhruba po 2 týdnech. Pokud nejsou komplikace, cvičí se a udržuje pasivní rozsahy hybnosti v ramenním kloubu a v krční páteři, rotace a flexe do tolerance a tahu operační sutury, od 4. týdne aktivní rozsah hybnosti zpočátku v odlehčení bez gravitace, od 8. týdne plně aktivní a posilovací cvičení, posílení svalstva manžety rotátorů a stabilizátorů lopatky. Vhodné je použití motorové dlahy. Při těžkém postižení nervu accessoriu (neurapraxické bolesti se indikuje elektrostimulace k udržení reinervace kontraktibilních elementů) a fyzikální terapie (neurapraxické bolesti a svalových spazmů. Je i možnost transplantace n. accessorius, rekonstrukční chirurgie, aloplastické implantáty, protetické pmůcky. Pokud se nedostavuje léčebný efekt, používá se ramenní ortéza, závěs (redukuje bolest a zlepší symetrii). U krčních disekcích se často odstraňuje musculus sternocleidomastoideus, při oboustranné resekcii má nemocný obtíže při flexi krční páteře při posazování z lehu, hlavu stabilizuje rukama, rotace je co nejméně narušena. Cvičení krční oblasti se nedoporučuje u rizika karotidy a prologovaného kašle. Před zahájením aktinoterapie na krční oblast, hlavně u vyšší plánované dávky, je nutné nemocného instruovat v pravidelném cvičení rozsahů hybnosti před, během a po ukončení radiace k minimalizaci kontraktur a fibrózy (59). Objevuje se bolest po rozsáhlých krčních disekcích např. při uvázání bezpečnostního pásu v autě.</p>
<p><b>13.</b> <b>mízní otoky,</b> <b>lymfedémy</b></p>	<p>- vznikají jako sekundární po ozařování, léčbou je farmakoterapie, např. Wobenzym či manuální lymfodrenáž (konzultace o vhodnosti s onkologem), která posiluje lymfomotoriku, zmírní bolestivé napětí a zlepší odtok lymfy z postižené oblasti bez zvýšené filtrace, cviky může provádět i samotný nemocný, tzv. autolymfodrenáž (5). Je vhodné, aby základní instruktáž autolymfodrenáže a kontrolu provedení učinil kvalifikovaný lymfoterapeut. Každý si pak může v mezidobí ambulantně poskytovaného léčení udržet případně ještě zlepšit dobrý stav, který získal při komplexní léčbě v lymfologické ordinaci (10).</p>
<p><b>14.</b> <b>rekreace</b> <b>a cvičení</b></p>	<p>důležité udržovat, např. golf, bowling, bridge, procházky, návštěvy divadla, kina. Předcházet únavě protože únava způsobuje velké obtíže v mluvení novým náhradním způsobem a to pak nemocné odrazuje a stávají se depresivní. Vyhnout se plavání, vodními lyžování, pokud nemocný nemá vhodnou pomůcku bránící vniknutí vody do stomatu (52). Protože nelze po odstranění hrtanu foukat, zpívat, nelze ani hrát na dechové nástroje. Před jízdou autem je doporučeno si vyměnit kovovou kanylu za plastovou, vzhledem k nebezpečí jejího poškození při autonehodě. Slaviček doporučuje, aby každý laryngektomovaný měl u sebe průkazku laryngektomovaného se základními údaji o sobě a krátkou instrukcí o zvláštní technice dýchání, stejně upozornění by mělo být i na jeho vozidle. Pro upozornění na nouzovou situaci může nosit u sebe signální přístroj (48).</p>
<p><b>15.</b> <b>návrat do zaměstnání</b></p>	<p>je možný i před nezvládnutím jícnového hlasu (který je i motivací k návratu do zaměstnání), nemocní jsou schopni se vrátit do zaměstnání 4 až 8 týdnů po hospitalizaci. Je však potřeba změnit zaměstnání, je-li hlasově náročné či je v prašném prostředí. Přesto většina nemocných je schopna nastoupit zpět do zaměstnání (29).</p>

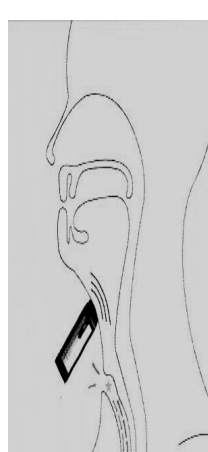
**Obr. č. 1 Schéma normální tvorby řeči (46)**



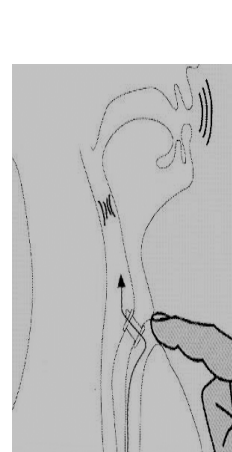
**Obr. č. 2 Schéma tvorby hlasu jícnovou řečí (46)**



**Obr. č. 3 Řeč pomocí elektrolaryngu (7)**



**Obr. č. 4 Mluvení s hlasovou protézou (7)**



**Tab. č. 2 Náhradní hlasové mechanismy**

*Seeman* v roce 1924 publikoval studii o tvorbě jícnového hlasu a jeho nácviu. Nácviu provádí foniatr či logoped. Nemocný nabírá vzduch do jícnu, eruktuje ho a ten rozmitá jícnový svěrač (Kiliánův) a vznikne hrubý hlas řiháním (ructem), který se modifikuje na srozumitelnou řeč dutinou ústní, místo, kde vzniká náhradní způsob fonace se nazývá pseudoglotis.<sup>1</sup> U nemocných se cvičením podaří dosáhnout zvětšení objemu vtahovaného vzduchu, upraví se i tvar největšího zúžení, které poté více připomíná štěrbinu hlasivek. Nemocný se také vycvičí ke skandované řeči, rozdělené na jednotlivé slabiky, které rychle po sobě vyráží (2). Výhodou metody je nezávislost nemocného na intervencích lékaře a doživotní oddělení dýchacích cest a polykacích bez rizika sekundární aspirace, nevýhodou je horší kvalita hlasu s břišním zabarvením, menší intenzitou a kratší výdrž při tvorbě tónu (55). Existují dva způsoby nácviu jícnového hlasu, který provádíme co nejdříve po operaci, nevhodněji během pobytu na ORL oddělení, občas se nácik přeruší během radioterapie (překvení sliznic vzbuzuje nepříjemné pocity až bolest v hltanu:

- **1. aspirační metoda (pokud operatér ušetří jazyk a svalstvo, které jde od ní k hrtanu** (*m. hyothyreoideus, m. sternohyioideus*) – měl by sdělit foniatrovi, aby mohl rozhodnout o hlasové rehabilitaci): vypracoval ji *Seeman*, vzduch je aktivně nasáván a vtlačován do jícnu. Při aspiraci nemocný fixuje svalstvo spodiny úst a tím i jazyk, posune čelist, pokud je tento úkon proveden po hlubokém nádechu a při zadržování dechu, v jícnu je negativní tlak, když se jícnový svěrač pootevře, je sem vzduch vtlačován a nasáván – až 100 ml vzduchu.

- **2. tzv. injekce (není potřeba jazyk a okolní svalstvo, ale zachová schopnost hypofaryngu):** metodu zavedli *Moolinaar-Biljová* a *Damstem*. vzduch z hypofaryngu je kořenem jazyka vtlačován (injikován) do jícnu. Do jícnu přijd méně vzduchu, ale rychleji (39).

Pak u obou způsobů proběhne eruktace vzduchu z jícnu (zadrží se dech, zvýší se nitrobřišní lis, bránice tlačí na jícen), vypudí se vzduch z jícnu, ructus. Nejdříve se cvičí nabírání vzduchu do jícnu a řihání, pak se řihání prodlužuje (prodlužuje se fonace slabik), cvičí se spojení dvou a více slabik (např. „do“, „pa“). Po zvládnutí dvou až tří slabik se cvičí slova (auto, dobrý, jedna, dva, čtyři, sedm), pak dvou a tříslavné věty, slovní stereotypy, krátké věty až po čtení a spontánní vyprávění, hovorovou řeč (9). Cvičení trvá 10-15 minut, dobré je s sebou si přinést tekutinu s bublinkami, která podporuje řihání, průměrná délka edukace je 6 měsíců (54).

Výjimečně na začátku nácviu se používá transnazální insuflace vzduchu do jícnu. Kvalitu hlasu ovlivňuje: tvar hypofaryngu (nejlépe kónický), tvar pseudoglotis (koncentrická či příčná štěrbina), napětí jícnového svěrače tvořícího pseudoepiglottis (30-70mmHg), dále na motorické obratnosti nemocného, na postoji k nácviu: psychický odpor (hlavně u žen) zabrání nácviu. Jen část rehabilitantů má vhodné anatomicko-fyziologické podmínky (hlavně odpor jícnového svěrače), schopnost zvládnout techniku tvorby hlasu a intenzivně a dlouho se věnovat edukaci, pokud jícnový hlas používají a mohou použít oba způsoby náplně vzduchu do jícnu, tak je kombinují a dosahují plynulosti a srozumitelnosti řeči. V České republice ke komunikaci využívá ructus zhruba 20-30 % nemocných (25). *Hagen (1990)* uvádí 70% německých laryngektomovaných, v USA přibližně 50%, v literatuře se uvádí úspěšnost metody u 40-50% nemocných (25). Ženám často brání při učení ostych, muži zase ztrácí motivaci ho cvičit (minimálně 5 krát denně, 5-6 minut) (39).

*Přístroje - mechanické hlasové protézy: elektroakustické a pneumatické.*

- **pneumolarynx** (pneumatická protéza, sestrojil první *Leitner 1873*) patří již minulosti, řeč byla hlasitá, nápadná, krčení a ústní typ.<sup>1</sup> Funkce založená na tom, že do aparátu, který spojuje dýchací ústrojí (tracheostoma) a ústrojí hlasové (hypofarynx, ústa) je vložen zdroj zvuku – kovový jazýček (rozkmítáván proudem vydechaného vzduchu), membrána a guma (23).

- **elektrolarynx** - malý přístroj - elektrický generátor zvuku, kdy konec s membránou se přikládá se kolmo na měkké spodní části krku (vnější krčení typ, problém po léčbě, kdy jsou na krku rigidní jizvy na krku, otoky a fibrotizace) či do rohu úst (47). Dříve elektrolaryngy intraorální, kdy tónový generátor je v ústech či s tónovým generátorem v přístroji a vedením trubičky do dutiny ústní, přístroje podobné dýmce se zaváděly do dutiny ústní (39). Při větším rozsahu vede ke ztuhnutí orgánu a poruše jeho funkce) (61) nebo více do submandibulární oblasti, přenesený zvuk je pak mluvidly modulován. Nácviu provádí foniatr, nemocný se ho učí zhruba 14 dní. Použití je rychlé a jednoduché. Kvalitní přístroje mají hlubší tón pro muže a vyšší pro ženy. Problémem je neosobní monotónní elektronický hlas, dále stále jeho nošení spolu s náhradním akumulátorem u sebe a zaměstnání jedné ruky, když nemocný mluví a dále vysoká cena (25).

**a) foniatrské metody:**

**jícnový hlas a**

**hlas tvořený**

**pomocí přístrojů**



## **b) chirurgicko-protetický**

### **způsob:**

### **hlasová protéza**

### **v tracheozofageálním**

### **shuntě**

### **vytvořeným**

### **jednoduchou punkcí**

- doporučení dává foniatr při nůspěchu jícnové řeči, musí se provést ještě další vyšetření. Nácvik provádí lékař ORL, logoped, foniatr. Chirurgové se snaží o rehabilitaci hlasu, např. již Gussenbauer v roce 1874 popsal a sestrojil umělý hrtan (49, 50, 51).

Metodu chirurgického výkonu uvedl *Stajferi (1973)*, u nás se tomuto tématu od roku 1990 věnuje *Hybášek, Navrátil, Slavíček* a další, první tracheozofageální punkci provedli v roce 1989 v Československu v Bratislavě *Šebová a Korch. Erudovaný ORL onkochirurg může nemocného v 90% ubezpečit, že dokáže při zachování zásad faryngeální funkční chirurgie vrátit hlas a zlepšit tím kvalitu života (55)*. Někteří nemocní tuto formu vítají jako obnovení co nejpřirozenější obnovu hlasu (nejpřirozenější cestu proudu vzduchu pro vznik zvuku, hlas je dostatečně silný, kvalitní, individuálně zabarvený, často s hlasovým rozsahem až jedné oktávy., jiní ji odmítají, protože nechtějí podstoupit znovu operaci a případné komplikace s ní spojené.

Zprvu se začalo s metodou *umělé píštěle* přirozenými tkáněmi (po uzavření stomatu prstem vznikal hlas): kožní lalok, píštěl, např. tracheozofageální shunt, ta měla nevýhody zatékání slin, tekutin, potravy do dolních dýchacích cest, kde hrozilo jejich vdechnutí (aspirace) a rozvoj zánětu plic (pneumonie) končícím zrušením píštěle. Hlasová protéza již tomu více brání (30).

Při tvorbě hlasu pomocí tzv. *hlasové protézy*, (není umělý hrtan, první ji použili 1980 Blom a Singer v USA) (50) se nasává vzduch z dýchacích cest umělým spojením tzv. neoglottis phonatoria s jednocestným ventilem průdušnice s jícnem či hypofaryngem (21). Vytvoří se tedy např. tzv. tracheozofageální spoj, shunt s jednocestným ventilem ("hlasová protéza", zde hlas nevzniká) vloženým do tracheozofageální píštěle brání aspiraci polykané stravy a tekutin. Vtvoření hlasu vytváří proud vzduchu při uzavřeném tracheostomatu z plic ventilem do hypofaryngu, rozkmitá stěny faryngozofageálního prostoru. Hlas je silný a kvalitní, s nácvikem jednoduché řeči se začne již po vyhojení rány, zhruba 10-12 dní po operaci.. Nevýhoda je podstoupení operačního výkonu trvajícím zhruba 60 minut (pokud se výkon, který trvá zhruba 20 minut, neprovede primárně v jedné době současně s laryngotomií, ale sekundárně např. 14 dní o operaci) (30) s případnou komplikací, dále omezení trvanlivost ventilů, po 3-6 měsících potřeba vyměnit. Při mluvení se prstem uzavírá tracheostoma, lépe nedominantní rukou, tak aby neunikal vzduch mezi prstem a kraji stomatu, vyřadí se tím po dobu mluvení jedna ruka, tento problém řeší ventil tracheostomatu, který umožní volné dýchání tracheostomatem s možností jeho automatického uzávěru při potřebě řeči, tak má necenný obě ruce volné, což umožní zapojení do běžného života.. V současnosti se uplatňují protézy nahrazující činnost píštělí (Bloomova, groningenký knoflík, značky Panje, Groningen, Provox, Bivona atd.), kdy tracheostoma se nemusí přidržovat při fonaci a protézy fungují jako dvocestný ventil. Většina protéz je zaváděna punkční technikou v celkové anestézii za současně hypofaryngoskopie či v případě primárního zavedení za pomoci zvláštního tubusu, který chrání zadní stěnu hypofaryngu. Po zavedení hypofaryngoskopu se provádí punkce ve stropě tracheostomatu. Přibližně 80 % - 90% nemocných se naučí plynulé řeči (24, 49). Protéza vydrží zhruba půl roku (51). Nejčastější komplikace jsou protékání protézy, hrozí záněty plic (prosakování vody nutí ke kašli) - protéza se vymění za jinou, prosakování kolem protézy se za nějaký čas většinou upraví, tak se nemusí měnit, či po zavedení „nemluví“, pak se musí vyndat, dále tvorba granulační tkáně kolem TE píštěle, hypertrofické zjizvení kolem píštěle, infekce či edém v okolí protézy, její spolknutí či aspirace (51). Protéza je z materiálu cizí tělu - silikon, proto se často na něm objevují kvasinky (rod *Candida*), léčí antimykotiky, a změnou stravy: zařadit jogurt, sušené mléko s obsahem laktobacilů k potlačení růstu plísní. Protéza se čistí kartáčkem Provox minimálně dvakrát denně, tím se prodlužuje její životnost.(44). Původní hlasová protéza Provox® (vyrobena švédskou firmou ATOS) byla vyvinuta v roce 1988, aby poskytla technicky vyspělou prozatímne uloženou protézku s nízkým odporem vzduchového průtoku a prodloužení zařízení na celý život. Druhá generace protéz Provox®2 byla uvedena v roce 1997, založena na původním designu Provox protézy dovoluje dvojitý přímé vložení, např. jak přední vložení přes stoma, tak zadní vložení přes ústa a farynx. Nová protézka Provox Acti Valve je zamýšlena jako pomoc lidem, kteří čelí krátké životnosti protézek závislé na různých biologických podmínkách (3). Provox FreeHands HME je výměník tepla a vlhkosti kombinovaný s automatickým tracheostomickým ventilem ke komunikaci bez použití rukou (45).

