

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Kvalita života pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku**

**Bc. Helena Kubečková**

**Diplomová práce**

**2012**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Helena Kubečková**  
Osobní číslo: **Z10187**  
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**  
Název tématu: **Kvalita života u pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium soudobých poznatků, vyhledání vhodné literatury.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Konzultace o struktuře magisterské práce s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a realizace výzkumu.
5. Zpracování teoretické části diplomové práce.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury:

1. BOWER, W.F. et al. Quality of life in head and neck cancer patients after surgical resection : translation into Cantonese and validation of the EORTC QLQ-H&N35. Acta Oto-Laryngologica [online]. 2009, vol. 129, no. 7, [cit. 2011-10-24]. p. 779-785. Dostupný z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=9f86ad72-27f2-440c-b5bd-b432f026acc3%40sessionmgr11>.
2. GENDEN, Eric M.; VARVARES, Mark A. Head and neck cancer : an evidence-based team approach. 1st ed. New York : Thieme Medical Publishers, 2008. ISBN 978-1-58890-636-6.
3. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života : Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
4. HAHN, Aleš, et al. Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3.
5. HYBÁŠEK, Ivan; VOKURKA, Jan. Otorinolaryngologie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Roman Michálek**  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**  
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s okolností, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon. Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a také, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své diplomové práce v Univerzitní knihovně.

V Rašovicích dne: 27.4. 2012

Bc. Helena Kubečková

## **Souhrn a klíčová slova**

### **Název**

Kvalita života pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku

### **Souhrn**

Diplomová práce s názvem „Kvalita života pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku“ má za cíl zjistit kvalitu života u dispenzarizovaných pacientů po ukončení léčby nádorů orofaryngu, hypofaryngu, nazofaryngu a dutiny ústní s využitím standardizovaného dotazníku. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou největší zdravotní problémy po ukončení komplexní onkologické léčby.

Teoretická část předkládané práce se zabývá problematikou kvality života a nádorů hlavy a krku. Výzkumná část je zaměřena na vyhodnocení výzkumných otázek a testovaných hypotéz, které jsou věnované dvěma hlavním problémům pacientů po léčbě.

### **Klíčová slova**

Kvalita života, nádory hlavy a krku, výživa, psychologický přístup

### **Title**

Quality of life in patients with malignant tumors of the head and neck

### **Annotation**

Thesis, entitled "Quality of life in patients with malignant tumors of the head and neck ", aims to determine the quality of life in patients after the treatment of tumors of oropharynx, hypopharynx, nazofaryng and oral cavity with the use of a standart questionnaire. Another objective of the thesis is to determine what the biggest health problems are after the complex ontological treatment.

The theoretical part of the thesis deals with the quality of life and head and neck cancer. Research is focused on the evaluation of research questions and test hypotheses that are devoted to the two main problems of patients after the treatment.

### **Keywords**

Quality of life, head and neck cancer, nutrition, psychological approach

## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu diplomové práce, panu MUDr. Romanovi Michálkovi za odborné vedení a konzultace, které mi umožnily snadnější zpracování diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat lékařům a zdravotním sestřám ORL ambulance v Pardubicích a nemocným s dispenzární péče a jejich blízkým. Dále bych chtěla poděkovat paní Ing. Holé Ph.D. za konzultaci statistického zpracování. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým přátelům a mé rodině za velkou podporu, kterou mi při psaní této práce vyjádřili.

# Obsah

Úvod .....	8
Cíl práce.....	9
I. Teoretická část .....	10
1. Kvalita života .....	10
1.1. Definice kvality života .....	10
1.2. Rozsah pojetí kvality života.....	13
1.3. Faktory ovlivňující kvalitu života .....	14
1.4. Hodnocení kvality života.....	15
1.5. Kvalita života onkologicky nemocných .....	23
2. Nádory hlavy a krku .....	27
2.1. Nádory rtu a dutiny ústní .....	28
2.2. Nádory hltanu.....	29
2.2.1. Karcinom orofaryngu .....	30
2.2.2. Karcinom epifaryngu.....	30
2.2.3. Karcinom hypofaryngu.....	31
2.3. Nádory hrtanu .....	32
2.4. Nádory dutiny nosní a dutin paranazálních .....	34
2.5. Nádory slinných žláz .....	35
2.6. Nádory štítné žlázy.....	36
3. Výživa onkologicky nemocných .....	38
4. Psychologický přístup k onkologickým pacientům.....	41
II. Výzkumná část .....	43
5. Výzkumné otázky a testovací hypotézy.....	43
6. Metodika výzkumu .....	45
7. Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů.....	46
8. Statistické zpracování dotazníku .....	46
9. Analýza výsledků výzkumného šetření .....	47
9.1. Vyhodnocení všeobecného dotazníku .....	47
9.2. Vyhodnocení dotazníku EORTC QLQ-30 .....	61
9.3. Vyhodnocení dotazníku EORTC QLQ – H&N35 .....	78
9.4. Vyhodnocení testovaných hypotéz .....	99
10. Diskuze .....	103
Závěr.....	107
Soupis bibliografických citací.....	109
Seznam zkratk .....	113
Seznam tabulek .....	115
Seznam obrázků .....	118
Seznam příloh .....	119
Přílohy .....	120

## Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila kvalitu života pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku. Kvalitu života totiž považuji za stále aktuálnější problematiku. Vybrala jsem si ji také proto, že v posledních letech stoupá výskyt pacientů s nádory v ORL oblasti. Incidence nádorů hlavy a krku v našich zeměpisných šířkách za posledních 30 let vzrostla téměř na dvojnásobek, z 6 případů až na 11 případů na 100 000 obyvatel za rok, a to především u nádorů orofaryngu a hypofaryngu (Felth,2008). Důvodem je nejen lepší dostupnost zdravotních služeb, jejich vyšší kvalita, ale především stárnutí populace

U pacientů s nádory hlavy a krku mohou být obtíže po komplexní onkologické léčbě významné. Pacienti mají různé problémy s dýcháním, polykáním, s vnímáním čichu a chuti, které jim ztěžují život, a tím zhoršují jeho kvalitu. Potíže se mohou objevit též v oblasti psychické a sociální. Tito klienti mají po onkologické léčbě velké potíže s jídlem a to především s polykáním kašovitě a tuhé stravy. Mezi další problémy, které nejvíce ovlivňují pacientovu kvalitu života, patří sucho v ústech, lepkavé sliny a problémy s chuťovým a čichovým smyslem. U některých klientů v důsledku těchto potíží dochází i ke ztrátám hmotnosti a ty vedou k dalším problémům jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části jsem se především snažila zmapovat problematiku kvality života a nádorů hlavy a krku. Dále jsem se v teorii zaměřila na výživu a také na psychologický přístup k onkologicky nemocným. V praktické části jsem provedla výzkum na základě prospektivní analýzy dat. Výzkum probíhal u ambulantních pacientů sledovaných v dispenzární ambulanci na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Pardubické krajské nemocnici a.s. v období od ledna 2011 do prosince 2011. Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života u dispenzarizovaných pacientů po léčbě vybraných nádorů hlavy a krku, tj. orofaryngu, nazofaryngu, hypofaryngu a dále dutiny ústní. V práci jsem vytyčila několik dílčích cílů. Nejdůležitějším cílem bylo zmapovat největší problémy pacientů po léčbě.

Myslím si, že výsledky této práce mohou být nápomocné pro zdravotnické pracovníky, kteří pracují a ošetřují pacienty s nádory hlavy a krku.



## **Cíl práce**

Diplomová práce se zabývá problematikou zhoubných nádorů hlavy a krku se zaměřením na klienty s nádory orofaryngu, hypofaryngu, nazofaryngu a dutiny ústní.

Cílem práce je zjistit kvalitu života u dispenzarizovaných pacientů po ukončení léčby nádorů orofaryngu, hypofaryngu, nazofaryngu a dutiny ústní.

## **Dílčí cíle**

V této práci byly stanoveny tyto dílčí cíle:

1. zjistit, zda pohlaví, vzdělání a rodinný stav ovlivňují výskyt nádorů orofaryngu, hypofaryngu, nazofaryngu a dutiny ústní
2. zmapovat informovanost klientů o výživě u nádorového onemocnění
3. zjistit, jakými metodami byli léčeni dispenzarizovaní pacienti
4. zjistit, jaké největší zdravotní problémy měli pacienti po ukončení léčby

### 1. Kvalita života

Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského *qualis* a to zase od kořene *qui* – kdo ve významu „kdo to je“, případně „jaké to je“ V češtině kořen slova *Kdo* – “k” nás vede ke slovům typu „kěž“ či „kýžený“, tj. žádoucí stav. To se ozývá i v českém termínu pro kvalitu „jakost“- např. v souběhu s upřesněním typu dobrá, prvotřídní až výtečná či naopak špatná jakost. Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, kterým se daný předmět odlišuje od jiného (ve smyslu lepší či horší než), případně od skupiny jedinců obdobného druhu (Křivohlavý, 2004).

Kvalita života představuje komplexní veličinu, která odráží úsilí jednotlivce i společnosti o naplnění představ o životní pohodě. Zahrnuje objektivní faktory, především materiální blaho, snižování sociálních rozdílů. O kvalitě života lze též uvažovat jako o dynamickém směřování o naplnění života, dosahování životních cílů, plnění životních úkolů. Je to důležitá komponenta, orientace na budoucnost, důležitý zdroj zdraví člověka (Čeledová, 2010).

Koncept kvality života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života znamená naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví (Ondrušová, 2009).

Kvalita života též souvisí se smyslem života. Lidé, kteří prožívají svůj život jako smysluplný, jsou ve větší duševní pohodě (*well-being*) (Čeledová, 2010).

#### 1.1. Definice kvality života

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka (Křížová, 2005).

Kvalita života se nejčastěji definuje pomocí jiných pojmů a charakteristických znaků, které se pokládají za významné. Důležité je také objasnění vzájemných souvislostí mezi jednotlivými pojmy a znaky. Základními pojmy většiny definic individuální kvality života

bývají pojmy jako pohoda (well-being), spokojenost (satisfaction), očekávání (expectation) a význam (meaning) (Gurková, 2009).

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty). V současné době existuje celá řada definic kvality života, ale zdá se, že žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince (Slováček, 2004).

Nejčastější citovanou definicí kvality života v medicíně a ošetrovatelství je definice vytvořená pracovní skupinou WHOQOL (World Health Organisation Quality of life). Kvalita života v ní vyjadřuje to „...jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (Gurková, 2011).

Z medicínského pohledu Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu jeho kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaňurová, 2005).

Kvalita života člověka je tedy přímo úměrná míře uspokojování jeho základních životních potřeb a naplňování jeho životních cílů. V péči o zdraví pak nejde pouze o prodloužení lidského života, ale o kvalitu prožitého života (Čeledová, 2010).

Mezi základní komponenty kvality života patří:

- bytí (being) fyzické, psychické a spirituální
- příslušnost (belonging) k vnějšímu prostředí hmotnému a sociálnímu
- seberealizace (becoming) – dosahování osobních cílů (Čeledová, 2010)

Souhrnně se dá říci, že globální definice kvality života v ošetrovatelství mají následující společné znaky:

- kladou důraz na kognitivní aspekt, proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní vnímání

- definují kvalitu života ve významu celkové životní spokojenosti, pohody a nikoliv zdraví
- explicitně nekladou důraz na determinaci zdravím
- kladou důraz na subjektivnost, dominanci subjektivních indikátorů – percepce nebo hodnocení je založené na interních standardech (hodnotách, očekáváních, aspiracích apod.)
- zdůrazňují multidimenziálnost kvality života (Gurková, 2011)

Psychologie se v tomto společenském úsilí zaměřuje na subjektivní stránku kvality života, často označovanou jako štěstí, subjective well-being‘ (SWB), psychological well-being‘ (PWB) i jinak. Poskytuje tak cenná komplementární data k objektivním (ekonomickým, sociálním, politickým) indikátorům kvality života, tj. k informacím o hrubém národním produktu, vývoji porodnosti, úrovni vzdělání populace, mortalitě, rovnoměrnosti rozdělování příjmů atd. (Hnilica, 2005). Objektem psychologického přístupu kvality života je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad. Dalšími základními složkami psychologického přístupu ke QOL (quality of life) jsou autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou – jeho projev a život je ve shodě se sebestojetím, hodnotovou orientací člověka) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování) (Vaďurová, 2005).

Psychoterapeutický přístup ke QOL se uplatňuje při rehabilitaci pacientů, kdy je cílem nejvyšší možná kvalita života. Psychoterapeutické postupy jsou kombinovány s dalšími rehabilitačními prostředky – fyzioterapie, ergoterapie atd. Zejména u chronicky nemocných a nevylučitelných pacientů je kvalita života, jak ji hodnotí pacient, rozhodujícím ukazatelem pro volbu léčby. Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinci rozvíjí a naplňují své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být nemocí nebo defektem omezeni (Vaďurová, 2005).

Z jiného úhlu pohledu než medicína, psychologie či psychiatrie, které jsou základem většiny uvedených vymezení, přistupuje ke kvalitě života sociologie. V obecné rovině je podle ní QOL určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá QOL vymezována proti konzumnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru. Zde QOL překračuje

rámec čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží (Vaďurová, 2005).

Pojem kvalita života je v sociologii užíván ve čtyřech odlišných určeních:

- QOL jako odborný pojem vyjadřující a operacionalizující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se QOL nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.
- QOL jako programové politické heslo obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahující materiální úroveň a vojenskou sílu
- QOL jako sociální hnutí („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentů a protirasových hnutí
- QOL jako reklamní, zcela bezobsažný slogan, nabízející nové oblasti konzumu (zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění) a orientující spotřebitele na oblast prestižní demonstrativní potřeby (Vaďurová, 2005)

## **1.2. Rozsah pojetí kvality života**

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Engel a Bergsma (1988) mapují celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině (Křivohlavý, 2002).

- makro-rovina

Na této rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu. Podle Bergsmy jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou QOL – o absolutní smysl života. Problematika kvality života se zde stává součástí základních politických úvah, např. problematiky boje s terorismem, hladomorem, epidemiemi, stanovení obsahu základní výuky atp. (Vaďurová, 2005).

- mezo-rovina

V mezo-rovině jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (např. ve škole, zdravotnickém zařízení, domově pro seniory). Nejde zde pouze o respekt k morální hodnotě života člověka, ale také o otázky sociálního klimatu, mezilidských vztahů, frustrace a satiace, existence sociální opory (Slováček, 2005).

- personální rovina

Osobní (personální) rovina je definována nejednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua, ať jím je pacient, lékař či kdokoliv jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atp. (Křivohlavý, 2002).

### **1.3. Faktory ovlivňující kvalitu života**

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

WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví a etnikum nebo postižení:

**Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.

**Psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.

**Sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.

**Prostředí** – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp. (Vaňurová, 2005).

## Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

(modifikováno podle Klenera, 2002 a Stablové, 2002)

**Fyzická kondice** – do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění, eventuálně i nežádoucími účinky aplikované terapie

**Funkční zdatnost** – zahrnuje především stav tělesné aktivity (performace status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofským. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.

**Psychický stav** – hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále sem patří osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.

**Spokojenost s léčbou** – jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného

**Sociální stav** – hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi apod. (Slováček, 2004).

Dalšími faktory ovlivňujícími kvalitu života jsou věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav / situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, religiozita, kulturní zázemí, přidružená onemocnění (Slováček, 2006).

### 1.4. Hodnocení kvality života

Měření kvality života v průběhu 20. století je možno vystopovat nejprve tam, kde šlo o život lidí starých, chronicky nemocných, popřípadě lidí ante finem (Křivohlavý, 2005).

Měření kvality života vyvolává několik zásadních otázek:

- Je možné měřit kvalitu života kvantitativními metodami?
- Jaký typ veličiny měřit? Původní snaha zjišťovat kvalitu života pomocí objektivních dat nevedla k cíli a byla vystřídána zájmem o subjektivní výpověď.

- Jak kvalitu života zjišťovat? Je vhodné registrovat nepřítomnost symptomů, nespokojenost nebo jsou nějaké pozitivní ukazatele? Je lepší pracovat s globální úrovní nebo s profilem? (Vaďurová, 2005).

### **Co je vlastně měření a škála?**

Měření je proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Jedná se o proces spojování abstraktních konceptů s empirickými indikátory, které jsou pozorovatelné. Měření je explicitní, organizovaný plán pro klasifikaci a hodnocení dat v rámci základního konceptu. Nástroje jsou používány pro získávání dat. Měření je obvykle realizováno na těchto úrovních:

1. poměrová
2. intervalová – rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné
3. ordinální – proměnné mohou být seřazeny
4. nominální – proměnné mohou být pouze vyjmenovány, nejslabší

Škála je soubor symbolů nebo číslic, které jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince. Stupnice obsahují komponenty, které popisují koncept a sérii odpovědí, které hodnotí danou oblast (Vaďurová, 2005).

Nástroje na měření kvality života dělíme na obecné a specifické. Obecné nástroje měření QOL zahrnují měření schopností (utility measure) v jednotlivých oblastech a profilech zdraví, které jsou koncipovány jako dotazníky zjišťující nejdůležitější aspekty QOL jedince. Obecné nástroje jsou multidimenzionální, pokrývají množství oblastí a mohou být použity na osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem nemoci. Tyto nástroje jsou vhodnější pro použití u programů zdravotní péče, průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Jejich potencionálním nedostatkem je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn (Vaďurová, 2005).

Specifické nástroje zjišťují kvalitu života při jednom konkrétním onemocnění (CHISCH, revmatoidní artritida, močová inkontinence). I pro tyto obtíže lze pochopitelně použít dotazníky obecné, ale pracujeme-li s daty v rámci jedné choroby (např. srovnání dvou léčebných skupin při angině pectoris), je použití cílených dotazníků jednoznačně senzitivnější (Huvar, 2003).

Křivohlavý rozděluje metody měření do tří skupin:



- I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba (objektivní)
- II. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba (subjektivní)
- III. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

### ***I. Hodnotitelem kvality života je druhá osoba***

Předchůdcem této metody měření kvality života byly tzv. Health State – rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, zdokonalenou formou pak byly tzv. Health State Profiles – profily zdravotního stavu pacienta. Smyslem těchto rejstříků a profilu byla snaha nastínit zdravotní stav pacienta z lékařského, obecně fyziologického hlediska. Mezi přístupy k hodnocení celkového stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii lze zahrnout:

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System – Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu), Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index, symbolické vyjádření kvality života, slovní vyjádření kvality života (Slováček, 2005).

#### **APACHE II**

Příkladem přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovýmto způsobem „měří“ vážnost nemoci, může být metoda nazvaná APACHE II. Racionále této metody je odvozeno z předpokladu, že vážnost onemocnění je možno soudit podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Takto se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje číselně, konkrétně jedním číslem. V pozadí tohoto přístupu je předpoklad, že pravděpodobně existuje vyšší míra korelace mezi takovýmto údajem o vážnosti nemoci a úmrtnosti pacientů. Celkové skóre APACHE II. se pohybuje v rozmezí od 0 do 71 bodů. Přitom platí: čím vyšší je číselný údaj, tím větší je pravděpodobnost úmrtí pacienta (exitu) (Křivohlavý, 2005).

#### **Karnofskyho index (Příl. 1).**

Karnofskyho index je stanoven lékařem, který takto vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta k danému datu (Křivohlavý, 2002). Tato metoda využívá procentuální škálu od 0 do 100. Index klade velký důraz na tělesnou dimenzi kvality života spíše než na dimenzi sociální a psychologickou (Vaňurová, 2005).

#### **Symbolické vyjádření kvality života**

Určitým krokem vpřed, který byl učiněn v první řadě pod tlakem každodenní praxe v našich nemocnicích, bylo zavedení „normalizovaného“ hodnocení pacientova života. To používalo k vyjádření kvality života hodnotitelem soustavu křížků. I když to nebylo vysloveně stanoveno, šlo především o samoobslužnost pacienta, o jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a jeho celkový psychický stav. Princip zápisu byl jednoduchý. Čím více křížků (v rozmezí od jednoho do čtyř křížků), tím horší kvalita pacientova života (Křivohlavý, 2002):

- + pacient je po fyzické stránce v dobrém stavu, z hlediska sebeobsluhy je zcela nezávislý na druhých lidech, lze s ním dobře hovořit i vyjít a přitom zaujímá realistický postoj k životu
- ++ pacient je psychicky alterován (vzrušen, nebo naopak v depresi), v drobných úkonech sebeobsluhy potřebuje pomoc, případně se zdá, že jeho vztahy k druhým pacientům a kontakt s nimi nejsou nejlepší
- +++ pacient není zcela soběstačný, je třeba mu pomáhat v sebeobsluze, kontakt s ním je velmi problematický a nelze s ním příliš mluvit, zdá se, že i styk pacienta s rodinou a přáteli není příliš dobrý
- ++++ pacient je z hlediska sebeobsluhy zcela závislý na druhých lidech, pravděpodobně si neuvědomuje, co se děje s ním ani kolem něj, a celkově je ve velmi těžké osobní situaci (Křivohlavý, 2005)

I když jde v tomto přístupu o dost obecné pojetí kvality pacientova života, přece jen již můžeme sledovat pronikání zcela určitých hledisek do hodnocení kvality života. Tento systém má lepší možnost zachycení procesu nemoci, která se u daného pacienta neustále stupňuje (Křivohlavý, 2002).

### **Slovní vyjádření kvality života**

Za skutečný krok vpřed ve snahách o vyjádření kvality života pacienta je možno považovat zavedení slovně formulovaných kritérií. V tomto systému byla předem stanovena kritéria – například sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta a podobně. Tento systém měl své klady v tom, že stanovení kritérií kvality života nebylo již jen na hodnotiteli. Bylo dáno souhlasem většího počtu lidí – pacientů, lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester a podobně. Záznam o stavu pacienta bylo možno odstupňovat v jednotlivých dimenzích (například v pětistupňové škále). Bylo možno hodnotit kvalitu života pacienta v předem

stanovených časových úsecích (např. v průběhu déle trvajícího léčení), v různých situacích atp. Výše uvedený systém slovního hodnocení nabýval různých podob (Křivohlavý, 2005).

## ***II. Hodnotitelem kvality života je sama daná osoba***

Mezi tyto metody lze zahrnout: DDRS (Distress and Disability Rating Scale – Posuzovací škála stresu a neschopnosti), SWLS (Satisfaction with Life Scale – Stupnice spokojenosti se životem), SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života (Slováček, 2005).

### **SEIQoL**

Jde o způsob zjišťování kvality života, který předem neklade kritéria, která by stanovila, „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité (Křivohlavý, 2002).

Základní propozice (navrhované myšlenkové linie) metody SEIQoL:

- Pojetí kvality života, jak je chápe metoda SEIQoL, je individuální. Znamená to, že vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samotnou hodnocena.
- Pojetí kvality života dané osoby tak závisí na jejím vlastním systému hodnot.
- Aspekty života, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné. Mohou se v průběhu života měnit.
- Tyto aspekty života člověka, které jsou pro danou osobu kriticky závažné, se metoda snaží poznat prostřednictvím rozhovoru s touto osobou.
- Relativní důležitost každého aspektu u kvality života člověka v dané situaci se zjišťuje a měří prostřednictvím analýzy jeho názoru a přesvědčení.

Základem metodologie SEIQoL je strukturovaný rozhovor. Během něj se tazatel snaží zjistit, které aspekty života jsou pro daného člověka kriticky závažné. Daná osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů, které ona sama považuje v dané situaci za nejdůležitější. Mezi nejčastěji uváděné podněty patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání atp. U každého z pěti uvedených životních cílů se uvádí i míra uspokojování dané osoby s tímto podnětem. Dotazovaná osoba uvede míru uspokojení s dosahováním daného životního cíle v procentech, kde hranice je rovna 0 % a horní hranice je rovna 100 % (Vaňurová, 2005).

### **III. Smíšené metody zjišťování kvality života**

Mezi tyto metody lze zahrnout: MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life – Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru), LSS (Life Satisfaction Scale – škála spokojenosti) (Slováček, 2005).

#### **MANSA**

V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti:

- s vlastním zdravotním stavem
- se sebepojetím
- se sociálními vztahy
- s rodinnými vztahy
- s bezpečnostní situací
- s právním stavem
- s životním prostředím
- s finanční situací
- s náboženstvím (vírou)
- s účastí na aktivitách volného času
- se zaměstnáním – prací (školou)

Cílem autorů MANSA je „vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli“. Nejde o samoúčelné vyšetření. V pozadí je následující záměr: podle toho, jak vypadá celkový obraz kvality života daného člověka, je pak možno účelně zaměřit jemu určenou efektivní pomoc a péči o něj (Křivohlavý, 2002).

#### **Dotazníky pro měření kvality života**

K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života, přičemž jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány podle současných standardů „měření zdraví“. Dotazníky ke zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy, a to na dotazníky generické (obecné) a specifické, přičemž některé literární prameny uvádějí i třetí

typ dotazníků, tzv. standardizované behaviour testy, zjišťující funkce fyzické a kognitivní (speciální neuropsychologické testy) (Slováček, 2004).

**Generické dotazníky** hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace, bez ohledu na pohlaví, věk apod. K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), Nottingham Health Profile, WHO Quality of Life Assessment a další.(Slováček 2004).

**SIP** má široké využití bez ohledu na typ a závažnost onemocnění, demografické nebo kulturní aspekty. Nástroj byl vytvořen pro studie hodnotící efektivnost terapie a také pro farmakoekonomické analýzy a jejich využití v oblasti politiky. Obsahuje 136 položek prezentujících denní aktivity, které jsou rozdělené do 12 subškál (spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivity, stravování). Uvedené subškály může vyplňovat sám pacient nebo vyškolená osoba (Gurková, 2011).

**SF-36** byl vytvořený s cílem poskytnout hodnocení zahrnující mnohé všeobecné koncepty související se zdravím, které nejsou specifické pro žádné onemocnění, věk nebo typ léčby. Nástroj hodnotí zdravotní stav a byl vytvořený s cílem vyplnit mezeru mezi zdoluhavými, neaplikovatelnými nástroji a krátkými nástroji s relativně jednoduchými, všeobecnými položkami. Obsahuje 36 položek. Fyzické zdraví reprezentují subškály – omezení fyzických aktivit v důsledku tělesných zdravotních problémů, omezení ve vykonávání obvyklých činností v důsledku tělesných zdravotních problémů, bolest a celkové vnímání zdraví. Mentální zdraví je zastoupené subškálami – vitalita (míra energie, únava), omezení ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku emociálních problémů a všeobecné mentální zdraví. Výhodou SF-36 je jeho normování, standardizace, která zaručuje porovnávání vzorků pacientů na celém světě (Gurková, 2011).

**WHOQOL-BREF** se používá hlavně pro potřeby klinické praxe. Sestává z 26 položek sdružených do čtyř oblastí/subškál. Jednotlivé položky jsou hodnocené od 1 do 5, přičemž vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života v dané položce/oblasti. Skóre ve třech negativně formulovaných položkách se při vyhodnocení dotazníků obrací, konvertuje. Pro vypočítání průměrného skóre jednotlivých domén se skóre transformuje, přepočítává se dvakrát. Poprvé se skóre přepočítává (násobením čtyřmi), aby bylo porovnatelné s WHO-QOL 100. Skóre se

potom může pohybovat od 4 do 20. Podruhé se počítá transformované skóre, které hodnotí kvalitu života pro jednotlivé oblasti v procentech (skóre se konvertuje na škále 0–100) (Gurková, 2011).

**Specifické dotazníky** jsou vytvořeny pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější. Mnohdy je jejich součástí právě generický dotazník. Pro příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je právě generický dotazník SF 36. Dalšími specifickými dotazníky na kvalitu života jsou například Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) pro nemocné s depresivní poruchou, dále Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – General Version (FACT-G) pro nemocné s léčbou chronického onemocnění s jednotlivými modifikacemi, pro nemocné s nádorovým onemocněním European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) nebo pro nemocné v terminálním stadiu onemocnění Missoula- Vitas Quality of Life Index V-25 (MVQOLI: 25 Item Version) či jeho modifikace Missoula-Vitas Quality of Life Index V-15 (Slováček, 2004).

### **Problémy týkající se hodnocení kvality života**

Existuje mnoho problémů týkajících se hodnocení kvality života nemocných. Tyto problémy lze rozdělit do několika skupin:

1. problémy spojené s pacientem
2. problémy spojené s dotazníky
3. problémy týkající se doby podávání dotazníku
4. chybějící data

#### **1. Problémy spojené s pacientem**

- ✓ Pacient by měl dotazník vyplnit samostatně, to znamená, že dotazníky musí být jednoduché a výstižné. Žádá-li pacient pomoc při vyplnění dotazníku, musí mu být poskytnuta takovou formou, aby neovlivnila jeho rozhodnutí.
- ✓ S přibývajícím věkem se zvyšuje procento pacientů odmítajících vyplnit dotazník. Obdobně je tomu u pacientů s diseminovaným onemocněním a u pacientů s nižším vzděláním.

## **2. Problémy spojené s dotazníky**

- ✓ Velkým problémem se zdají být dlouhodobé studie užívající pouze jeden typ dotazníku. Podle Kolářové takový dotazník nedostatečně odráží vlastní vývoj onemocnění a vliv léčby.
- ✓ Další problémy jsou ryze technického rázu, zejména pak vlastní statistické vyhodnocení dotazníků. Důležitá je psaná forma dotazníku.

## **3. Problémy týkající se doby podávání dotazníku**

- ✓ V rámci klinických studií jsou dány časové intervaly, kdy se dotazníky budou předkládat. Podle Kolářové tyto intervaly závisí na cíli studie, diagnóze a vlastní léčbě daného onemocnění.
- ✓ Při vyplňování dotazníků často asistuje needukovaný střední zdravotnický personál, který může neúmyslně ovlivnit vlastní výpověď pacienta.
- ✓ Nedostatečně poskytnutá informace o účelu dotazníku může pacienta vést k vágnímu přístupu při vyplňování dotazníku.

## **4. Chybějící data**

- ✓ problémy s počtem možností odpovědí, tj. pacient nemusí najít vhodnou odpověď
- ✓ problémy s textem, tj. pacient nemusí dostatečně pochopit otázku
- ✓ neadekvátní či složité otázky zejména u starších pacientů
- ✓ problémy s překladem dotazníku, tj. není vhodný pro určité skupiny v populaci
- ✓ problémy s pochopením struktury dotazníku
- ✓ problémy s dotazy týkajícími se určité oblasti, zejména pak intimní dotazy
- ✓ vyčerpání pacientů při vyplňování dlouhých dotazníků (Slováček, 2005)

### **1.5. Kvalita života onkologicky nemocných**

Poslední desetiletí jsou ve znamení stále větší pozornosti věnované psychosociálním aspektům ztráty zdraví. Je rozpoznáván veliký vliv nemoci a léčby na tělesný a psychický stav, na celkovou funkční zdatnost v oblasti společenského, pracovního i rodinného života. Začíná být studována velmi dynamická interakce pacientovy osobnosti a stresu způsobeného

nemocí a léčbou. Tyto změny jsou bezpochyby součástí širšího procesu posunu v chápání rolí lékaře a pacienta. Důraz se přesouvá na pacientovu autonomii, na jeho informovaný souhlas. Předpokládá se pacientova aktivní účast na některých léčebných rozhodnutích, zohledňují se pacientova přání. Každý léčebný postup musí být dnes hodnocen z hlediska jeho vlivu na kvantitu („jak dlouho“), ale rovněž na kvalitu života. Porozumět tomu, jak pacient svou nemoc zakouší a prožívá, se stává zásadně důležitým faktorem v moderní komplexní onkologické péči. Pak skutečně mluvíme o kvalitě života (Sláma, 2005).

Je zřejmé, že při hodnocení kvality života při postihnutí všech onkologických onemocnění se nemůžeme spoléhat na žádná všeobecně platná kritéria a na všeobecnou představu dobré kvality přežívání. Téměř každý člověk má o kvalitě života určitou vlastní představu a názory jednotlivců se od sebe navzájem velmi liší (Liščáková, 2004).

Za první pokus systematicky hodnotit vliv onkologické léčby na kvalitu a nikoliv pouze na kvantitu života bývá považována práce Karnofského z roku 1948. Karnofský užil měřítko od 0 % do 100 % k posouzení celkové funkční zdatnosti (tzv. *performance status*, PS). Pacientovu funkční zdatnost hodnotil lékař. PS 100 % znamenal plné zdraví, 0 % označoval smrt. Tento index byl původně autory používán současně se subjektivním hodnocením symptomů u pacientů léčených paliativně nitrogen mustardem.

Další významný nástroj k hodnocení vlivu onkologické léčby na kvalitu života byl vyvinut až na začátku 80. let. Šlo o Spitzerův index kvality života, který byl sice multidimenzionální, ale všechny parametry byly hodnoceny lékařem, popř. sestrou. Po téměř čtyřech desetiletích tak bylo považováno za samozřejmost, že hodnocení účinků onkologické léčby, jejich nežádoucích účinků a kvality života náleží lékaři, resp. jinému zdravotníkovi.

V 80. letech se dotazníkové nástroje vyvíjely velmi rychle. Spočívaly na pacientově hodnocení různých aspektů kvality života (Sláma, 2005).

### **Specifické nástroje na měření kvality života pacientů s onkologickými chorobami**

V rámci zdravotní péče jsou v oblasti nádorových onemocnění v mezinárodním měřítku nejčastěji využívány dotazníky vytvořené pod záštitou organizací EORTC a FACIT. Jde o modulární nástroje, které se více týkají funkčního, zdravotního stavu pacientů s nádorovými chorobami než kvality jejich života.

Nejnámější jsou nástroje QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30, 2010), Functional Assessment of Cancer Therapy – general – FACT-G (FACIT, 2010) a Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) (Gurková, 2011).



### **QLQ-C30** (quality of life questionnaire-core 30)

Tento dotazník byl vytvořen Evropskou organizací pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC). Jedná se o nástroj chráněný autorskými právy, který byl ověřen a přeložen do 81 jazyků a byl používán ve více než 3000 studiích po celém světě. V současné době QLQ-C30 Verze 3.0 je nejnovější verzí a měla by být použita pro všechny nové studie (EORTC, 2011).

Představuje multidimenzionální, 30položkový nástroj rozdělený do pěti funkčních škál (tělesná, vykonávání rolí, kognitivní, emocionální, sociální) a tří symptomových škál (únava, bolest, zvracení/nauzea). Nástroj byl testován v mnoha výzkumech, především v rámci klinických studií. Výhodou nástroje je jeho stručnost a klinická použitelnost (vyplňování trvá cca 10–12 minut), kulturní aplikovatelnost a citlivost. Je typickým příkladem modulárního nástroje, tzn., že obsahuje jádro položek zahrnujících relevantní aspekty širokého spektra nádorových onemocnění a jejich léčby a moduly zaměřené na jednotlivé diagnózy a léčbu. QLQ-C30 obsahuje 16 specifických modulů. Například existující modul QLQ-H&N 35 obsahuje 35 dodatkových položek ke QLQ-C30, zaměřených na specifické aspekty nádorů hlavy a krku (Gurková, 2011).

### **FACT-G**

Obsahuje podobně jako QLQ-C30 jádro položek zahrnujících relativní aspekty širokého spektra nádorových onemocnění a jejich léčby a moduly zaměřené na jednotlivé diagnózy a léčbu. Například v rámci organizace FACIT je dostupných sedm skupin nástrojů (nástroje zaměřené na funkční posouzení nádorové terapie – všeobecná verze, specifické nástroje pro jednotlivé typy nádorových onemocnění, specifické nástroje pro jednotlivé symptomy nádorových onemocnění, specifické nástroje pro jednotlivé terapie nádorových onemocnění, nespecifické nástroje a nástroje ve vývoji). FACT-G obsahuje 27 položek rozdělených do čtyř subškál – tělesná pohoda, sociální/rodinná pohoda, emocionální a funkční pohoda (Gurková, 2011).

### **RSCL**

Obsahuje 30 položek, rozdělených do dvou subškál – všeobecný psychologický distres a distres vyplývající ze symptomů. Jeho výhodou je při porovnávání s předcházejícími dvěma nástroji to, že nehodnotí přítomnost/absenci symptomů, ale pacient v něm uvádí, do jaké míry ho jednotlivé symptomy zatěžují (Gurková, 2011).

Užívání složitých dotazníků k rutinní klinické práci (tj. mimo rámec klinických studií) není vhodné. Přesto mohou právě tyto dotazníky posloužit jako určitá strukturovaná osnova

k rozhovoru o oblastech, jež by mohly být pro pacienta významné. Systematický přístup k potenciálně problémovým oblastem je velmi užitečný.

Pacient prodělává v průběhu onkologického onemocnění kromě různých tělesných obtíží často velmi dramatický proces psychické a existenciální adaptace. Zažívá mnohé ztráty, malá a občas i velká vítězství, mnoho věcí musí oželeť, mnoho přehodnotit, mnoho přijmout. To jsou souřadnice, ve kterých pacient tematizuje ten poněkud abstraktní pojem „kvalita života“. Nelze předpokládat, že by všechny popsány procesy mohli zdravotníci řešit. Podstatnou část z nich ale mohou zcela jistě ovlivnit. Cílem práce není popisovat všechny oblasti péče, které spoluvytvářejí výsledný celkový pocit „kvality života“. Přesto uveďme alespoň několik z nich:

- ✓ citlivá a otevřená komunikace lékařů i sester s pacientem o všech aspektech nemoci a léčby, respekt k jeho přáním a zvykům atd.
- ✓ organizace práce zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních – úroveň ošetrovatelského procesu, délka čekání na ambulantní vyšetření atd.
- ✓ úroveň „hotelových služeb“ – vybavení pokojů, čekáren a ambulancí, kvalita a způsob servírování stravy atd.
- ✓ zkušenost ze zahraničí svědčí o velmi pozitivním vlivu činnosti dobrovolníků na onkologických pracovištích (Sláma, 2005)

## 2. Nádory hlavy a krku

Nádory hlavy a krku je tradiční název pro skupinu nádorů, které spojuje jejich topografická blízkost, ale které jsou značně heterogenní. Řadí se mezi ně nádory dutiny ústní a jazyka, dutiny nosní a paranazálních sinů, dále nádory epifaryngu, orofaryngu, hypofaryngu, laryngu a nádory slinných žláz (Klener, 2002).

Maligní nádory hlavy a krku představují souhrnně 2–5 % všech zhoubných nádorů s prevalencí u mužů (v průměru 2:1, u karcinomu hrtanu 5:1, u karcinomu rtu 9:1). V České republice se roční incidence karcinomů hlavy a krku pohybuje u jednotlivých skupin podle anatomických oblastí od 0,5 do 4,0/100 000 obyvatel. Nejčastější jsou karcinomy laryngu. Relativní přežití je jedno z nejnižších mezi hlavními malignitami. Pět let od stanovení diagnózy přežívá pouze 50–60 % pacientů s nádorem v orofaciální oblasti při nepostížených uzlinách, 25–30 % při metastazicky postižených uzlinách a méně než 20 % u extranodálního šíření (Votrubová, 2009).

Výskyt nádorů hlavy a krku souvisí s expozicí následujících rizikových faktorů:

- alkohol a nikotin, obzvláště pak jejich kombinace, se kterou souvisí více než 80 % tumorů v dutině ústní a v laryngu
- nízká úroveň hygienických návyků (malhygiena dutiny ústní) a nezodpovědný přístup k vlastnímu zdraví
- konzumace tabáku formou žvýkání má stejný potenciál indukovat nádory jako jeho kouření; látky vznikající při spalování nebo žvýkání tabáku jsou poměrně slabými kancerogeny, avšak délka jejich působení je považována za důležitější než jejich koncentrace
- kouření marihuany je ještě rizikovější než kouření tabáku, poněvadž marihuanový kouř obsahuje až o 50 % vyšší koncentraci benzyrenu
- dřevový prach (tamin) hraje určitou roli při vzniku adenokarcinomů dutiny nosní a paranazálních dutin podobně jako sloučeniny chromu a niklu
- virus HPV 16 a 18 je spojován se vznikem karcinomu laryngu, virus herpes simplex 1 s karcinomem dutiny ústní
- EB virus a konzumace slaných ryb jsou spojovány se vznikem nazofaryngeálního karcinomu, který se vyskytuje endemicky v Asii, zatímco v Evropě není častý.

Epidemiologická vazba mezi karcinomem nosohltanu a EB virem je silnější než mezi karcinomem nosohltanu a slanými rybami.

- ionizující záření indikuje vznik nádorů slinných žláz (Vorlíček, 2006)

Společným rysem nádorů ORL oblasti je jejich histologická skladba (90–95 % tvoří dlaždicobuněčné karcinomy s různým stupněm diferenciací) a tendence k lokálnímu šíření s časným vznikem lokoregionálních metastáz. Metastázy v regionálních uzlinách bývají u 50–80 % nemocných zjišťovány již v období diagnózy. Naproti tomu vzdálené metastázy jsou relativně vzácné (u 10 až 12 % nemocných) a jsou převážně v plicích (Klener, 2002). Částečně společné jsou i rizikové faktory; pro nádory hlavy a krku byla vyslovena teorie o zvýšené vnímavosti tkání této oblasti ke kancerogenním podnětům – výskyt metachronní duplicity nádorů dýchacích a polykacích cest je udáván mezi 5–35 % s nejčastějším výskytem v jícnu a v plicích (Klozar, 2009).

## **2.1. Nádory rtu a dutiny ústní**

Mezi nádory obličejové části se zahrnují nádory rtů a tváře, nádory dutiny ústní a jazyka. Histologicky se jedná téměř výhradně o karcinomy (Klener, 2002).

### **Karcinom rtu**

Je nejčastějším nádorem v oblasti dutiny ústní. V 90 % je postižen dolní ret, nejvyšší výskyt je u mužů v 6. a 7. dekádě. V patogenezi má význam expozice UV záření. Většina nádorů dolního rtu jsou dobře diferencované dlaždicobuněčné karcinomy, na horním rtu se mohou objevit též bazaliomy. Nádor se většinou projeví jako nehojící se zduření, často krvácející. V 5–10 % je již v období diagnózy přítomno zvětšení regionálních mizních uzlin. Metodou léčby je chirurgická excize, buď klínová, nebo čtvercová. U stádia T1 a T2 je stejně efektivní radioterapie (zevní ozáření dávkou 60 Gy) nebo brachyterapie. Výběr metody závisí na lokalizaci nádoru, očekávaném kosmetickém výsledku a věku nemocného. U stadia T1 (nádor 2 cm nebo méně v největším rozměru) – T3 (nádor větší než 4 cm v největším rozměru) lze chirurgicky dosáhnout kurability v 90 %, u menších lézí je stejně efektivní radioterapie (Klener, 2002).

### **Karcinom dutiny ústní**

Karcinom dutiny ústní může vyrůstat v následujících strukturách: ve volné části jazyka, v tvářové sliznici, dásňovém výběžku, spodině ústní, na tvrdém patru a v retromolární oblasti

a bukoalveolární rýže (Klener, 2002). Nejčastěji se karcinomy vyskytují na jazyku a na spodině ústní. Méně častou lokalizací je gingiva a zubní alveoly. Muži jsou postiženi až pětikrát častěji, i když nemocných žen v poslední době přibývá (Hahn, 2007). Rakovina dutiny ústní a jazyka má v souhrnu incidenci asi deset nových onemocnění na tisíc mužů a čtyři nová onemocnění na 100 tisíc žen za rok (Hybášek, 2006). Mezi rizikové faktory rakoviny rtu a dutiny ústní patří užívání tabákových výrobků, těžké užívání alkoholu, dlouhodobé vystavení přirozenému slunečnímu nebo umělému slunečnímu záření (například ze solária), mužské pohlaví a infekce lidským papilomavirem (HPV) (NCI, 2011).

Časné karcinomatózní léze jsou obvykle asymptomatické, při progresi je nejčastějším příznakem bolest, dále polykací obtíže a ztížená mluva (Klener, 2002). Terapie je především chirurgická. U iniciálních nádorů je to prostá excize nádoru leaserem. U pokročilých nádorů s postižením krčních uzlin je indikována kromě resekce nádoru i jejich bloková disekce, tj. odstranění uzlin na postižené straně spolu s přilehlým vazivem, tukem, v. jugularis a m. sternocleidomastoideus, popřípadě i s gl. submandibularis. Rovněž jsou revidovány i uzliny na protilehlé straně. Chirurgická léčba je doplněna aktinoterapií. Ta je indikována u všech rozsáhlých nádorů s postižením uzlin nebo u nemocných, kde bylo histologicky prokázáno pronikání nádoru do okolních struktur (Hahn, 2007). Prognóza koreluje s rozsahem primárního nádoru a s přítomností metastáz. Úspěšnost lokální eradikace je u nádorů T1 obdobná pro chirurgický výkon i radioterapii (80 %), naděje na pětileté přežití je celkově 50 %, pro stadium I 80 %, pro stadium II 60 %, pro stadium III/IV 15–35 %. Přítomnost uzlinových metastáz snižuje pravděpodobnost o 50 %.

## **2.2.Nádory hltanu**

Hltan představuje v oboru ORL po hrtanu druhou nejčastější lokalitu výskytu rakoviny a první nejčastější extranodální lokalitu výskytu mezenchymálních zhoubných nádorů (Hybášek, 1999). Karcinom hltanu je čtyřikrát častější u mužů než u žen. Postihuje nejčastěji krční mandle, kořen jazyka, měkké patro a zadní stěnu hltanu. Devadesát procent maligních tumorů představuje tzv. dlaždicový karcinom (Markalous, 2004). Farynx se anatomicky rozděluje do tří částí: orofarynx sahá od měkkého patra k jazylce, je ohraničen laterálně oblastí tonzily, směrem nahoru měkkým patrem, vpředu zadní třetinou (kořenem) jazyka, valem valem a volnou částí epiglottis a vzadu zadní části faryngu. Nazofaryngs (epifarynx) má tvar krychle. Strop nosohltanu je tvořen tělem kosti klínové a spodinou kosti týlní, boční stěny zaujímá recessus pharyngeus (fossa Rosenmülleri), spodní stěna je tvořena zadní stěnou

měkkého patra. Hypofarynx se nachází vzadu a zevně od hrtanu a sahá od aryepiglotické řasy v úrovni jazyky ke spodnímu okraji chrupavky prstencové (Klener, 2002).

### **2.2.1. Karcinom orofaryngu**

Karcinom hltanu se vyskytuje u mužů sedmkrát častěji než u žen, u mužů u nás má s incidencí asi 3,0 na 100 000 za rok narůstající tendenci. Strmý nárůst incidence nastává po 40. roce věku a vrcholí v 5.–6. decenniu (Hybásek, 2006). Morologie nádorů orofaryngu není příliš rozmanitá. Převážnou většinu tvoří dlaždicové karcinomy různého stupně diferenciaci. Vzácně může být identifikován adenokarcinom (Klozar, 2005). Nádory orofaryngu nemají zejména v počátečních stádiích specifickou symptomatologii. První příznak se zpravidla neliší od příznaků zánětu dané oblasti. Na fakt, že nejde o prostý zánět, může upozornit jednostrannost obtíží. Může jít o škrábání v krku, bolest, pocit cizího tělesa, dysfagii, příměs krve ve slinách, rinolalii. Symptomy se v dalším průběhu zvyrazňují, bolest může vystřelovat do ucha, u exulcerovaných tumorů se objevuje fetor ex ore, jazyk může být fixován, při přerůstání na patrový oblouk mohou být obtíže se zubní náhradou. Trismus může být příznakem hluboké infiltrace parafaryngeálního prostoru, v pokročilejších stádiích se objevuje odynofagie a zpravidla v jejím důsledku poruchy výživy (Klozar, 2005).

Terapie pro časná stadia je chirurgický zákrok. Chirurgické přístupy jsou jen ojediněle transorální, zpravidla se operuje ze suprahyoidní faryngotomie. Resekce patra a kořene jazyka přináší deglutinační a artikulační potíže. Současně se provádí radikální disekce uzlin v celém regionu. Jinak se dává přednost zevnímu ozáření. Eventuálně v kombinaci s brachyterapií. Výhodou radioterapie je možnost zahrnout do cílového objemu též retrofaryngeální uzliny a uzliny krční. Prognóza závisí na stadiu onemocnění. U T1 (nádor 2 cm nebo méně v největším rozměru) – T2 (nádor větší než 2 cm, ne však více než 4 cm v největším rozměru) je pravděpodobnost pětiletého přežití až 70%, u stadia T3 (nádor větší než 4 cm v největším rozměru) – T4 (nádor postihuje některou ze struktur) pouze 20%. Nepříjemná prognóza je u báze jazyka a do regionálních uzlin, kde je pravděpodobnost pětiletého přežití méně než 10% (Klener, 2002).

### **2.2.2. Karcinom epifaryngu**

Rakovina této lokalizace se vyskytuje u mužů třikrát častěji než u žen, s incidencí u mužů asi 1,0 na 100 000 ročně. Maximum výskytu je v 5. decenniu, ale nezřídka i podstatně dříve (Hybásek, 1999). Karcinom nosohltanu se podle histologické klasifikace WHO rozděluje na tři typy:

- Typ I: spinoceleulární karcinom s rohověním
- Typ II: málo diferencovaný, spinoceleulární karcinom bez rohovění
- Typ III: nediferencovaný karcinom

Typ I je charakteristický větší tendencí k lokálnímu šíření (do lební báze) a méně častou tvorbou regionálních a vzdálených metastáz. Má nižší chemosenzitivitu a radiosenzivitu.

Typ II a III mají podobné biologické vlastnosti. Morfologicky je pro ně charakteristická infiltrace lymfocyty. Klinicky mají tendenci k časnému a rozsáhlému metastatickému postižení krčních uzlin a častěji u nich dochází k tvorbě vzdálených metastáz, než je tomu u ostatních nádorů hlavy a krku. Mají etiologickou a patogenetickou souvislost s infekcí EBV a nacházíme u nich zvýšené titry protilátek proti EBV. Typy II a III jsou vysoce radiosenzitivní a chemosenzitivní (Klozar, 2005).

Karcinom svým objemem vede k obstrukci horních cest dýchacích s následnými projevy vleklé rýmy, protože se nádor rozpadá, bývají snítky krve v sekretu nebo přímo epistaxe. Sekret je páchnoucí. Z obstrukce sluchových trubíc pramení porucha barofunkce se všemi důsledky pro střední ucho a sluch. Nádor brzy destruuje lební spodinu a někdy se propaguje i do kostry splanchokrania a působí kruté bolesti (Hybášek, 2006).

Při léčbě se zpravidla kombinuje chirurgický zákrok s léčbou zářením. Vzhledem k nevýrazné symptomatologii nádoru v počátcích onemocnění přichází většina nemocných s pokročilými nádory, které uzurují kostěný skelet na bázi lebeční a metastazují do krčních uzlin. Při chirurgickém zákroku se nejprve odstraňují zvětšené uzliny a při rozsáhlejším postižení je indikována bloková resekce. Následně je ozařován jak primární nádor, tak i oblast kde byly nebo jsou postiženy uzliny (Hahn, 2007). Prognóza závisí na typu nádoru a stadiu pokročilosti. Celkově se pětileté přežití pohybuje kolem 50 % (Klener, 2002).

### **2.2.3. Karcinom hypofaryngu**

Nádor se vyskytuje 12krát častěji u mužů než u žen. U nás má narůstající tendenci, která činí asi 1,4 nových onemocnění na 100 000 mužů za rok. Nejčastější lokalizace tohoto nádoru u mužů je piriformní reces, u žen postkrikoidní krajina (Hybášek, 2006). Morfologie nádorů hypofaryngu je uniformní. Převážnou většinu tvoří dlaždicové karcinomy různého stupně diferenciace. Vzácně se mohou objevit i jiné epitelové nádory, např. adenokarcinom (Klozar, 2005).

Nádory hypofaryngu mají tendenci, u většiny pacientů s lokálně pokročilým onemocněním, zůstat po dlouhou dobu asymptomatické. U 70–80 % pacientů je přítomno poškození buď T3, nebo T4 a u více než 70 % pacientů je nemoc ve třetím nebo čtvrtém stadiu. Příznaky se začínají objevovat po tom, co dosáhne nádor značné velikosti, nebo invaduje do okolí. Objevují se symptomy zahrnující progresivní dysfagie, postižení hmoty krku a bolesti ucha. Mezi méně časté příznaky patří chrapot, hemoptýza, kašel, úbytek na váze. U pacientů, kteří mají velké retrofaryngeální uzly, se může projevit bolestí okcipitální a krční páteře vyzařující do retroorbitální oblasti (Genden, 2008).