## **c) chirurgickým**

### **způsobem**

### **vytvoření hrtanu**

### **podobných struktur**

### **(laryngoplastika**

### **podle Hageny,**

### **Ehrebergera)**

- se zavedením volných mikrovaskulárních transplantátů do klinické praxe při rekonstrukci defektů vzniklých v onkochirurgii hlavy a krku, se snaží odborníci chirurgicky navrátit hlas. Ehrenberger a kolektiv v roce 1997 ve Vídni vytvořili tzv. „řečový sifon“, „Sprech-Siphon“, z volného jejunálního transplantátu používaného jako náhrada při defektech ústní a hrtanové části hltanu a u ústní dutině po resekci rozsáhlých nádorů.jejunum našli přímo mezi jícnem a ústní část hltanu, dvakrát esovitě ohnuli, přitom v jednom ohybu po rekonstrukci stěny hltanu bylo spojení do jícnu a po druhém ohybu se konec jejunu našel na pahýl průdušnice. Funkční výsledky byly dobré, chirurgicky náročná metoda se neprosadila, modifikoval ji *Remmert, 1994*. Dalším pokusem bez širšího uplatnění je laryngoplastika podle *Hageny, 1994*, kdy se vytvoří tzv. neolarynx z volného mikrovaskulárního štěpu předloktí. Vnitřek je kryt kůží, neopiglottis je vyztužená implantovanou chrupavkou a překrývá vchod do neolaryngu, neoglottis se zavěsí na jazylku či svalovinu ústní spodiny. Operovaný používá neolarynx s velmi dobrou kvalitou tvorby hlasu několik let. Dalším pokus vytvořili *Maier a Weidauer z Heidelbergu* v roce 1994, kdy z částí ponechané sliznice hltanu a laloku z musculus pectoralis major, prsní sval, přeneseného na stopce vytvořili hlasový shunt mezi pahýlem trachey a laterální stěnou orofaryngu, vyústění spojení situovali kraniálně a překryli ho krytem z faryngeální muskulatury, metoda je vhodná jen u některých nemocných (55).

<p><b>d) transplantace hrtanu</b></p>	<p>- transplantace hrtanu je výkon, který v současnosti není určen k rehabilitaci hlasu u onkologicky nemocných po odstranění hrtanu, vyžaduje imunosupresivní pooperační léčbu. V minulosti byla provedena u onkologického nemocného, který zemřel vlivem rozsevu mnoha metastáz (<i>Kluyskens, 1969</i>). (23) O transplantaci hrtanu u mladého a zdravého muže po autohavárii referoval americký transplantolog Marshall na kongrese ve Francii (Archacon), v roce 1998. Nemocnému, který si roztrhl hrtan implantoval hrtan jiného zdravého člověka. Zvládnul revaskularizaci, nepodařila se reinnervace hrtanu. Muž měl dobrý hlas, zabezpečení dýchání vyžadovalo tracheostomii. Výkon byl finančně nákladný kvůli dlouhodobé imunosupresi, nemocný je vystaven riziku poklesu své obranyschopnosti organismu (55).</p>
<p><b>e) nové metody: umělé hlasivky</b></p>	<p>V současné době např. český inženýr z Vysokého učení technického v Brně, Fakulty strojního inženýrství <i>Vojtěch Mišun (12)</i><sup>1</sup> se snaží vytvořit umělé hlasivky, které zachytí i barvu hlasu. Teorie vychází z opačného principu tvorby řeči: v klidu jsou hlasivky vedle sebe, při hovoru jde z plic přetlak a hlasivky se od sebe oddělí, než platí (hlasivky v klidu jsou od sebe oddělené, při mluvení vzniká podtlak a hlasivky se k sobě přibližují). Umělé hlasivky, existují ve třech základních variantách, tj. pro muže, ženu nebo dítě. Princip fungování: vzduch z nádoby naplněné pod určitým tlakem se hadičkou skrz ventil vypouští do umělé hlasivky připevněné např. na prsou, která vygeneruje zdrojový hlas, který je znovu hadičkou přiveden přes nosní otvory a dutinu do zadní části ústní dutiny. Vokální trakt tento hlas akusticky upravuje, z úst vystupuje hlas použitelný pro tvorbu slov a vět. Problémem jsou rozměry, výběr materiálu k umělým hlasivkám: pružnost, odolnost k mykózám, bakteriálnímu osídlení, udržení vlhkosti, odolnost (33).</p>

**Tab. č. 3 Doporučení změn životního stylu pro laryngektomované**

<p><b>1. obecná doporučení</b></p>	<p>všeobecně platí styl zdravého života, jako např. docházet na preventivní prohlídky: chrupu, prostaty, gynekologické vyšetření včetně prsu, endoskopické vyšetření konečníku a tlustého střeva, okultního krvácení ve stolici. Ve výživě jíst pestrou stravu, udržovat si vhodnou tělesnou váhu (tělesná hmotnost by neměla překročit ideální hmotnost pro váš věk a výšku o více než 5 kg., Queteletův index, BMI index, BODY MASS INDEX, index tělesné hmotnosti (výška (m) /hmotnost (kg)) na druhou: doporučuje se obecně udržovat rozpětí 21-23. (15, 67)<sup>1</sup>, vybírat stravu s nízkým množstvím tuku, zejména živočišného, omezit spotřebu cukru, konzumovat dostatečné množství ovoce, zeleniny (5 až 9 porcí každý den) a potravin připravených z obilovin (celozrná pečivo), dostatek vitamínu C-zelenina: zvláště kuřáky chrání před rakovinným onemocněním, ovoce, mléko (strava bohatá na citrusové plody snižuje i riziko rakoviny úst, hltanu a jícnu), karotenoidů: beta-karoten a jiné karotenoidy jsou aktivní jako vitamíny, ale důležité i jako biochemické předpoklady vitamínu A, hojně v oranžově zbarvených a tmavě zelených druzích zeleniny a ovoce (např. beta karotenoidy)- mohou snížit i riziko rakoviny úst a hltanu, a vitamínu E v potravě (rostlinných olejích) snižuje riziko rakoviny (15). přidávat do jídla složky s vysokým obsahem vlákniny (snězte denně alespoň 800 gramů různých obilnin, luštěnin nebo brambor), nepřesolovat, nejíst potraviny, které by mohly být dlouhým skladováním při běžné teplotě kontaminovány plísněmi, (44) přijímat dostatečné množství tekutin, bezpečné sexuální chování, varovat se nadměrného slunění, při opalování využívat ochranných krémů, dodržovat pravidla tělesné i duševní hygieny. Dostatečná pohybová aktivita - aspoň 20 minut cvičení denně. Dodržovat předepsanou bezpečnost při práci s chemikáliemi, zásady bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a používat ochranné prostředky (43). Vše platí u zvláště citlivé skupiny mužů a žen po čtyřicítce let věku (67).<sup>1</sup></p>
<p><b>2. doporučení při tracheostomii</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dostatečný příjem tekutin</li> <li>- lze využít inhalace dle doporučení lékaře (Vincentka i ve formě nosního spreje)</li> <li>- nekouřit, omezit alkohol na příležitostné události či úplně se mu vyhnout: viz dále odkaz na odpovídající poradny</li> <li>- vhodná strava: vyhýbat se dráždivé, tvrdé potravě a nápojům individuálně (domluvit případně edukaci s nutričním terapeutem)</li> <li>- péče o dutinu ústní prostředky (borová voda, Panthenol, Nizoral, roztok řepíku, šalvějí či například Tantum verde nebo cucat pastilky Imudon či Septisan)</li> <li>- používání expektorancií a mukolytik dle ordinace lékaře, vysvětlení jejich funkce</li> <li>- pečovat o zvlhčování rtů a dutiny ústní, hygiena dutiny ústní (používat měkký kartáček), pravidelné kontroly chrupu zubním lékařem</li> <li>- pravidelné čištění a výměna kanyly</li> <li>- chránit stoma filtrem proti vniknutí cizích těles, prachu, který má dráždivé účinky, proti chladu: např. sátkem</li> <li>- při pobytu ve vodě: koupání, sprchování: pozor, aby voda nenatekla do stomatu</li> <li>- pozor na negativní vliv počasí: velice vlhké a nízké teploty, přeháňky déšť se sněhem</li> <li>- pokud není stoma zakryto a osoba je v poloze vleže, nic nekonzumovat a pít při zahlenění - si lze opatřit odsávačku na odstranění hlenů, při potřebě zakašlat či kýchnout zatlačit rukou na stoma a sklonit hlavu (18)</li> </ul>

### 3. doporučení při radioterapii a chemoterapii (41)

- běžné dotazy k radioterapii směřovat na laboranta, který provádí ozařování
- před ozařováním odstranit zubní kazy, zubní nit by měla být voskovaná, dále odložení náušnic a řetízků, piercingů v dané lokalitě, mít plastovou kanylu, ne kovovou
- v průběhu léčby se provádí pravidelná kontrola lékařem a laboratorní testy
- ozařovanou oblast nevystavovat slunečnímu záření ani velkému teplu či chladu
- nutné dodržovat objednáací doby na léčbu
- v případě objevení jiného onemocnění v průběhu léčby informovat lékaře
- kůži udržovat v čistotě, zbytečně ji nemáčet a nedráždit, dbát, ať nezmizí označení na kůži, používat nedráždivé neparfémované výrobky
- před ozářením by měla být čistá a suchá, mohlo by to zvýšit kožní reakci (po ozáření promaštění krémem, např. Calcium pantothenicum
- nelepit na ozařovanou kůži náplasti, nepoužívat parfém
- k holení je vhodnější používat elektrický strojek než žiletku. Rozvine-li se časná poradiační reakce, neholit kůži vůbec ani nedepilovat danou oblast.
- nepoužívat krémy či masti než které doporučil lékař, který léčbu zářením řídí
- nepoužívat těsné oblečení z umělých tkanin, které zvyšují pocení, ale nosit bavlněné, v prodeji existuje i bežešvé, které nedráždí z materiálu Aravel
- po návratu domů (nebo na nemocniční lůžko) odpočívat
- vybrání vhodných aktivit s ohledem na zdravotní stav
- mít dostatečné množství nedráždivých tekutin, aspoň 3 litry tekutin (u chemoterapie)
- mít dostatek spánku
- jíst pestrou stravu ne příliš kořeněnou s vitamíny a bílkovinami, na dietní omezení upozorní lékař, v dutině ústní se v průběhu léčby zářením (pokud je dutina ústní zahrnuta do svazku záření) projevuje zpočátku větší slinění. Pak se dostavuje suchost v ústech; sliny jsou lepkavé, ztrácí se chuťové vjemy nebo se mění ve smyslu různých pachutí.

Velké množství vlákniny není vhodné během chemoterapie a ani při ozařování. Anorexie (nechutenství) a je častým příznakem při nádorovém onemocnění zvláště při pokročilém onemocnění. Anorexie i kachexie se rozvíjí často současně. Při nádorovém onemocnění dochází i ke změnám v metabolismu. Těžká podvýživa může způsobit náchylnost k infekcím a špatné hojení ran. Zesláblí pacienti mají často pooperační komplikace, je proto lépe je na operační výkon připravit a raději 10dní „vykrmovat“. U ležících nemocných mohou vznikat proleženiny a je větší riziko zánětu plic. Ozařování oblasti hlavy a krku provází nechutenství, změna chutí k jídlu, suchost v ústech, záněty sliznice dutiny ústní, polykací problémy, infekce. Doporučuje se dostatek tekutin, minerální vody, slabý černý čaj, bylinné čaje. Strava musí být lehká, dobře stravitelná, nenadýmavá, málo kořeněná, výživná. Jíst 6-8x během dne po menších porcích. Pokud není chuť na maso, jíst tvaroh, žervé, měkké sýry. Ve dnech, kdy se aplikuje chemoterapii, nejíst nejoblíbenější jídla kvůli vzniku odporu. Nejsou vhodné limonády nebo minerální vody syčené kyslíčkem uhlíčitým, protože způsobují nadýmání, stejně tak luštěniny, brokolice, květák, kapusta, okurky, ředkvičky, ostrá jídla. Vhodné jsou obilniny, zelenina a ovoce, popíjení dostatečného množství tekutin (2 litry i více). Hojení ran může upravit strava energeticky bohatá, s dostatkem bílkovin. Vhodné jsou sýry, tvaroh, mléko, zmrzlina, oříšky, maso, drůbež, ryby. energii dodat majonézou, dresinky aj. (53).

- důležitá je hygiena dutiny ústní, tj. čištění zubů měkkým kartáčkem a vyplachování dutiny ústní slabým odvarem heřmánku, řepíku, šalvějí, či Tantum verde, minerální vodou, převařenou vodou se solí - (na špičku nože na 1 litr), cucat pastilky Imudon, Septisan
- nekouřit a nepít alkohol
- o změnách zdravotního stavu informovat lékaře - např. zvracení, průjem

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>i</sup> Veřejné zdravotní pojištění (§ 33, z. 48/97 Sb, o veřejném zdravotním pojištění) upravuje poskytování lázeňské péče, kterou doporučuje na základě zdravotního stavu nemocného ošetřující lékař. Po posouzení návrhu na lázeňskou péči ji pak potvrzuje revizní lékař a hradí ji příslušná zdravotní pojišťovna, u níž je nemocný registrován. Návrh na lázeňskou péči (předtištěný formulář) podává registrující praktický lékař či ošetřující lékař při hospitalizaci. Indikace, odborná kritéria pro poskytnutí lázeňské péče, délka pobytu apod. jsou obsaženy v „Indikačním seznamu pro lázeňskou péči“ (vyhláška č. 58/1997 Sb.).

<sup>i</sup> Nemocný v době pobytu v lázních s charakterem komplexní péče v dočasné pracovní neschopnosti, je předvolán na léčení do 1 měsíce od vystavení návrhu nebo přeložen přímo z nemocničního léčení (prvé pořadí naléhavosti; druhé pořadí naléhavosti je předvolání k léčení v lázeňské léčebně do tří měsíců od vystavení návrhu).

<sup>i</sup> nahrazující

<sup>i</sup> Kontakt: CAAK, Tyršova 13, 12000 Praha 2, tel/fax: 02-22519926, tel. 02-22518280, E-mail: [caak@brailnet.cz](mailto:caak@brailnet.cz)

<sup>i</sup> **fistula** – lat. píštěl. Abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem. Dutinou může být patologický útvar (např. absces: dutinka vyplněná hnisem) nebo dutý orgán (např. střevo, močový měchýř, céva). F. vzniká nejč. jako následek zánětu, nádoru či úrazu. Odchází skrz ni hnis či jiný obsah dutiny (stolice, moč), který může poškozovat jiné orgány a přispívat k šíření zánětu. F. mezi cévami mohou porušit průtok krve příslušnou oblastí a při větším rozsahu mají i celkové důsledky na srdeční činnost. Píštěl, která se nehojí, musí být někdy léčena chirurgicky. In (60).

<sup>i</sup> vzduch přicházející do dolních cest dýchacích má být tepelně upravený (oteplí zhruba na 34°C), nasycený vodními parami (do 80% relativní vlhkosti) s odstraněním prachových částic (z více než 50% velikosti 1 až 10 mikrometrů).

<sup>i</sup> (přes hypo- a orofarynx, cavum oris, i epifarynx a cavum nasi), na přechodu jícnu a hypofaryngu ve spodním faryngeálním rozvěrači a horním jícnovém zúžení dojde k rozkmitu sliznice a podslizniční vrstvy a vzniká ructus: jícnový hlas.

<sup>i</sup> krční: trubice, kde je zvukový aparát, spojuje tracheostoma a hypofaryng, ústní typ má stejný princip, ale generovaný zvuk je veden trubicí do ústního koutku či nosem do nosohltanu

<sup>i</sup> zmnožení vaziva v určitém orgánu na úkor funkční tkáně

<sup>i</sup> Je autorem mezinárodního patentu č. WO 2005/011532 ze dne 10.2.2005 a českého patentu z 8. srpna 2003 pod názvem „Externí buzení vokálního traktu“, kde je definován princip funkce náhradní hlasivky.

<sup>i</sup> všeobecně je BMI pod 18,5 považováno za podváhu, BMI nad 25 se považuje za nadváhu a nad 30 za příznak obezity. Tyto hranice platí pro dospělé starší 20 let.

<sup>i</sup> všeobecně je BMI pod 18,5 považováno za podváhu, BMI nad 25 se považuje za nadváhu a nad 30 za příznak obezity. Tyto hranice platí pro dospělé starší 20 let.