Nádory hypofaryngu se podobně jako většina karcinomů hlavy a krku šíří především lokoregionálně. Hlavními léčebnými modalitami je u nich chirurgie a radioterapie, nejčastěji v kombinaci (Klozar, 2005). Prognóza je vážná, pětiletého přežití dosáhne nejvýše 20 % nemocných (Klener, 2002).

### **2.3.Nádory hrtanu**

Rakovina hrtanu je nejčastější malignitou ORL oblasti. Poměr výskytu mezi pohlavími je 9:1 ve prospěch mužů. Frekvence je 9,4 onemocnění na 100 000 obyvatel za rok. Zatímco u mužů v posledních letech karcinomu hrtanu nepřibývá, u žen se zdvojnásobil, pravděpodobně vlivem narůstajícího kouření žen (Markalous, 2004). Histologicky jde téměř výlučně o různé zralé formy dlaždicobuněčného karcinomu, vzácný je karcinom verukózní (virové etiologie), ovískový (malobuněčný) a papilokarcinom. Za rakovinu hrtanu je považován nádor postihující endolarynx ve třech jeho krajinách: supraglotické, glotické a subglotické (Hybášek, 2006). Nádory hrtanu mají různou symptomatologii podle lokalizace procesu a směru šíření. Supraglotické nádory obvykle časné symptomy nemají. Prvním příznakem je nejčastěji škrábání v krku nebo obtíže při polykání. Při šíření nádoru do jazyka může být bolestivá nebo snížená motilita jazyka, u exulcerovaného nádoru se objevuje fetor ex ore. Prvním příznakem může být až přítomnost krčních metastáz (Klozar, 2005). Glotická forma karcinomu hrtanu se projevuje chrapotem (Hahn, 2007). Proto chrapot u starších lidí, zejména kuřáků, trvá-li déle než dva týdny, je podezřelý a vyžaduje odborné vyšetření (Hybášek, 2006). To dává možnost stanovení diagnózy v počátečním stadiu nemoci (Hahn, 2007). Nádory subglotis jsou méně časté a jejich včasná diagnóza podle příznaků je obtížná. Objeví-li se dušnost nebo chrapot, jedná se většinou již o pokročilejší stadium nádoru (Klozar, 2005). Diagnóza se opírá především o laryngoskopii. Vyšetření hrtanovým zrcátkem má jen orientační povahu a v současné době se nahrazuje zvětšovacím laryngoskopem. Výhodnější je



přímá laryngoskopie, která umožní odběr bioptického materiálu. CT s kontrastem a MR slouží k určení rozsahu choroby (Klener, 2002). Po stanovení rozsahu nemoci je zvolena adekvátní léčba. Ta je závislá na rozsahu a lokalizaci nádoru. Významnou roli hraje přítomnost metastáz do spádových krčních uzlin. Léčebné možnosti karcinomu hrtanu jsou:

- chirurgická léčba
- aktinoterapie
- kombinace chirurgické léčby a aktinoterapie
- kombinace systémové cytostatické chemoterapie a aktinoterapie, eventuálně chirurgie

Při volbě způsobu léčby platí zásada, že časné formy nádorů jsou léčeny monoterapií (ať už chirurgicky nebo radioterapií). Léčebné výsledky jsou přibližně stejné, každá má své výhody a nevýhody. Pokročilejší nádory jsou léčeny obvykle kombinovaným přístupem – chirurgickým zákrokem a pooperační aktinoterapií. Některé nádory hrtanu vyžadují odstranění celého hrtanu – totální laryngektomii. Protože se jedná o rozsáhlou a do značné míry mutilující operaci, je někdy jako její alternativa volena kombinovaná léčba, tedy konkomitantní chemoradioterapie. Je-li tato nechirurgická léčba úspěšná, je pacientovi hrtan zachráněn, mluvíme o záchovném protokolu léčby. Není-li tato léčba úspěšná, podstoupí pacient záchrannou operaci – totální laryngektomii. Každý z postupů má své výhody a nevýhody, indikace a kontraindikace (Hahn, 2007). Prognóza je nejpříznivější u glotických karcinomů, kde ve stádiu T1 (nádor je omezen na jednu nebo obě hlasivky) dosáhne vyléčení až 90 % nemocných. Léčba pokročilejších stádií může zaručit pětileté přežití zhruba u 50 % nemocných. U supraglotických karcinomů se udává pětileté přežití kolem 60 %, v případě uzlinových metastáz pouze 30 % (Klener, 2002).

### **Péče o tracheostomii**

Tracheostomie je chirurgické otevření průdušnice zepředu ve výši 2. a 3. chrupavčitého prstence. Vzniklý otvor se nazývá tracheostomie. Tracheostomická kanyla je zahnutá trubice různých velikostí. Velikost je nutné přizpůsobit šíři trachey. Pomůcky mohou být z kovu či z plastu. Tracheostomické kanyly se zavádějí na zabezpečení a udržování průchodnosti dýchacích cest, zejména při dlouhodobé umělé plicní ventilaci, pro odstranění tracheobronchiálních sekretů a prevenci aspirace sekretů u pacienta v bezvědomí, při chronické obstrukční chorobě či v úrazu v oblasti skeletu a měkkých částí obličeje (Mikšová, 2006).

## **Ošetrování tracheostomie**

- ✓ pracujte asepticky
- ✓ chraňte sebe i nemocného před přenosem infekce a znečištěním
- ✓ pečujte o čistotu tkanic, které přidrží kanylu – měňte je podle potřeby, uvazujeme je na vůli jednoho prstu, uzlování nesmí nemocného obtěžovat
- ✓ kanylu podkládat sterilním čtvercem, který brání maceraci pokožky
- ✓ kůži v okolí stomie pravidelně omýváme sterilním fyziologickým roztokem
- ✓ po manipulaci s kanylou zkontrolujte její průchodnost, kontrolujte dýchání a možné krvácení
- ✓ zajistíme dostatečný přívod vzduchu. Zvlhčujte vdechovaný vzduch pomocí nebulizátorů, zvlhčovačů nebo mulu, který je namočený ve sterilním fyziologickém roztoku a položený přes ústí kanyly
- ✓ poučte nemocného o správném ošetrování tracheostomie. První vlastní ošetrování provádí před zrcadlem za asistence zdravotníka. Apelujeme na to, aby pravidelně chodil na kontroly a v případě komplikací (zasychání hlenu na kanyle, neprůchodnosti aj.) ihned vyhledal pomoc
- ✓ doporučte dodržování vhodné životosprávy, dostatek vitamínů, tekutin a zákaz kouření (Nejedlá, 2004)

## **2.4.Nádory dutiny nosní a dutin paranazálních**

Nádory v této oblasti jsou vzácné, s incidencí méně než 1 případ na 100 000, častěji jsou u mužů (v poměru 2:1). Mezi ostatními malignitami tvoří 0,5 %. Histologicky jsou nejčastější dlaždicobuněčné karcinomy, většinou dobře diferencované s pomalým růstem, i když nejsou tak predominantní jako v jiných ORL lokalizacích. V horní části dutiny nosní se totiž mohou vyskytovat adenokarcinomy a esthesioneuroblastomy, v paranazálních dutinách adenokarcinomy, adenoidně cystické karcinomy a mukoepidermodiní karcinomy (Klener, 2002). Příznaky nádorů nosu a vedlejších nosních dutin se významně neliší od příznaků běžných zánětlivých onemocnění této oblasti. To je důvodem ve většině případů poměrně pozdní diagnostiky. Nejčastějším příznakem bývá zpravidla jednostranný zánětlivý výtok z nosu spolu s nosní obstrukcí. K dalším příznakům patří epistaxe, zduření tváře nebo patra a

bolest. Přibližně u čtvrtiny nádorů se vyskytují orbitální symptomy, ke kterým patří diplopie, edém víček, exoftalmus nebo snížení vizu (Klozar, 2005). Léčba je radikální chirurgická zevním přístupem – částečné či totální resekce horní čelisti, které mohou být doplněny o exenteraci očníce, přístup z laterální rinotomie či některé další rozšířené přístupy. Při metastázách do krčních uzlin jsou prováděny blokové disekce. Uplatnění nachází i aktinoterapie samostatně či v kombinaci s chirurgickou léčbou. Chemoterapie má význam omezený (Hahn, 2007). Prognóza závisí na rozsahu postižení, celkově je pětileté přežití kolem 40–60 % (Klener, 2002).

## **2.5.Nádory slinných žláz**

Nádory slinných žláz tvoří 3 % nádorů hlavy a krku a přibližně 1 % všech nádorů. V 80 % postihují příušní žlázu, z 10 % submandibulární žlázu a 10 % připadá na další lokalizace. O něco častěji jsou postiženy ženy (55 %) než muži (45 %). Nádory se vyskytují v každém věku, benigní především ve 4. a 5. deceniu, maligní v 5. a 7. decenniu (Klozar, 2005). Mezi maligními nádory převažují karcinomy, které se vyskytují pod velmi různorodým histologickým obrazem jako:

- mukoepidermoidní (asi 32 %),
- adenokarcinomy (16 %),
- smíšené formy (14 %),
- adenooidně-cystické (11 %),
- acinární karcinomy (11 %),
- nediferencované a dlaždicobuněčné (16 %).

Rizikovým faktorem pro karcinom slinných žláz je expozice ionizujícímu záření (Klener, 2002).

Příznaky nádorů slinných žláz jsou minimální. Většinou jde o objevení se rezistence ve žláze, kterou si pacient často náhodně nahmatá. Pro maligní nádor je charakteristický rychlý růst, někdy bolest, rezistence je tuhá, fixovaná, v pokročilém stadiu dochází k ulceraci kůže, může způsobit parézu lícního nervu. Již při diagnóze mohou být přítomny metastázy do krčních uzlin, případně vzdálené metastázy především do plic (Klozar, 2005). Pro diagnózu zhoubných a nezhojných nádorů je rozhodující sialografie, vyšetření CT s kontrastem, ultrazvukem a především aspirační biopsie. V diagnostice nádorů se využívá také ojediněle

scintigrafie (Hybášek, 2006). Základem léčby je chirurgická léčba, tj. radikální resekce, což řeší problémy v podčelistní nebo podjazykové žláze, ale u příušní žlázy je nutno zvážit rizika poškození lícního nervu (n.VII). Podle velikosti nádoru se indikuje povrchová, subtotální nebo totální parotidektomie, při níž se resekci ramifikace n.VII nelze vyhnout. Je pak možná rekonstrukce lícního nervu nervovým autotransplantátem mikrochirurgickou technikou. Při uzlinových metastázách je nutná současná disekce regionálních mízních uzlin (Klener, 2002). V některých případech je indikována pooperační aktinoterapie (Hahn, 2007). Lokální kontrola se daří celkově u 75 % nemocných, při vysokém gradingu pouze 30 %. Rekurence se může objevit i za 10–15 let (Klener 2002).

## 2.6. Nádory štítné žlázy

Zhoubná onemocnění štítné žlázy a především karcinomy mají stoupající incidenci. Tvoří kolem 1–2 % všech zhoubných nádorů. Karcinomy vznikají nejčastěji mezi 40.–50. rokem věku, ale nejsou vzácné ani v jiných věkových skupinách včetně dětí. Poměr ženy:muži je 2:1. Jako rizikové faktory vzniku karcinomů štítné žlázy jsou uváděny ionizující záření a vysoká hladina štítnou žlázu stimulujícího hormonu (TSH) (Klozar, 2005).

Maligní nádory můžeme obecně rozdělit na dvě skupiny:

- Nejčastěji jde o diferencované karcinomy (papilární a folikulární). Vychází z výstelky folikulů štítné žlázy. Při včasném zachytu a správně vedené léčbě jsou ve většině případů plně vyléčitelné.
- Zřídka se však vyskytují i vysoce zhoubné tumory:
  - Anaplastický (nediferencovaný) karcinom je tvořen „nezralými“ buňkami.
  - Lymfom se vyvíjí obvykle na podkladě chronického autoimunitního zánětu štítné žlázy.
  - Medulární karcinom je zvláštní typ nádoru štítné žlázy. Vyrůstá z tzv. parafolikulárních buněk štítné žlázy a produkuje hormon kalcitonin. Často se nachází v kombinaci s nádory jiných endokrinních žláz (Markalous, 2004).

Karcinom štítné žlázy se nejčastěji projevuje jako solitární uzel tužší konzistence. Může být náhodně palpován nemocným např. při holení, jindy je zachycen lékařem při celkovém vyšetření. Roste-li nádor v existující strumě, projeví se změnou její konzistence nebo bolestí.

Jindy je prvním příznakem nádoru krční lymfadenopatie, která je již projevem metastazujícího nádoru. Stejně tak se může nádor projevit nejprve metastázami v kostech nebo plicích a primární ložisko ve štítné žláze je určeno teprve dodatečně (Klener, 2002).

Za základní výkon u diferencovaných karcinomů je v Evropě považována totální thyreidektomie. V léčbě metastáz nádorů štítné žlázy jsou nejčastěji indikovány selektivní blokové krční disekce se šetřením nelymfatických struktur. Po operaci zpravidla následuje léčba zářením radioizopem jódu u jód akumulujících nádorů, nebo zevním zářičem u neakumulujících. Součástí léčby je i hormonální terapie. V léčbě medulárního karcinomu je indikována totální thyreidektomie. Pokud jsou přítomny metastázy, jsou výkony na uzlinách radikálnější než u diferencovaných karcinomů. Po operaci zpravidla následuje radioterapie zevním zářičem. Součástí léčby je stejně jako u diferencovaných karcinomů substitučně supresivní léčba hormonu štítné žlázy (Klozar, 2005). Diferencované karcinomy mají prognózu dobrou, s pětiletým přežitím až v 95 % případů, prognóza medulárního karcinomu závisí na stadiu pokročilosti. U metastatických forem se pětileté přežití snižuje na 20–25 %. Anaplastický karcinom má nejhorší prognózu, s pětiletým přežitím 0–20 %.

### 3. Výživa onkologicky nemocných

Špatný stav výživy má 20–50 % onkologických pacientů. Tento problém vyplývá z vlastního onemocnění (bolest, nechutenství, anatomické změny) a také z léčby (chirurgie = anatomické změny, bolest, chemoterapie = nechutenství, ozáření = nechutenství, bolest).

Prakticky se stav výživy hodnotí podle tělesné hmotnosti – normální tělesnou hmotnost má méně než 75 % nemocných, eventuálně měli nežádoucí ztrátu hmotnosti v předcházejících měsících. Ztrátu hmotnosti vyšší než 10 % nacházíme u 45 % dospělých pacientů hospitalizovaných s nádory, 25 % pacientů ztrácí až 20 % své hmotnosti nebo i více ještě před hospitalizací (Becker, 2005).

Je prokázáno, že špatný stav výživy onkologického pacienta zhoršuje odpověď na protinádorovou léčbu, snižuje toleranci chemoterapie a radioterapie, čímž zkracuje celkovou dobu přežití pacienta. Nejčastější důvody vzniku podvýživy jsou:

- vlastní nádorová onemocnění, kdy lokalizace nádoru v GIT vede k poruchám příjmu a vstřebávání živin; nádory mimo GIT ovlivňují látkovou výměnu
- vedlejší účinky protinádorové léčby – nechutenství, nevolnost, nauzea, zvracení, sucho v ústech, bolestivé poškození sliznice v dutině ústní, změny vnímání chutí, průjem nebo celková slabost a únava
- chronické potíže – bolest, dušnost, žaludeční nevolnost (Kapounová, 2007)

#### Obecná doporučení

- ✓ Dieta by měla obsahovat energeticky bohaté potraviny. Například plnotučné sýry, plnotučné mléko, omáčky, majonézy, smetanu, cukr, máslo nebo čokoládo-ovoříškové krémy.
- ✓ Je-li to možné, doporučuje se krátká procházka na čerstvém vzduchu v době přípravy oběda. Zvyšuje chuť k jídlu a snižuje nevolnost z pachů připraveného jídla.
- ✓ Pacient může stravu doplnit popíjením tekuté umělé výživy. Mezi tyto přípravky patří Nutridrink nebo Fresubin.
- ✓ Pokud to lékař dovolí, lze nemocnému doporučit malou skleničku aperitivu, vína nebo piva před jídlem pro zvýšení chuti k jídlu.
- ✓ V době probíhající chemoterapie je vhodné zcela vypustit oblíbená jídla pacienta (mohl by k nim vzniknout odpor).

- ✓ Na talíř je lépe servírovat menší porce jídla. Pohled na „přeplněný“ talíř může vyvolat u těchto nemocných pocit plnosti ještě před začátkem konzumace stravy.
- ✓ Během jídla není vhodné hovořit ani o základních pravidlech stravování, ani o váhových úbytcích či přírůstcích pacienta.
- ✓ Je vhodné jíst malé porce jídla, ale častěji.
- ✓ Pacientům s nechutenstvím lze doporučit užívání gestagenů, např. Megace, který je nabízen právě při tomto typu onemocnění (Kapounová, 2007).

### **Nejčastější komplikace příjmu potravy**

Onkologické onemocnění samo o sobě může být zdrojem řady komplikací, spojených s příjmem stravy. Samotná léčba již tuto změněnou výchozí podmínku významně zhoršuje. Nejčastějšími komplikacemi, se kterými se u nemocných setkáváme, jsou následující:

**Změny chuti** se snažíme pozitivně ovlivnit zařazením méně obvyklých koření do jídelníčku (oregano, tymián), zařazujeme stravu bohatou na proteiny (vejce, smetana, mléko, sýr, pokud je snášenlivost – maso), volíme chlazené koktejly, ovoce, zmrzlinu. Obecně pak věnujeme zvýšenou péči o dutinu ústní – před každým jídlem doporučujeme vyčištění zubů.

**Pocit sucha v ústech** zlepšíme podáním žvýkačky či tvrdého bonbónu. Vyhýbáme se příjmu suché stravy, ošetřujeme drobné, bolestivé trhlinky, pravidelně vyplachujeme ústa minerálkou a ústní vodou. Nestačí-li vyjmenované postupy, přidáme vhodnou medikaci, zvyšující sekreci slinných žláz.

**Bolesti v ústech a při polykání omezíme volbou** menších, ale častějších porcí v průběhu dne (6–8 za den). Preferujeme chladné jídlo (zmrzlinu s ovocem, jogurty, omeletu se zavařeninou, chlazené koktejly), jinak vlažné kaše a polévky. Snažíme se vyhýbat příjmu horké stravy, citrusových plodů i ovocných šťáv. Při péči o chrup volíme velmi měkké zubní kartáčky, v případech přetrvávajících potíží volíme medikaci. Velmi často se vykytuje u nemocných nauzea, která může být náhlá či déle trvající.

Při výskytu **náhlé nauzey**, volíme pomalý příjem chladných tekutin, doporučujeme příjem slámkou. U **dlouhotrvající nauzey** pak dáme přednost podání antiemetik (30 minut před příjmem potravy). Preferujeme pomalý příjem tuhé a lehce stravitelné stravy, vynecháváme stravu výrazně ochucenou, kořeněnou. Po jídle volíme polohu v polo sedu, není vhodné bezprostředně po jídle uléhat. Tekutiny podáváme převážně po jídle, po malých doušcích,

vychlazené a nesycené. Výhodné je podání slaných jídel, ráno před opuštěním lůžka je dobré sníst suchar, sušenku.

Mezi další komplikace řadíme **průjem**. I za této situace se snažíme dodržet příjem 3 litrů tekutin denně – nejlépe s obsahem minerálů. Snadněji tento požadavek docílíme popíjením tekutin po malých množstvích. Za těchto stavů omezíme příjem kávy, mastných i tučných pokrmů, stejně jako jídel z luštěnin, brokolice a zelí. Neměníme náhle polohu z lehu do stoje z důvodů nebezpečí ortostatického kolapsu.

V případě potíží s **obstipací** se snažíme nejenom dodržet přiměřený pohybový režim, ale i pravidelný příjem tekutin (50 ml/kg hmotnosti na den). Laxantiva podáváme po poradě s ošetřujícím lékařem.

Závažným problémem je výskyt ztráty chuti k jídlu – **anorexie**. Výskyt zpravidla bývá nejvíce vyjádřen u prvního jídla dne. Snažíme se volit malé porce i stravu lehce stravitelnou s nízkým obsahem tuků, vhodně připravenou a přijatelnou pro nemocného. Někdy pomůže měnit čas podávání jídla, vhodné je omezit pobyt v kuchyni při přípravě jídla. Není na škodu v případě prohloubené anorexie vyzkoušet některý z firemních preparátů určených k popíjení – sippingu, pokud není vysloveně kontraindikace, můžeme pro zvýšení chuti podat alkoholický nápoj (Wilhelm, 2005).

Pokud je perorální příjem stravy u onkologického pacienta nedostatečný, je možné ho doplnit sippingem, enterální výživou pomocí nazogastrické či enterální sondy, PEG nebo jejunostomie nebo parenterální výživou (Kapounová, 2007).



## 4. Psychologický přístup k onkologickým pacientům

Sestry, které pracují na odděleních, kde se léčí onkologická onemocnění, se setkávají s pacienty v různých fázích odezvy na jejich chorobu. K tomu, aby mohly včas rozpoznat změny psychiky u svých pacientů a účinně jim pomáhat, měly by znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, jak je definují teorie Kübler-Rossové či Horowitz:

**Šok** – emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy, projevuje se pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem či naopak ztrnulostí. Pacienti se ptají, proč se to stalo, proč právě jim, proč právě teď. Šoková reakce trvá různě dlouho a většinou sama odezní.

**Popření** – pacienti se nechtějí smířit s diagnózou a hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřující větami: to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nechte mě na pokoji, mně nic není. Tato fáze může v extrémních případech trvat po celou dobu léčby, a tím ji ztížit.

**Agrese** – pacienti se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí, podle své mentality buď přestávají komunikovat se zdravotníky, nebo jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají pomoc i léčebné zákroky.

**Smlouvání** – pacienti se uchylují k pomyslné autoritě boží, přírodní či k autoritě lékaře. Slyšíme od nich věty jako „musím dostavět dům“, „chci své děti vychovávat, vidět je dostudovat“, „chci se dočkat vnuků“, „chci dokončit dlouhodobý pracovní úkol“ (Vorlíček, 2006).

**Deprese** – zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti. Ve fázi deprese mají své místo antidepressiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.

**Smíření** – poslední fází je smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději. Zde je důležité podporovat naději u doprovázeného, projevovat mu účast a být mu na blízku (Umírání, 2012).

Je potřeba vědět, že sestra nemusí poznat, ve které fázi psychické odpovědi se pacient nachází. Sestra, která ošetřuje onkologického pacienta na lůžku nebo v ambulanci je mu jak fyzicky, tak psychicky nejbližší. Sestra je první a třeba i jediná, které pacient svěří své vnitřní pocity, emoce a nálady. Proto se sestra musí s tímto nelehkým úkolem vyrovnat, nejlépe opravdovým zájmem o práci na onkologii, výcvikem v komunikačních technikách, uměním odpočívat. Musí se stát profesionálem ve svém oboru (Vorlíček, 2006).

### **Přístup sestry k onkologickým pacientům**

- ✓ U nemocných podporujte a umožněte jim emočně se projevit a to jak negativně – strach, obavy, tak pozitivně jako je naděje a přání.
- ✓ Snažte se u nemocného tolerovat výkyvy nálad. Nechávejte nemocného projevit jeho emoce jakkoli jsou silné a nesnažte se to měnit.
- ✓ Pozorně naslouchejte a projevujte porozumění. Snažte se u nemocných vyhýbat kritice toho, co je a co není správné a normální v prožívání. Buďte empatické – soucítící – bytosti.
- ✓ Nezlehčujte trápení nemocného. Může se stát, že ztratíte jeho důvěru. Přehnaně nemocného neutěšujte. Snažte se podporovat nemocného v jeho životních aktivitách, pomáhejte mu hledat nový smysl života, životní hodnoty, ale nehledejte za něho konečná řešení. Respektujte nemocného jako rovnocenného partnera, jako dospělou osobu. Hovořte s ním na úrovni jeho myšlení a chápání.
- ✓ Oceňujte u nemocného zodpovědnost a přístup k léčbě. Povzbuzujte nemocného k aktivní spolupráci a chvalte případné úspěchy.
- ✓ Neotáčejte se k umírajícím zády, neutíkejte. Pro nemocného je významným lékem v této době každé naše upřímné slovo, dotyk či pohlázení.
- ✓ Neberte nemocnému novou naději a plány do budoucna, i když by byly podle nás zcela nereálné. Nemusíte věřit, že se nemocný uzdraví, ale jsme povinni připustit, že se uzdravit může (Vorlíček, 1993).

### 5. Výzkumné otázky a testovací hypotézy

#### Výzkumné otázky vztahující se k prvnímu dílčímu cíli:

- Jaké je zastoupení žen a mužů v testovaném souboru?
- Jaké mají pacienti v testovaném souboru vzdělání?
- Jaký je rodinný stav pacientů v testovaném souboru?

#### Výzkumné otázky vztahující se ke druhému dílčímu cíli:

- Jak velká část pacientů byla informovaná o správné výživě u nádorových onemocnění?
- Jak velká část pacientů měla potíže při konzumaci jídla?

#### Výzkumné otázky vztahující se ke třetímu dílčímu cíli:

- Jakými metodami byli respondenti léčeni?
- Jak velká skupina pacientů byla léčena kombinovanou metodou?

#### Výzkumné otázky vztahující se ke čtvrtému dílčímu cíli:

- Jaké jsou nejčastější zdravotní problémy pacientů?
- Zlepšilo se sucho v ústech a problém s polykáním tuhé stravy od první do poslední návštěvy?

#### Výzkumné otázky k hlavnímu cíli:

- Jak hodnotili pacienti kvalitu života při první návštěvě a jak při poslední?

**Testované hypotézy vztahující se k poslední výzkumné otázce ze čtvrtého dílčího cílu**

$H_0$ : U klientů nedojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_A$ : U klientů dojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_0$ : U klientů nedojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_A$ : U klientů dojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

## 6. Metodika výzkumu

Pro získání nutných informací k výzkumu byl použit vlastní dotazník a dva standardizované dotazníky. Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace založené na nepřímém dotazování se respondentů s použitím předem formulovaných písemných otázek (Bártlová, 2008).