#### SEZNAM LITERATURY

1. ALTERNATIVNÍ, AUGMENTATIVNÍ A FACILITOVANÁ KOMUNIKACE. Kaňka, občanské sdružení. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.kanka.info/index.php?study=alternativni\\_komunikace](http://www.kanka.info/index.php?study=alternativni_komunikace)>.
2. ANATOMIE trávicího ústrojí. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.med.muni.cz/dokumenty/pdf/anatomie\\_git.pdf](http://www.med.muni.cz/dokumenty/pdf/anatomie_git.pdf)>.
3. ATOS Medical. Let's talk about life. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.atosmedical.com/>>.
4. Augmentativní a alternativní komunikace. Pomůcky. Dobromysl.cz. 2008. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=96>>.
5. BENDA, K. a kol. *Lymfedém – komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče*. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-455-9.
6. BORÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1 vyd. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-220-5.
7. Bundesverband der Kehlkopflosen und Kehlkopferoperierten e. V. c2008. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.kehlkopferoperiert-bv.de/>>.
8. BUNOVÁ, B.; TEDLA, M. Terapie dysfágie u pacientů po operacích v oblasti hlavy a krku. *Choroby hlavy a krku*, 2006, roč. 15, č. 2, s. 9-12.
9. CUDLÍNOVÁ, I. Reeducace jícnového hlasu u pacientů po laryngektomii – pohled logopeda. Diagnostika a terapie poruch komunikace. *Asociace klinických logopedů ČR*, 1999, roč. 5, vol. 1, Supplementum, s. 23-24.
10. Časopis občanského sdružení Arcus – onko centrum, březen-duben, 2007. březen – duben, č. 129-130. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <[http://209.85.135.104/search?q=cache:m3PKPu4wuCQJ:arcus-oc.org/download/bulletin129\\_130.pdf+Problematika+onkologick%C3%A9+A9+p%C3%A9+C4%8De+ve+st%C5%99edo%C4%8Desk%C3%A9+A9m+kraji+a+v+Praze&hl=cs&ct=clnk&cd=11&gl=cz](http://209.85.135.104/search?q=cache:m3PKPu4wuCQJ:arcus-oc.org/download/bulletin129_130.pdf+Problematika+onkologick%C3%A9+A9+p%C3%A9+C4%8De+ve+st%C5%99edo%C4%8Desk%C3%A9+A9m+kraji+a+v+Praze&hl=cs&ct=clnk&cd=11&gl=cz)>.
11. ČERNÝ, J. a kolektiv. *Špeciálna chirurgia. Chirurgia krku a hlavy*. Dérešova zbierka. 4. zväzok 129, Žilina: Osveta. ISBN 80-217-0471-3.
12. Fakulta strojního inženýrství. VUT v Brně. Vojtěch Mišun. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.fme.vutbr.cz/prdetail.html?pid=316>>.
13. FIALOVÁ, K. Body image jako součást sebepojetí člověka. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2001. ISBN 80-246-0173-7.
14. FUJII, M. Olfactory Acuity after Total Laryngectomy. 2002, *Chemical Senses* 27, s.117-121.
15. GILLIE, O. Zdravou výživou proti rakovině. Kniha založená na průkopnických zjištěních Nadace pro světový výzkum rakoviny. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-742-1.
16. GÖKTAS, Ö. Rehabilitation of the Olfactory Sense after Laryngectomy – the Larynx Bypass. *Laryngo-Rhino-Pharyngology*, 2005, no. 84, p. 829-832.
17. GROGAN, S. *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Praha: Grada. Publishing, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
18. HEGLASOVÁ, L. Ošetrovatelská péče o pacienty s tracheostomií, *MP pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti*, 2006, roč. 1, č. 1. [cit. 2007-03-21]. Dostupný z WWW <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=56>>.
19. HILGERS, F., J., K. et al. Long-term Results of Olfaction Rehabilitation Using the Nasal Airflow-Inducting („Polite Yawning“) Maneuver After Total Laryngectomy. *Archiv Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 2002, no. 128, p. 648-654.
20. HYBÁŠEK, I, VOKURKA, J. 1. vyd. *Otorinolaryngologie*, Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-10019.
21. Chirurgická léčba. Merck Serono. 2006. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.erbitux.cz/nadory-hlavy-a-krku-chirurgicka-lecba.html>>.
22. CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha : Maxdorf , 2004. ISBN 80-7345-031-3.
23. KAMBOVÁ, J. Náhradní hlasové mechanismy a rehabilitace hlasu po totální laryngektomii. Atestační práce. Praha: Foniatriká klinika. 1992.
24. KIYOMI, H. et al. Process of Accepting Body Image Changes by Laryngectomy Patients : Change Between Pre-laryngectomy and One month Post Discharge. *The annual reports of Gunma Prefectural College of Health Sciences*, vol. 12, p. 33-47. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110004624693/>>.
25. KLOZAR, J et al, *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, ISBN 80-7262-346-X (Galén), ISBN 80-246-1125-2 (Karolinum).
26. KOSTŘICA, R. Problémy po operacích zhoubných nádorů v ORL oblasti. [online]. Otorinolaryngologická klinika Fakultní nemocnice U sv. Anny, Brno [cit. 2007-07-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/orl.htm>>.
27. KRÁLÍKOVÁ, E. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 2005, roč. 144, č. 5, s. 327-333.
28. LINDOVSKÁ, M; HAASOVÁ, K. Problematika laryngektomovaných pacientů, *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 12, s. 40-42.
29. LUCKMAN, J.; SORENSEN, K. , C., W., B. 1st ed. *Medical-surgical nursing. A psychophysiologic Approach*. Philadelphia, Saunders company, 1974. ISBN 0-7216-3506-7.
30. MARKALOUS, B. *Nemoci krku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-552-3.
31. MARKOVÁ, M. Komplexní ošetrovatelská péče o tracheostomované pacienty. Seminář Hartmann akademie, 4. 12. 2007.
32. MARKOVÁ, M. *Ošetrování pacientů s tracheostomií*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2006. ISBN 80-7013-445-3.
33. MAUKŠ, I. Objev vědce z VUT Brno může lidem bez hlasivek znovu vrátit řeč Najdou se peníze, najde se mecenáš? Technický týdeník, č. 5, 2007. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.techtydenik.cz/detail.php?action=show&id=2179&mark=>>>.
34. MEDIAL, s. r. o. Dovozece a distributor speciálních prostředků zdravotnické techniky. Tracoe comfort - Tracheostomická kanyla REF 101. . [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:

- <<http://www.medial.cz/new/start.php?public=0&lng=cs&pg=48&prod=921>>.
35. MELICHAR, J. Kompartement – syndrom, Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno Bohunice, 2000 [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Chirurgie\\_B/ch2/Syndrom.htm](http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Chirurgie_B/ch2/Syndrom.htm)>.
36. Měsíčník občanského sdružení. Arcus – onkocentrum, č. 113-114, listopad-prosinec 2005. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://209.85.135.104/search?q=cache:aXgpMwyIVYAJ:arcus-oc.org/download/bulletin113.pdf+Problematika+onkologick%C3%A9+p%C3%A9%C4%8De+ve+st%C5%99edo%C4%8Desk%C3%A9m+kraji+a+v+Praze&hl=cs&ct=clnk&cd=6&gl=cz>>.
37. NEMCOVÁ, J. Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.explorer.szm.sk/down/posudzovanie.doc>>.
38. NEZU, A. M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 1998. ISBN 80-7364-007.
39. NOVÁK, A. *Foniatrie*. Praha: 1. vyd. Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-071-6.
40. Ošetrovateľská následná péče v České republice v roce 2006. Aktuální informace č. 10/07 [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.uzis.cz/>>.
41. PELIKÁN, A. Moderní koncepce předoperační a pooperační rehabilitace u onkologických pacientů. [online]. *Sanguis*. č. 25, c2003. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.sanguis.cz/clanek.php?id\\_clanek=284](http://www.sanguis.cz/clanek.php?id_clanek=284)>.
42. Poučení pro pacienty léčené ozařováním. Radioterapeuticko - onkologického oddělení Fakultní nemocnice v Motole. 2007. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.gypy.sk/zoe/www%20full%20version%2027/pok1/pacient.htm>>.
43. Prevence nádorových onemocnění ve 21. století – Národní program zdraví. Prevence nádorových onemocnění pro muže po čtyřicítce. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://209.85.135.104/search?q=cache:JvKz81wNLwIJ:www.linkos.cz/pacienti/brozury/31.pdf+r%C3%A1dce+pro+ob%C4%8Dany+bez+hrtanu&hl=cs&ct=clnk&cd=10&gl=cz>>.
44. Prevence. Zásady zdravého životního stylu. Česká onkologická společnost. ČOS. 2006. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.linkos.cz/pacienti/prevence.php?t=1>>.
45. PROVOX 2. Příručka pro lékaře. Příručka pro pacienty. ATOS.
46. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. 1. vyd. Česká Lípa: Arcus, 1997. č. 15.
47. RYDLOVÁ, P. Pacient s dg. carinoma laryngis po totální laryngektomii, *Florence*, 2007, roč. 3, č. 3, s. 115-117.
48. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-130-7.
49. SLAVÍČEK, A. Možnosti rehabilitace pacientů po onkologických výkonech v oblasti hlavy a krku. Postgraduální medicína. *Onkologie v otorinolaryngologii*. 2002, r. 4- III, č. 9, s. 1029-1035.
50. SLAVÍČEK, A. Navrácený hlas vrací do společnosti. *Lékařské listy – Příloha Zdravotnických novin*, roč. 44, č. 21, 1995, s. 8.
51. SLAVÍČEK, A. Rehabilitace po totální laryngektomii. *Sanguis*, č. 32, 2004, s. 40-43. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.sanguis.cz/clanek.php?id\\_clanek=423](http://www.sanguis.cz/clanek.php?id_clanek=423)>.
52. SMELTZER, S.C., BARE, B.G. *Medical Surgical Nursing*. 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1992. ISBN 0-397-54797-8.
53. ŠACHLOVÁ, M. S lékařem u stolu (o výživě v onkologii) *Onko okno*. prosinec 2004. s. 8-13. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.onko.cz/down/onko6-2004.rtf>>.
54. ŠTÁVOVÁ, J. Reedukace jícnového hlasu u pacientů po laryngektomii. Diagnostika a terapie poruch komunikace. *Asociace klinických logopedů ČR*, 1999, roč. 5, č. 1, Supplementum, s. 21-22.
55. ŠEBOVÁ-ŠEDENKOVÁ, I. Možnosti rehabilitace hlasu po laryngektomii (Historický přehled a současné trendy). *Choroby hlavy a krku (Head and Neck Disease)*, roč. 14, č. 3-4, rok 2005 a roč. 15, č. 1, 2006, s. 44-50.
56. ŠKOLOUDÍK, L.; KUČERA, M.; RYŠKA, A. Změny nosní sliznice po totální laryngektomii, abstrakty. 69. KONGRES České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Otorinolaryngologická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň. Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. 3. 6. 2006, s. 56
57. TARDIF, J., P. Hommage. Témoigne. Srevice suprarégional pour laryngectomisés, Ouest du Québec. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://72.14.205.104/search?q=cache:tpltZu5rowAJ:fqlar.qc.ca/Nouvelle%2520voix%2520nouvelle%2520vie%2520FRANCAIS.pdf+qualit%C3%A9+de+la+vie+apres+la+laryngectomie+totale&hl=cs&gl=cz&ct=clnk&cd=42&ie=UTF-8&inlang=pl>>.
58. TLÁSKALOVÁ, H. Specifická ergoterapie. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 1, 2003, s. 37-38.
59. TRÁVNÍČKOVÁ-KITTLEROVÁ, O., HRADIL, V., VACEK, J. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-485-3.
60. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
61. VELKÝ lékařský slovník. Maxdorf. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls/index.php?action=detail&id=009000&what=fistula&ctest=1>>.
62. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, P. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 2006, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN S80-247-1262-8.
63. VODIČKA, J.; PELLANT, A. Čich po totální laryngektomii Krajská nemocnice Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice. Krajský seminář ORL, Jablonné nad Orlicí, 18.-19.5.2007
64. VODVÁRKA, M. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. ISBN 80-7042-314-5.
65. Voice rehabilitation. Oto-rhino-laryngology web. c2003. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.orl.nl/Voice\\_Rehabilitation/voice\\_rehabilitation.html](http://www.orl.nl/Voice_Rehabilitation/voice_rehabilitation.html)>.
66. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd.. Praha: Grada Publishing., 2003, ISBN 80-247-0253-3
67. Wikipedie. Otevřená encyklopedie. Index tělesné hmotnosti. [online]. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW:  
<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Index\\_t%C4%9Blesn%C3%A9\\_hmotnosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/Index_t%C4%9Blesn%C3%A9_hmotnosti)>.
68. ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0467-1.



## Příloha č. 13 Sociálně-právní otázka nemocného a sociální zabezpečení v České republice

Komunikace s nemocným (a jeho blízkými) se sociálními problémy v oblasti práva a sociálních věcí směřuje k uzavření formální či neformální dohody o spolupráci (14, 17).

*Prvním impulsem* v jednání nemocného a příbuzných či blízkých má být již možnost se poradit o postupu před výkonem (případně po) se **sociální pracovníci** v dané nemocnici, kde nemocný bude operován, který někdy působí jako koordinátor týmu, řeší otázku jak vést domácnost, pokud je klient bez pomoci okolí v případě hospitalizace, pečovatelské služby, domácích agentur, soudů, pojišťovny, úřadů práce, sociálního zabezpečení a důchodového pojištění, posudkových lékařů atd. Shánět informace lze také u zdravotní pojišťovny, úřadu sociálního zabezpečení, pečovatelského úřadu a pracovního úřadu, dobrovolnických organizací, neziskových sdružení, např. Svazu zdravotně postižených atd. (15). Na základě vyhodnocení získaných informací získá sociální pracovník či jiná kompetentní osoba (např. z rodiny) představu o možnostech řešení současné a budoucí situace nemocného. Důležité je zajistit sociální oporu např.: emocionální, informační, instrumentální, praktickou pomoc (5). Roli v úspěšnosti poskytnuté **sociální pomoci** patří: ochota ji přijmout, pomoc má být kvalitní a přiměřená tomu, co člověk skutečně potřebuje (7). U nemocných s malignitami má ve srovnání s jinými chorobami málo nemocných tendence vyžadovat důchod, pokud je k tomu nedonutí somatický stav, chtějí se zařadit opět mezi „normální lidi“ (*Haškovcová, 1980*) (3). *Kornblith* uvádí, že tři čtvrtiny nemocných, kteří přežili nádorové onemocnění jsou schopni se vrátit po nemoci a léčbě do zaměstnání a pokračovat na stejné úrovni jako v době diagnózy. Zhruba 4 - 7% je v zaměstnání kvůli nemoci diskriminováno. (*Kornblith, 1998*) (16).

**Nemocní po totální laryngektomii mají nárok ohledně sociální stránky na dávky jako běžný občan České republiky** (např. pomoc v hmotné nouzi) bez ohledu stavu po operaci (kdy se jim přisoudí invalidní důchod, pokud ho žádají). *Lindovská* uvádí, že velký počet nemocných se po operaci může vrátit do práce, i stejné funkce jako dříve: lékaři, zubaři, advokáti, prodavači, administrativní pracovníci, truhláři, policisté, řidiči (8). **Přehled sociálního zabezpečení v České republice podává Tab. č. 1.**

**Právní a sociální problematika je u nemocných po totální laryngektomii v korelaci se zdravotní:** zhodnocení důsledků zdravotního postižení lékařem a posouzení posudkovým lékařem pro konkrétního jedince a jeho míru soběstačnosti (z hlediska ošetřovatelství vyhodnotit možnosti zajištění home care: domácí zdravotnické pomoci). U nemocných je velký problém sociální, většinou pochází z nižší sociální vrstvy, mají nižší vzdělání. Laryngektomovaní nemají pracovat kvůli tracheostomu v prašném a suchém prostředí, při vysoké teplotě či chladu, či převážně venku, mají se vyhýbat činností s velkým tělesným a hlasovým vypětím. Pokud není předchozí práce vhodná (např. učitelka), měl by být nemocný převeden na jinou práci či přeškolen (13). Praxe ukazuje, že jedinci trpí spíše estetickou stránkou choroby než tím, jakou kdo měl rakovinu. **Z posudkového hlediska jsou podle platných předpisů (vyhl. 284/95Sb. v platném znění) stavy po vylučování hrtanu považovány za zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky a tyto nemocní jsou proto vždy uznáni částečně invalidními podle § 44, odst. 2 zákona 155/95Sb.** o důchodovém pojištění v platném znění, pokud již nemají nárok na starobní důchod.. Metodika posudkového lékaře probíhá podle prováděcí vyhlášky, **284/95 Sb., ve znění vyhlášky č. 157/97 Sb.,** zákona 40/2000 Sb. - Procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, kapitola VIII., oddíl B, složka č. 6, příloha č. 2, kde se říká, že pro maligní tumory dýchacích cest před dosažením stabilizace zdravotního stavu, první dva roky plně invalidní - pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, po dvou letech nařídí Česká správa sociálního zabezpečení kontrolu praktickým lékařem, posudkové kritérium přihlíží k možnostem rekvalifikace a výkonu předchozího povolání, nemocný je posuzován jako jedinec se zdravotním postižením značně ztěžujícím obecné životní podmínky podle kapitoly 8, oddíl A, horní cesty dýchací, položka 7, příloha 4 této vyhlášky, odstavce 2b: zdravotní postižení chirurgická, stavy po vylučování hrtanu **jako částečně invalidní jedinci** (kdy velkou část pracovního potenciálu mají zachovalou a počítá se, že budou chodit do zaměstnání) či může zůstat jako plně invalidní, pokud je to schváleno, dále je kontrolován po dvou letech (18). Jinak žádné další podstatnější výhody nemají. Nemocní mají nárok na **bezplatné pomůcky** v rámci hrazení pojišťovnou, případně implantaci hlasové protézy a její výměnu (4krát ročně), i např. **příspěvek na pomůcku** v případě sociální potřebnosti. Mohou si podle svého uvážení zažádat o **plný či částečný invalidní důchod**, pokud jejich stav po operaci neumožňuje vykonávat povolání (učitelka), které dříve vykonávali, nebo jsou schopni v současné době vykonávat (např. dělnické povolání). Mnohdy je výše invalidního důchodu vyšší než starobní důchod, na který mají nemocní nárok a je pro ně výhodnější, záleží na jejich volbě.

Laryngektomici vypadávají ze systému zajišťující sociální zvýhodnění pro zdravotně postižené. Definice zdravotně postižené osoby: „Zdravotně postiženou je osoba jejíž tělesné, smyslové a duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od stavu typického pro její věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“ (4) Občan po laryngektomii, ovšem nutno brát individuálně podle subjektivních (osobních) a objektivních hodnocení (posudkový lékař), naplňuje větu o odlišných tělesných, smyslových schopnostech, které způsobuje v jistých případech omezení či znemožnění společenského uplatnění. Důsledky

---

zdravotního postižení se hodnotí v oblastech: mobility, orientace, sebeobsluhy, vedení domácnosti, omezení příjmu informací, omezení komunikačních schopností, stravovacích možností, způsobilosti k právním úkonům či jiné omezení (4).

Laryngektomovaní jsou řazeni k lidem s onkologickým onemocněním, ne však do služeb pro zdravotně postižené. **Lidé po totální laryngektomii tedy nemají nárok na dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením** (tělesně, sluchově nebo zrakově postižený občan), ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 182/1991 Sb. (2) Na to upozorňuje i sociální *Pavol Halaj*, že se nepodařilo přesvědčit pracovníky státní správy o tom, že onemocnění je závažné a ztěžuje schopnost uplatnění a diagnóza „rakovina hrtanu-krku“, by měla být zařazena do tabulek, na základě kterých se přiznávají výhody pro zdravotně postižené (21). V Německu v případě onemocnění rakovinou se očekává dlouhodobé postižení, mohou si zažádat u úřadu sociální péče o průkaz pro tělesně postižené. Pokud jsou zaměstnání, nemohou si dělat nárok na příspěvek z důchodového zabezpečení (13).

**Nezaměstnanost se těchto lidí týká, pokud jim není uznán plný invalidní důchod, popřípadě si nezažádají alespoň o částečný, nebo automaticky se nedostanou do starobního důchodu.** Nezaměstnanost souvisí s psychologickými, sociálními, behaviorálními a zdravotními problémy (horší psychické zdraví: vnitřní nejistota, pocity nedostačivosti, snížená sebeúcta, vliv chronického stresu, nižší úroveň každodenní činnosti, vyšší úroveň sociální izolace), po nástupu se psychické zdraví zlepšuje, mezi délkou nezaměstnanosti a stavem mentálního zdraví není lineární vztah (*Schaufeli, Van Yperen, 1992*). Studie se shodují, že všeobecně ženy se lépe vyrovnávají s realitou nezaměstnanosti, pokud se seberealizují v domácnosti, více věří, že pokud budou práci hledat, najdou ji, udávají více somatických stesků. Muži prožívají ztrátu práce jako více stigmatizující a tráví více času jejím hledáním, (*Kulik, 2000*), trpí více chronickými chorobami a sebevražedností (*Dean, 1993*) **Nemocní lidé, pokud mají práci, pracují i se svou nemocí, ztratí-li ji a nemohou sehnat jinou, raději vystupují jako dlouhodobě nemocní než nezaměstnaní, vyhýbají se stigma nezaměstnanosti** (*Bartley, Owen, 1996*). Sociální opora může být v situaci nezaměstnanosti pomocí - partnera a rodiny, důležitá emoční podpora, lidé svobodní prožívají tuto skutečnost hůře (5).

Laryngektomovaní uznání jako zdravotně postižení by byli zařazeni do celosvětové integrace takových osob do společnosti. *Celosvětová snaha o mobilizaci lidských zdrojů a také východisko pro odbornou a ekonomickou spolupráci mezi státy, OSN a dalšími mezinárodními organizacemi je vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.* Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením byla schválena Valným shromážděním OSN 28. října 1993. K rovnoprávnému zapojení je potřeba: **1. zvyšovat uvědomění:** předávání srozumitelných informací, poučení o jejich právech a možnostech, informační kampaně, **2. v lékařské péči:** dostupnost a přístup k odpovídajícím léčebným metodám a technologiím, **3. v rehabilitaci:** rozvoj národních rehabilitačních programů, **4. služby:** podporu levných a jednoduchých technických pomůcek poskytovaných bezplatně nebo za nízkou cenu, zapojení osob se zdravotním postižením např. do plánování programů osobní asistence (6). Cílové oblasti rovnoprávného zapojení jsou formulovány do pravidel, z nichž pro osoby po totální laryngektomii jsou vhodné: pravidlo **přístupnosti** – konzultace s organizacemi zdravotně postižených, pravidlo při **zaměstnávání** – odstranit možnou pracovní diskriminaci a podpořit aktivity podporující přijímání osob se zdravotním postižením do zaměstnání na volném trhu práce. Pravidlo **udržení příjmu a sociálního zabezpečení** – cílem je zajistit získání adekvátního příjmu, jenž by pokrýval zvýšené náklady spojené se zdravotním postižením - pořízování kompenzačních pomůcek, rehabilitace. Pravidlo pro **rodinný život a integritu osobnosti** – být rovnoprávnými a aktivními členy rodin. Vytvářejí se speciální programy na podporu osob zdravotně postižených: Phare, Tempus, Hélios, vznikají řady organizací, spolků, klubů a svépomocných skupin (6).

**Sociální zabezpečení v České republice zahrnuje tři pilíře( viz tabulka č.1 ):**

Tab. č. 1 Sociální zabezpečení v České republice (20)

<p>1. <u>sociální pojištění</u></p>	<p>Dne 1. 1. 2008 nabývá účinnosti zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tímto zákonem dochází k mnoha změnám v právních předpisech týkajících se <i>nemocenského pojištění a pojistného (zákon č. 54/1956 Sb., o - (hrazení z pojistného): nemocenské, důchodové, hmotné zabezpečení v nezaměstnanosti. Nemocenském pojištění zaměstnanců, zákon č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění, zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti)</i>. Účast na nemocenském pojištění OSVČ je upravena <b>zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení</b>, ve znění pozdějších předpisů, v ustanoveních § 145a a § 145b (1). <b>Zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb.</b> důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (zákon č. 198/2002 Sb., zákon č. 263/2002 Sb., zákon č. 264/2002 Sb.) s novelami počítá se v § 29 se <b>starobním důchodem</b>, § 38 <b>plným invalidním důchodem</b>, § 43 <b>částečným invalidním důchodem</b>, vdovským a vdoveckým, sirotčím.</p> <p>Posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti je v kompetenci lékařů, kteří ji posuzují i na žádost občana, zpravidla specialisté v oboru posudkového lékařství - Okresní zprávy sociálního zabezpečení (OSSZ) v rámci rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí. <b>Posudkové lékařství rozhoduje v oblastech:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>pracovní neschopnost</i></li> <li>2. <i>invalidita – plná, částečná</i></li> <li>3. <i>poskytování výhod v systému sociálního zabezpečení</i></li> </ol> <p>Posudkoví lékaři (první instance, vyšší jsou posudkové komise České správy sociálního zabezpečení, ČSSZ, zajišťují: posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení, státní sociální podpory a sociální péče, kontrolu posuzování dočasnou pracovní neschopnost a kontrolu dodržování léčebného režimu. Posuzují hlavně plnou a částečnou invaliditu, bezmocnost, změněnou pracovní schopnost a jiná dlouhodobá zdravotní postižení. Ošetřující lékař připravuje dokumentaci pro posouzení invalidity, dlouhodobě pracovní neschopnosti, i jiné případy posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Postup při posuzování invalidity a její definice obsahuje zákon o důchodovém pojištění, podrobná kritéria jsou v prováděcí vyhlášce k tomuto zákonu. Prováděcí vyhláška uvádí procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti u jednotlivých nemocí a poruch zdraví s různým stupněm funkčního postižení, u postižení neuvedených jmenovitě se procentní míra poklesu výdělečné schopnosti hodnotí podle funkčně srovnatelných postižení uvedených ve vyhlášce. Procentní míry se nesčítají, míra se určí podle postižení s rozhodující příčinou poklesu výdělečné schopnosti. I plně invalidní lidé mohou využít svůj zbývající pracovní potenciál – až třetina v pracovním procesu. Částečně invalidní občané se stávají občany se změněnou pracovní schopností, i když nepobírají tento důchod, dále se předpokládá i další přiměřená pracovní činnost. Při posuzování invalidity se posuzuje schopnost vykonávat i jiné zaměstnání než dosavadní. Strop výdělku u obou typů důchodu není omezen (20).</p> <p>Stanovení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti vychází ze zdravotního stavu a výsledků funkčních vyšetření, zda postižení trvale ovlivňuje pracovní schopnost, stupeň adaptace na tento stav a schopnost rekvalifikace, dále vychází z hodnocení schopnosti vykonávat práci odpovídající zachovalým tělesným, smyslovým a duševním schopnostem s přihlédnutím k dřívějším výdělečným činnostem (1. hodnotí se pracovní potenciál, 2. požadavky a nároky zaměstnání, 3. pracovní schopnost), přihlíží se k dosaženému vzdělání, zkušenostem, znalostem (20).</p> <p>Nejtěžším stupněm zdravotního postižení je bezmocnost, a to částečná, převážná a úplná. Dalším pojmem je změněná pracovní schopnost – omezení pracovního uplatnění, občan má určitá práva do 65 let, např. pracovní poměr nemůže zaměstnavatel rozvázat bez souhlasu Úřadu práce. (20).</p> <p><b>Pracovní neschopnost</b> je dočasná (do 365 dnů v ČR) a dlouhodobá či trvalá, která podmiňuje invaliditu s trváním delším než jeden rok (20).</p>
<p>2. <u>státní sociální podpora</u></p>	<p>- hrazeno z dávek státní sociální podpory ze státního rozpočtu, např. příspěvek na bydlení, systém státní sociální podpory je upravena zákonem č. 117/1995 Sb., o <i>státní sociální podpoře</i>, při posuzování nároků na státní sociální podporu (SSP) se netestuje majetek rodiny, pouze příjmy občanů, a to také pouze u některých dávek. Základem pro stanovení nároku a výši dávek včetně určení hranice příjmů občana či rodiny je životní minimum. <b>Životní minimum</b> je minimální společensky uznaná hranice peněžních příjmů k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb <b>Existenční minimum</b> je minimální hranicí peněžních příjmů, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežít. Existenční minimum nelze použít u nezaopatřeného dítěte, u poživatele starobního důchodu, u osoby plně invalidní a u osoby starší 65 let (9).</p>



3,

sociální

pomoc,

sociální

péče

hrazeno z více zdrojů: stát, obce, nadace, osoby z rodiny atd.

Dnem 1. ledna 2007 nabyl účinnosti **zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi (19)**, a došlo tak k řadě změn v původní oblasti „dávek sociální péče“. Zákon o pomoci v hmotné nouzi zrušil ke stejnému datu zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého byly poskytovány některé dávky sociální péče. Současně s tím zanikly i dávky sociální péče poskytované podle vyhlášky MPSV ČR<sup>1</sup> č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, které byly vázány na sociální potřebnost. **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s účinností od 1. ledna 2007**, vytváří právní rámec pro interakci mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci (12). Do budoucna se počítá s jeho novelou, protože je finančně neudržitelný (10). Lidé mohou žádat o pomoc a podporu ze strany veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případech, že nejsou schopni samostatně řešit svou nepříznivou sociální situaci. **Zákon definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.** Mají nárok na bezplatné sociální poradenství, může člověku vzniknout nárok na příspěvek na péči, pokud se podrobí odbornému sociálnímu a lékařskému posouzení míry jeho závislosti na pomoci jiné osoby.

♦ **Zdravotní postižení je definováno pro účely tohoto zákona jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činít člověka závislým na pomoci jiné osoby. Znamená to, že mohou nastat případy, kdy je člověk očividně zdravotně postižený, ale dopady tohoto postižení nejsou tak závažné, aby se neobešel bez pomoci někoho jiného.**

♦ **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je ten, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a současně omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti tak, že má vliv na schopnost pečovat o sebe a být soběstačným. Důležité je, že tento stav nemusí být hodnocen až po uplynutí jednoho roku (12).**

#### VYSVĚTLIVKY:

<sup>i</sup> pokud se splní potřebná doba pojištění (aspoň 25 let) a dosažení důchodového věku či 15 let postižení a dosažení pro muže a ženy 65 let věku. Lze odejít i dříve, pak je důchod nižší Od 1.1.2007 pro muže je věk 62, u žen 57-61 let podle vychovaných dětí – 61 bezdětné, 57 u těch, které vychovaly aspoň pět dětí.

<sup>i</sup> Plná invalidita a potřebná doba pojištění – aspoň pět let v posledních 10 letech, u mladších stačí méně let pojištění, při invaliditě kvůli pracovnímu úrazu se k době pojištění nepřihlíží.

<sup>i</sup> U částečné invalidity a získání potřebné doby pojištění, výplata je závislá na příjmu z výdělečné činnosti, někdy se nevyplatí či v poloviční výši.

<sup>i</sup> **Plná invalidita** z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (trvá déle než jeden rok), pokud poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% či je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Pojištěnec má nárok na plný invalidní důchod, jestliže se stal plně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud ke dni vzniku plné invalidity nesplnil podmínky nároku na normální starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasny trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo plně invalidním následkem pracovního úrazu (nemoci z povolání). U **částečné invalidity** je pokles soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33% či pokud mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. Pojištěnec má nárok na částečný invalidní důchod, jestliže se stal částečně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, nebo následkem pracovního úrazu (nemoci z povolání). (9)

<sup>i</sup> Ministerstvo práce sociálních věcí České republiky

#### SEZNAM LITERATURY:

1. ČSSZ, Česká správa sociálního zabezpečení. Novinky. 2008. [online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.cssz.cz/>>.
2. Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením. Integrovaný portál MPSV (Ministerstva práce a sociálních věcí). Dostupný z WWW: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ozp>>.
3. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-022-86.
4. HOLUB, J. KOVAČKOVÁ. Připravované výběrové šetření o občanech se zdravotním postižením, 28.3.2007[online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/>>.
5. KEBZA, VL. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
6. KRAHULCOVÁ, B. *Filozofické, etické a psychosociální aspekty sluchového postižení*. [online]. Education and Culture. Socrates. QESWHIC Project, 2003. [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.lehn-acad.net/downloads/letter12cz.pdf>>.
7. KRIVOHĽAVÝ, J. 2. vyd. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
8. LINDOVSKÁ, M; HAASOVÁ, K. Problematika laryngektomovaných pacientů, *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 12, s. 40-42.
9. MPSV. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Invalidní důchody. 2008. [online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/619>>.
10. NEČAS, P. Zákon o službách je nutné revidovat. 14.7. 2007, [online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/4370>>.
11. Obecné informace. Integrovaný portál MPSV (Ministerstva práce a sociálních věcí). Dostupný z WWW: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/obecne>>.
12. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. 2007. [online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky\\_odpovedi\\_22-rev2.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf)>.
13. RÁDCE PRO OBČANY BEZ HRTANU: *pomocník k návratu do všedního dne*. 1. vyd. Česká Lípa: Arcus, 1997. č. 15.
14. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
15. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-130-7.
16. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

- 
17. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
  18. Zákon o důchodovém pojištění 155/1995 Sb.. Infoposel. cz [online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.infoposel.cz/index.php?idm=legislativa&idc=1031064586>>.
  19. Zákon o pomoci v hmotné nouzi 111/2006sb. [online]. [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.vyplata.cz/zakony/z111-2006sb.php>>.
  20. ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0467-1.
  21. Zpravodaj. Klub laryngektomovaných., 2001, roč. 5, č. 4.

## Příloha č. 14 Svépomocné společnosti v České republice a jinde ve světě

Převážná část nemocných se snaží vyrovnat s nemocí a jejími důsledky sami, nechtějí konzultovat své problémy s poradci (poradenství není hrazeno pojišťovny a spoléhá se na etiku sester, kteří je provádí jako součást hrazených výkonů) a nezapojí se do svépomocné skupiny nemocných. Cíl podpůrných skupin je redukovat pocit odcizení a izolace způsobených diagnózou rakoviny a jejím léčením, zdůrazňují se spolehnutí na sebe a soběstačnost v péči. Uvolní se zde emoce, vyměňují informace. Někteří nemocní mohou mít deprese z úmrtí členů skupiny. Skupiny se liší rozsahem a typem služeb a způsobu financování. Jsou **profesionální** (vzdělávají a podporují), založené při nemocnicích a vedou je lékaři a zdravotní sestry, psychoterapeuti, či **laické**, které založily sami nemocní, či jejich rodinní příslušníci, přátelé. Pokud se chce nemocný zapojit do nějaké skupiny, má překonat ostych, překonat svou izolaci, otevřít se a sdělit své poznatky ostatním, snažit se zapojit do normálního života, aby se s nemocí vyrovnal tak, že o ní je schopný hovořit (10).

Ve světě spojuje laryngektomované Mezinárodní asociace laryngektomovaných<sup>1</sup>, The International Association of Laryngectomees (IAL, USA), <http://www.larynxlink.com>, nezisková organizace složená přibližně 250 členských klubů, které mají zhruba od 10 do 300 členů, za členství platí kluby od 20 do 150 dolarů za rok podle celkového počtu členů. Cíl společnosti je podpora těchto klubů v jejich úsilí podporovat své členy v celkové rehabilitaci, např. usnadnit dostupnost nových informací členům a veřejnosti, učení nového způsobu komunikace po laryngektomii, dále vytvořit psychologicko-sociální podporu nemocných, zvýšit rozhled zaměstnavatelů informacemi o rakovině hrtanu, tak, aby nemocní mohli případně lépe sehnat zaměstnání. Organizace byla založena v roce 1952 díky třinácti zakládajícím klubům s potřebou koordinovat své aktivity (8). **Příklad klubu: Francie:** ve Francii existují různé regionální asociace, např. *Asociace laryngektomovaných a lidí s invaliditou řeči v jihovýchodní oblasti*, *Association des laryngectomisés et mutiles de la voix du sud ouest*, ALMVSO, která má již 40 let zkušeností (4), vydávají tříměsíční časopis „La nostro voutz“<sup>1</sup>. Svou deklaraci vytvořili v roce 1960, pomoc je určená laryngektomovaným před a po operaci. Dále existuje *Unie francouzských asociací laryngektomovaných a s invaliditou řeči*, *Union des associations françaises de laryngectomisé et mutilés de la voix (UAFLMV)*, nyní 21 asociací, se sídlem v Paříži, která vznikla v roce 1959. Organizace otevírá reedukační centra, kontaktuje ministry sociálních věcí a zdravotnictví, Ligu proti rakovině, aby bránila práva laryngektomovaných, podporovala je a jejich blízké morálně, informačně např. vydáváním letáků a knih o laryngektomovaných, konzultace, v rehabilitaci, radách při administrativních záležitostech, veřejnosti přibližuje problematiku laryngektomovaných, podílí se na prevenci a boji proti nádorovým onemocněním, reprezentuje se také na národní, evropské a mezinárodní atd. Nyní se organizace potýká s nízkým zájmem laryngektomovaných (40%) (9).