K získání potřebných údajů na diplomovou práci byly použity dva celosvětově uznávané dotazníky k hodnocení kvality života EORTC QLQ-30 a EORT QLQ-H&N35. Dále byl použit vlastní dotazník k zjišťování rodinného a sociálního zázemí a v neposlední řadě byla použita zdravotnická dokumentace. Dotazník EORTC QLQ-30 obsahuje celkem devět škál. Pět funkčních škál – tělesná, kognitivní, emocionální, sociální a vykonávání rolí. Tři symptomové škály: únava, bolest, nevolnost/zvracení a jedna globální škála týkající se zdraví a kvality života. Dotazník zahrnuje několik jednotlivých příznaků (dušnost, ztrátu chuti, poruchu spánku, zácpu a průjem) a dopad nemoci a léčby na finanční stránku pacienta (<http://apntoolkit.mcmaster.ca>, 2012).

EORT QLQ-H&N35 je používán jako jeden ze standardních nástrojů v měření kvality života u pacientů s nádory hlavy a krku a je doplňkovým nástrojem pro dotazník EORTC QLQ-C30. V tomto dotazníku jsou zastoupeny otázky týkající se bolesti, problémů při jídle, problémů při komunikaci a ostatní problémy. Každý pacient vyplňoval tyto dotazníky několikrát, a to při každé návštěvě v ekoporadně. Většina otázek se hodnotila čtyřbodovou škálou možností: vůbec ne, trochu, dost, velmi hodně. Všechny otázky měly uzavřenou možnost odpovědi.

Před začátkem výzkumného šetření byla podána žádost v krajské nemocnici o povolení provedení výzkumu k diplomové práci. Na základě schválení žádosti jsme začali provádět dotazníkové šetření v rámci onkoporadny ORL kliniky. Při prvním vyplňování dotazníku jsme stručně vysvětlili záměr výzkumného šetření a ujistili jsme pacienty o anonymním zpracování dat. Všichni klienti před zahájením vyplňování dotazníku podepisovali informovaný souhlas.

## **7. Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů**

V kvantitativním výzkumu byl výběr pacientů záměrný, celkem bylo v období 7. 1. 2011 – 16. 12. 2011 osloveno 119 klientů onkoporadny, kteří byli po léčbě nádorů orofaryngu, nazofaryngu, hypofaryngu a dutiny ústní. Z toho devět pacientů bylo vyřazeno z důvodu recidivy onemocnění, úmrtí nebo podruhé odmítli vyplnit dotazník. Vlastní dotazníkové šetření absolvovalo 110 klientů, ale do statistického zpracování dat bylo zařazeno 89 pacientů.

## **8. Statistické zpracování dotazníku**

Dotazníky byly zpracovávány v březnu a v dubnu roku 2012. Ke zpracování byly použity ty dotazníky, které byly vyplněny u stejného pacienta nejméně dvakrát. Podmínkou našeho výzkumné šetření však nebyla návštěva v onkoporadně více jak dvakrát, ale pro zvýšení objektivity byli z výzkumného šetření vyřazeni pacienti, kteří dotazník vyplnili pouze jednou.

Z celkového počtu 110 pacientů byly použity dotazníky od 89 klientů, 21 dotazníků bylo vyřazeno, protože byly od pacientů, kteří jej vyplňovali jen jednou. Při vyhodnocování byly dotazníky rozděleny na ty, které byly získané při první návštěvě v ambulanci, a na vyplněné při poslední návštěvě v ambulanci.

Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010. Každá otázka z dotazníku byla vyhodnocována zvlášť. Výsledky výzkumu jsou vyjádřeny v tabulkách a v grafech. V tabulkách je obsažena absolutní a relativní četnost v procentech. Pro vyhodnocení testovaných hypotéz byl vybrán neparametrický Wilcoxonův párový test.

## 9. Analýza výsledků výzkumného šetření

V této kapitole se budeme zabývat vyhodnocením odpovědí pacientů na jednotlivé otázky. Tato data byla umístěna do tabulek. Hodnoty testovaného souboru byly vyjádřeny v absolutních četnostech a relativních četnostech v procentech. U některých otázek byly použity také grafy. Pro sumarizaci informací z tabulek a grafů byla použita popisná statistika.

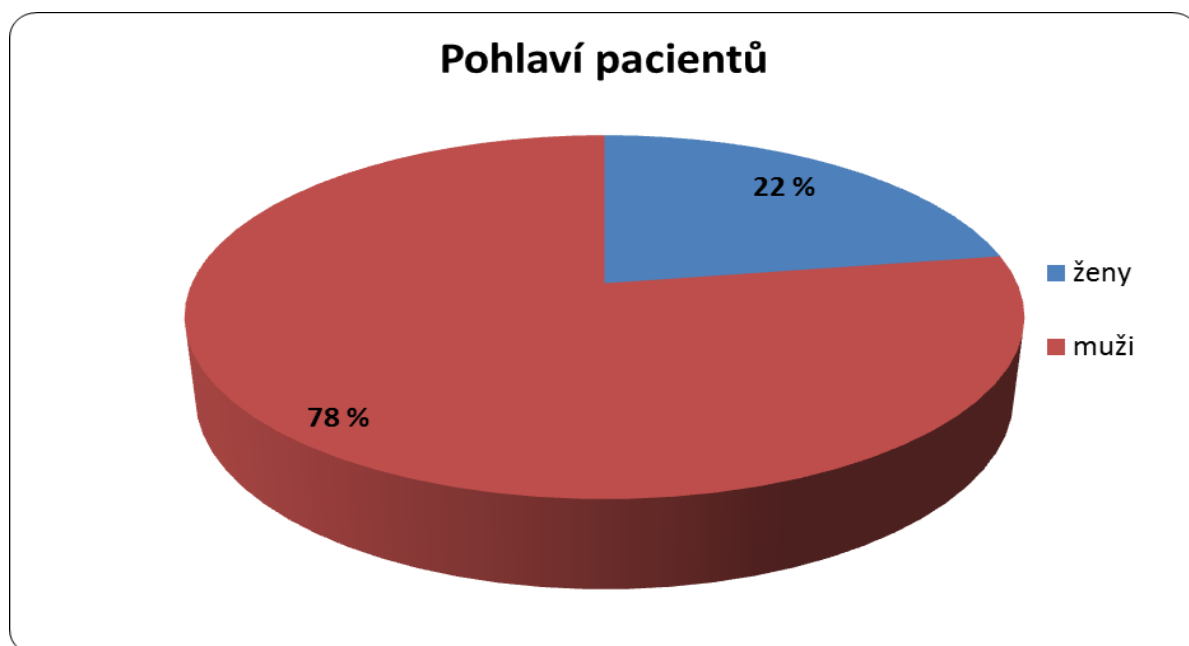
### 9.1. Vyhodnocení všeobecného dotazníku

#### *Zastoupení pacientů dle pohlaví*

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví pacientů	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ženy	20	22
Muži	69	78
Celkem	89	100

Do výzkumného šetření bylo zahrnuto celkem 89 pacientů onkoporadny. Výzkumné dotazníky byly vyplněny od 20 žen, což je 22 %. Mužů bylo 69 a byli tedy zastoupeni podstatně více, tvoří 78 %.



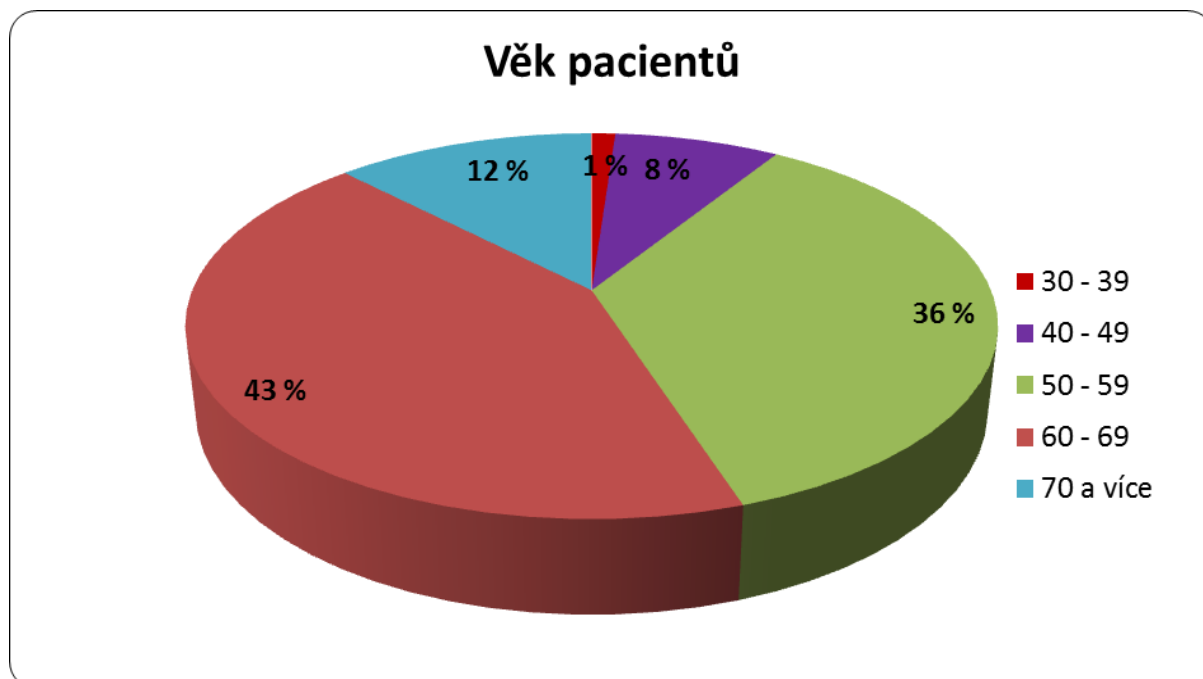
Obrázek 1: Graf - Pohlaví respondentů

### Zastoupení pacientů dle věku

Tabulka 2: Věková struktura respondentů

Věk pacientů	absolutní četnost	relativní četnost v %
30 - 39	1	1
40 - 49	7	8
50 - 59	32	36
60 - 69	38	43
70 a více	11	12
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Průměrný věk respondentů ve výzkumném šetření byl 59, 44 let, z toho nejstarší byl 84letý muž a nejmladší 33letá žena. Z tabulky č. 2 je patrné, že nejvíce respondentů s nádory hlavy a krku spadá do věkových kategorií 50 – 59 let a 60 – 69 let. Ve skupině od 50 – 59 let je pacientů 32, což je 36 %, a ve věku 60 – 69 let je 38 pacientů, kteří tak tvoří 43 %. Naopak nejméně je ve skupině 30 – 39 let, a to jeden respondent. V kategorii 40 – 49 let je sedm respondentů, což je v relativní četnosti 8 %.



Obrázek 2: Graf - Věk pacientů

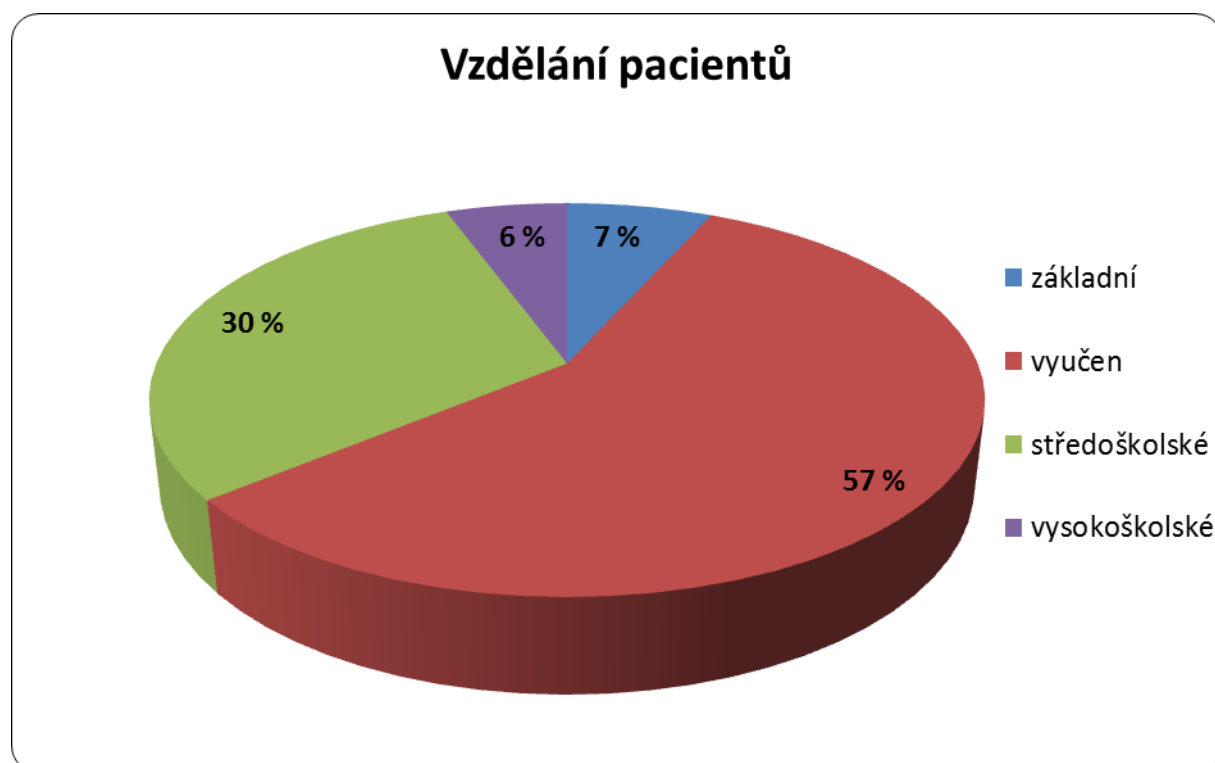


### Zastoupení pacientů dle vzdělání

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání pacientů	absolutní četnost	relativní četnost v %
Základní	6	7
Vyučen	51	57
Středoškolské	27	30
Vysokoškolské	5	6
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z tabulky č. 3 je patrné, že nejvíce respondentů je vyučeno a se středoškolským vzděláním. Naopak nejméně je se základním a vysokoškolským vzděláním. Respondentů se základním vzděláním je šest (7 %), vyučených je 51 (57 %), se středoškolským vzděláním je 27 (30 %) a s vysokoškolským pět (6 %).



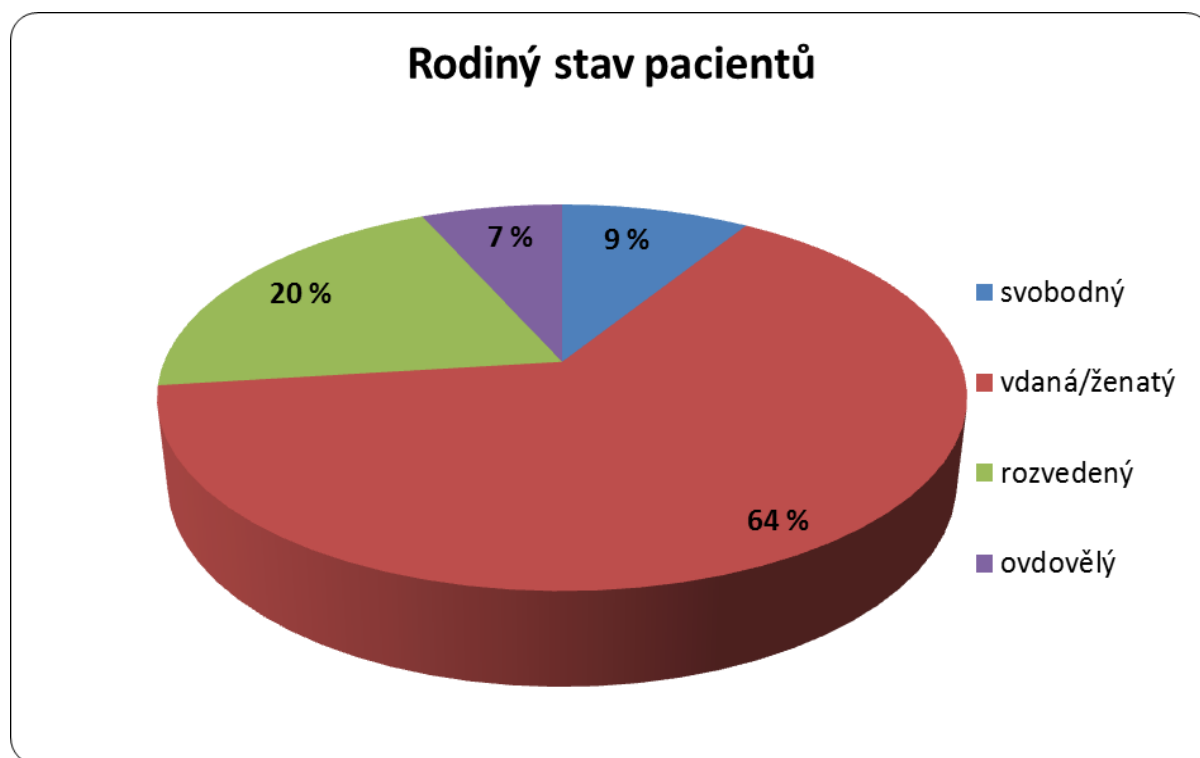
Obrázek 3: Graf - Vzdělání pacientů

### Zastoupení pacientů dle rodinného stavu

Tabulka 4: Rodinný stav pacientů

Rodinný stav pacientů	absolutní četnost	relativní četnost v %
Svobodný	8	9
Vdaná/ženatý	57	64
Rozvedený	18	20
Ovdovělý	6	7
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu pacientů je nejvíce pacientů ženatých nebo vdaných a nejméně ovdovělých. Svobodných respondentů bylo osm (9 %), vdaných nebo ženatých 57 (64 %), rozvedených 18 (20 %) a ovdovělých šest (7 %).



Obrázek 4: Graf - Rodinný stav pacientů

### Zastoupení pacientů dle počtu dětí

Tabulka 5: Počet dětí respondentů

Počet dětí	absolutní četnost	relativní četnost v %
Žádné	12	13
Jedno	10	11
Dvě	46	52
Tři	18	20
Více	3	3
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Většina pacientů výzkumného šetření má dvě děti. 12 respondentů (13 %) je bezdětných, jedno dítě má 10 pacientů (tj. 11 %), dvě 46 (52 %), tři 18 (20 %) a více než tři děti mají tři respondenti (3 %).

### Vzdálenost bydliště pacientů od onkoporadny

Tabulka 6: Vzdálenost do ambulance

Vzdálenost do ambulance	absolutní četnost	relativní četnost v %
Do 25 km	30	34
Do 50 km	23	26
Do 75 km	17	19
Do 100 km	18	20
Více	1	1
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z tabulky č. 6 je patrné, že nejvíce respondentů (30, tj. 34 %) dojíždí maximálně 25 kilometrů. Cestu do 50 km musí absolvovat 23 (26 %) pacientů, do 75 km 17 (19 %), do 100 km 18 (20 %) pacientů a ze vzdálenosti větší než 100 km je jeden (1 %) pacient. Můžeme konstatovat, že většina klientů dojíždí do onkoporadny z relativně velké dálky.

### Doprovod pacientů do onkoporadny

Tabulka 7: Doprovod k vyšetření

Doprovod k vyšetření	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	20	22
Ne	69	78
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu pacientů potřebuje doprovodit do ambulance 20 respondentů, což je 22 %. Doprovod nepotřebuje 69 pacientů, kteří tak tvoří 78 %.

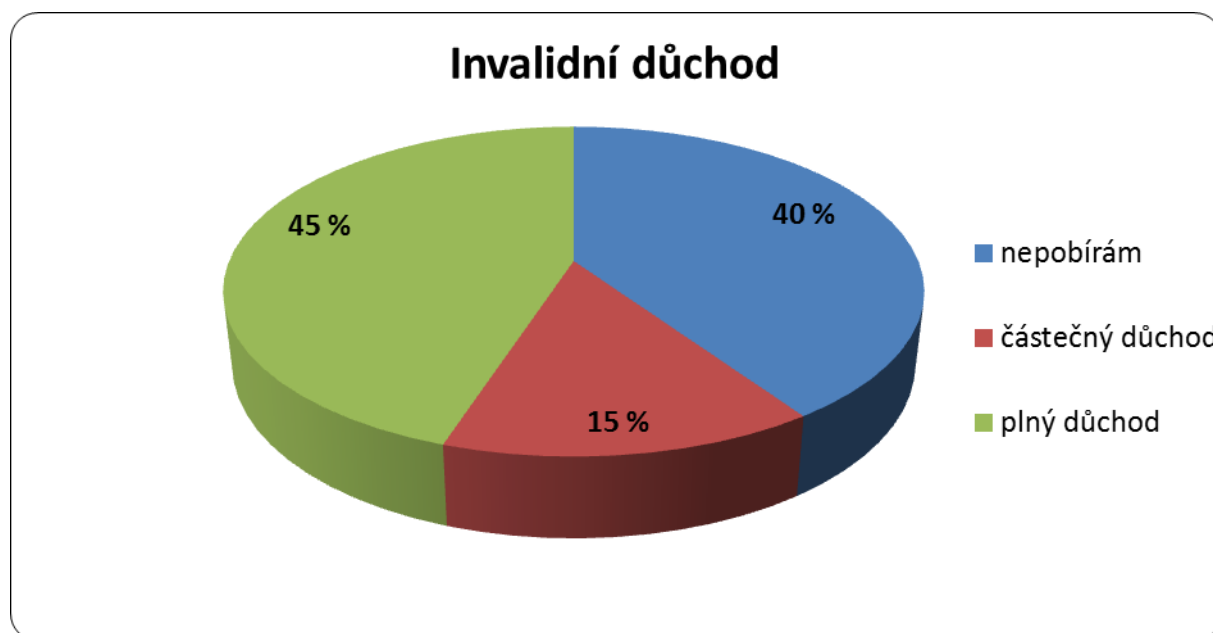
### Zastoupení pacientů dle zaměstnání

Tabulka 8: Zaměstnání respondentů

Zaměstnání	absolutní četnost	relativní četnost v %
Zaměstnanec	6	7
Nezaměstnaný	1	1
OSVČ	1	1
V domácnosti	0	0
Starobní důchod	28	31
Invalidní důchod plný	40	45
Invalidní důchod částečný	13	15
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky je patrné, že nejvíce pacientů ambulance má invalidní důchod plný anebo starobní důchod. Zaměstnaných respondentů je šest, což je 7 %, nezaměstnaný je jeden (1 %), jako OSVČ se žíví jeden pacient (1 %), ve starobním důchodě je 28 (31 %) pacientů, plný invalidní důchod má 40 (45 %) a v částečném invalidním důchodě je 13 (15 %) pacientů.

Zastoupení pacientů dle pobírání invalidního důchodu



Obrázek 5: Graf - Invalidní důchod respondentů

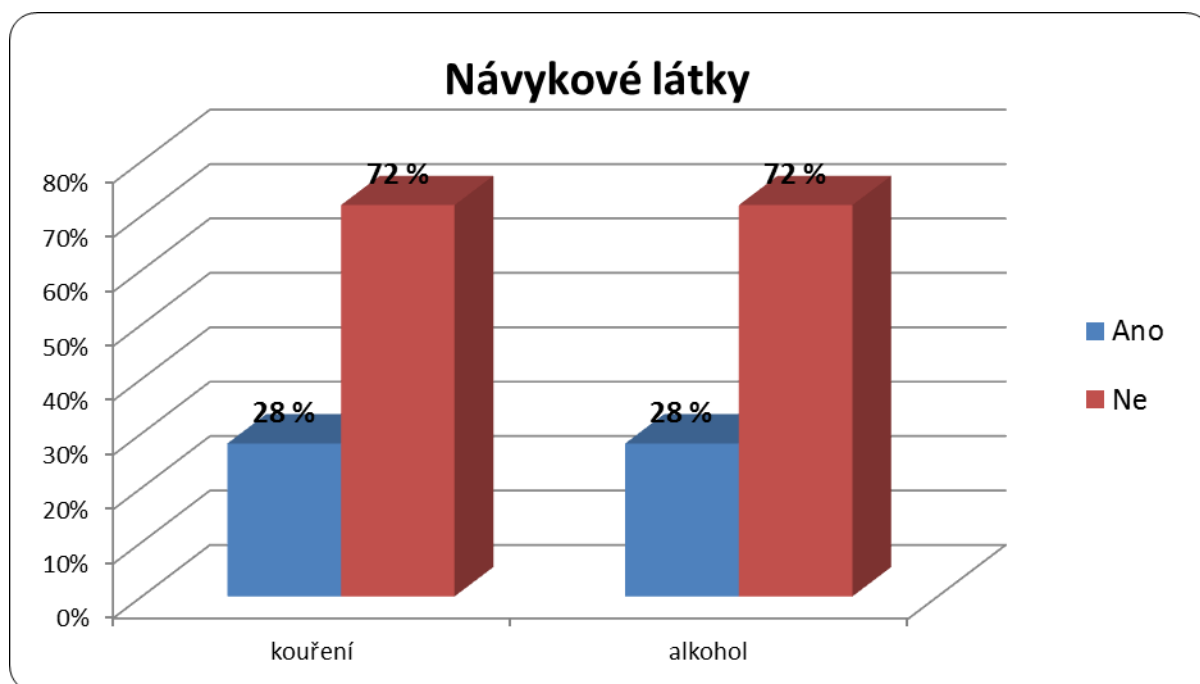
Invalidní důchod z celkového počtu 89 respondentů nepobírá 36 pacientů, kteří tvoří 40 %. Částečný invalidní důchod má 13, tj. 15 %. Plný invalidní důchod pobírá 40 klientů, což je 45 %.

## Užívání návykových látek u pacientů s nádory

Tabulka 9: Návykové látky

Návykové látky	kouření		alkohol	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	25	28	25	28
Ne	64	72	64	72
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Přestože jsou kouření a alkohol rizikovými faktory nádorů hlavy a krku, asi ¼ pacientů tyto návykové látky užívá. Z celkového počtu pacientů jich kouří 25 (28 %), nekuřáků je 64 (72 %). U konzumace alkoholu 25 (28 %) respondentů odpovědělo, že alkohol požívá. 64 (72 %) pacientů nepožívá. Z tabulky i grafu si můžeme povšimnout, že mezi návykovými látkami užívanými pacienty jsou alkohol a kouření zastoupeny rovnoměrně.



Obrázek 6: Graf - Návykové látky

Zastoupení pacientů, kteří byli informováni o správné výživě u nádorového onemocnění

Tabulka 10: Informovanost o výživě

Informovanost o výživě u nádorového onemocnění	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	69	78
Ne	20	22
<b>Celkem</b>	89	100

U této problematiky výzkumné šetření ukázalo, že většina pacientů byla informovaná o správné výživě u nádorového onemocnění. Informovaných respondentů bylo 69, což je 78 %, zbylých 20 (22 %) informováno nebylo.



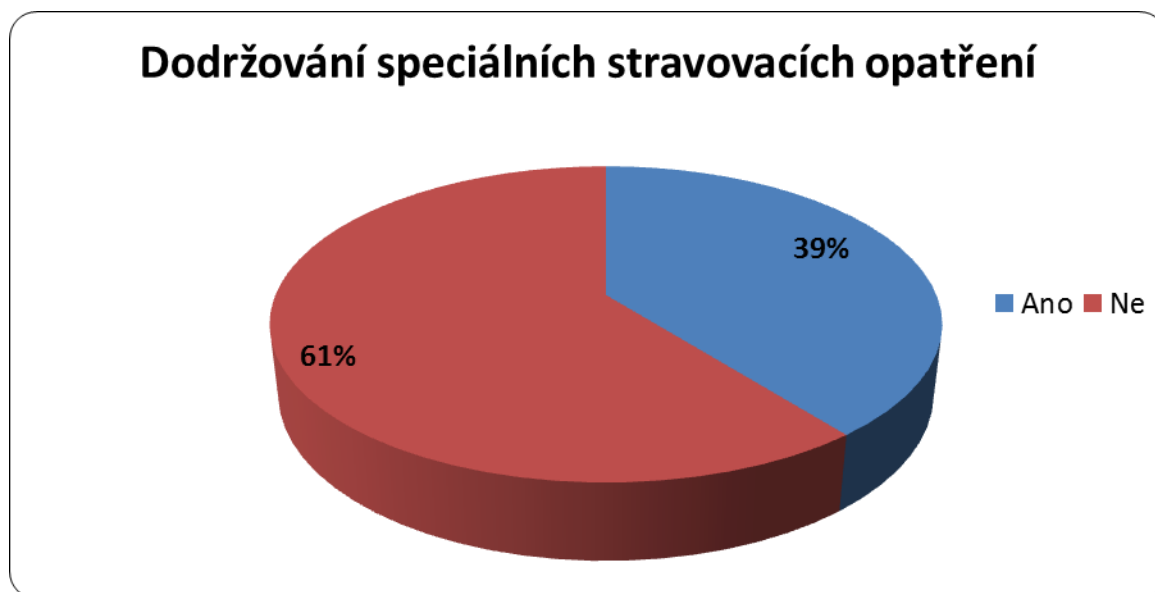
Obrázek 7: Graf - Informovanost o výživě

Dodržování speciálních stravovacích opatření u pacientů s nádory

Tabulka 11: Dodržování speciálních stravovacích opatření

Dodržování speciálních stravovacích opatření	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	35	39
Ne	54	61
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky je patrné, že respondenti stravovací opatření patrně nedodržují. Na tuto otázku kladně odpovědělo 39% tazanych a to je 35. Zápornou odpověď dalo 54 pacientů tvořících 61 %.



Obrázek 8: Graf - Dodržování speciálních stravovacích opatření

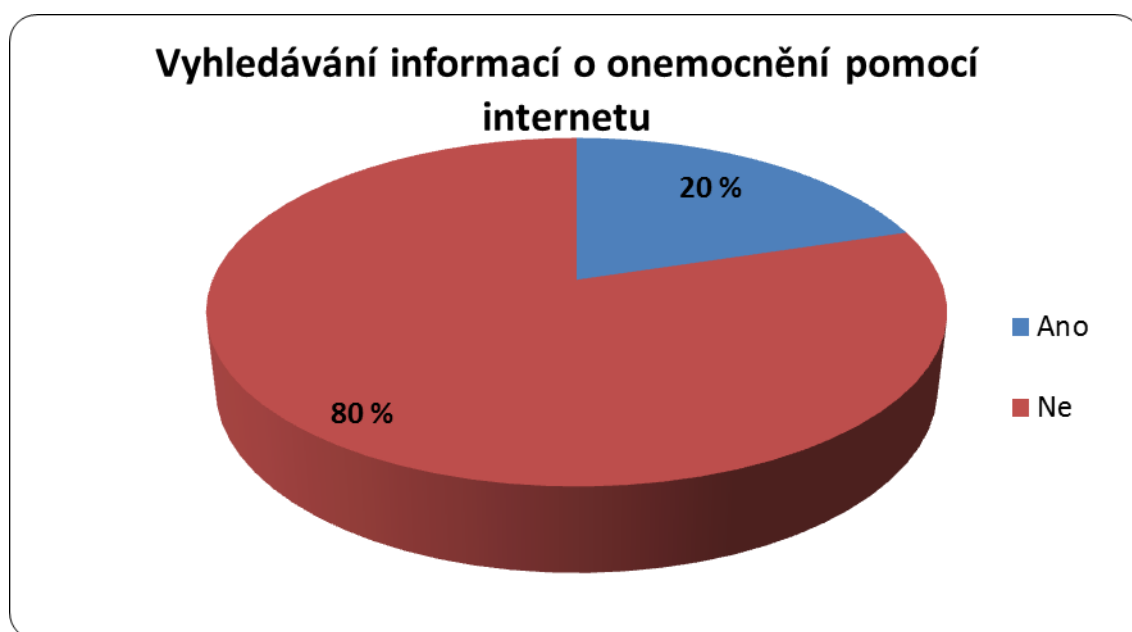


Zastoupení pacientů používajících internet k získávání informací o onemocnění

Tabulka 12: Vyhledávání informací o nemoci pomocí internetu

Informace z internetu	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	18	20
Ne	71	80
<b>Celkem</b>	89	100

Z celkového počtu dotazovaných pacientů informace o onemocnění na internetu hledá 18 pacientů, což je 20 %. 71 respondentů na internetu tyto informace nevyhledává, tito tvoří 80 %.



Obrázek 9: Graf - Vyhledávání informací o onemocnění pomocí internetu

### Zastoupení pacientů ve sdružení nemocných

Tabulka 13: Sdružení nemocných

Člen sdružení nemocných	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	3	3
Ne	86	97
<b>Celkem</b>	89	100

Z této tabulky je zřetelné, že převážná většina pacientů není členem sdružení nemocných. Ve sdružení nemocných jsou pouze tři respondenti a tvoří 3 %, zbylých 86 respondentů, tedy 97 %, nejsou členy žádného sdružení nemocných.



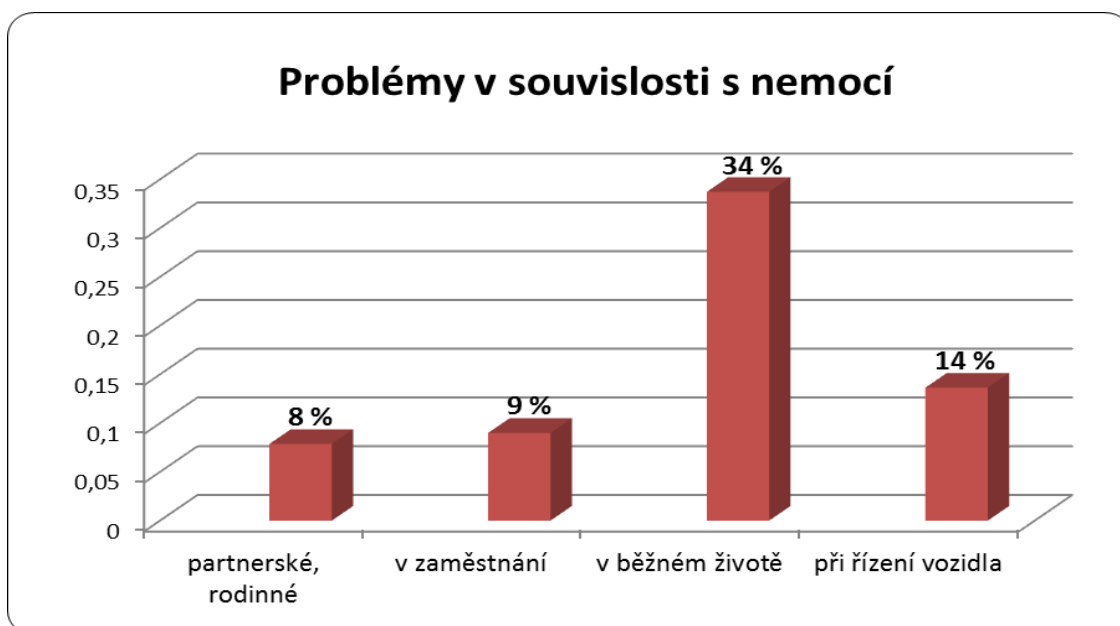
Obrázek 10: Graf – Členství ve sdružení nemocných

## Zastoupení pacientů s problémy souvisejícími s nemocí

Tabulka 14: Problémy související s nemocí

Problémy spojené s onemocněním	Problémy partnerské, rodinné		Problémy v zaměstnání	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	7	8	8	9
Ne	82	92	81	91
Celkem	89	100	89	100
	Problémy v běžném životě		Problémy při řízení vozidla	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	30	34	12	14
Ne	59	66	76	86
Celkem	89	100	88	100

Většina dotazovaných pacientů nemá v souvislosti s nemocí další problémy. Ti, kteří nějaké komplikace pociťují, nejčastěji uvádějí problémy v běžném životě, což je zřejmé z obrázku č. 9. Problémy partnerské má sedm (8 %) respondentů, v zaměstnání osm (9 %), při řízení vozidla 12 (14 %) a v běžném životě má další problémy 30 respondentů, kteří tak tvoří 34 %. Naopak bez partnerských problémů žije 82 (92 %) pacientů, problémy v zaměstnání nepociťuje 81 (91 %) z nich. Bez problémů při řízení vozidla je 76 (86 %) respondentů a v běžném životě 59, což je 66 % dotazovaných.



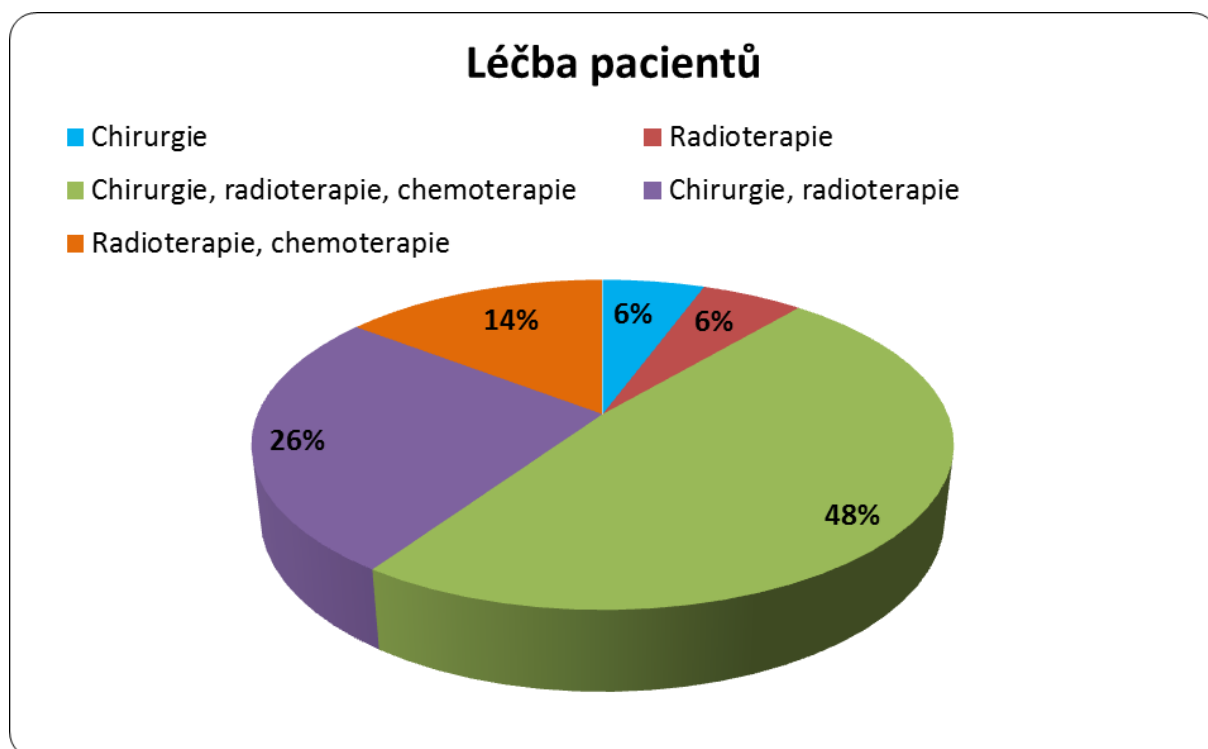
Obrázek 11: Graf - Problémy v souvislosti s nemocí

### Léčba pacientů onkoporadny

Tabulka 15: Celková léčba respondentů

Léčba pacientů	absolutní četnost	relativní četnost v %
Chirurgická léčba	71	80
Radioterapie	84	94
Chemoterapie	56	63

Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že většina pacientů byla léčena chirurgicky a radioterapií. U většiny pacientů byla léčba nádorů hlavy a krku kombinovaná. Jen pět (6 %) respondentů bylo léčeno chirurgicky a pět (6 %) radioterapií. Chirurgií, radioterapií a chemoterapií současně bylo léčeno 43 (48 %) klientů, chirurgií a radioterapií 23 (26 %) a chemoterapií a radioterapií 13 (14 %) pacientů. Celkově bylo chirurgickou léčbou léčeno 71, radioterapií 84 a chemoterapií 56 pacientů.



Obrázek 12: Graf - Léčba pacientů

## 9.2. Vyhodnocení dotazníku EORTC QLQ-30

*Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru?*

Tabulka 16: Potíže při vykonávání namáhavější činnosti

Potíže při vykonávání namáhavějších činností	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	20	22	18	20
Trochu	41	46	42	47
Dost	16	18	20	22
Velmi hodně	12	13	9	10
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou udávali, že při namáhavějších činnostech mají potíže jen trochu. Respondentů, kteří udávali potíže „jen trochu“, bylo 41, což je 46 %, „vůbec ne“ 20 (22 %), „dost“ 16 (18 %) a „velmi hodně“ 12 (13 %).

Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže mají jen trochu. Těchto bylo 42, tj. 47 %, vůbec ne 18 (20 %), dost 20 (22 %) a velmi hodně devět (10 %).

*Míváte potíže při dlouhé procházce?*

Tabulka 17: Potíže při dlouhé procházce

Potíže při dlouhé procházce	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	35	39	30	34
Trochu	33	37	35	39
Dost	13	15	17	19
Velmi hodně	8	9	7	8
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nemají problémy při dlouhých procházkách, nebo je mají jen trochu. Respondentů, kteří neudávali potíže bylo 35 (39 %), mírné obtíže mělo 33 (37 %), výrazné 13 (15 %) a s velmi silnými obtížemi se potýkalo osm (9 %) respondentů.

Od první návštěvy do poslední se odpovědi zásadně nelišily, logicky došlo jen k mírnému zvýšení položky dost. Nejvíce respondentů odpovědělo, že má problémy při dlouhých procházkách jen trochu 35 (39 %), vůbec ne 30 (34 %), dost 17 (19 %) a velmi hodně sedm (8 %).

Míváte potíže při krátké procházce venku?

Tabulka 18: Potíže při krátkých procházkách

Potíže při krátké procházce	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	68	76	64	72
Trochu	14	16	17	19
Dost	5	6	5	6
Velmi hodně	2	2	3	3
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Jak vyplývá z této tabulky, většina pacientů odpovídala, že při krátkých procházkách nemá problémy, případně má problémy jen trochu. Zbylé dvě položky měly nevýrazné výsledky jak u první, tak i u poslední návštěvy v ambulanci. Respondentů, kteří při první návštěvě vybrali možnost „vůbec ne“ bylo 68 (76 %) a „trochu“ 14 (16 %). Při poslední návštěvě položku „vůbec ne“ označilo 64 respondentů, což je 72 %, a odpověď „trochu“ 17 vybralo 19 % klientů.

Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?

Tabulka 19: Pomoc při běžných činnostech

Pomoc při běžných denních činnostech	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	76	85	77	87
Trochu	8	9	8	9
Dost	3	3	3	3
Velmi hodně	2	2	1	1
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z odpovědí je patrné, že velká většina pacientů nepotřebuje pomoc při běžných denních činnostech. Při první návštěvě respondenti nejčastěji udávali odpověď vůbec ne a tak tomu bylo i u poslední návštěvy. Během první návštěvy zvolilo odpověď vůbec ne 76 klientů, tedy 85 %, u poslední návštěvy pak 77 pacientů tvořících 87 %.

Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?

Tabulka 20: Omezení v práci nebo při výkonu každodenních činností

Omezení v práci nebo při výkonu jiných činností	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	47	53	44	49
Trochu	24	27	34	38
Dost	14	16	7	8
Velmi hodně	4	4	4	4
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nebyli omezeni v práci nebo při jiných činnostech, případně že jsou omezeni jen trochu. Respondentů, kteří odpovídali „vůbec ne“, bylo 47 (53 %), „trochu“ 24 (27 %), „dost“ 14 (16 %) a „velmi hodně“ čtyři (4 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nelišily, došlo jen k mírnému zvýšení položky trochu a snížení odpovědi dost. Při poslední návštěvě zvolilo položku vůbec ne 44 (49 %) respondentů, trochu 34 (38 %), dost sedm (8 %) a velmi hodně čtyři (4 %).

Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?

Tabulka 21: Omezení při provádění koníčků ve volném čase

Omezení při provádění koníčků ve volném čase	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	54	61	49	55
Trochu	15	17	30	34
Dost	15	17	7	8
Velmi hodně	5	6	3	3
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Jak ukazuje tabulka č. 21, nejvíce pacientů odpovídalo, že nejsou omezeni v provádění svých koníčků. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“ bylo 54 (61 %), „trochu“ 15 (17 %), „dost“ 15 (17 %) a „velmi hodně“ pět (6 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi nijak výrazně nezměnily, došlo jen k mírnému vzestupu položky trochu, na úkor odpovědi dost. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 49 (55 %) respondentů, trochu 30 (34 %), dost sedm (8 %) a velmi hodně tři (3 %).

Nedostávalo se Vám dechu?

Tabulka 22: Problémy s dechem

Problémy s dechem	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	55	62	48	54
Trochu	27	30	33	37
Dost	5	6	6	7
Velmi hodně	2	2	2	2
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky vyplývá, že většina pacientů odpovídala, že nemá problémy s dechem, nebo má problémy jen trochu. Další dvě položky měly nevýrazné výsledky jak u první, tak i u poslední návštěvy v ambulanci. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 55



(62 %) a „trochu“ 27 (30 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne zvolilo 48 respondentů, což je 54 %, a odpověď „trochu“ 33 tvořících 37 % klientů.

Měl/a jste bolesti?

Tabulka 23: Bolest

Bolest	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	46	52	55	62
Trochu	29	33	24	27
Dost	12	13	6	7
Velmi hodně	2	2	4	4
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nemají bolesti, nebo je mají jen trochu. 46 (52 %) respondentů udávalo odpověď vůbec ne, 29 (33 %) trochu, 12 (13 %) dost a dva respondenti (2 %) zvolili možnost velmi hodně.

Rozdíly mezi odpověďmi při první a poslední návštěvě nebyly velké, došlo jen ke snížení položky dost a trochu. Lze tudíž říci, že došlo k mírnému zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 55 (62 %) respondentů, trochu 24 (27 %), dost šest (7 %) a velmi hodně čtyři respondenti (4 %).

Potřeboval/a jste si odpočinout?

Tabulka 24: Potřeba odpočinku

Potřeba odpočinout si	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	23	26	19	21
Trochu	51	57	52	58
Dost	14	16	13	15
Velmi hodně	1	1	5	6
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první a poslední návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že si potřebují aspoň trochu odpočinout. Respondentů, kteří neudávali potíže, bylo 23 (26 %), „trochu“ 51 (57 %), „dost“ 14 (16 %) a „velmi hodně“ jeden respondent (1 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nelišily. Změny byly málo výrazné. Při poslední návštěvě zvolilo položku vůbec ne 19 (21 %) respondentů, trochu 52 (58 %), dost 13 (15 %) a velmi hodně pět pacientů (6 %).

Měl/a jste potíže se spaním?

Tabulka 25: Potíže se spaním

Potíže se spaním	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	53	60	49	55
<b>Trochu</b>	20	22	28	31
<b>Dost</b>	15	17	6	7
<b>Velmi hodně</b>	1	1	6	7
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Během vyplňování dotazníku při první návštěvě ambulance pacienti většinou udávali, že nemají potíže se spaním, nebo že je mají jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 53 (60 %), „trochu“ 20 (22 %), „dost“ 15 (17 %) a „velmi hodně“ jeden respondent (1 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nelišily. Došlo ke snížení položky dost a ke zvýšení velmi hodně. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 49 respondentů (55 %), trochu 28 (31 %), dost 6 (7 %) a velmi hodně 6 (7 %).

Cítil/a jste se slabý/á?

Tabulka 26: Slabost

Slabost	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	35	39	30	34
Trochu	38	43	44	49
Dost	12	13	12	13
Velmi hodně	4	4	3	3
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z následující tabulky je patrné, že klienti se cítili slabí trochu, nebo vůbec necítili slabost. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 35 (39 %), „trochu“ 38 (43 %), „dost“ 12 (13 %) a „velmi hodně“ čtyři (4 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi téměř nelišily. Došlo jen k mírnému vzestupu položky trochu. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 30 respondentů (34 %), trochu 44 (49 %), dost 12 (13 %) a velmi hodně tři respondenti (3 %).

Chyběla Vám chuť k jídlu?

Tabulka 27: Chuť k jídlu

Chuť k jídlu	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	49	55	48	54
Trochu	25	28	25	28
Dost	9	10	9	10
Velmi hodně	6	7	7	8
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Jak vyplývá z této tabulky, většina pacientů odpovídala, že jim nechyběla chuť k jídlu, případně jen trochu. Zbylé dvě položky měly nevýrazné výsledky jak u první, tak i u poslední návštěvy v ambulanci. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 49 (55 %) a „trochu“ 25 (28 %). Při poslední návštěvě možnost vůbec ne zvolilo 48 respondentů, což je 54 % z celkového počtu, a odpověď trochu vybralo 25 pacientů tvořících 28 %.

### Měl/a jste žaludeční potíže?

Tabulka 28: Žaludeční potíže

Žaludeční potíže	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	65	73	63	71
Trochu	19	21	16	18
Dost	2	2	6	7
Velmi hodně	3	3	4	4
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nemají žaludeční potíže, nebo je mají jen malé. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 65 (73 %), 19 (21 %) zvolilo možnost „trochu“, „dost“ dva (2 %) a „velmi hodně“ tři respondenti (3 %).

Rozdíly mezi odpověďmi z dotazníků z první a poslední návštěvy ambulance nebyly příliš velké. Došlo k mírnému zvýšení položky dost, tutíž lze říci, že došlo k mírnému zhoršení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 63 respondentů (71 %), trochu 16 (18 %), dost šest (7 %) a velmi hodně čtyři respondenti (4 %).

### Zvracel/a jste?

Tabulka 29: Zvracení

Zvracení	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	84	94	84	94
Trochu	3	3	1	1
Dost	2	2	2	2
Velmi hodně	0	0	2	2
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Na první pohled je evidentní, že naprostá většina pacientů během týdne před návštěvou ambulance nezvracela. Při první návštěvě respondenti nejčastěji udávali odpověď „vůbec ne“ a tak tomu bylo i u poslední návštěvy. Během první návštěvy zvolilo odpověď „vůbec ne“ 84 klientů, což je 94 %, a u poslední 84 klientů, kteří tak tvoří 94 %.

Měl/a jste zácpu?

Tabulka 30: Zácpa

Zácpa	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	77	87	76	85
Trochu	10	11	11	12
Dost	2	2	2	2
Velmi hodně	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky je zjevné, že většina pacientů při první ani poslední návštěvě netrpěla zácpou. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 77 (87 %) a „trochu“ 10 (11 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne zvolilo 76 respondentů, což je 85 %, a odpověď trochu vybrali 11 klientů tvořících 12 % z celkového počtu. Ostatní dvě položky měly nevýrazné výsledky jak u první, tak u poslední návštěvy v ordinaci.

Měl/a jste průjem?

Tabulka 31: Průjem

Průjem	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	80	90	80	90
Trochu	8	9	7	8
Dost	1	1	1	1
Velmi hodně	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Jak vyplývá z této tabulky, většina pacientů během první i poslední návštěvy odpovídala, že netrpěla průjmem. U první návštěvy odpověď „vůbec ne“ zvolilo 80 respondentů (90 %) a u poslední 80, což je 90 %. Další dvě položky neměly ani u jedné z návštěv výrazné výsledky.

Byl/a jste unaven/a?

Tabulka 32: Unavenost

Unavenost	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	29	33	24	27
Trochu	42	47	49	55
Dost	15	17	12	13
Velmi hodně	3	3	4	4
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z následující tabulky je patrné, že většina klientů se trochu cítili unaveni nebo vůbec necítili únavu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 29 (33 %), „trochu“ 42 (47 %), „dost“ 15 (17 %) a „velmi hodně“ tři (3 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi téměř nijak nelišily, došlo jen k mírnému vzestupu položky trochu. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 24 respondentů (27 %), trochu 49 (55 %), dost 12 (13 %) a velmi hodně čtyři (4 %).

Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?

Tabulka 33: Narušení každodenních aktivit bolestí

Narušení každodenních aktivit bolestí	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	61	69	58	65
Trochu	20	22	24	27
Dost	5	6	2	2
Velmi hodně	3	3	5	6
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z tabulky je patrné, že většina pacientů při první ani poslední návštěvě netrpěla bolestí při konání každodenních aktivit, případně měli jen malé bolesti. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 61 (69 %) a „trochu“ 20 (22 %). Při poslední návštěvě možnost vůbec ne vybralo 58 respondentů, což je 65 %, a odpověď trochu 24 klientů tvořících 27 % z celkového počtu. Zbylé dvě položky měly nevýrazné výsledky jak u první návštěvy, tak i u poslední.

Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?

Tabulka 34: Problém soustředit se na čtení novin nebo na sledování televize

Problém soustředit se na čtení novin nebo sledování televize	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	72	81	67	75
Trochu	9	10	18	20
Dost	7	8	2	2
Velmi hodně	1	1	2	2
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nemají problémy soustředit se na čtení novin či sledování televize, nebo že mají jen malé problémy s koncentrací při těchto aktivitách. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 72 (81 %), možnost „trochu“ zvolilo devět dotazovaných (10 %), „dost“ sedm (8 %) a „velmi hodně“ jeden (1 %).

Odpovědi z první návštěvy se od těch z návštěvy poslední výrazně nelišily, došlo jen k mírnému zvýšení položky trochu a snížení odpovědi dost. Lze proto říci, že došlo k mírnému zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo položku vůbec ne 67 respondentů (75 %), trochu 18 (20 %), dost dva (2 %) a velmi hodně také dva respondenti (2 %).

Cítil/a jste napětí?

Tabulka 35: Napětí respondentů

Napětí pacienta	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	64	72	61	69
Trochu	19	21	23	26
Dost	6	7	4	4
Velmi hodně	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z tabulky je patrné, že většina pacientů při první i poslední návštěvě netrpěla napětím, nebo trpěla jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 64 (72

%) a „trochu“ 19 (21 %). Při poslední návštěvě možnost vůbec ne vybralo 61 respondentů, což je 69 %, a odpověď trochu 23 respondentů tvořících 26 % z celkového počtu dotazovaných. Další dvě položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani u poslední návštěvy.

### Cítil/a jste obavy?

Tabulka 36: Obavy pacientů

Obavy pacienta	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	55	62	62	70
<b>Trochu</b>	25	28	24	27
<b>Dost</b>	7	8	1	1
<b>Velmi hodně</b>	2	2	2	2
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že obavy neměli, nebo je měli jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 55 (62 %), „trochu“ 25 (28 %), „dost“ sedm (8 %) a opravdu velké obavy pocítovali dva respondenti (2 %).

Odpovědi z první návštěvy se od těch z té poslední výrazně nelišily. Došlo k mírnému snížení položky dost, zde se dá říct, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou možnost vůbec ne 62 respondentů (70 %), trochu 24 (27 %), dost jeden (1 %) a velmi hodně dva respondenti (2 %).

### Cítil/a jste podráždění?

Tabulka 37: Podráždění pacientů

Podráždění pacienta	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	56	63	57	64
<b>Trochu</b>	25	28	22	25
<b>Dost</b>	6	7	7	8
<b>Velmi hodně</b>	2	2	3	3
<b>Celkem</b>	89	100	89	100



Z následující tabulky je patrné, že většina pacientů při první i poslední návštěvě necítila podráždění, nebo se cítila jen trochu podrážděná. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 56 (63 %) a „trochu“ 25 (28 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne dalo 57 respondentů, což je 64 %, a odpověď trochu zvolilo 22 respondentů, kteří tvoří 25 % dotazovaných klientů. Zbylé dvě položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani u návštěvy poslední.

Cítil/a jste se být deprivován/a?

Tabulka 38: Deprivace pacienta

Deprivace pacienta	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	63	71	67	75
<b>Trochu</b>	19	21	17	19
<b>Dost</b>	5	6	4	4
<b>Velmi hodně</b>	2	2	1	1
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nepocítovali deprivaci, nebo ji cítili jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 63 (71 %), „trochu“ 19 (21 %), „dost“ pět (6 %) a možnost „velmi hodně“ vybrali dva respondenti (2 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nelišily, došlo jen k mírnému zvýšení odpovědi vůbec ne, proto lze říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 67 respondentů (75 %), trochu 17 (19 %), dost čtyři (4 %) a velmi hodně jeden dotazovaný (1 %).

Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?

Tabulka 39: Problém zapamatovat si věci

Problémy zapamatovat si věci	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	59	66	52	58
Trochu	20	22	30	34
Dost	8	9	6	7
Velmi hodně	2	2	1	1
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z tabulky si můžeme všimnout, že většina pacientů neměla problémy si zapamatovat věci, nebo měla tento problém jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 59 (66 %), „trochu“ 20 (22 %), „dost“ osm (9 %) a „velmi hodně“ dva (2 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nelišily, došlo k vzestupu položky trochu. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou odpověď vůbec ne 52 respondentů (58 %), trochu 30 (34 %), dost šest (3 %) a velmi hodně čtyři (4 %).

Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho rodinného života?

Tabulka 40: Zásah fyzické kondice nebo léčby do rodinného života

Zásah fyzické kondice nebo léčby do rodinného života	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	49	55	47	53
Trochu	24	27	28	31
Dost	12	13	10	11
Velmi hodně	4	4	4	4
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance většina pacientů udávala, že jejich fyzická kondice nebo léčba nezasahovaly do rodinného života, případně že tyto zásahy byly jen malé. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 49 (55 %), „trochu“ 24 (27 %), „dost“ 12 (13 %) a „velmi hodně“ čtyři pacienti (4 %).

Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy. Nejvíce respondentů, to je 47 (53%), opět udávalo, že potíže nemají vůbec. Možnost trochu vybralo 28 pacientů (31 %), dost 10 (11 %) a velmi hodně čtyři (4 %).

Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenských aktivit?

Tabulka 41: Zásah fyzické kondice nebo léčby do společenských aktivit

Zásah fyzické kondice nebo léčby do společenských aktivit	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	45	51	47	53
Trochu	25	28	27	30
Dost	13	15	10	11
Velmi hodně	6	7	5	6
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky je očividné, že většině pacientů fyzická kondice nebo léčba nezasahovala do společenských aktivit, případně že zasahovala jen trochu. Respondentů, kteří odpovídali „vůbec ne“, bylo 45 (51 %), „trochu“ 25 (28 %), „dost“ 13 (15 %) a „velmi hodně“ šest (7 %). Od první návštěvy do poslední nedošlo k výrazné změně odpovědí. Při poslední návštěvě zvolilo položku vůbec ne 47 respondentů (53 %), trochu 27 (30 %), dost 10 (11 %) a velmi hodně pět respondentů (6 %).

Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?

Tabulka 42: Zásah fyzické kondice nebo léčby do financí pacienta

Zásah fyzické kondice nebo léčby do financí pacienta	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	46	52	50	56
Trochu	22	25	24	27
Dost	12	13	11	12
Velmi hodně	9	10	4	4
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů odpovídala, že fyzická kondice nebo léčba do jejich financí nezasahuje, případně že je tento zásah jen malý. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 46 (52 %), „trochu“ 22 (25 %), „dost“ 12 (13 %) a „velmi hodně“ devět (10 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nelišily, došlo jen k mírnému snížení odpovědi velmi hodně, tudíž lze říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 50 respondentů (56 %), trochu 24 (27 %), dost 11 (12 %) a velmi hodně čtyři respondenti (4 %).

*Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?*

Tabulka 43: Celkové zdraví

Celkové zdraví v průběhu minulého týdne	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>1 - Velmi špatné</b>	3	3	4	4
<b>2</b>	3	3	5	6
<b>3</b>	9	10	12	13
<b>4</b>	33	37	21	24
<b>5</b>	23	26	25	28
<b>6</b>	13	15	15	17
<b>7 - Vynikající</b>	5	6	7	8
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky můžeme vidět, že nejvíce respondentů si na stupnici zvolilo čísla od čtyř do šesti, čímž se přiklání k lepšímu celkovému hodnocení zdraví během minulého týdne. Při první návštěvě nejvíce pacientů zvolilo číslo čtyři – 33 (37 %), pět – 23 (26 %) a číslo šest – 13 (15 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nelišily, došlo jen k mírnému snížení počtu odpovědi „čtyři“. Při poslední návštěvě nejvíce respondentů udávalo číslo pět – 25 (28 %), čtyři – 21 (24 %), šest – 15 (17 %) a tři – 12 (13 %). Ostatní položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani u poslední návštěvy.

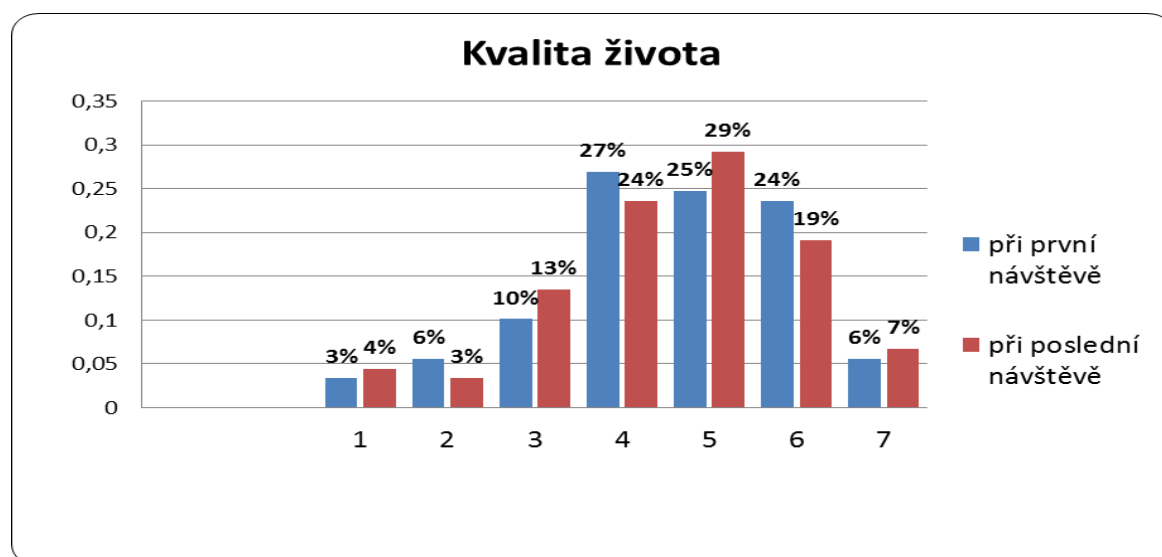
Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?

Tabulka 44: Kvalita života

Celková kvalita života v průběhu minulého týdne	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
1 - Velmi špatné	3	3	4	4
2	5	6	3	3
3	9	10	12	13
4	24	27	21	24
5	22	25	26	29
6	21	24	17	19
7 - Vynikající	5	6	6	7
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

U této tabulky i grafu je patrné, že nejvíce respondentů si na stupnici zvolilo čísla od čtyř do šesti a přiklání se tak k spíše lepšímu hodnocení kvality života během minulého týdne. Při první návštěvě nejvíce pacientů zvolilo číslo čtyři – 24 (27 %), pět – 22 (25 %), šest – 21 (24 %), tři – devět respondentů (10 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nezměnily, došlo jen k mírnému navýšení odpovědi pět. Při poslední návštěvě nejvíce respondentů udávalo číslo pět – 26 (29 %), čtyři – 21 (24 %), šest – 17 (19 %) a tři – 12 (13 %). Ostatní položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani u poslední návštěvy.



Obrázek 13: Graf - Kvalita života

### 9.3. Vyhodnocení dotazníku EORTC QLQ – H&N35

#### Bolelo Vás v ústech?

Tabulka 45: Bolest v ústech

Bolest v ústech	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	54	61	57	64
<b>Trochu</b>	24	27	25	28
<b>Dost</b>	6	7	5	6
<b>Velmi hodně</b>	5	6	2	2
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z tabulky je zřejmé, že většina pacientů při první ani poslední návštěvě neměla bolesti v ústech, nebo je měla jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 54 (61 %) a „trochu“ 24 (27 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne vybralo 57 respondentů, což je 64 %, a odpověď trochu 25 (28 %) klientů. Další dvě položky neměly ani při jedné z návštěv ambulance výrazné výsledky.

#### Bolely Vás čelisti?

Tabulka 46: Bolest čelisti

Bolest čelisti	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	59	66	58	65
<b>Trochu</b>	16	18	23	26
<b>Dost</b>	9	10	6	7
<b>Velmi hodně</b>	5	6	2	2
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů udávala, že je čelist nebolela, nebo je bolela jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 59 (66 %), „trochu“ 16 (18 %), „dost“ 9 (10 %) a možnost „velmi hodně“ zvolilo pět respondentů (6 %).

Odpovědi při poslední návštěvě v ambulanci se výrazně nelišily od první návštěvy. Došlo ke zvýšení odpovědi trochu, lze tedy předpokládat zlepšení. Opět nejvíce respondentů, to je 58

(65 %), udávalo, že potíže nemají vůbec. Trochu bolesti pociťovalo 23 pacientů (26 %), dost šest (7 %) a velmi hodně dva pacienti (2 %).

Vyskytlo se u Vás bolestivé postižení úst?

Tabulka 47: Bolestivé postižení úst

Bolestivé postižení úst	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	62	70	58	65
<b>Trochu</b>	16	18	23	26
<b>Dost</b>	7	8	6	7
<b>Velmi hodně</b>	4	4	2	2
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Jak vyplývá z této tabulky, většina pacientů odpovídala, že se u nich nevyskytlo bolestivé postižení úst, popřípadě zvolili odpověď „jen trochu“. Zbývající dvě položky měly nevýrazné výsledky u první i poslední návštěvy v ambulanci. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 62 (70 %) a „trochu“ 16 (18 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne vybralo 58 respondentů, což je 64 %, a odpověď trochu 23 (26 %).

Bolelo Vás v krku?

Tabulka 48: Bolest v krku

Bolest v krku	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	51	57	50	56
<b>Trochu</b>	23	26	32	36
<b>Dost</b>	13	15	4	4
<b>Velmi hodně</b>	2	2	3	3
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že je v krku nebolelo, nebo že je bolelo jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 51 (57 %), „trochu“ 23 (26 %), „dost“ 13 (15 %) a „velmi hodně“ dva respondenti (2 %).

Od první návštěvy do poslední došlo u dvou položek k výraznějším změnám. Více pacientů zvolilo odpověď trochu a naopak méně jich vybralo možnost dost, došlo tudíž ke zlepšení. Při

poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 50 respondentů (56 %), trochu 32 (36 %), dost čtyři (4 %) a velmi hodně tři (3 %).

Měli jste problémy při polykání tekutin?

Tabulka 49: Problémy při polykání tekutin

Problémy při polykání tekutin	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	51	57	54	61
<b>Trochu</b>	25	28	22	25
<b>Dost</b>	8	9	8	9
<b>Velmi hodně</b>	5	6	5	6
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky vyplývá, že většina klientů nemá problém při polykání tekutin, nebo ho má jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě zvolili odpověď „vůbec ne“, bylo 51 (57 %), „trochu“ 25 (28 %), „dost“ osm (9 %) a „velmi hodně“ pět (6 %).

Při poslední návštěvě v ambulanci se odpovědi téměř nelišily od první návštěvy, nelze tedy předpokládat zlepšení. Opět nejvíce respondentů (tj. 54, 61 %) udávalo, že potíže nemají vůbec. Možnost trochu vybralo 22 respondentů (25 %), dost osm (9 %) a velmi hodně pět (6 %).

Měli jste problémy při polykání kašovitě stravy?

Tabulka 50: Problémy při polykání kašovitě stravy

Problémy při polykání kašovitě stravy	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	54	61	57	64
<b>Trochu</b>	22	25	18	20
<b>Dost</b>	8	9	5	6
<b>Velmi hodně</b>	5	6	9	10
<b>Celkem</b>	89	100	89	100



Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že nemají problémy při polykání kašovitě stravy, nebo je mají jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 54 (61 %), „trochu“ 22 (25 %), „dost“ osm (9%) a „velmi hodně“ pět (6 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nezměnily, došlo jen k mírnému zvýšení položky velmi hodně, můžeme tedy říci, že došlo k malému zhoršení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 57 respondentů (64 %), trochu 18 (20 %), dost pět (6 %) a velmi hodně devět respondentů (10 %).

Dusili jste se při polykání?

Tabulka 51: Dušení při polykání

Dušení při polykání	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	57	64	48	54
<b>Trochu</b>	20	22	26	29
<b>Dost</b>	8	9	9	10
<b>Velmi hodně</b>	4	4	6	7
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky vyplývá, že u většiny klientů nedošlo k dušení při polykání, nebo že došlo, ale jen k malému. Respondentů, kteří odpovídali „vůbec ne“, bylo 57 (64 %), „trochu“ 20 (22 %), „dost“ osm (9 %) a „velmi hodně“ čtyři (4 %).

Při poslední návštěvě pacientů se odpovědi od těch z první návštěvy lišily. Došlo k mírnému zvýšení položek trochu, dost a velmi hodně, nastalo tudíž zhoršení. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže nemají vůbec 48 (54 %). S trochou potíží jsme se setkali u 26 pacientu (29%), dost potíží se vyskytlo u 9 (10%) pacientu a zbylých 6 pacientu melo potíží při polykání velmi hodně.

Měli jste problémy se zuby?

Tabulka 52: Problém se zuby

Problémy se zuby	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	50	56	53	60
<b>Trochu</b>	14	16	16	18
<b>Dost</b>	14	16	12	13
<b>Velmi hodně</b>	11	12	8	9
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že neměli problémy se zuby, nebo je měli jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 50 (56 %), „trochu“ 14 (16 %), „dost“ 14 (16 %) a „velmi hodně“ 11 (12 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nezměnily, došlo jen k mírnému snížení posledních dvou položek, tudíž lze říci, že došlo k malému zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 53 respondentů (60 %), trochu 16 (18 %), dost 12 (13 %) a velmi hodně osm pacientů (9 %).

Činilo Vám problémy široce rozevřít ústa?

Tabulka 53: Problém rozevřít ústa

Problém široce rozevřít ústa	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	49	55	40	45
<b>Trochu</b>	16	18	26	29
<b>Dost</b>	15	17	15	17
<b>Velmi hodně</b>	9	10	8	9
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů udávala, že neměli problémy široce rozevřít ústa. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 49 (55 %), „trochu“ 16 (18 %), „dost“ 15 (17 %) a „velmi hodně“ devět respondentů (10 %).

Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy, jen došlo ke zvýšení četnosti položky trochu. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže nemají vůbec, a to celkem 40 respondentů (45 %), trochu 26 (29 %), dost 15 (17 %) a velmi hodně osm (9 %).

Měli jste lepkavé sliny?

Tabulka 54: Lepkavé sliny

Lepkavé sliny	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	30	34	32	36
<b>Trochu</b>	24	27	24	27
<b>Dost</b>	24	27	25	28
<b>Velmi hodně</b>	11	12	8	9
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky je patrné, že problém s lepkavými slinami má většina pacientů. Při první návštěvě odpověď „vůbec ne“ zvolilo 30 (34 %) respondentů, „trochu“ 24 (27 %), „dost“ 24 (27 %) a „velmi hodně“ 11 (12 %). Při poslední návštěvě nedošlo k žádné výrazné změně od první návštěvy. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže nemají vůbec, a to celkem 32 (36%) respondentů, možnost trochu vybralo 24 (27 %) respondentů, dost 25 (28 %) a velmi hodně osm (9 %). Z těchto výsledků je zřejmé, že lepkavé sliny patří k hlavním problémům po léčbě nádorů hlavy a krku.

Měli jste problémy s čichovým smyslem?

Tabulka 55: Problémy s čichovým smyslem

Problémy s čichovým smyslem	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	61	69	59	66
<b>Trochu</b>	14	16	17	19
<b>Dost</b>	8	9	10	11
<b>Velmi hodně</b>	6	7	3	3
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů udávala, že neměli problémy s čichovým smyslem. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 61 (69 %), „trochu“ 14 (16 %), „dost“ osm (9 %) a „velmi hodně“ šest (7 %).

Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy. Nejvíce respondentů opět udávalo, že potíže nemají vůbec, a to celkem 59 respondentů (66 %), trochu 17 (19 %), dost 10 (11 %) a velmi hodně tři (3 %).

Měli jste problémy s chuťovým smyslem?

Tabulka 56: Problémy s chuťovým smyslem

Problémy s chuťovým smyslem	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	29	33	38	43
<b>Trochu</b>	29	33	27	30
<b>Dost</b>	21	24	17	19
<b>Velmi hodně</b>	10	11	7	8
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance pacienti většinou odpovídali, že neměli problémy s chuťovým smyslem, nebo je měli jen trochu. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 29 (33 %), „trochu“ 29 (33 %), „dost“ 21 (24 %) a „velmi hodně“ 10 (11 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi změnily. Došlo k mírnému snížení položek velmi hodně, dost i trochu a ke zvýšení položky vůbec ne, tudíž lze říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 38 (43 %) respondentů, trochu 27 (30 %), dost 17 (19 %) a velmi hodně sedm (8 %). Z této tabulky je zjevné, že také porucha chuťového smyslu patří k hlavním problémům po léčbě nádorů hlavy a krku.

### Kašlali jste?

Tabulka 57: Kašel

Kašel	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	37	42	34	38
Trochu	41	46	44	49
Dost	9	10	8	9
Velmi hodně	2	2	3	3
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Jak vyplývá z této tabulky většina pacientů odpovídala, že problémy s kašlem měla jen trochu, nebo je neměla vůbec. Další dvě položky měly nevýrazné výsledky jak u první, tak u poslední návštěvy v ambulanci. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 37 (42 %) a „trochu“ 41 (46 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne zvolilo 34 respondentů, což je 38 %, a odpověď trochu 44 klientů tvořících 49 % z celkového počtu.

### Chrapěli jste?

Tabulka 58: Chrapot

Chrapot	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	48	54	45	51
Trochu	31	35	35	39
Dost	8	9	7	8
Velmi hodně	2	2	2	2
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky je patrné, že většina pacientů při první ani poslední návštěvě netrpěla chrapotem, nebo trpěla jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 48 (54 %) a „trochu“ 31 (35 %). Při poslední návštěvě položku vůbec ne vybralo 45 respondentů, což je 51 %, a odpověď trochu 35 klientů tvořících 39 %. Zbývající dvě položky měly nevýrazné výsledky u obou návštěv, při nichž výzkum probíhal.

### Cítil jste se nemocný?

Tabulka 59: Pocit nemoci

Pocit nemoci	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	43	48	53	60
<b>Trochu</b>	32	36	27	30
<b>Dost</b>	9	10	6	7
<b>Velmi hodně</b>	5	6	3	3
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky je zjevné, že se většina pacientů při první ani poslední návštěvě necítila nemocná, nebo se cítila nemocná jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 43 (48 %) a „trochu“ 32 (36 %). Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy, došlo jen ke zvýšení odpovědi vůbec ne. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže nemají vůbec, a to 53 (60 %) pacientů, možnost trochu vybralo 27 (30 %). Další dvě položky neměly výrazné výsledky ani při jedné z návštěv.

### Trápil Vás váš vzhled?

Tabulka 60: Problémy se vzhledem

Problémy se vzhledem	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	60	67	66	74
<b>Trochu</b>	16	18	9	10
<b>Dost</b>	10	11	11	12
<b>Velmi hodně</b>	3	3	3	3
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů udávala, že je jejich vzhled netrápil. Respondentů, kteří udávali odpověď „vůbec ne“, bylo 60 (67 %), „trochu“ 16 (18 %), „dost“ 10 (11 %) a „velmi hodně“ tři (3 %). Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nezměnily, došlo jen k mírnému snížení položky trochu a ke zvýšení odpovědi vůbec ne. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 66 (74 %) respondentů, trochu devět (10 %), dost 11 (12 %) a velmi hodně tři pacienti (3 %).

Měli jste potíže při jídle?

Tabulka 61: Potíže při jídle

Potíže při jídle	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	20	22	26	29
Trochu	44	49	38	43
Dost	12	13	15	17
Velmi hodně	13	15	10	11
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance nejvíce pacienti odpovídali, že při jídle mají potíže jen trochu. Respondentů, kteří udávali jen malé potíže, bylo 44, což je 49 %, „vůbec ne“ 20 (22 %), „dost“ 12 (13 %) a „velmi hodně“ 13 (15 %).

Odpovědi z první návštěvy se od odpovědí z poslední návštěvy příliš nelišily, nelze tedy říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 26 (29 %) respondentů, trochu 38 (43 %), dost 15 (17 %) a velmi hodně 10 (11 %). Z této tabulky je patrné, že i potíže při jídle patří k hlavním problémům po léčbě nádorů hlavy a krku.

Činilo Vám potíže jíst před Vaší rodinou?

Tabulka 62: Potíže jíst před rodinou

Potíže jíst před rodinou	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	71	80	65	73
Trochu	11	12	17	19
Dost	4	4	2	2
Velmi hodně	3	3	5	6
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky je zjevné, že většina pacientů při první i poslední návštěvě neměla potíže jíst před svou rodinou, nebo je měla jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 71 (80 %) a „trochu“ 11 (12 %). Další dvě položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani u poslední návštěvy. Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy, došlo jen k mírnému zvýšení odpovědi trochu.

Nejvíce respondentů opět udávalo, že potíže nemají vůbec, a to celkem 65 (73 %) respondentů, a možnost trochu vybralo 17 (19 %) pacientů.

Činilo Vám potíže jíst před ostatními lidmi?

Tabulka 63: Potíže jíst před ostatními lidmi

Potíže jíst před ostatními lidmi	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	49	55	44	49
Trochu	17	19	21	24
Dost	11	12	16	18
Velmi hodně	12	13	8	9
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky vyplývá, že většina klientů nemá potíže jíst před ostatními. Respondentů, kteří při první návštěvě zvolili odpověď „vůbec ne“, bylo 49 (55 %), „trochu“ 17 (19 %), „dost“ 11 (12 %) a „velmi hodně“ 12 (13 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nezměnily, nelze tedy říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 44 (49 %) respondentů, trochu 21 (24 %), dost 16 (18 %) a velmi hodně osm (9 %) pacientů.

Činilo Vám potíže vychutnat si jídlo?

Tabulka 64: Potíže vychutnat si jídlo

Potíže vychutnat si jídlo	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	29	33	36	40
Trochu	32	36	29	33
Dost	17	19	14	16
Velmi hodně	11	12	10	11
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance nejvíce pacienti odpovídali, že s vychutnáváním jídla mají jen malé potíže, nebo s tímto vůbec problém nemají. Respondentů, kteří udávali potíže jen trochu, bylo 32, což je 36 %, vůbec ne 29 (33 %), dost 17 (19 %) a velmi hodně 11 (12 %).



Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nezměnily, došlo jen ke mírnému snížení odpovědí trochu a dost a ke zvýšení položky vůbec ne, tudíž se domnívám, že došlo k malému zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 36 (40 %) respondentů, trochu 29 (33 %), dost 14 (16 %) a velmi hodně 10 (11 %).

Činilo Vám potíže mluvit s ostatními lidmi?

Tabulka 65: Potíže mluvit s ostatními lidmi

Potíže mluvit s ostatními lidmi	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	53	60	52	58
<b>Trochu</b>	15	17	19	21
<b>Dost</b>	10	11	10	11
<b>Velmi hodně</b>	11	12	8	9
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky vyplývá, že většina klientů nemá potíže mluvit s ostatními lidmi. Respondentů, kteří při první návštěvě zvolili odpověď „vůbec ne“, bylo 53 (60 %), „trochu“ 15 (17 %), „dost“ 10 (11 %) a „velmi hodně“ 11 (12 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nezměnily, tudíž nelze říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 52 (58 %) respondentů, trochu 19 (21 %), dost 10 (11 %) a velmi hodně osm (9 %).

Činilo Vám potíže mluvit po telefonu?

Tabulka 66: Potíže mluvit po telefonu

Potíže mluvit po telefonu	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	47	53	50	56
<b>Trochu</b>	18	20	17	19
<b>Dost</b>	8	9	9	10
<b>Velmi hodně</b>	16	18	13	15
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance nejvíce pacienti odpovídali, že nemají potíže mluvit po telefonu. Respondentů, kteří udávali potíže jen „trochu“, bylo 18, což je 20 %, „vůbec ne“ 47 (53 %), „dost“ osm (9 %) a „velmi hodně“ 16 (18 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi lišily jen málo, proto nelze říci, že by došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 50 (56 %) respondentů, trochu 17 (19 %), dost devět (10 %) a velmi hodně 13 (15 %).

Měli jste potíže ve společenském styku se svou rodinou?

Tabulka 67: Potíže ve společenském styku s rodinou

Potíže ve společenském styku se svou rodinou	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	79	89	75	84
Trochu	7	8	10	11
Dost	2	2	3	3
Velmi hodně	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Jak vyplývá z této tabulky většina pacientů odpovídala, že nemá problémy ve společenském styku se svou rodinou. Ostatní tři položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani poslední návštěvy v ambulanci. U první návštěvy odpověď vůbec ne zvolilo 79 (89 %) respondentů a u poslední 75 respondentů, což je 84 %.

Měli jste potíže ve společenském styku s přáteli?

Tabulka 68: Potíže ve společenském styku s přáteli

Potíže ve společenském styku s přáteli	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	72	81	69	78
Trochu	10	11	14	16
Dost	6	7	5	6
Velmi hodně	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Z této tabulky je zjevné, že většina pacientů při první ani poslední návštěvě neměla potíže ve společenském styku s přáteli. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 72 (81 %) a „trochu“ 10 (11 %). Zbývající dvě položky neměly výrazné výsledky ani při jedné z návštěv. Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže nemají vůbec, a to 69 (78 %) respondentů, a možnost trochu zvolilo 14 (16 %) pacientů.

Činilo Vám potíže vystupovat na veřejnosti?

Tabulka 69: Potíže vystupovat na veřejnosti

Potíže vystupovat na veřejnosti	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	54	61	56	63
<b>Trochu</b>	18	20	16	18
<b>Dost</b>	14	16	12	13
<b>Velmi hodně</b>	3	3	5	6
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance nejvíce pacienti odpovídali, že neměli potíže vystupovat na veřejnosti. Respondentů, kteří udávali jen malé potíže, bylo 18, což je 20 %. Odpověď vůbec ne vybralo 54 (61 %) pacientů, dost 14 (16 %) a velmi hodně tři (3 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi změnily jen málo, proto nelze říci, že by došlo ke zlepšení nebo zhoršení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 56 (63 %) respondentů, trochu 16 (18 %), dost 12 (13 %) a velmi hodně pět (6 %).

Měli jste potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo se svou rodinou?

Tabulka 70: Potíže při fyzickém kontakty s přáteli nebo s rodinou

Potíže při fyzickém kontakty s přáteli nebo s rodinou	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	72	81	69	78
Trochu	10	11	15	17
Dost	5	6	3	3
Velmi hodně	2	2	2	2
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Podle této tabulky většina pacientů při první ani poslední návštěvě neměla potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo s rodinou. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 72 (81 %) a „trochu“ 10 (11 %). Další dvě položky neměly výrazné výsledky ani u první, ani u poslední návštěvy. Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily. Opět nejvíce respondentů udávalo, že potíže nemají vůbec, a to celkem 69 (78 %) z nich, malé potíže přiznalo 15 (17 %) respondentů.

Pocíval/a jste méně zájmu o sex?

Tabulka 71: Zájem o sex

Zájem o sex	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	48	54	44	49
Trochu	18	20	22	25
Dost	9	10	14	16
Velmi hodně	14	16	9	10
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Při první návštěvě ambulance nejvíce pacienti odpovídali, že méně zájmu o sex nepocívali, nebo pocívali jen trochu snížený zájem o něj. Respondentů, kteří udávali jen malé snížení zájmu o sex, bylo 18, což je 20 %. Možnost vůbec ne vybralo 48 (54 %) respondentů, dost 9 (10 %) a velmi hodně 14 (16 %).

Od první návštěvy do poslední se odpovědi příliš nezměnily, tudíž nelze říci, že došlo ke zlepšení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 44 (49 %) respondentů, trochu 22 (25 %), dost 14 (16 %) a velmi hodně devět (10 %) respondentů.

Pocíval/a jste méně potěšení ze sexu?

Tabulka 72: Potěšení ze sexu

Potěšení ze sexu	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>Vůbec ne</b>	48	54	45	51
<b>Trochu</b>	21	24	21	24
<b>Dost</b>	8	9	12	13
<b>Velmi hodně</b>	12	13	11	12
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky lze vidět, že většina pacientů při první ani poslední návštěvě nepocívala zmenšení potěšení ze sexu, nebo ho pocívala jen trochu. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali „vůbec ne“, bylo 48 (54 %), „trochu“ 21 (24 %), „dost“ osm (9 %) a „velmi hodně“ 12 (13 %).

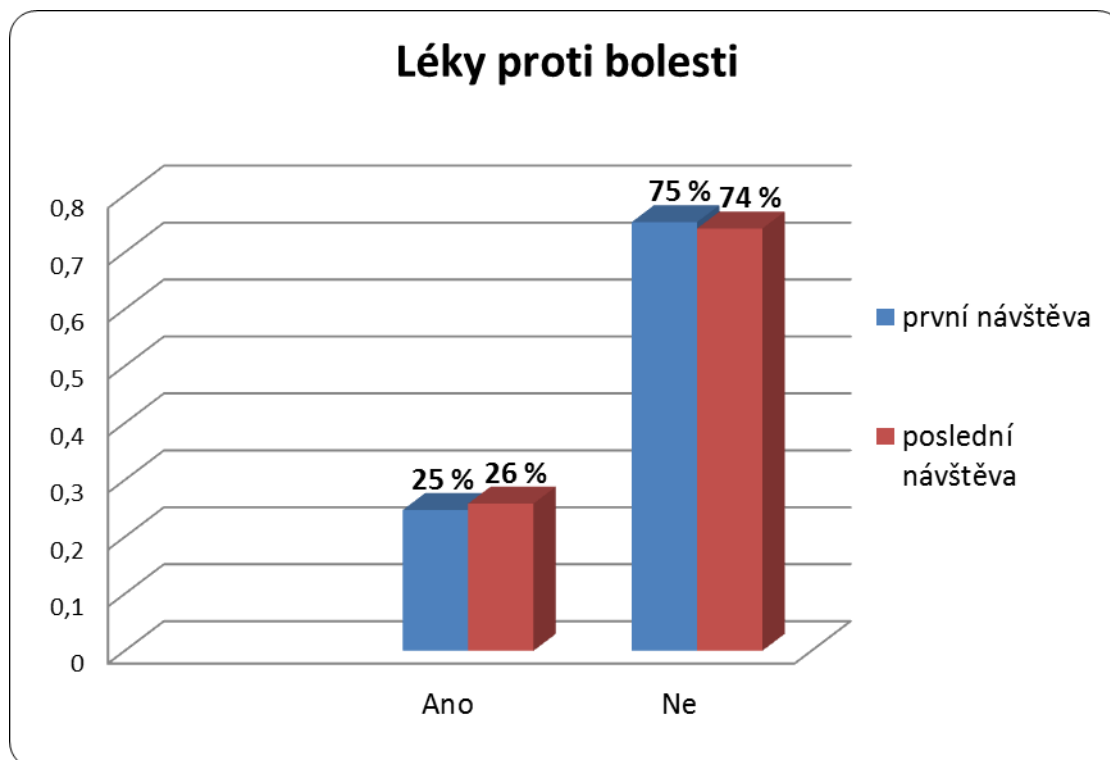
Od první návštěvy do poslední se odpovědi změnily jen málo, proto nelze říci, že došlo k zlepšení či ke zhoršení. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku vůbec ne 45 (54 %) respondentů, trochu 21 (24 %), dost 12 (13 %) a velmi hodně 11 (12 %).

### Užívali jste léky proti bolesti?

Tabulka 73: Užívání léků od bolesti

Užití léku proti bolesti	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	22	25	23	26
Ne	67	75	66	74
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky i grafu je patrné, že většina pacientů neužívala léky proti bolesti. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali, že léky užívali, bylo 22, což je 25 %. Těch, kteří vybrali odpověď „ne“, je 67 a tvoří 75 %. Při poslední návštěvě v ambulanci se odpovědi nelišily od první návštěvy. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku ano 23 (26 %) klientů a odpověď ne 66 (74 %).



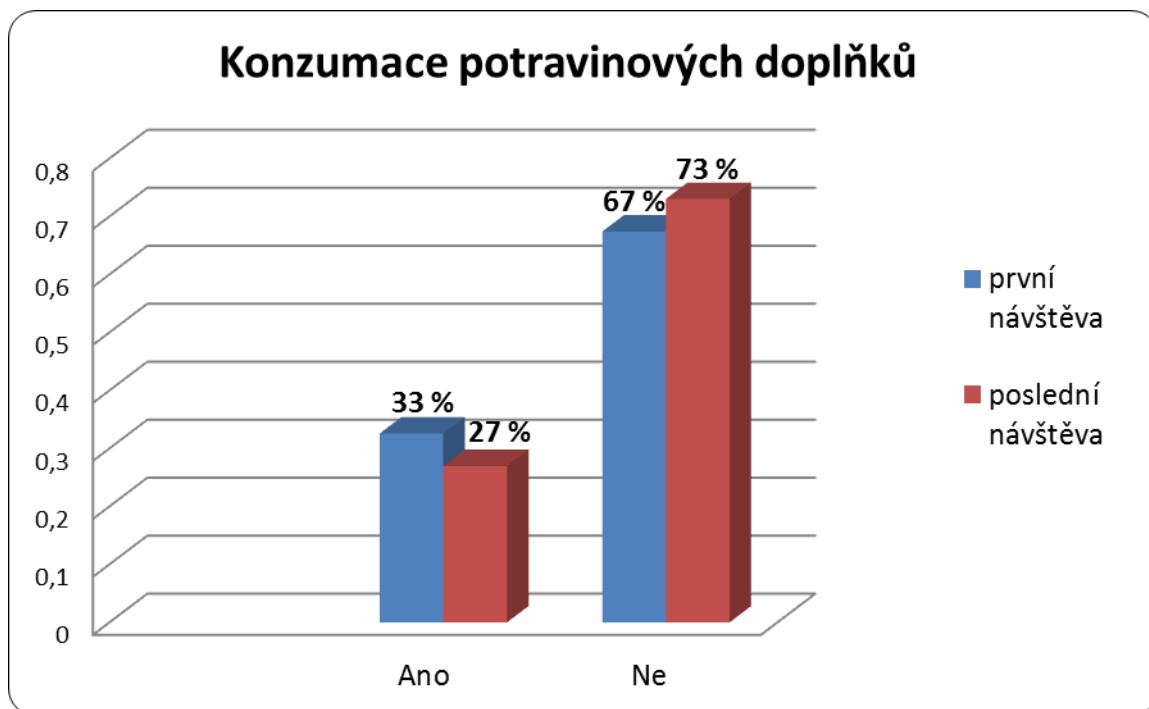
Obrázek 14: Graf - Léky proti bolesti

Konzumovali jste nějaké potravinové doplňky (kromě vitamínů)?

Tabulka 74: Konzumace potravinových doplňků

Konzumace potravinových doplňků	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	29	33	24	27
Ne	60	67	65	73
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z této tabulky i grafu je patrné, že většina pacientů nekonzumovala potravinové doplňky. Respondentů, kteří při první návštěvě odpovídali, že ano, bylo 29, což je 33 %. Těch, kteří zvolili odpověď „ne“, bylo 60 a tvořili 67 %. Při poslední návštěvě v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy, došlo jen k menšímu zvýšení odpovědi „ne“. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku ano 24 (27 %) klientů a ne 65 (73 %).



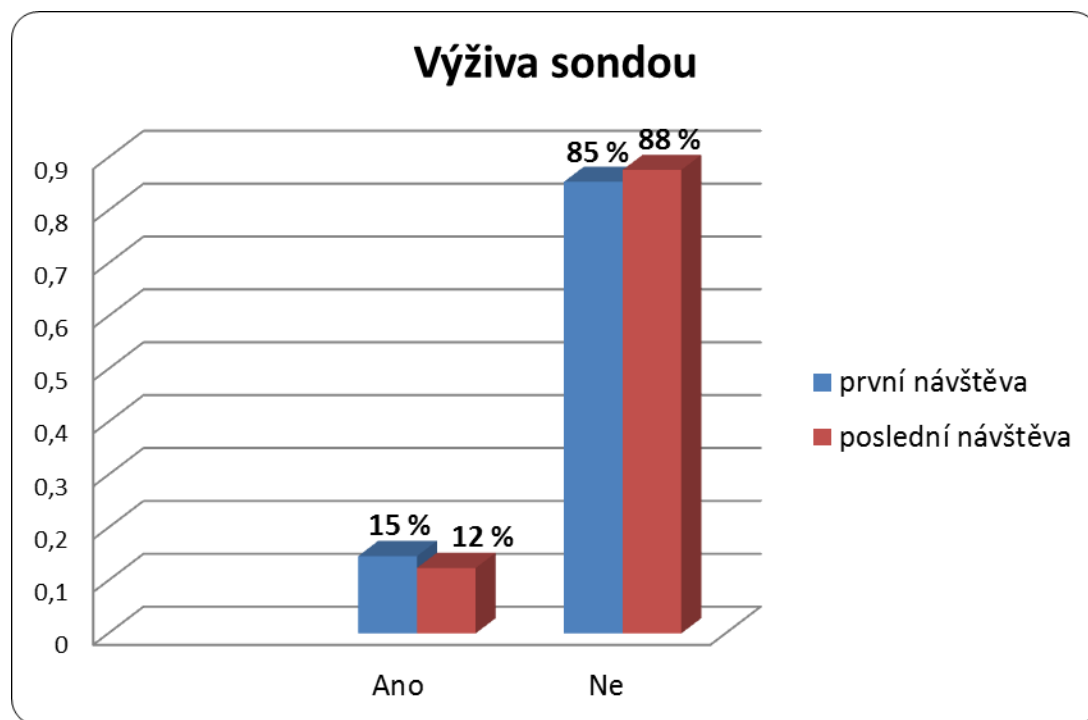
Obrázek 15: Graf - Konzumace potravinových doplňků

### Byli jste vyživováni sondou?

Tabulka 75: Výživa sondou

Výživa sondou	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	13	15	11	12
Ne	76	85	78	88
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů odpovídala, že nebyla vyživována sondou. Respondentů, kteří při první návštěvě zvolili možnost ano, bylo 13, což je 15 %. Možnost ne vybralo 76 pacientů tvořících 85 %. Odpovědi při poslední návštěvě v ambulanci se výrazně nelišily od odpovědí z první návštěvy. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku ano 11 (12 %) klientů a ne 78 (88 %).



Obrázek 16: Graf - Výživa sondou

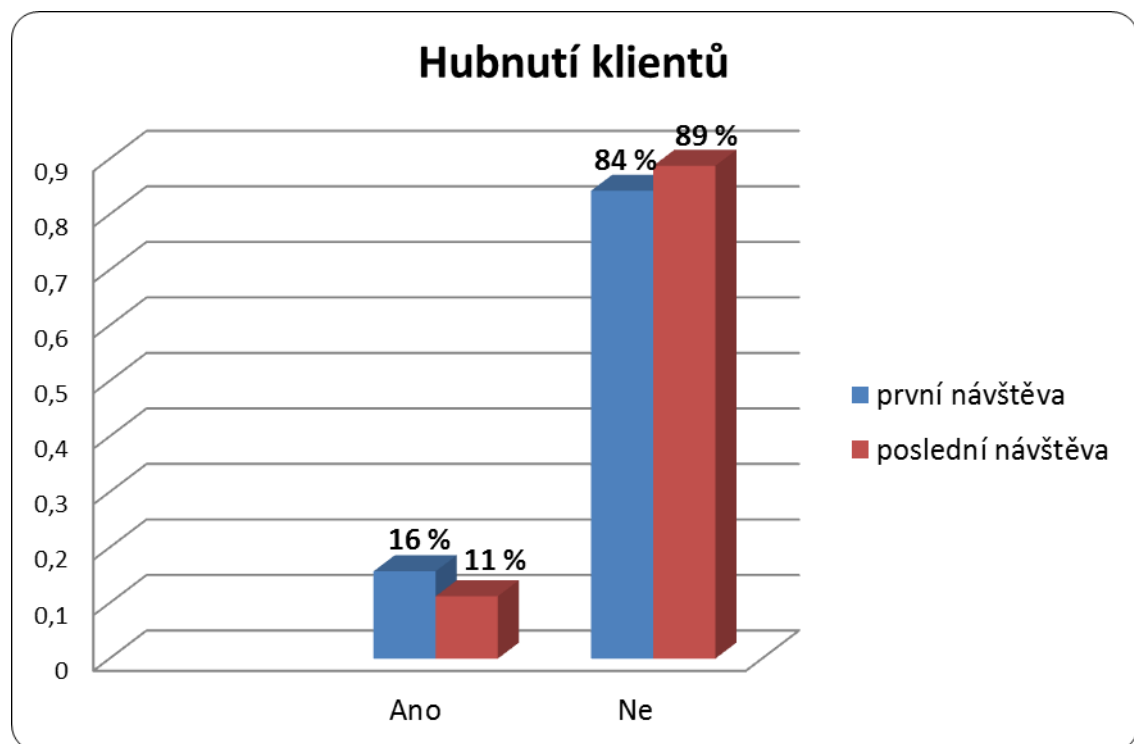


## Zhubli jste?

Tabulka 76: Hubnutí

Hubnutí	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	14	16	10	11
Ne	75	84	79	89
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Při první návštěvě ambulance většina pacientů odpovídala, že nezhubla. Respondentů, kteří během první návštěvy vybrali možnost ano, bylo 14, což je 16 %. Odpověď ne vybralo 75 pacientů, kteří tvoří 84 %. Při poslední návštěvě v ambulanci se odpovědi výrazně nelišily od první návštěvy, došlo jen k menšímu zvýšení odpovědi „ne“. Při poslední návštěvě zvolilo položku ano 10 (11 %) klientů a ne 79 (89 %).



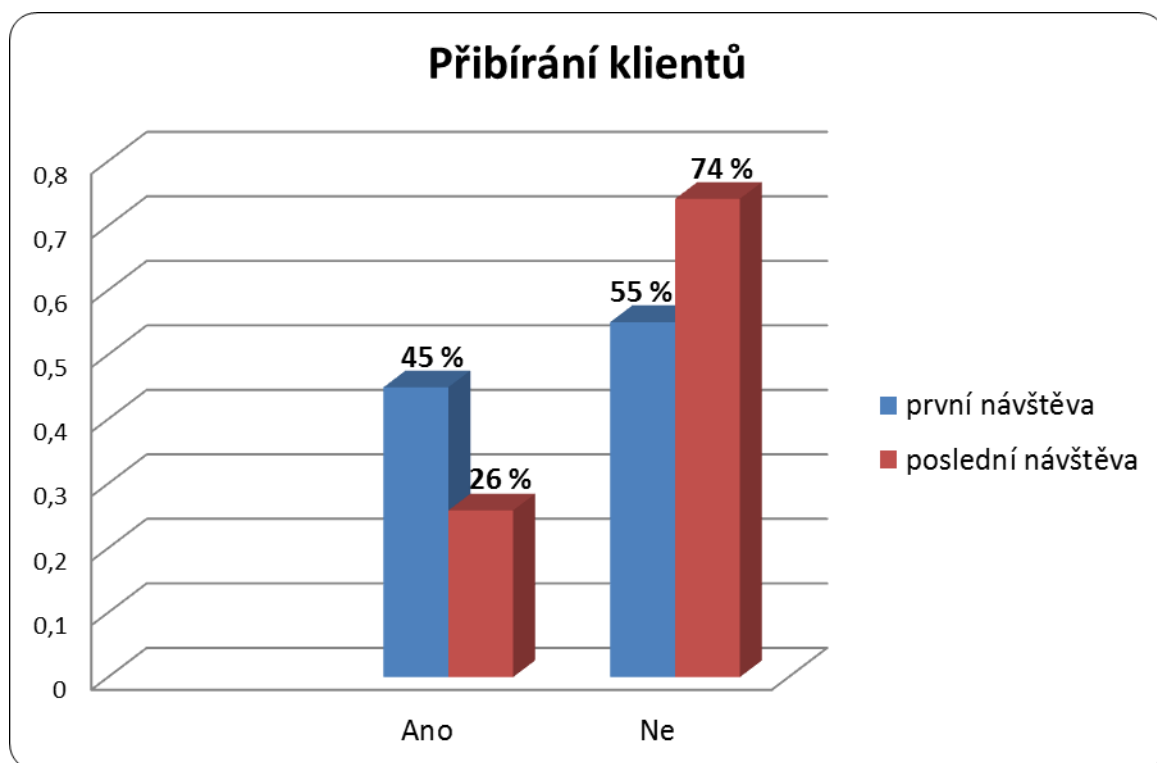
Obrázek 17: Graf - Hubnutí klientů

### Přibrali jste na váze?

Tabulka 77: Přibírání na váze

Přibírání na váze	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Ano	40	45	23	26
Ne	49	55	66	74
<b>Celkem</b>	89	100	89	100

Z tabulky i grafu je patrné, že při první návštěvě byly odpovědi ano a ne velmi vyrovnané. Respondentů, kteří při první návštěvě volili odpověď ano, bylo 40, což je 45 %. Odpověď ne vybralo 49 respondentů tvořících 55 %. Při poslední návštěvě pacientů v ambulanci se odpovědi od první návštěvy lišily – došlo ke zvýšení odpovědi „ne“. Při poslední návštěvě zvolilo položku ano 23 (26 %) klientů a ne 66 (74 %).



Obrázek 18: Graf - Přibírání klientů

## 9.4. Vyhodnocení testovaných hypotéz

### Měli jste sucho v ústech?

$H_0$  : U klientů nedojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_A$ : U klientů dojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

Tabulka 78: Sucho v ústech

Sucho v ústech	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	18	20	19	21
Trochu	25	28	35	39
Dost	24	27	18	20
Velmi hodně	22	25	17	19
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

V této tabulce jsou uvedeny odpovědi pacientů na otázku problému sucha v ústech při první a při poslední návštěvě ambulance. Byla stanovena hypotéza  $H_0$ , která tvrdí, že u klientů nedojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy do poslední. Pro ověření platnosti této hypotézy byla použita statistická metoda neparametrického Wilcoxonova párového testu. Tato hypotéza byla vypracována v programu STATISTICA ([www.statsoft.com](http://www.statsoft.com)).

Wilcoxonův test nebere v úvahu pouze charakter (znak) rozdílů mezi závislými páry pozorování v souboru, ale přihlíží také k velikosti tohoto rozdílu. Slouží k ověření hypotézy a významnosti rozdílu mezi opakovanými měřeními na stejných subjektech. Testuje se tedy významnost diferencí. Podmínkou jeho aplikace je, že v datech musí být možné stanovit pořadí pro všechna měření dohromady (Bartlová, 2008).

Postup ověření hypotézy v programu STATISTIKA:

V programu statistika jsme si vytvořily datový soubor o dvou proměnných a 89 případech. Do příslušných proměnných byly zadány hodnoty pro první ( $X_i$ ) a poslední návštěvu ( $Y_i$ ).

Dále v menu zvolíme položku Statistiky – neparametrické statistiky – porovnání dvou závislých vzorků (proměnné). V proměnných zvolíme naše dvě proměnné a to první a

poslední návštěvu a spustíme test pomocí tlačítka Wilcoxonův párový test. A jako výsledek obdržíme následující tabulku.

Tabulka 79: Výpočet hypotézy – sucha v ústech

	Wilcoxonův párový test			
	Označený test je o hladině $p < 0,05000$			
	Počet	T	Z	p-hodn.
první návštěva & poslední návštěva	42	291,0000	2,006838	0,044768

V tabulce vidíme čtyři hodnoty. První udává počet hodnot, se kterými se pracuje ( $n=42$ ), druhá hodnota udává hodnotu testované statistiky min. ( $S_w^+, S_w^-$ ) což je u nás (612, 291). Třetí z tabulky je  $Z(U_w)$  a určuje hodnotu testované statistiky, vzorec pro výpočet Z je uveden níže. A poslední hodnota v tabulce je výpočet, se kterým porovnáváme  $\alpha=0,05$ .

Vzorec pro  $U_w$ :

$$U_w = \frac{S_w^+ - E(S_w^+)}{\sqrt{D(S_w^+)}}$$

Jelikož p-hodnota je menší než hladina významnosti  $\alpha$  ( $0,044768 < 0,05$ ), zamítáme  $H_0$  na této hladině významnosti. Tudíž lze tvrdit, že byl rozdíl mezi první a poslední návštěvou. Platí tedy hypotéza  $H_A$ : U klientů dojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkopradně do poslední návštěvy v onkopradně.

Měli jste problémy při polykání tuhé stravy?