Klub nemocných laryngektomiků v České republice



Logo klubu vymyslel jeho člen *Vladimír Novák* (viz obr. č.1) (11).

*Obr. č. 1 Logo klubu laryngektomovaných*

V roce 1997 vznikl **Klub laryngektomovaných** (Občanské sdružení s celorepublikovou působností, které pomáhá při resocializaci osob po totální laryngektomii), s mottem: „*Co tě neporazí, to tě posílí*“, (2) stal se kolektivním členem Sdružení zdravotně postižených, předsedou byl *František Pátr*, poslední předsedkyní *Eva Svobodová*. Členové byli nemocní po operaci hrtanu, krku, totální laryngektomii, jejich přátelé a rodinní příslušníci (kolem 130 členů). Platil se členský poplatek 200 Kč ročně. Schůzky se konaly jednou měsíčně, v průměru docházelo 6-7 lidí, 1 krát za rok se konalo setkání všech, zájem nebyl tak velký. Klub měl svou výkonnou radu a své kontaktní členy, např. jižní Čechy, Hradec Králové, Českomoravská vysočina, Zlín, Brno. Měl i své internetové stránky [www.larynx.cz](http://www.larynx.cz). Vydával časopis Zpravodaj (klub laryngektomovaných): každý druhý měsíc, registrovaný na Ministerstvu kultury ČR. Do roku 2004 se rozpadl kvůli nedostatku finančních zdrojů (nízká podpora sponzorů a státních dotací) a nezájmu o činnost klubu ze strany členů. Většinu tvořili nemocní, kteří se ve spolupráci s lékaři (lékaři: *Jan Betka*, *Pavol Jablonický* a *Aleš Slavíček*, který vedl poradnu pro nemocné, zdravotní sestra *Alena Povýšilová*) snažili pomáhat při překonávání pooperačního stavu, odstraňování psychologických bariér, při návratu do běžného života a i do pracovní činnosti, zvládnutí komunikace s okolím, informování veřejnosti o problémech a potřebách laryngektomovaných, naučení hlasové komunikace

pomocí elektrolaryngu a hlasové protézy (konzultace s foniatrem), rozvíjení kulturního a společenského života členů, pořádáním rekondičních pobytů (např. Zlenice, Luhačovice), vydáváním zpravodaje, informacemi o nových pomůckách a přístrojích dostupných v České republice, účastníci se veletrhů s pomůckami a snažili se o jejich prosazení, především zvlhčovač a inhalátory (zjistili, že lékaři z ORL ani foniatři nevědí o těchto pomůckách, pak nemocní nedostávají, na co mají nárok), (3) odbornými přednáškami s cílem zlepšit kvalitu života, ve spolupráci s dalšími neziskovými organizacemi bojovat proti diskriminaci zdravotně postižených, poskytovat sociálně-právní poradnu (1). Klub sídlil v Praze nejdříve v Praze 6-Dejvicích, později na Smíchově, Praha 5, nakonec ve Vršovicích, Praha 10 (7). Určitá skupina laryngektomovaných funguje v rámci spolku neslyšících v Plzni, kontakt je možný např. přes plzeňskou foniatrickou kliniku, mezi představiteli klubu patří Václav Němeček a Václav Krejčík, klub má zhruba 15 aktivních členů. Obtíže v pokračování klubu byly ekonomické: nebyly finance a nezáměr nemocných (obtíže při dojíždění, asociální nemocní, samostatní nemocní, kteří klub nepotřebují), lidé, kteří organizovali klub po odborné stránce se mu věnovali ve svém volném čase, což bylo také obtížné. *Klub tracheostomovaných na Slovensku* je v Bratislavě a Banské Bystrici (6).

<sup>i</sup>*Kluby laryngektomovaných v jiných zemích pod Asociací laryngektomovaných v roce 2007:* Amerika - zhruba 86 klubů, Austrálie: 6 klubů (1 spřátelený s Mezinárodní asociací laryngektomovaných), Kanada 4 kluby pod asociací, jinak 12 klubů, 1 klub Čína, Dánsko, Filipíny, **Francie**, Kostarika, Německo, Nigérie, Nový Zéland, Indie, Japonsko, Pákistán, Panama, Peru, Polsko, Portoriko, Rakousko, Tchajwan, Velká Británie, Venezuela.

<sup>i</sup>Viz <http://assoc.pagespro-orange.fr/laryngectomie/textpdf/BULLETTIN.pdf>

#### SEZNAM LITERATURY:

1. Cíle klubu. Zpravodaj. Klub laryngektomovaných, 2001, roč. 5, č. 2.
2. Cíle klubu. Zpravodaj. Klub laryngektomovaných, 2001, roč. 5, č. 3.
3. Cíle klubu. Zpravodaj. Klub laryngektomovaných, 2001, roč. 5, č. 5.
4. Chirurgie specialistes ORL. Temoignage. c2007. Association laryngectomises et mutiles de la voix du sud ouest. Dostupný z WWW: <<http://assoc.orange.fr/laryngectomie/specProfSan.htm>>.
5. La Nostro Voutz. Journal trimestriel d'information. De l'association des laryngectomises du sud ouest (ALMVSO). 2007. [online]. c2007. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://assoc.pagespro-orange.fr/laryngectomie/textpdf/BULLETTIN.pdf>>.
6. SIVCOVÁ, I. Psychické a sociální problémy tracheostomovaných, *Sestra*, roč. 4, č. 11, 2005, s. 26
7. SLAVÍČEK, A. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-130-7. slavíček, operace hrtanu, str. 51-52.
8. The International Association of laryngectomees, IAL. c2007[online]. c2007. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.larynxlink.com/Main/ial.htm>>.
9. Union des association françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix. La vie après la laryngectomie. c2007. [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.infotronique.fr/UFMV/biblio/htm/1-5.htm>>.
10. VODVÁŘKA, M.: *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. ISBN 80-7042-314-5.
11. **Zpravodaj. Klub laryngektomovaných, 2001, roč. 5, č. 3.**

## Příloha č. 15 Dotazníky SEIQoL a ŽIPOLET a některé tabulky z jejich vyhodnocení

Tabulky k vyhodnocení:

Tab. č. 18 Koníčky u obecné populace

Pořadové číslo	Muži	Pořadové číslo	Ženy
1.	fotografování, příroda, jízda na kole	1.	čtení, zahrádka, luštění sudoku, film televize
2.	filmy, zahrádka, vaření	2.	práce kolem domu, procházka se psem, četba, sledování televize
3.	křížovky v práci, sport v televizi	3.	procházky v přírodě, četba, sledování televize
4.	zahrada, četba	4.	procházky se psem, luštění křížovek, sledování televize, vnoučata
5.	zahrádka	5.	sbírání hub, křížovky, televize
6.	chalupaření	6.	zahrada, sport - kolo, četba
7.	všestranné: kulturní akce, filmy, politika, sport: jízda na kole, sledování televize	7.	televize, vaření, četba
8.	chalupa	8.	televize, zahrada, vaření
9.	kolo, fotografování, auta, divadlo	9.	práce v domě, sledování televize, poslech rádia
10.	pití a jídlo	10.	procházka se psem, sledování televize
11.	sport a televize	11.	práce v domě, četba, cestování, zájem o společenské dění, kultura: výstavy, studium jazyků, vaření
12.	zahrada, dobré jídlo, pití červeného vína, ženy, dalekohled	12.	práce na zahradě, vaření
13.	fotbal, rádio, televize, tisk	13.	cestování, četba, film, sledování televize
14.	zahrádka, sport, kolo, příroda, četba	14.	sledování televize, četba, procházky
15.	práce na PC, procházky se psem, práce na zahradě	15.	cestování, čtení, luštění křížovek, poslech rádia, sledování televize, kultura: divadlo, film
16.	zahrada, výstavy, cvičení psů	16.	sledování televize, procházky, luštění křížovek
17.	zahrádka, práce kolem domu, fotbal, televize	17.	luštění křížovek, sledování televize, procházky, domácí práce, pletení, zahrádka
18.	mariáš, zahrada, chov králíků, slepic, kachen	18.	procházky, vnoučata, luštění křížovek, četba, sledování televize
19.	jízda na kole, procházky	19.	sport, čtení, historie, procházky
20.	fotbal, tisk: politika, sport, sledování televize	20.	četba, rádio
21.	rybaření, kutilství, jízda na kole, práce na PC, sledování televize, tisku, politika	21.	televize, četba
22.	sport: běh, procházky, práce na PC, cestování, politika	22.	kultura: film, divadlo, procházky, četba
23.	chalupaření, politika	23.	práce na zahradě, v domě, sledování televize
24.	cestování, chalupaření	24.	kultura: film, divadlo, procházky, sledování televize
25.	rybaření, sledování televize, tisku, politika, práce s PC, cestování, turistika	25.	kultura: film, divadlo, procházky, četba
26.	chalupaření, dům a zahrada, kultura: film, divadlo, kulturní akce	26.	sbírání hub, křížovky, televize

27.	sport v televizi, rybaření	27.	turistika, kultura: film, divadlo, televize, sport: běh
28.	politické dění a historie	28.	zahrádka, turistika
29.	rybolov, cestování, myslivost, sběr hub, kolo, ruční práce, televize a tisk	29.	vnoučata, procházky, pes
30.	cestování, fotbal, práce s PC, kultura: film, divadlo, politika	30.	zahrádka, procházky, četba, sledování televize
31.	rybolov, jízda na kole, film, televize, rádio, historie, politika	31.	procházky, četba, sledování televize
32.	práce s PC, kultura: film, divadlo, politika, historie	32.	procházky, četba, sledování televize, luštění křížovek
33.	kutilství, jízda na kole, sledování televize, tisku, politika, koncerty, film	33.	procházky, četba, sledování televize, luštění křížovek, cestování
34.	vnoučata, procházky, sledování televize, tisk	34.	procházky, sledování televize, četba
35.	práce na PC-počítači, politika, sledování televize, tisku, chalupa, památky, divadlo, film	35.	procházky, cestování
36.	sport: běh, jízda na kole, cestování, politika, společenské akce, film, hraní na kytaru	36.	sledování televize, procházky se psem, četba, kultura: film
37.	společenské akce, sledování televize, tisku, politika, jízda autem	37.	práce na zahrádce, luštění křížovek, sledování televize, procházky, četba
38.	sport: běh, jízda na kole, práce s PC, kultura: divadlo, kino, společenské akce	38.	procházky se psem, četba, sledování televize
39.	četba, rádio	39.	vnoučata, procházky, sledování televize, tisk
40.	dobrovolný hasič, práce na PC, jízda na kole, historie, politika	40.	procházky, sledování televize, vnoučata
41.	studium jazyků, historie, politika, sport, jízda autem, sledování tisku, televize	41.	procházky, plavání, sledování televize, tisku, četba, cestování, nakupování, vaření
42.	historie, ruční práce, stavba domku, sledování televize, sport, fotografování, práce s PC a mladými lidmi: tábory	42.	procházky se psem, luštění křížovek, cestování, sledování televize
43.	běh, jízda na kole, fotbal, politika, sledování televize, kutilství	43.	kutilství, práce v domě
44.	politické dění a historie	44.	hraní na klavír, kulturní akce, divadlo, kino, četba, studium jazyků, cestování
		45.	četba, tisk, sledování televize, poslech rádia, procházky, cestování, práce kolem domu, zahradničení

Tab. č. 22 Poslední povolání u laryngektomovaných

Pořadové číslo	Muži	Pořadové číslo	Ženy
1.	řidič	1.	hospodská
2.	nákupčí	2.	dělnice
3.	bagrista	3.	vrátná na VŠ koleji

4.	údržbář	4.	dělnice
5.	hasič	5.	projektantka
6.	dělník	6.	soustružnice
7.	úředník	7.	uklízečka
8.	zedník	8.	bankovní úřednice
9.	řidič	9.	úřednice
10.	lesník		
11.	referent		
12.	dělník		
13.	dělník v keramice		
14.	horník		
15.	technik		
16.	dělník		
17.	technik, stavební dozor		
18.	klempíř		
19.	sádkartonář		
20.	sklář		
21.	zedník		
22.	číšník		
23.	dělník		
24.	úředník		
25.	kuchař		
26.	řidič		
27.	muzikant		
28.	úředník		
29.	uklízeč		
30.	zámečnick		
31.	dělník		
32.	úředník		
33.	OSVČ		
34.	instalatér		
35.	OSVČ-projektant		
36.	kustod v muzeu		
37.	opravář zemědělských strojů		
38.	zedník		
39.	číšník		
40.	zámečnick		
41.	horník		
42.	dezinfektor		
43.	kovář		
44.	konstruktér		
45.	dělník		

46.	řidič
47.	úředník
48.	dělník
49.	údržbář
50.	řidič
51.	vedoucí provozu
52.	vrátný
53.	zedník
54.	úředník
55.	dělník
56.	bankovní úředník
57.	úředník
58.	technik
59.	kovář
60.	opravář, technik, automechanik
61.	technik
62.	kuchař
63.	tesář
64.	soukromý podnikatel
65.	řidič
66.	dělník
67.	mechanik
68.	ostraha u bezpečnostní agentury
69.	popelář
70.	navigátor
71.	vedoucí pošty
72.	řidič traktoru
73.	prodavač
74.	údržbář
75.	svářeč
76.	pasový kontrolor
77.	horník
78.	plynař

Tab. č. 36 Koníčky PŘED operací

Pořadové číslo	Muži	Pořadové číslo	Ženy
1.	servis plynu, procházky, četba, zahrádka	1.	cestování, sledování televize, fotbal, volejbal, hokej, kultura: opera, koncerty, křížovky, chalupaření, četba: detektivky, válečné romány, malování, bruslení, domácí práce



2.	sledování televize, sport, nakupování	2.	počítač, cestování
3.	cestování, fotbal, hokej, sledování televize, hudba, cizí jazyky, počítač	3.	cestování, cyklistika, koupání
4.	sport: cyklistika, filmy, kutilství	4.	četba, procházky, domácí práce
5.	domácí práce, zahrádka, truhlářství, jízda autem	5.	četba, alpské lyžování, ježdění na divoké vodě
6.	procházky, sledování televize, sport, časopisy, hraní kulečnicku, myslivost, chalupaření	6.	domácí práce, četba, křížovky
7.	procházky, cyklistika, cvičení na rotopedu, zahrádka, četba, sledování televize, sport	7.	četba, procházky, domácí práce
8.	četba novin, sledování televize, procházky se psem, do lesa	8.	domácí práce, čtení, luštění křížovek
9.	cyklistika, procházky po lese, sledování TV sport	9.	pletení, luštění křížovek, zahrádka
10.	četba novin, sledování televize, křížovky, sportka, sport		
11.	plavání, fotbal, čtení fakt, historie, záhady, sledování televize, sport: fotbal, cestování do hor		
12.	závodně šachy, počítače, golf, četba: populárně vědecké romány		
13.	zahrada, turistika		
14.	kutilství, dobré jídlo, pití		
15.	hraní na dechové nástroje, hudba vážná, počítač, cestování, procházky, sebevzdělávání, zahrada		
16.	sledování televize, četba, procházky		
17.	šití, kutilství, zahrada, sledování televize, procházky		
18.	s vnukem chodí na bikros, veteránské srazy s motocykly, závody, auta		
19.	sport, fotbal aktivně		
20.	truhlářství, procházky, příroda		
21.	zájem o historii, víno, dobré jídlo		
22.	luštění křížovek		
23.	procházky s přáteli, četba		
24.	zahrádka, procházka se psem, houbaření, chůze se psem		
25.	zahrádka, zednické práce, chování poštovních holubů, králíků		
26.	myslivost, zahrádka, péče o domácí zvířata, sport: házená, volejbal, fotbal		
27.	sledování televize, fotbalu, procházky		
28.	rybaření, fotbal		
29.	zahrádka, kreslení, procházky se psem, kutilství		
30.	četba novin, sledování televize, křížovky, sportka, sport		
31.	dobrovolný hasič, ježdění po soutěžích, setkání v hospodách, plavání		
32.	poslech rádia, sledování televize		
33.	počítač, kreslení, hraní na hudební nástroje		
34.	zahrádka, kovářství, sledování televize, poslech rádia, četba		
35.	chalupaření, procházky se psem, sledování televize, poslech hudby		

36.	cestování, četba, procházky se psem
37.	poslech hudby, kutilství
38.	chalupaření, zahrada, kutilství, procházky, sledování televize, myslivost
39.	turistika, fotografování, úprava bytu
40.	procházky se psem, četba, sledování TV: fotbal, hokej
41.	zahrada, čtení poezie, hudba: jazz, vážná hudba
42.	výlety, starost o hospodářství, zahrádka
43.	zahrada, úklid
44.	hraní na piano
45.	procházky, turistika, cestování, četba
46.	hudba
47.	procházky do lesa
48.	procházka
49.	plavání, fotbal
50.	hudba, příroda, rybaření
51.	zahrádka
52.	kutilství, procházky
53.	výlety autem, procházky, ženy
54.	kutilství, zahrádka, houbaření, procházky do lesa se psem, čtení válečných románů, létání
55.	rybaření, procházky s dětmi
56.	kutilství, procházka v lese, houbaření, focení, plavání
57.	jízda na kole, aktivní účast na zahradě Čech, akvaristika, plavání
58.	rybaření, fotbal, hokej a sportovní přenosy, plavání
59.	řízení auta, procházky se psem, chalupaření, rybaření
60.	mobil, sledování televize, filmy
61.	práce na zahrádce, procházky v lese, čtení dobrodružných románů, detektivky, noviny, cestování, poslech vážné hudby
62.	myslivost, procházka se psem, zprávy, politika, sport
63.	kolo, péče o zahrádku
64.	zahrada, turistika
65.	procházky
66.	rybaření, cestování, výlety do přírody, procházky se psem, čtení novin, poslech trampských písní
67.	rybaření, práce na zahrádce, procházky, cestování, poslech hudby, historie, cyklistika
68.	kutilství, zahrádka, starostování
69.	zahrada, kolo, turistika, cestování, rybaření, plavání, cesty k moři

Tab. č. 38 Koníčky PO operaci

Pořadové číslo	Muži	Pořadové číslo	Ženy
1.	servis plynu, procházky, četba, zahrádka	1.	cestování, sledování televize, fotbal, volejbal, hokej, kultura: opera, koncerty, křížovky, chalupaření, četba: detektivky, válečné romány, malování, bruslení, domácí práce
2.	sledování televize, sport, nakupování	2.	počítač, cestování
3.	cestování, fotbal, hokej, sledování televize, hudba, cizí jazyky, počítač	3.	cestování, cyklistika, četba, hudba, tancování
4.	sport: cyklistika, filmy, kutilství	4.	četba, procházky, domácí práce
5.	domácí práce, zahrádka, truhlářství, jízda autem	5.	četba, alpské lyžování, ježdění na divoké vodě
6.	procházky, sledování televize, sport, časopisy, hraní kulečnicku, myslivost, chalupaření	6.	domácí práce, četba, křížovky
7.	procházky, cyklistika, cvičení na rotopedu, zahrádka, četba, sledování televize, sport	7.	četba, procházky, domácí práce
8.	četba novin, sledování televize, procházky se psem, do lesa	8.	domácí práce, čtení, luštění křížovek
9.	cyklistika, procházky po lese, sledování TV sport	9.	pletení, luštění křížovek, zahrádka
10.	četba novin, sledování televize, křížovky, sportka, sport		
11.	plavání, fotbal, čtení fakt, historie, záhady, sledování televize, sport: fotbal, cestování do hor		
12.	závodně šachy, počítače, golf, četba: populárně vědecké romány		
13.	zahrada, turistika		
14.	kutilství, dobré jídlo, pití		
15.	hudba vážná, počítač, cestování, procházky, sebevzdělávání, zahrada		
16.	sledování televize, četba, procházky		
17.	šití, kutilství, zahrada, sledování televize, procházky		
18.	s vnukem chodí na bikros, veteránské srazy s motocykly, závody, auta		
19.	sport, fotbal aktivně		
20.	truhlářství, procházky, příroda		
21.	zájem o historii, víno, dobré jídlo		
22.	luštění křížovek		
23.	procházky s přáteli, četba		
24.	zahrádka, procházka se psem, houbaření, chůze se psem		
25.	zahrádka, zednické práce, chování poštovních holubů, králíků		
26.	myslivost, zahrádka, péče o domácí zvířata, Sport: házená, volejbal, fotbal		

27.	sledování televize, fotbalu, procházky
28.	rybaření, fotbal
29.	zahrádka, kreslení, procházky se psem, kutilství
30.	četba novin, sledování televize, křížovky, sportka, sport
31.	dobrovolný hasič, ježdění po soutěžích, setkání v hospodách, plavání
32.	poslech rádia, sledování televize
33.	počítač, kreslení, hraní na hudební nástroje
34.	zahrádka, kovářství, sledování televize, poslech rádia, četba
35.	chalupaření, procházky se psem, sledování televize, poslech hudby
36.	cestování, četba, procházky se psem
37.	poslech hudby, kutilství
38.	chalupaření, zahrada, kutilství, procházky, sledování televize, myslivost
39.	turistika, fotografování, úprava bytu
40.	procházky se psem, četba, sledování TV:fotbal, hokej
41.	zahrada, čtení poezie, hudba: jazz, vážná hudba
42.	výlety, starost o hospodářství, zahrádku
43.	zahrada, úklid
44.	hraní na piano
45.	procházky, turistika, cestování, četba
46.	hudba
47.	procházky do lesa
48.	procházka
49.	fotbal
50.	hudba, příroda, rybaření
51.	zahrádka
52.	kutilství, procházky
53.	výlety autem, procházky, ženy
54.	kutilství, zahrádka, houbaření, procházky do lesa se psem, čtení válečných románů, létání
55.	rybaření, procházky s dětmi
56.	kutilství, procházka v lese, houbaření, focení, plavání
57.	jízda na kole, aktivní účast na zahradě Čech, akvaristika, plavání
58.	rybaření, fotbal, hokej a sportovní přenosy, plavání
59.	řízení auta, procházky se psem, chalupaření, rybaření
60.	mobil, sledování televize, filmy
61.	práce na zahrádce, procházky v lese, čtení dobrodružných románů, detektivky, noviny, cestování, poslech vážné hudby
62.	myslivost, procházka se psem, zprávy, politika, sport
63.	kolo, péče o zahrádku
64.	zahrada, turistika
65.	procházky

66.	rybaření, cestování, výlety do přírody, procházky se psem, čtení novin, poslech tramských písní
67.	rybaření, práce na zahrádce, procházky, cestování, poslech hudby, historie, cyklistika
68.	kutilství, zahrádka, starostování
69.	zahrada, kolo, turistika, cestování, rybaření, plavání, cesty k moři
70.	luštění křížovek, sledování dokumentů v televizi, čtení knih, hlavně historie, procházky, práce na chalupě
71.	počítač, technické kreslení, schémata, ruční práce, vedení domácnosti
72.	četba, procházky po lese, sport
73.	zahradničení, cestování, chalupa, úklid domova

Tab. č. 58 Tabulka hodnocení kvality života vybraných problémů v otázkách 20-70

Oblasti kvality života	U každé otázky je celkový počet respondentů 50		
Procentuální škála	0% ano	100% ne	
1. Zvýšený kašel	4	46	
2. Vyšší nemocnost	2	48	
3. A Bolest	5	45	
3. B Užívání analgetik	5	45	
Procentuální škála	0% jsou problémy, vadí	50% jsou problémy, nevadí	100% nejsou problémy
4. Problémy s chutí	16	26	8

Procentuální škála	0% necítí, vadí	25% cítí méně, vadí	50% necítí, nevadí to	75% cítí méně, nevadí	100% nejsou problémy	
5. Problémy s čichem	18	3	27	2	0	
Procentuální škála	0% nechuf k jídlu	50% částečná nechuf k jídlu	100% chuf k jídlu neovlivněná			
6. Ovlivnění problémů s čichem chuf k jídlu	6	7	37			
Procentuální škála	0% ano	100% ne				
7. Pocit suchého krku	15	35				
Procentuální škála	0% více než dříve	50% méně	100% průměrně			
8. Vykašlávání hlenů	19	2	29			
Procentuální škála	0% ano	50% někdy	100% ne			
9. Tvoření krust	17	22	11			
Procentuální škála	0% ano	100% ne				
10. Problémy s kousáním	14	36				
11. Rozkašlání při polykání	7	42				
Procentuální škála	0% sonda	25% jen tekutá strava	50% kašovitá a tekutá strava	75% některá pevná strava	100% běžná strava	
12. Příjem stravy	2	2	9	3	21	
Procentuální škála	0% ano,	100% ne				
13. Dietní omezení	4	46				

<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> snížená	<b>50%</b> zvýšená	<b>100%</b> v normě		
<b>14. Tělesná hmotnost</b>	10	31	9		
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> ano	<b>50%</b> občas	<b>100%</b> ne		
<b>15. Problémy se spánkem</b>	9	13	28		
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> psaní, šepot	<b>33%</b> eletrolarynx	<b>67%</b> hlasová protéza	<b>100%</b> jícnový hlas	
<b>16. Způsob komunikace</b>	22	11	12	5	
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> velmi obtížné, skoro vůbec	<b>33%</b> obtížné, domluví se	<b>67%</b> trochu obtížné	<b>100%</b> snadné	
<b>17.A Domluvení se s rodinou</b>	11	7	21	11	
<b>17.B Domluvení se s přáteli</b>	12	6	21	11	
<b>18. Domluvení se s veřejností</b>	22	8	10	10	
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> ne	<b>100%</b> ano			
<b>19. Domluvení po telefonu</b>	21	29			
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> ano 1. místě ztráta hlasu, 2. místě snížení či ztráta společenských vztahů, 3. protékání hlasové protézy, 4. bolest ramene, stud za vzhled, problémy s čichem, obtížné dýchání, velká tvorba hlenů, časté návštěvy lékaře ORL, problémy s tracheostomatem, recidiva onemocnění				<b>100%</b> ne
<b>20. Problémy po operaci</b>	48				2
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> ne	<b>100%</b> ano			
<b>21. Denní aktivity</b>	0	50			
<b>Procentuální škála</b>	<b>0%</b> ano	<b>100%</b> ne			
<b>22. Aktivita a únava</b>	4	46			

Procentuální škála	0%	25%	35%	50%	75%	85%	100%
	žádné	pomůcky k ochraně stomatu	elektrolarynx, kanylu, p. k ochraně stomatu	elektrolarynx	hlasová protéza a kanyla, p. k ochraně stomatu	kanyla-p. k ochraně stomatu	hlasová protéza, p. k ochraně stomatu
<b>23. A.</b> Hrazení pomůcek pojišťovnou	0	18	2	6	4	12	8
Procentuální škála	0% ne	50%	100% ano				
		částečně					
<b>24. B.</b> Hrazení pomůcek nemocným	19	29	2				
Procentuální škála	0% ne	100% ano					
	respondenti udávali: roušky, filtry na stoma, kartáček na čištění HP						
<b>25.</b> Dostupnost pomůcek, jejich sehnání na trhu	3	47					
Procentuální škála	0%	33%	67%	100%			
	celou dobu	ve dne, při obtížích	v noci	nenosí			
<b>26. A.</b> Nošení kanyly	13	1	2	34			
Procentuální škála	0%	100%					
	jen kov	plast i kov, plast					
<b>27. B</b> Materiál kanyly (zde u 16 nemocných)	8	8					
Procentuální škála	0%	50%	100%				
	nezvládáte	zvládáte s pomocí	zvládáte sami				
<b>28.</b> Zvládání péče o tracheostoma, kanylu, HP	0	0	100				



Procentuální škála	0% nezájem o informace	50% potřeba dalších informací	100% plná formovanost		
29. Informovanost	2	34	14		
Procentuální škála	0% doplácení s dopadem na rodinný rozpočet	50% doplácení, není dopad na rodinný rozpočet	100% nedoplácení		
30. Možnost doplácení materiálu k péči o tracheostoma atd.	0	49	1		
Procentuální škála	0% nezvládnutí	33% velmi obtížné	67% méně obtížné	100% snadné	
31. Zapojení do života po operaci	0	46	4	0	
Procentuální škála	0% ano	50% občas	100% ne		
32. Problémy s rodinou v kontaktu po operaci	30	2	18		
Procentuální škála	0% ne	50% občas	100% ano		
33. Společenský život	39	5	6		
Procentuální škála	0% ano	100% ne			
34. Problémy ve společenském kontaktu	43	7			
Procentuální škála	0% ano (partneři, sourozenci, příbuzní, lékař, přátelé)	100% nikdo			
35. Existence blízkého člověka	47	3			
Procentuální škála	0% ne	100% ano			

<b>36.</b> V okolí kontakt s člověkem po LET	42	8			
Procentuální škála	0% ano	100% ne			
<b>37.</b> Ovlivnění sexuálního života	41	9			
Procentuální škála	0% není v kontaktu, nepřeje si ji	50% není v kontaktu, uvítá ji	100% je v kontaktu		
<b>38.</b> Organizace pro laryngektomované	1	47	2		
Procentuální škála	0% ano	50% občas	100% ne		
<b>39.</b> Pocit izolace a samoty	13	15	32		
Procentuální škála	0% horší než dříve	33% mírně horší	67% stejná	100% lepší	
<b>40.</b> Nálada	18	19	13	0	
Procentuální škála	0% zaskočení	100% spíše smíření			
<b>41.</b> Přijetí operace	23	27			
Procentuální škála	0% ano	100% ne			
<b>42.</b> Trápení kvůli vzhledu	46	4			
<b>43.</b> Trápení kvůli hlasu	50	0			
<b>44.</b> Trápení kvůli nemoci	43	7			
Procentuální škála	0% odchod do důchodu	25% změna zaměstnání	50% zaměstnání při důchodu	75% před a po operaci v důchodu	100% není změna zaměstnání
<b>45.</b> Zaměstnání	29	0	2	12	7
Procentuální škála	0% ne	100% ano			

<b>46. Spokojenost ve sociálním statusu</b>	17	33				
Procentuální škála	0% pokleslá	50% stejná	100% vyšší			
<b>47. Stav výkonnosti</b>	24	26	0			
Procentuální škála	0% horší, nespokojen	50% stejná, nespokojen	67% stejná, spokojen	100% lepší		
<b>48. Spokojenost s finanční a životní úrovní</b>	36	0	8	6		
Procentuální škála	0% úplná změna	33% hodně se změnil	67% příliš se nezměnil	100% nezměnil se		
<b>49. Změna života vlivem léčby</b>	5	33	12	0		
Procentuální škála	0% velmi špatná	25% horší	50% stejná	75% trochu lepší	100% lepší než dříve	
<b>50. Celková spokojenost</b>	5	39	6	0	0	
Procentuální škála	0% velmi špatné	25% horší	50% dobré	75% velmi dobré	100% výborné	
<b>51. Zdraví ve vztahu ke kvalitě života</b>	3	18	20	9	0	
Procentuální škála	0% ne	100% ano: na prvním místě nejčastěji rodina, pak koníčky (kutilství, práce v domě, na zahradě, rybaření, práce na počítači, procházky, četba, poslech rádia, sledování televize atd.), vztahy mezi lidmi, duševní pohoda, sport (cyklistika), kultura (hudba, filmy), zaměstnání, práce na sobě (sebevzdělávání) i duchovní život (meditace).				
<b>52. Důležité hodnoty v životě</b>	0	50				
Procentuální škála	0% ne, nic nechybí	100% ano: ztráta společenských vztahů 30, ztráta zaměstnání 4, plavání 8, plavání a potápění 1, fotbal 1, zpěv 1, čich 1.				
<b>53. Pocit ztráty dřívějších možností před operací</b>	4	46				
Procentuální škála	0% velmi špatná	25% horší	50% dobrá	75% velmi dobrá	100% výborná	

---

54. Spokojenost s prožitím minulého týdne	2	5	35	3	2	
--	---	---	----	---	---	--

## Dotazníky:

a) SEIQoL b) ŽIPOLET

### Instrukce k vyplnění dotazníku metody SEIQoL, který zjišťuje individuální kvalitu života

#### Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Baudyšová Eva a jsem studentka posledního ročníku fakulty Ústavu zdravotnických studií Univerzity Pardubice oboru Ošetřovatelství. Píši diplomovou práci na téma „Kvalita života nemocných po totální laryngektomii - operativního odstranění celého hrtanu a z toho vyplývající ztráta hlasu“.

Cílem následujícího dotazníku je snaha zjistit současnou kvalitu Vašeho života. Sebrané informace přispějí k porovnání změny kvality života běžné populace a lidí po laryngektomii. **Pročtěte si následující instrukce k dotazníku, pokud souhlasíte s podáním informací, prosím o vyplnění dotazníku, který je anonymní.** Vámi uvedené informace budou použity pro vypracování diplomové práce. Vyplnění dotazníku Vám potrvá asi 10 minut. **Děkuji Vám za spolupráci.**

Baudyšová Eva  
kontakt: telefon: 736 106 225  
e-mail: Baudysovaeva@seznam.cz

\*\*\*\*\*

**Dotazník obsahuje 9 otázek a 2 části:** 1.část se základními údaji (obsahuje 10 otázek) a 2. část označenou QL - z anglického "quality of life" = kvalita života, kterou tvoří jeden formulář.

#### **Pokyny k vyplnění dotazníku:**

1. **k základním údajům:** údaje, které platí, zaškrtněte takto křížkem ,kde je možnost k dopsání, (...), vyplňte vlastními slovy, platí pro otázky 4-9.

2. **k tabulce SEIQol** (vyjadřuje kvalitu současného života):

a) uvažujte a poté vyjmenujte **pět Vašich základních životních zájmů/cílů**, které jsou životní motivací a odpověď na otázku pro co žijete?

Každou oblast zájmů napište na jednom řádku heslem (např. rodina) ve sloupečku označeném číslem I, ve vedlejším oddíle rozveďte, oč vám (např. v rodině) jde.

b) pak do sloupečku číslo 2 uveďte v procentech míru spokojenosti s tím, jak jste se dle svého mínění přiblížili cíli, který jste si v dané oblasti předsevzali (např. rodina 80%, přátelství 60%, práce 90%)

**Škála je od 0% do 100%:** 0% - *nejnižší míra spokojenosti* - vůbec nejsem spokojen/a

100% - *jsem úplně spokojen/a s daným zaměřením života*

c) do sloupečku s číslem 3 uveďte, jak je tato oblast zájmů pro vás důležitá (na škále od 0% do 100%), nyní ale **100%** rozdělíte mezi pětici oblastí zájmů, které jste uvedli, aby konečný součet tvořil 100%.

(např. rodina 50%, přátelství 25%, práce 20%, hobby 5% = 100%: tzn. **součet procent pěti Vámi napsaných témat je dohromady 100%**)

**Na konci formuláře II a III jsou tzv. "teploměry životní spokojenosti"**, zde vyznačte křížkem míru Vaší spokojenosti se životem na uvedené ose od 0 do 100%.

#### **Zde jsou příklady životních cílů, hodnot, oblastí zájmů a životních témat:**

✓ **Duchovní život** - nacházet smysl života, umět rozlišovat mezi životními hodnotami, meditace, hlouběji chápat sama sebe, zachovávat si dobré svědomí.

✓ **Duševní pohoda** - duševní zdraví, udržování paměti, mít dobrou náladu, být empatický = umět se vcítit do pocitů druhého a snažit se druhého člověka pochopit, neztratit chuť do života, zachovat si dobrou mysl.

✓ **Koníčky** - hobby: zahrádka, malování, hraní na hudební nástroj, malování, kreslení, zahradničení, cestování, četba, psaní rodinné kroniky atd.

✓ **Kultura** - návštěvy památek, divadel, koncertů, kin, výstav, muzeí.

✓ **Práce na sobě** - sebevzdělávání: studium, četba, zvyšování kvalifikace, studium jazyků, získání nových dovedností: např. práce s počítačem, hrát na hudební nástroj.

✓ **Rodina, manželství**

✓ **Ruční práce** - šití, pletení, vaření, udržování a úklid domova, chalupy atd.

✓ **Spiritualita**- poznání Boha

✓ **Sport** - tělesné cvičení, běh, delší procházky, turistika, jóga.

✓ **Tělesné zdraví** - jeho udržování, zlepšení, úspěšný boj se zdravotními těžkostmi - abych byl/a co nejvíce soběstačná.

✓ **Vztahy mezi lidmi** - ohled na druhé, navazování přátelských vztahů, tolerance, pomoc druhým (altruismus).

**Instrukce k vyplnění dotazníku metody SEIQoL,  
který zjišťuje individuální kvalitu života**

\*\*\*\*\*

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Baudyšová Eva a jsem studentka posledního ročníku fakulty Ústavu zdravotnických studií Univerzity Pardubice oboru Ošetřovatelství. Píši diplomovou práci na téma „Kvalita života nemocných po totální laryngektomii“.

Cílem následujícího dotazníku je snaha zjistit změnu kvality Vašeho života (např. životních hodnot): stav před propuknutím onemocněním a poté.

**Pročtěte si následující instrukce k dotazníku, pokud souhlasíte s podáním informací, prosím o vyplnění dotazníku, který je anonymní.** Vámi uvedené informace budou použity pro vypracování diplomové práce. Vyplnění obou částí dotazníku Vám potrvá zhruba 10 minut. **Děkuji Vám za spolupráci.**

Baudyšová Eva  
kontakt: telefon: 736 106 225  
e-mail: Baudysovaeva@seznam.cz

\*\*\*\*\*

**Dotazník obsahuje 2 tabulky a 15 otázek v rámci základních údajů, které vyplníte:**

- část označenou SEIQoL - z anglického "quality of life" = kvalita života, tvoří dva formuláře:

**tabulka I:** vyjadřuje kvalitu současného života

**tabulka II:** vyjadřuje kvalitu Vašeho života před operací

**Pokyny k vyplnění dotazníku:**

**1. Základní údaje obsahují 14 otázek:**

1. U všech otázek pro údaje, které platí, zaškrtněte takto křížkem,

případně, pokud je ve výběru možností odpovědí jiné: ....., dopište vlastními slovy.

2. Otázky, kde je možnost k dopsání: (...), vyplňte vlastními slovy, číslovkou – jsou to otázky: 2, 6b, 11

**2. Pokyny k tabulkám I a II SEIQoL:**

b) uvažujte a poté vyjmenujte **pět Vašich základních životních zájmů/cílů**, které jsou životní motivací a odpovědí na otázku pro co žijete? Každou oblast zájmů napište na jednom řádku heslem (např. rodina) ve **sloupečku označeném číslem 1**, ve vedlejším oddíle rozveďte, oč vám (např. v rodině) jde.

b) pak do sloupečku **číslo 2** uveďte v procentech míru spokojenosti s tím, jak jste se dle svého mínění přiblížili cíli, který jste si v dané oblasti předsevzali (např. rodina 80%, přátelství 60%, práce 90%)

**Škála je od 0% do 100%: 0% - nejnižší míra spokojenosti - vůbec nejsem spokojen/a**

**100% - jsem úplně spokojen/a s daným zaměřením života**

c) do **sloupečku s číslem 3** uveďte, jak je tato oblast zájmů pro vás důležitá (na škále od 0% do 100%), nyní ale **100%** rozdělíte mezi pětici oblastí zájmů, které jste uvedli, aby konečný součet tvořil 100%.

(např. rodina 50%, přátelství 25%, práce 20%, hobby 5% = 100%: tzn. součet procent pěti Vámi napsaných témat je dohromady 100%)

**Na konci formuláře II a III jsou tzv. "teploměry životní spokojenosti"**, zde vyznačte křížkem míru Vaší spokojenosti se životem na uvedené ose od 0 do 100%.

**Zde jsou příklady životních cílů, hodnot, oblastí zájmů a životních témat:**

✓ **Duchovní život** - nacházet smysl života, umět rozlišovat mezi životními hodnotami, meditace, hlouběji chápat sama sebe, zachovávat si dobré svědomí.

✓ **Duševní pohoda** - duševní zdraví, udržování paměti, mít dobrou náladu, být empatický = umět se vcítit do pocitů druhého a snažit se druhého člověka pochopit, neztratit chuť do života, zachovat si dobrou mysl.

✓ **Koníčky** - hobby: zahrádka, malování, hraní na hudební nástroj, malování, kreslení, zahradničení, cestování, četba, psaní rodinné kroniky atd.

✓ **Kultura** - návštěvy památek, divadel, koncertů, kin, výstav, muzeí.

✓ **Práce na sobě** - sebevzdělávání: studium, četba, zvyšování kvalifikace, studium jazyků, získání nových dovedností: např. práce s počítačem, hrát na hudební nástroj.

✓ **Rodina, manželství**

✓ **Ruční práce** - šití, pletení, vaření, udržování a úklid domova, chalupy atd.

✓ **Spiritualita** - poznání Boha

✓ **Sport** - tělesné cvičení, běh, delší procházky, turistika, jóga.

✓ **Tělesné zdraví** - jeho udržování, zlepšení, úspěšný boj se zdravotními těžkostmi - abych byl/a co nejvíce soběstačná.

✓ **Vztahy mezi lidmi** - ohled na druhé, navazování přátelských vztahů, tolerance, pomoc druhým (altruismus).

---

**Instrukce k vyplnění dotazníku**  
**Kvalita života po totální laryngektomii (ŽIPOLET)**  
**Quality of life after total laryngectomy (LIALET- QOL)**

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Baudyšová Eva a jsem studentka posledního ročníku fakulty Ústavu zdravotnických studií Univerzity Pardubice oboru Ošetřovatelství. Píši diplomovou práci na téma „Kvalita života nemocných po totální laryngektomii“.

Cílem následujícího dotazníku je snaha zjistit změnu kvality Vašeho života (např. životních hodnot): stav před propuknutím onemocnění a poté. Sebrané informace pomohou přispět k lepšímu pochopení nejen psychosociálních úskalí se kterými se vyrovnáváte a k širší informovanosti odborníků i veřejnosti o obtížích, které máte.

**Pročtěte si následující instrukce k dotazníku, pokud souhlasíte s podáním informací, prosím o vyplnění dotazníku, který je anonymní.** Vámi uvedené informace budou použity pro vypracování diplomové práce. Vyplnění obou částí dotazníku Vám potrvá zhruba 20 minut.

**Děkuji Vám za spolupráci.**

Baudyšová Eva  
kontakt: telefon: 736 106 225  
e-mail: Baudysovaeva@seznam.cz

\*\*\*\*\*

**Dotazník obsahuje 70 otázek:**

- **otázky 1-9** obsahují obecné údaje
- **otázky 10-19** obsahují údaje týkající se onemocnění a operace
- **otázky 20-40** se týkají fyzických obtíží po operaci
- **otázky 41-46** obsahují otázky ohledně pomůcek a péče o tracheostoma
- **otázky 47-64** obsahují otázky týkající se sociální, psychické, pracovní a finanční oblasti po operaci
- **otázky 65-70** se týkají kvality života a zdraví
- na závěr je volné místo na připojení Vašeho názoru a pro připomínky k dotazníku

**Pokyny k vyplnění dotazníku:**

⇒ **1.** U všech otázek pro údaje, které platí, zaškrtněte takto křížkem,

⇒ **2.** Otázky, kde je možnost k dopsání: (...), vyplňte vlastními slovy, číslovkou – jsou to otázky: **2, 3 A+B, 5, 6 A+B, 7, 8-12, 15, 17, 19, 31, 34, 38, 42, 46, 51, 68, 69** případně, pokud je ve výběru možností odpovědi jiné: ....., dopište vlastními slovy.

⇒ **3. K otázce číslo 68 ohledně životních hodnot se lze inspirovat následujícími příklady životních cílů, hodnot, oblastí zájmů a životních témat:**

- ✓ **Duchovní život** - nacházet smysl života, umět rozlišovat mezi životními hodnotami, meditace, hlouběji chápat sama sebe, zachovávat si dobré svědomí.
- ✓ **Duševní pohoda** - duševní zdraví, udržování paměti, mít dobrou náladu, být empatický = umět se vcítit do pocitů druhého a snažit se druhého člověka pochopit, neztratit chuť do života, zachovat si dobrou mysl.
- ✓ **Koníčky** - hobby: zahrádka, malování, hraní na hudební nástroj, malování, kreslení, zahradničení, cestování, četba, psaní rodinné kroniky atd.
- ✓ **Kultura** - návštěvy památek, divadel, koncertů, kin, výstav, muzeí.
- ✓ **Práce na sobě** - sebevzdělávání: studium, četba, zvyšování kvalifikace, studium jazyků, získání nových dovedností: např. práce s počítačem, hrát na hudební nástroj.
- ✓ **Rodina, manželství**
- ✓ **Ruční práce** - šití, pletení, vaření, udržování a úklid domova, chalupy atd.
- ✓ **Spiritualita** - poznání Boha
- ✓ **Sport** - tělesné cvičení, běh, delší procházky, turistika, jóga.
- ✓ **Tělesné zdraví** - jeho udržování, zlepšení, úspěšný boj se zdravotními těžkostmi - abych byl/a co nejvíce soběstačná.
- ✓ **Vztahy mezi lidmi** - ohled na druhé, navazování přátelských vztahů, tolerance, pomoc druhým (altruismus).

Obecná populace

## 1. Základní údaje

**1. Pohlaví**

- žena  
 muž

**2. Věk**

- 40 let a méně  
 41 - 50 let  
 51 - 60 let  
 61 let a více

**3. Rodinný stav**

- svobodný/á  
 ženatý/vdaná  
 vdovec/vdova  
 rozvedený/á

**4. A Víra:**

- římskokatolická  
 českobratrská evangelická  
 jiné vyznání:.....  
 nejste věřící  
 nevím  
 jiné:.....

**4. B Jste členem církve**

- nejsem členem žádné  
 římskokatolické  
 českobratrské evangelické  
 jiné:.....

**5. Žijete**

- pouze s manželem/kou  
 s manželem/kou, dětmi  
 s rodiči  
 s přítelem/kyní  
 jen s dětmi  
 sám/a  
 jinak: .....

**6. Dokončené vzdělání:**

- ZŠ  
 vyučen/a  
 SŠ s maturitou  
 Vyšší odborná škola  
 VŠ  
 jiné:.....

**7. Zaměstnání:**

- zaměstnán na plný úvazek  
 zaměstnán na částečný úvazek  
 osoba samostatně výdělečně činná  
 částečně invalidní důchod  
 invalidní důchod  
 starobní důchod  
 jiné:.....

**8. Kouření**

- ano, počet cigaret/den.....  
 ne

**9. Alkohol**

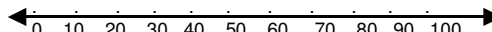
- ano, množství/týden/druh .....  
 ne

## 2. Tabulka - zjišťování kvality metodou SEIQoL

*Míra spokojenosti v současnosti*

3. Důležitost daného tématu v % Součet % ve všech pěti řádcích = 100%	1. Životní téma - oč vám jde v životě (především, nejvíce)?		2. Míra spokojenosti v % (v každém řádku od 0 do 100%)
	heslovitě vyjádření	zpřesňující komentář	

**4. Míra spokojenosti se životem:**  
(vyjádřená v %)



(0% úplně nespokojení, 10% velmi nespokojení, 20% nespokojení, 30% spíše nespokojení, 40% nespokojenost převládá nad spokojeností, 50% spokojenost někdy ano, někdy ne, 60% občas nespokojení, 70% téměř spokojení, 80% spokojení, 90% velmi spokojení, 100% spokojenost se životem)



1. **Pohlaví:**
- žena  
 muž
2. **Věk. Kolik je vám let? JE VÁM ..... LET**
3. **A. Víra:**
- římskokatolická  
 českobratrská evangelická  
 jiné vyznání:.....  
 nejste věřící  
 nevím  
 jiné:.....
- B. Jste členem církve?**
- nejsem členem žádné  
 ano, římskokatolické  
 ano, českobratrské evangelické  
 jiné:.....
4. **Rodinný stav:**
- svobodný/á  
 ženatý/vdaná  
 rozvedený/á
5. **Žijete:**
- pouze s manželem/kou  
 s manželem/kou, dětmi  
 s přítelem/kyní  
 s rodiči  
 sám/a  
 jiné:.....
6. **A. Zaměstnání:**
- zaměstnán/a na plný úvazek  
 zaměstnán/a na částečný úvazek  
 osoba samostatně výdělečně činná  
 plný invalidní důchod  
 částečný invalidní důchod  
 starobní důchod  
 jiné:.....
- B. Vaše poslední povolání:** .....
7. **Nejvyšší dokončené vzdělání:**
- základní škola  
 středoškolské s maturitou  
 vyučen/a  
 vyšší odborná škola  
 vysoká škola  
 jiné:.....
8. **Kouření. Kouřili jste před operací/kouříte po operaci?**
- A. Před operací**  ne  ano (počet cigaret/den).....
- B. Po operaci**  ne  ano (počet cigaret/den).....
9. **Alkohol. Pili jste alkohol před operací/po operaci?**
- A. Před operací**  ne  ano (množství/týden/druh).....
- B. Po operaci**  ne  ano (množství/týden/druh).....
10. **Onemocnění, které Vám sdělil lékař a vedlo k operaci (totální laryngektomii):**
- .....
11. **Doba od operace. Jak dlouho jste po operaci?**
- .....

12. **Objevilo se toto onemocnění ve Vaší rodině?**

- ne
- ano

13. **Jakou léčbu jste dosud podstoupili?**

- jen chirurgická léčba (operace)
- radioterapie, následně operace
- radiochemoterapie, následně operace
- chemoterapie, následně chirurgie
- chirurgická léčba, následně radioterapie
- operace, poté radiochemoterapie
- jiné:.....

14. **Nejvíce Vás trápí po operaci (můžete zaškrtnout maximálně tři možnosti):**

- ztráta přirozené řeči
- omezení společenských kontaktů
- odchod do důchodu
- psychické: deprese, úzkosti
- polykání
- vzhledu
- aktivity, rekreace
- bolest
- jiné:.....

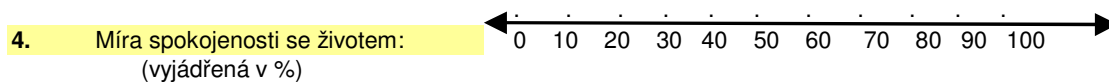
15. **Po operaci komunikujete:**

- pomocí jícnového hlasu
- pomocí hlasové modulace tracheoezofageální fistuly: tzv. "hlasová pro
- užíváte elektrolarynx
- psaní a šepot, jiné:.....

## Tabulka I - zjišťování kvality života metodou SEIQoL

### Míra spokojenosti v současnosti

3. Důležitost daného tématu v % Součet % ve všech pěti řádcích = 100%	1. Životní téma - oč vám jde v životě (především, nejvíce)?		2. Míra spokojenosti v % (v každém řádku od 0 do 100%)	
	heslovité vyjádření	zpřesňující komentář		



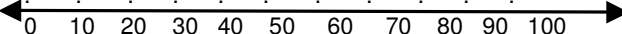
(0% úplně nespokojeni, 10% velmi nespokojeni, 20% nespokojeni, 30% spíše nespokojeni, 40% nespokojenost převládá nad spokojeností, 50% spokojenost někdy ano, někdy ne,

60% občas nespokojeni, 70% téměř spokojeni, 80% spokojeni, 90% velmi spokojeni, 100% spokojenost se životem)

## Tabulka II - zjišťování kvality života metodou SEIQoL

### Míra spokojenosti před onemocněním

3. Důležitost daného tématu v % Součet % ve všech pěti řádcích = 100%	1. Životní téma - oč vám jde v životě (především, nejvíce)?		2. Míra spokojenosti v % (v každém řádku od 0 do 100%)	
	heslovité vyjádření	zpřesňující komentář		

4. Míra spokojenosti se životem:  (vyjádřená v %)

(0% úplně nespokojeni, 10% velmi nespokojeni, 20% nespokojeni, 30% spíše nespokojeni, 40% nespokojenost převládá nad spokojeností, 50% spokojenost někdy ano, někdy ne, 60% občas nespokojeni, 70% téměř spokojeni, 80% spokojeni, 90% velmi spokojeni, 100% spokojenost se životem)

## Dotazník ŽIPOLET

### Osobní údaje

1. Pohlaví:

žena  
 muž

2. Věk. Kolik je vám let?

Doplňte:

JE VÁM ..... LET

3. A. Víra:

římskokatolická  
 českobratrská evangelická  
 jiné vyznání:.....  
 nejste věřící  
 nevím  
 jiné:.....

---

**B. Jste členem církve?**

- nejsem členem žádné  
 ano, římskokatolické  
 ano, českobratrské evangelické  
 jiné:.....

**4. Rodinný stav:**

- svobodný/á  
 ženatý/vdaná  
 vdovec/vdova  
 rozvedený/á

**5. Žijete:**

- pouze s manželem/kou  
 s manželem/kou, dětmi  
 s přítelem/kyní  
 s rodiči  
 jen s dětmi  
 sám/a  
 jiné:.....

**6. A. Zaměstnání:**

- zaměstnán/a na plný úvazek  
 zaměstnán/a na částečný úvazek  
 osoba samostatně výdělečně činná  
 plný invalidní důchod  
 částečný invalidní důchod  
 starobní důchod  
 jiné:.....

**B. Vaše poslední povolání:**

.....

**7. Nejvyšší dokončené vzdělání:**

- základní škola  
 středoškolské s maturitou  
 vyučen/a  
 vyšší odborná škola  
 vysoká škola  
 jiné:.....

**8. Kouření. Kouřili jste před operací/kouříte po operaci?**

**A. Před operací**  ne  
 ano (počet cigaret/den).....

**B. Po operaci**  ne  
 ano (počet cigaret/den).....

**9. Alkohol. Pili jste alkohol před operací/po operaci?**

**A. Před operací**  ne  
 ano (množství/týden/druh).....

**B. Po operaci**  ne  
 ano (množství/týden/druh).....

*Údaje týkající se onemocnění a operace*

**10. Onemocnění, které Vám sdělil lékař a vedlo k operaci:**

.....

**11. Doba od operace. Jak dlouho jste po operaci?**

.....(doplňte, kolik měsíců, let)

**12. Jaké jste zaznamenali první příznaky (projevy) onemocnění ?**

.....

**13. Zhruba za jak dlouho (kolik měsíců) po objevení příznaků onemocnění Vás vyšetřil odborný lékař ORL?**

.....

**14. A. Objevilo se toto onemocnění ve Vaší rodině? B. Případně jiné nádorové onemocnění?**

<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne
<input type="checkbox"/> ano (případně u koho?).....	<input type="checkbox"/> ano

**15. Máte jiné závažné onemocnění, se kterým se dlouhodobě léčíte a zhoršuje Váš celkový zdravotní stav:**

(např. srdce a cév, metabolické: diabetes mellitus, trávicího ústrojí) ?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano, popřípadě napište jaké:.....

**16. Měli jste od ošetřujícího personálu informace před operací o:**

- o ztrátě hlasu a možnostech hlasové náhrady

- o trvalé tracheostomii a jejím ošetřování, o péči o kanylu

- o pomůckách standardních, které hradí pojišťovna

(určený počet kanyl a příslušenství - po jaké době) a nadstandardních,

kteří si můžete opatřit a hradíte si je sami

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**17. Po operaci jste (kromě lékaře ORL a praktického lékaře) vyhledali další pomoc, radu:**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano, vyhledali jste pomoc
<input type="checkbox"/>	foniatra
<input type="checkbox"/>	psychologa
<input type="checkbox"/>	sociální pracovnice - informace o sociální pomoci
<input type="checkbox"/>	občanských sdružení onkologicky nemocných
<input type="checkbox"/>	domácí ošetrovatelské péče (home care)
<input type="checkbox"/>	pečovatelské péče (home help)
<input type="checkbox"/>	rady, jak se máte stravovat u nutričního terapeuta
<input type="checkbox"/>	duchovního
<input type="checkbox"/>	jiné:.....

**18. V rámci pooperační rehabilitace (mimo klinické ošetření) jste absolvovali:**

<input type="checkbox"/>	lázeňský pobyt
<input type="checkbox"/>	ozdravný pobyt organizovaný občanským sdružením onkologicky nemocných
<input type="checkbox"/>	ozdravný pobyt jste si sami zorganizovali a zaplatili
<input type="checkbox"/>	nic z uvedeného

**19. Jakou léčbu jste dosud podstoupili a jaké máte či jste měli případné obtíže po operaci v souvislosti s léčbou -**

(např. otoky, píštěle....)

jen chirurgická léčba (operace)  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

radioterapie, následně operace  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

radiochemoterapie, následně operace  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

chemoterapie, následně chirurgie  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

chirurgická léčba, následně radioterapie  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

operace, poté radiochemoterapie  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

jiné:.....  
 bez výraznějších obtěžujících komplikací  
 s komplikacemi, které Vás obtěžovaly/obtěžují:  
.....

*Údaje týkající fyzických obtíží po operaci*

**20. Zvýšil se u Vás kašel od doby, co jste začali léčbu s krkem?**

ne  
 ano



**21. Onemocníte nyní častěji než před léčbou? Jste více nemocní?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**22. A. Obtěžují Vás bolesti?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**B. Užíváte léky tišící bolest?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**23. Máte problémy s chutí?**

<input type="checkbox"/>	ne, nemám
<input type="checkbox"/>	ano, mám, vadí mi obtíže s chutí
<input type="checkbox"/>	ano, mám, nevadí mi to

**24. Máte problémy s čichem?**

<input type="checkbox"/>	ne, nemám
<input type="checkbox"/>	ano, cítím méně, nevadí mi to
<input type="checkbox"/>	ano, necítím, nevadí mi to
<input type="checkbox"/>	ano, cítím méně, vadí mi obtíže s čichem
<input type="checkbox"/>	ano, necítím, vadí mi obtíže s čichem

**25. Ovlivnily problémy s čichem Vaši chuť k jídlu?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano, máte menší či větší nechuť k jídlu
<input type="checkbox"/>	ano, máte nechuť k jídlu, do jídla se musíte nutit

**26. Máte pocit suchého krku (sucha v krku)?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**Vykašlávání hlenů a tvorbu krust máte nyní:**

**27. A. Vykašláváte hleny:**

<input type="checkbox"/>	přiměřeně
<input type="checkbox"/>	méně než dříve
<input type="checkbox"/>	více než dříve

**B. Tvoří se Vám krusty:**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	někdy
<input type="checkbox"/>	ano

**28. Máte problémy s kousáním?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**29. Rozkašlete se často, když polykáte?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

**30. Máte problémy s polykáním stravy?**

<input type="checkbox"/>	ne, jíte běžnou formu stravy
<input type="checkbox"/>	ano, při některé pevné formě stravy
<input type="checkbox"/>	ano, nepolykáte žádnou pevnou formu stravy, jíte kašovitou a tekutou stravu
<input type="checkbox"/>	ano, polykáte jen tekutou stravu
<input type="checkbox"/>	ano, stravu nemůžete vůbec polykat ústy, máte sondu a tekutou stravu

**31. Máte nějaká dietní omezení?**

(například diabetickou dietu, žlučnickovou)

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano, jaká:.....

**32. Vaše hmotnost je:**

<input type="checkbox"/>	v normě
<input type="checkbox"/>	zvýšená
<input type="checkbox"/>	snížená

**33. Máte problémy se spánkem?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano
<input type="checkbox"/>	občas

**34. Jakým způsobem po operaci komunikujete s okolím?**

<input type="checkbox"/>	pomocí jícnového hlasu
<input type="checkbox"/>	pomocí hlasové modulace tracheozofageální fistuly: tzv. "hlasová protéza"
<input type="checkbox"/>	užíváte elektrolarynx

psaní a šepot, jiné:.....

**35. Domluvení se s členy rodiny a přáteli nyní hodnotíte jako:**

**A.**

domluvení se s členy rodiny je:

- snadné
- trochu obtížné
- obtížné, ale domluvíme se
- velmi obtížné, skoro se nedomluvíme

**B.**

- snadné
- trochu obtížné
- obtížné, ale domluvíme se
- velmi obtížné, skoro se nedomluvíme

**36. Mluvit s cizími lidmi (například na úřadech, ošetřujícím personálem)**

**a vystupování na veřejnosti je pro Vás:**

- snadné
- trochu obtížné
- obtížné, ale domluvíme se
- velmi obtížné, skoro se nedomluvíme

**37. Domluvíte se do telefonu?**

- ne
- ano

**38. Nejvíce Vás nyní trápí po operaci (můžete zaškrtnout maximálně tři možnosti):**

- nemáte žádné větší problémy či obtíže
- přítomnost bolesti
- trápíte se ohledně vzhledu po operaci a léčbě
- trápíte se ohledně své nemoci
- trápíte se ohledně ztráty přirozené tvorby hlasu
- omezení v denní aktivitě, rekreace (koupání....)
- poruchy polykání
- poruchy kousání
- problémy s čichem
- problémy s chutí
- poruchy spánku
- nemůžete zvednout rameno (a), např. se učesat
- problémy v komunikaci s ostatními lidmi

<input type="checkbox"/>	problémy v sociálním kontaktu s ostatními lidmi
<input type="checkbox"/>	problémy v psychickém stavu, náladě: např. deprese, úzkosti
<input type="checkbox"/>	problémy v intimitě, sexuální oblasti
<input type="checkbox"/>	jiné:.....

**39. A. Napište k následujícím běžným denním aktivitám číslo, které odpovídá skutečnosti, do jaké míry je nyní zvládáte:**

- 0 zvládáte sami  
 1 zvládáte s pomocnými prostředky  
 2 zvládáte s menší pomocí a dohledem druhé osoby, asistencí, pomůckami, zařízeními  
 3 zvládáte s větší pomocí a dohledem druhé osoby a pomocnými prostředky  
 4 nezvládáte bez úplné pomoci a stálého dohledu

**A. Najedení**

**B. Uvaření si**

**C. Pohyb**

**D. Hygiena - umytí a oblečení se**

**E. Nákup, vyřízení např. úředních záležitostí...**

**F. Udržování domácnosti**

**B. Máte obtíže, že nemůžete zvednout rameno a tím pádem se například učešat?**

<input type="checkbox"/>	ne, nemám obtíže
<input type="checkbox"/>	ano, nemohu zvednout jedno rameno
<input type="checkbox"/>	ano, nemohu zvednout obě ramena

**40. Cítíte se po operaci a léčbě při aktivitách více slabí a unavení?**

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

*Péče o tracheostoma, pomůcky*

**41. A. Užíváte pomůcky, které hradí pojišťovna?**

<input type="checkbox"/>	hlasovou protézu a další pomůcky k ochraně stomatu
<input type="checkbox"/>	kanylu a příslušenství a další pomůcky k ochraně stomatu
<input type="checkbox"/>	hlasovou protézu a kanylu+příslušenství a další pomůcky k ochraně stomatu
<input type="checkbox"/>	elektrolarynx , či elektrolarynx a kanylu, další pomůcky: filtry na stoma, atd.
<input type="checkbox"/>	elektrolarynx a kanylu, další pomůcky: filtry na stoma, atd.
<input type="checkbox"/>	užíváte jen pomůcky k ochraně stomatu: filtry na stoma atd.
<input type="checkbox"/>	neužíváte žádné pomůcky hrazené pojišťovnou

**B. Mohli byste si tyto užívané pomůcky hradit:**

- ne, byla by to pro Vás finanční zátěž  
 ano, částečně např. polovinou částky  
 ano, zcela

**42. Seženete ve zdravotnických potřebách materiál a pomůcky, které potřebujete?**

- ne, neseženete, napište, jaké konkrétní pomůcky a materiál neseženete či obtížně sháníte:.....  
 ano, seženete všechno, co potřebujete

**43. A. Kanylu během 24 hodin :**

- nenosíte  
 nosíte jen na noc  
 nosíte jen určitou dobu ve dne při obtížích  
 nosíte celou dobu

**B. Využíváte kanylu:**

- plastovou a            kovovou  
 kovovou

**44. Péči o tracheostoma (či kanylu, pokud ji máte a její výměnu) - zvládáte:**

- sami  
 jen s pomocí druhé osoby  
 nezvládáte

**45. Potřebujete nyní informace k péči o tracheostomii, případně kanylu?**

- jste plně informováni o způsobu péče  
 ano - jaké informace potřebujete?.....  
 nezajímáte se o to

**46. Materiál k péči o tracheostoma, případně kanylu:**

- nedoplácíte, máte hrazené pojišťovnou  
 doplácíte, nemá to dopad na Váš finanční rozpočet  
 doplácíte, má to výrazný dopad na Váš finanční rozpočet

*Údaje týkající se sociální, psychické, pracovní a finanční oblasti po operaci*

**47. Zapojení do běžného života a zvládání obtíží po operaci bylo/je pro Vás:**

- stejné jako dříve  
 s menšími obtížemi  
 velmi obtížné  
 nezvládli jste se zapojit do běžného života

48. Máte problémy po léčbě v kontaktu se členy své rodiny?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

49. Vyjdete si do společnosti a věnujete se společenským aktivitám a zájmům jako dříve?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	vyjdete si jen občas do společnosti a věnujete se jen některým zájmům jako dříve
<input type="checkbox"/>	ano

50. Máte problémy po léčbě ve společenském kontaktu s přáteli?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

51. Máte nyní ve svém okolí někoho blízkého, na kterého se můžete obrátit o pomoc?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano, koho: .....(např. partner/ka, přítel/kyně, děti (syn,dcera),lékař...)

52. Znáte někoho ve svém okolí, který podstoupil operaci jako Vy, se kterým se můžete poradit?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

53. Byl/Je Váš sexuální-partnerský život ovlivněn léčbou, kterou jste podstoupili?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	ano

54. Uvítali byste organizaci či jste v kontaktu s takovou organizací, jejíž členové jsou lidé po odstranění hrtanu, která například by radila v případě obtíží, pořádala ozdravné pobyty, seznamovala s novými pomůckami na trhu?

<input type="checkbox"/>	ne, nejste v kontaktu s takovou organizací a nepřejete si jí
<input type="checkbox"/>	ne, nejste v kontaktu s takovou organizací, ale uvítali byste ji
<input type="checkbox"/>	ano, jsem v kontaktu s takovou organizací

55. Máte v současné době pocit izolace a samoty ?

<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	občas
<input type="checkbox"/>	ano

56. Psychicky se nyní cítíte, máte náladu:

- 
- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | lepší než dříve       |
| <input type="checkbox"/> | stejnou jako dříve    |
| <input type="checkbox"/> | mírně horší než dříve |
| <input type="checkbox"/> | o hodně horší         |

**57. Nutnost operace jste přijali s pocitem spíše, že:**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | jste byli spíše smířeni a usilujete zachovat si stav možného zdraví      |
| <input type="checkbox"/> | jste byli spíše zaskočeni, cítili beznaděj, nedokážete se s tím vyrovnat |

**58. Trápí se kvůli změně vzhledu po léčbě?**

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ne  |
| <input type="checkbox"/> | ano |

**59. Trápíte se kvůli ztrátě přirozené tvorby hlasu?**

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ne  |
| <input type="checkbox"/> | ano |

**60. Trápíte se kvůli své nemoci?**

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ne  |
| <input type="checkbox"/> | ano |

**61. Po operaci jste:**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | nezměnili zaměstnání                           |
| <input type="checkbox"/> | před operací a po operaci jste stále v důchodu |
| <input type="checkbox"/> | při důchodu pracujete                          |
| <input type="checkbox"/> | změnili zaměstnání                             |
| <input type="checkbox"/> | odešli do důchodu                              |

**62. Jste nyní spokojeni se svým sociálním zařazením (zaměstnanec, důchodce, podnikatel)?**

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ne  |
| <input type="checkbox"/> | ano |

**63. Máte pocit, že Vaše výkonnost (houževnatost) do práce či zaměstnání je (pokud pracujete či kdybyste pracovali):**

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | vyšší než dříve |
| <input type="checkbox"/> | stejná          |
| <input type="checkbox"/> | klesla          |

**64. Vaše finanční situace (životní úroveň): jste s ní spokojeni?**

- je lepší než před onemocněním, jste spokojeni či je stejná jako před onemocněním, jste s ní spokojeni
- stejná jako před onemocněním, jste s ní spokojeni
- stejná jako před onemocněním, nejste s ní spokojeni
- je horší než před onemocněním, nejste s ní spokojeni

*Údaje týkající se kvality života a zdraví*

**65. Změnil se Váš život vlivem léčby?**

- ne
- trochu
- hodně se změnil
- úplně se změnil

**66. Po operaci byste označili svou celkovou spokojenost se životem (kvalitu života - vše, abyste se celkově dobře cítili) ve srovnání před operací:**

(jako například fyzické, psychické zdraví, rodina přátelé, zájmy : tedy vše, abyste se dobře cítili)

- lepší
- trochu lepší
- stejnou
- horší
- velmi špatnou

**67. Vaše celkové zdraví ve vztahu k současné kvalitě života považujete za:**

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- horší
- velmi špatné

**68. Máte životní hodnoty, které jsou pro Vás důležité?**

- napište seřazené podle toho, jak jsou pro Vás důležité, minimálně jednu, maximálně pět Vašich hodnot:

(např. rodina, duševní pohoda, koníčky - napište, čemu se nyní věnujete), případně můžete napsat Vaše životní motto, "moudr

- ne, nemám v životě významné hodnoty
  - ano, mám ve svém životě důležité hodnoty
1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....



5. ....

**69. Schází Vám něco, čemu jste se věnovali před operací a nyní již nemůžete po operaci a léčbě?**

<input type="checkbox"/>	ne, nic Vám neschází
<input type="checkbox"/>	ano, schází Vám to, čemu jste se věnovali před operací (napište, konkrétně co.....)

**70. Spokojenost s prožitím minulého týdne (kvalitu života) hodnotíte jako:**

<input type="checkbox"/>	výbornou
<input type="checkbox"/>	velmi dobrou
<input type="checkbox"/>	dobrou
<input type="checkbox"/>	horší
<input type="checkbox"/>	velmi špatnou

**Napište, pokud máte - jiné oblasti (otázky; problémy; informace, které Vás zajímají)  
a nejsou popsány zde v dotazníku a jsou důležité pro kvalitu Vašeho života:**

*Děkuji Vám za spolupráci a vyplnění dotazníku*