$H_0$  : U klientů nedojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_A$ : U klientů dojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

Tabulka 80: Problém při polykání tuhé stravy

Problémy při polykání tuhé stravy	při první návštěvě		při poslední návštěvě	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
Vůbec ne	18	20	19	21
Trochu	39	44	30	34
Dost	16	18	21	24
Velmi hodně	16	18	19	21
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

V této tabulce jsou uvedeny odpovědi pacientů na otázku problému při polykání tuhé stravy při první návštěvě a na problém polykání tuhé stravy při poslední návštěvě ambulance. Byla stanovena hypotéza  $H_0$ , která tvrdí, že u klientů nedojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy do poslední. Pro ověření platnosti této hypotézy byla použita statistická metoda neparametrického Wilcoxonova párového testu. Tuto hypotézu jsem vypracovala v programu STATISTICA ([www.statsoft.com](http://www.statsoft.com)).

Tabulka 81: Výpočet hypotézy – problém spolykáním tuhé stravy

	Wilcoxonův párový test			
	Označený test je o hladině $p < 0,05000$			
	Počet	T	Z	p-hodn.
<b>první návštěva &amp; poslední návštěva</b>	34	237,0000	1,034339	0,300978

V tabulce vidíme čtyři hodnoty. První udává počet hodnot, se kterými se pracuje ( $n=34$ ), druhá hodnota udává hodnotu testované statistiky min. ( $S_w^+$ ,  $S_w^-$ ) což je u nás (237, 358). Třetí z tabulky je  $Z(U_w)$  a určuje hodnotu testované statistiky, vzorec pro výpočet Z je uveden níže. A poslední hodnota v tabulce je výpočet, se kterým porovnáváme  $\alpha=0,05$ .

**Vzorec pro  $U_W$ :**

$$U_W = \frac{S_W^+ - E(S_W^+)}{\sqrt{D(S_W^+)}}$$

Jelikož p-hodnota je větší než hladina významnosti  $\alpha$  ( $0,300978 > 0,05$ ), nezamítáme  $H_0$  na této hladině významnosti. Tudíž nelze tvrdit, že byl rozdíl mezi první a poslední návštěvou. Platí tedy hypotéza  $H_0$ : U klientů nedojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

V příloze jsou uvedeny tabulky rozdílů a kritické hodnoty Wilcoxonova párového testu.

## 10. Diskuze

Diplomová práce se zabývá kvalitou života pacientů se zhoubnými nádory hlavy a krku. Cílem šetření bylo zjistit kvalitu života u dispenzarizovaných pacientů po léčbě nádorů orofaryngu, nazofaryngu, hypofaryngu a dutiny ústní.

Pro výzkumné šetření jsem v diplomové práci zvolila několik. K naplnění cílů byly stanoveny výzkumné otázky a dvě testovací hypotézy, které byly statisticky ověřeny pomocí neparametrického Wilcoxonova párového testu.

### **Vyhodnocení výzkumných otázek vztahujících se k prvnímu dílčímu cíli**

Výběr klientů do výzkumného šetření byl záměrný, účastnili se ho pacienti z dispenzární ambulance ORL kliniky. První výzkumná otázka zjišťovala zastoupení pohlaví ve zkoumaném souboru. Ve výzkumu bylo menší zastoupení žen (22 %) než mužů (78 %), což odpovídá republikovému průměru. V roce 2005 bylo v ČR hlášeno 947 nádorů hlavy a krku u mužů (incidence 19/100 tisíc osob) a 317 případů u žen (incidence 6/100 tisíc osob). U všech nádorových lokalizací je výskyt 3–4x vyšší u mužů, s výjimkou nádorů slinných žláz, kde je poměr muži: ženy 1 : 1 (Büchler, 2010).

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké mají pacienti v testovaném souboru vzdělání. U této otázky jsme předpokládali, že více klientů bude s nižším stupněm vzdělání. Zde se nám tento předpoklad vyplnil, respondentů se základním vzděláním bylo 7 %, vyučených 57 %, se středoškolským vzděláním 30 % a s vysokoškolským 6 %. V tomto případě to nelze brát jako univerzální výsledek, neboť zde může být mnoho výjimek, které mohou toto tvrzení vyvrátit.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na rodinný stav pacientů. Předpokládali jsme, že většina respondentů bude svobodná nebo rozvedená. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce pacientů je ženatých nebo vdaných. Svobodných respondentů bylo 9 %, vdaných nebo ženatých 64 %, rozvedených 20 % a ovdovělých 7 %. Z tohoto je zřejmé, že se nám předpoklad nevyplnil. Tyto výsledky se dají potvrdit i jiným výzkumem, který udával, že většina pacientů v jejich testovaném souboru byla ženatých/vdaných, a to 84,3 %, a 15,7 % svobodných (Aplak, 2007).

### **Vyhodnocení výzkumných otázek vztahujících se k druhému dílčímu cíli**

Čtvrtá výzkumná otázka měla zjistit, jak velká část pacientů byla informovaná o správné výživě u nádorových onemocnění. Informovaných respondentů bylo 78 %, zbylých 22 %

informováno nebylo. Tento výsledek byl velmi pozitivní, jelikož svědčí o kvalitní práci zdravotnického personálu.

Pátá výzkumná otázka mapovala, jak velká skupina pacientů měla potíže při konzumaci jídla. Na problémy při jídle se ptala především 49. otázka dotazníku H&N35. Při první návštěvě bylo 22 % respondentů, kteří neměli žádné obtíže. 49 % mělo obtíže jen trochu, možnost „dost“ zvolilo 13 % a „velmi hodně“ 15 %. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku „vůbec ne“ 29 % respondentů, „trochu“ 43 %, „dost“ 17 % a „velmi hodně“ 11 %. Odpovědi se od první do poslední návštěvy nezměnily, tudíž nelze prokázat zlepšení.

Z těchto výsledků je patrné, že polovina pacientů má aspoň malé problémy při jídle. Do problémů při jídle by bylo možno zařadit i otázky 50, 51 a 52 z dotazníku H&N35.

### **Vyhodnocení výzkumných otázek vztahujících se k třetímu dílčímu cíli**

Šestá výzkumná otázka měla zjistit, jak byli pacienti léčeni. Nejvíce užívanou léčbou nádorů hlavy a krku v našem výzkumném šetření byla radioterapie. Radioterapií bylo léčeno 94 % klientů, chirurgicky 80 % a chemoterapií 63 %. Většina pacientů byla léčena více než jednou metodou. To souhlasí s tím, co udává i literatura: v časných stádiích je hlavním léčebným přístupem jedna léčebná modalita, tj. chirurgická resekce nebo radioterapie (Vyzula, 2011). Tyto výsledky lze potvrdit i z jiného výzkumu, kde bylo 43 % pacientů léčeno chirurgicky, 86 % radioterapií a 14 % chemoterapií. I v tomto výzkumu se udává, že pacienti byli léčeni více než jednou metodou (Bjordal, 1999).

Sedmá výzkumná otázka měla zmapovat, jak velká skupina pacientů byla léčena kombinovanými metodami. V našem výzkumu bylo 6 % pacientů léčeno pouze chirurgicky a 6 % jen radioterapií, ostatní klienti byli léčeni více než jednou terapeutickou metodou. Nejvíce respondentů bylo současně léčeno kombinací chirurgie, radioterapie a chemoterapie (48 %), chirurgií a radioterapií (26 %) a chemoterapií a radioterapií (14 %). I u této výzkumné otázky jsme potvrdili předpoklad, že u většiny pacientů s nádory hlavy a krku dochází při léčbě ke kombinování terapeutických metod.

### **Vyhodnocení výzkumných otázek vztahujících se k čtvrtému dílčímu cíli**

Cílem osmé výzkumné otázky bylo odhalit jaké nejčastější zdravotní problémy pacientů po léčbě nádorů hlavy a krku. Tyto informace jsme získávali především z dotazníku H&N35. Za hlavní problémy pacienti považovali lepkavé sliny, problém s chuťovým smyslem a problémy při jídle. Největší potíže klienti však měli se suchem v ústech a s poruchovou polykání tuhé stravy. Některé naše výsledky je možno potvrdit i z jiného výzkumu, z něhož vyplývá, že



nejvíce pacientů mělo problémy se suchostí v ústech (43 %), dále s lepkavými slinami (34 %), s řečí (27 %) a problémy se zuby (29 %) (Silveira, 2011).

Devátá výzkumná otázka je zaměřena na zlepšení sucha v ústech a zlepšení problému s polykáním tuhé stravy od první do poslední návštěvy. Tuto otázku jsem zkoumala pomocí hypotéz. U suchosti v ústech při první návštěvě volilo položku „vůbec ne“ 20 % respondentů, „trochu“ 28 %, „dost“ 27 % a „velmi hodně“ 25 %. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku „vůbec ne“ 21 % klientů, „trochu“ 39 %, „dost“ 20 % a „velmi hodně“ 19 % respondentů. Pokud jde o problémy při polykání tuhé stravy u první návštěvy, zvolilo položku „vůbec ne“ 20 % respondentů, „trochu“ 44 %, „dost“ 18 % a velmi hodně 18 %. Při poslední návštěvě zvolilo nabízenou položku „vůbec ne“ 21 % klientů, „trochu“ 34 %, „dost“ 24 % a „velmi hodně“ 21 % respondentů.

### **Vyhodnocení výzkumných otázek vztahujících se k hlavnímu cíli**

Desátá výzkumná otázka měla za úkol zmapovat, jak hodnotili pacienti kvalitu života při první návštěvě. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce respondentů si na stupnici zvolilo čísla od čtyř do šesti a přiklonilo se tak k spíše lepšímu hodnocení kvality života během minulého týdne. Při první návštěvě nejvíce pacientů zvolilo číslo čtyři – 27 %, pět – 25 %, šest – 24 %, tři – 10 % respondentů. Od první návštěvy do poslední se odpovědi výrazně nezměnily, došlo jen k mírnému navýšení odpovědi pět, tudíž nelze říct, že jde o zlepšení. Při poslední návštěvě nejvíce respondentů udávalo číslo pět – 29 %, čtyři – 24 %, šest – 19 % a tři – 13 %. Zjistit kvalitu života je velmi nesnadné, jelikož každý pacient ji vnímá jinak. I když má pacient například tracheostomii, může kvalitu svého života považovat za dobrou. Jiný pacient, který tracheostomii nemá a je jen po radioterapii, hodnotí kvalitu života špatně. Proto si myslím, že hodnocení kvality života je u každého velmi individuální.

### **Vyhodnocení testovaných hypotéz vztahující se k výzkumné otázce č. 9**

$H_0$ : U klientů nedojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_A$ : U klientů dojde ke zhoršení suchosti v ústech od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

Vyhodnocení této hypotézy bylo provedeno pomocí statistické metody Wilcoxonova párového testu. Při první návštěvě dispenzární ambulance vyplňovali pacienti dotazníky týkající se kvality života. Z těchto dotazníků jsem se zaměřila na otázku vztahující se na suchost v ústech. Stejný dotazník vyplňovali klienti i při poslední návštěvě, zde jsem se opět

zaměřila na otázku týkající se sucha v ústech, zkoumala jsem, zda došlo k nějaké změně. Při porovnání výsledků výzkumného šetření jsem potvrdila alternativní hypotézu, která udávala, že dojde ke zhoršení suchosti v ústech od první do poslední návštěvy onkoporadny. Potvrzení této hypotézy pro nás nebylo dobré zjištění, jelikož došlo ke zhoršení problému od první návštěvy. Tento výsledek nám potvrzuje také to, že sucho v ústech přetrvává ještě dlouhou dobu po léčbě a že zhoršuje pacientovu kvalitu života.

$H_0$ : U klientů nedojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

$H_A$ : U klientů dojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první návštěvy v onkoporadně do poslední návštěvy v onkoporadně.

Pro vyhodnocení této hypotézy jsem opět zvolila statistickou metodu neparametrického Wilcoxonova párového testu. V dotaznících pacienti odpovídali také na otázky týkající se poruchy polykání tuhé stravy. I v tomto případě jsem se zaměřila na vývoj těchto komplikací od první do poslední návštěvy ambulance. Porovnáním výsledků výzkumného šetření jsem potvrdila nulovou hypotézu, která udávala, že nedojde k větším problémům při polykání tuhé stravy od první do poslední návštěvy v onkoporadně. Tentokrát pro nás bylo potvrzení nulové hypotézy lepším zjištěním, jelikož od první návštěvy došlo ke zlepšení problému, a tedy i ke zlepšení kvality života.

## Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na kvalitu pacientů se zhoubnými nádory ORL oblasti a na jejich kvalitu života. Kvalita života je důležitá pro každého člověka jak zdravého, tak i nemocného.

Do teorie jsem vložila i ošetrovatelskou část, a to především péči o tracheostomickou kanylu a psychologický přístup zdravotní sestry k onkologicky nemocným.

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit kvalitu života pacientů s nádory nazofaryngu, hypofaryngu, orofaryngu a dutiny ústní. Dále jsem chtěla zmapovat informovanost o výživě u onkologicky nemocných, léčbu pacientů s nádory hlavy a krku i výskyt největších problémů po léčbě. Chtěla jsem též porovnat, jak se změnila odpovědi v dotaznících od první do poslední návštěvy v onkoporadně.

Při vyhodnocování informací, které byly získané z dotazníkového šetření na dispenzární ambulanci ORL kliniky, jsem se tedy zaměřila na porovnání odpovědí jednotlivých položek dotazníku u první a poslední návštěvy v ambulanci. Srovnáním výsledků jsem zjistila, že odpovědi získané při první návštěvě se výrazně nelišily od poslední návštěvy onkoporadny. U většiny otázek nedošlo k výraznějším změnám, u několika otázek došlo k mírnému zlepšení. Nejhorší výsledky měly otázky týkající se suchosti v ústech a problémů při polykání tuhé stravy. U suchosti v ústech došlo od první návštěvy ke zhoršení. Naopak u problémů s polykáním tuhé stravy se výsledky v průběhu léčby výrazně nezměnily. Z těchto výsledků vyplývá, že ke zmírnění problému po léčbě dochází až během několika měsíců.

Hlavním cílem šetření bylo zjistit kvalitu života u pacientů dispenzární ambulance. Zmapovat, jaká je kvalita života klientů, není lehké, jelikož u každého jedince to je individuální. Musíme brát v úvahu, že kvalitu ovlivňuje i spousta jiných věcí, než je např. onemocnění. Na kvalitu pacientů má vliv také prostředí, víra, rodinné zázemí, dobří přátelé, zaměstnání, civilizační a generační změny, proto musíme brát kvalitu života jako celostní pojem. Pokud pacient bude mít všechny důležité hodnoty v pořádku, dosáhne velmi dobré kvality života, a to i přes závažné onemocnění, jelikož cítí větší podporu.

Za kladné považuji na našem výzkumném šetření zhodnocení celkového stavu klienta po onkologické terapii během několika měsíců. Další pozitivum vidím v tom, že jsme během výzkumného šetření zjistili největší problémy, které provázejí pacienta po léčbě nádorů hlavy a krku. Tyto informace nám teď mohou pomoci při ošetřování a léčení těchto onkologicky

nemocných. Dává nám možnost při kontrolách v dispenzární ambulanci více se zaměřit právě na ty největší problémy, které provázely pacienty během výzkumného šetření.

Šetření bylo podpořeno grantem SG710006 v rámci Studentské grantové soutěže Interní grantové agentury Univerzity Pardubice.

## Soupis bibliografických citací

1. APLAK, Burcu et al. Quality of life of Turkish patients with head and neck cancer. *Turkish Journal of Cancer* [online]. 2007, vol. 37, no. 4, p. 129-136 [cit. 2012-04-15]. ISSN 1019-3103. Dostupné z: [http://www.turkjcancer.org/pdf/pdf\\_TJC\\_466.pdf](http://www.turkjcancer.org/pdf/pdf_TJC_466.pdf)
2. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P. a TÓTOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2
3. BECKER, Horst D. et al. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0720-9.
4. BJORDAL, Kristin et al. Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 1999, Vol. 17, no. 3, p. 1008-1019 [cit. 2012-04-15]. ISSN 0732-183x. Dostupné z: <http://jco.ascopubs.org/content/17/3/1008.full.pdf+html>
5. BÜCHLER, Tomáš. Nádory hlavy a krku. In: *Medicabáze* [online]. c2010 [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: [http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term\\_detail&categId=24&cname=Otorinolaryngologie&termId=3167&tname=N%C3%A1dory+hlavy+a+krku&h=empty#jump](http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=24&cname=Otorinolaryngologie&termId=3167&tname=N%C3%A1dory+hlavy+a+krku&h=empty#jump)
6. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. EORTC QLQ-C30. *EORTC group for research into Quality of Life* [online]. c2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: [http://groups.eortc.be/qol/questionnaires\\_qlqc30.htm](http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_qlqc30.htm)
8. Fáze vyrovnávání se s nemocí. *Umírání* [online]. c2012 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>
9. FELTH, David. Nádory hlavy a krku. *Postgraduální medicína* [online]. c2008, roč. 8, č. 3, s. 97-101 [cit. 2012-04-1]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadory-hlavy-a-krku-350887>
10. GENDEN, Eric M.; VARVARES, Mark A. *Head and neck cancer : an evidence-based team approach*. 1. st ed. New York: Thieme Medical Publishers, 2008. ISBN 978-1-58890-636-6.

11. Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head and Neck Oncology* [online]. 2011, Vol. 3, no. 3, p. 2-8 [cit. 2012-04-15]. ISSN 1758-3284. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-3284-3-3.pdf>
12. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9
13. HAHN, Aleš et al. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3.
14. HNILICA, K. Věk, pohlaví a kvalita života. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 415-441. ISBN 80-7254-657-0.
15. HUVAR, Ivan. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. 2003, roč. 3, č. 1, s. 18-22. ISSN 1801-8750.
16. HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-017-7.
17. HYBÁŠEK, I. a VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
18. KLENER, P. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.
19. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
20. KLOZAR, Jan et al. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-246-1125-2
21. KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života: Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In: HNILICOVÁ, H.; *Kvalita života*. Kostelec nad černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 281-287. ISBN 80-7254-657-0.
24. KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 217-232. ISBN 80-7254-657-0.
25. Lip and Oral Cavity Cancer Treatment. *National Cancer Institute* [online]. c2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/lip-and-oral-cavity/Patient/page1>

26. LIŠČÁKOVÁ, A. Kvalita života onkologických pacientů a možnosti její medikamentózního ovlivňování. *Revue ošetrovatel'stva a laborator'nych metodik*. 2004, roč. 10, č. 1, s. 13-17. ISSN 1335-509
27. MARKALOUS, B. *Nemoci krku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-552-3.
28. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
29. NEJEDLÁ, Marie et al. *Ošetrovatel'ství IV*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-032-6.
30. ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39. ISSN 1801-8661.
31. PEŠEK, Miloš a Zdeněk CHUDÁČEK. Diagnostické postupy karcinomu u bronchogenního. *Postgraduální medicína* [online]. c2006, roč. 6, č. 6 [cit. 2012-01-15]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnosticke-postupy-karcinomu-u-bronchogenniho-280993>>
32. QLQ-C30. *APN Data Collection Toolkit* [online]. c2012 [cit. 2012-02-5]. Dostupné z: <[http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=197:qlq-c30&catid=44:quality-of-life&Itemid=62](http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=197:qlq-c30&catid=44:quality-of-life&Itemid=62)>
33. SLÁMA, O. Kvalita života onkologicky nemocných. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 288-295. ISBN 80-7254-657-0.
34. SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života onkologických nemocných: definice, koncepce, možnosti hodnocení. *Klinická onkologie*. 2006, roč. 19, č. 3, s. 163-166. ISSN 1802-5307.
35. SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života nemocných: jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy: odborný časopis vojenských lékařů a lékárníků*. 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025.
36. SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy: odborný časopis vojenských lékařů a lékárníků*. 2005, roč. 74, č. 5-6, s. 180-182. ISSN 0372-7025.
37. VAĐUROVÁ, H. a MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
38. VORLÍČEK, J.; VORLÍČKOVÁ, H. a KONEČNÝ, M. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-146-2.

39. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
40. VOTRUBOVÁ, Jana et al. *Klinické PET a PET/CT*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-619-9.
41. WILHELM, Zdeněk. Co je dobré vědět o výživě onkologicky nemocných. *Praktické lékařství*. 2005, roč. 1, č. 1, s. 38-40. ISSN 1801-2434.
42. Zhoubné novotvary hlavy a krku. VYZULA, Rostislav et al. *Zásady cytostatické léčby a maligních onkologických onemocnění*. 12 vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2011, s. 95-99. ISBN ISBN 978-80-254-9142-3.



## Seznam zkratek

ADL – Activities of Daily Living

APACHE II - Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System

apod. – a podobně

atp. - a tak podobně

CT- počítačová tomografie

č. – číslo

DDRS – Distress and Disability Rating Scale

EBV - Virus Epstein-Barrové

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

FACIT – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy

FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy - General

GIT - gastrointestinální trakt – trávicí soustava

gl. – glandula – žláza

Gy – Gray - jednotka absorbované dávky záření

$H_0$  – hypotéza nulová

$H_A$  – hypotéza alternativní

HPV - lidský papilomavirus

KDQOL - Kidney Disease Quality of Life Instrument

LSS - Life Satisfaction Scale

m. – musculus – sval

MANSA - Manchester Short Assesement of Quality of Life

min. – minimum

MR – magnetická rezonance

MVQOLI: 25 – Missoula - Vitas Quality of Life Index V-25

n.VII – nervus facialis –lícní nerv

např. - například

obr. – obrázek

ORL – otorinolaryngologie - ušní, nosní, krční

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

Přil. – příloha

PSI - Performance Status Index, Karnofsky index

PWB – Psychological well-being (psychická pohoda)

QOL - Quality of life

Q-LES-Q – Quality of Life Enjoyment and Satisfaction

RSCL – Rotterdam Symptom Checklist

SEIQoL – Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life

SF 36 –Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form

SIP - Sickness Impact Profil

SWB – Subjective well-being (subjektivní pohoda)

SWLS - Satisfaction with Life Scale

tj. - to jest

TSH - thyreotropní hormon

tzv. – takzvaný

UV – ultrafialové záření

v. – vena – žíla

WHO – World Health Organization

WHOQoL - World Health Organization Quality of Life

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví respondentů.....	47
Tabulka 2: Věková struktura respondentů.....	48
Tabulka 3: Vzdělání respondentů.....	49
Tabulka 4: Rodinný stav pacientů.....	50
Tabulka 5: Počet dětí respondentů.....	51
Tabulka 6: Vzdálenost do ambulance.....	51
Tabulka 7: Doprovod k vyšetření.....	52
Tabulka 8: Zaměstnání respondentů.....	52
Tabulka 9: Návykové látky.....	54
Tabulka 10: Informovanost o výživě.....	55
Tabulka 11: Dodržování speciálních stravovacích opatření.....	56
Tabulka 12: Vyhledávání informací o nemoci pomocí internetu.....	57
Tabulka 13: Sdružení nemocných.....	58
Tabulka 14: Problémy související s nemocí.....	59
Tabulka 15: Celková léčba respondentů.....	60
Tabulka 16: Potíže při vykonávání namáhavější činnosti.....	61
Tabulka 17: Potíže při dlouhé procházce.....	61
Tabulka 18: Potíže při krátkých procházkách.....	62
Tabulka 19: Pomoc při běžných činnostech.....	63
Tabulka 20: Omezení v práci nebo při výkonu každodenních činností.....	63
Tabulka 21: Omezení při provádění koníčků ve volném čase.....	64
Tabulka 22: Problémy s dechem.....	64
Tabulka 23: Bolest.....	65
Tabulka 24: Potřeba odpočinku.....	65
Tabulka 25: Potíže se spaním.....	66
Tabulka 26: Slabost.....	67
Tabulka 27: Chuť k jídlu.....	67
Tabulka 28: Žaludeční potíže.....	68
Tabulka 29: Zvracení.....	68
Tabulka 30: Zácpa.....	69
Tabulka 31: Průjem.....	69
Tabulka 32: Unavenost.....	70

Tabulka 33: Narušení každodenních aktivit bolestí .....	70
Tabulka 34: Problém soustředit se na čtení novin nebo na sledování televize .....	71
Tabulka 35: Napětí respondentů .....	71
Tabulka 36: Obavy pacientů .....	72
Tabulka 37: Podráždění pacientů .....	72
Tabulka 38: Deprivace pacienta.....	73
Tabulka 39: Problém zapamatovat si věci .....	74
Tabulka 40: Zásah fyzické kondice nebo léčby do rodinného života .....	74
Tabulka 41: Zásah fyzické kondice nebo léčby do společenských aktivit .....	75
Tabulka 42: Zásah fyzické kondice nebo léčby do financí pacienta.....	75
Tabulka 43: Celkové zdraví.....	76
Tabulka 44: Kvalita života.....	77
Tabulka 45: Bolest v ústech.....	78
Tabulka 46: Bolest čelisti .....	78
Tabulka 47: Bolestivé postižení úst .....	79
Tabulka 48: Bolest v krku.....	79
Tabulka 49: Problémy při polykání tekutin .....	80
Tabulka 50: Problémy při polykání kašovitě stravy.....	80
Tabulka 51: Dušení při polykání.....	81
Tabulka 52: Problém se zuby.....	82
Tabulka 53: Problém rozevřít ústa .....	82
Tabulka 54: Lepkavé sliny.....	83
Tabulka 55: Problémy s čichovým smyslem .....	83
Tabulka 56: Problémy s chuťovým smyslem .....	84
Tabulka 57: Kašel.....	85
Tabulka 58: Chrapot.....	85
Tabulka 59: Pocit nemoci .....	86
Tabulka 60: Problémy se vzhledem .....	86
Tabulka 61: Potíže při jídle.....	87
Tabulka 62: Potíže jíst před rodinou .....	87
Tabulka 63: Potíže jíst před ostatními lidmi .....	88
Tabulka 64: Potíže vychutnat si jídlo .....	88
Tabulka 65: Potíže mluvit s ostatními lidmi.....	89
Tabulka 66: Potíže mluvit po telefonu .....	89

Tabulka 67: Potíže ve společenském styku s rodinou.....	90
Tabulka 68: Potíže ve společenském styku s přáteli.....	90
Tabulka 69: Potíže vystupovat na veřejnosti .....	91
Tabulka 70: Potíže při fyzickém kontakty s přáteli nebo s rodinou.....	92
Tabulka 71: Zájem o sex .....	92
Tabulka 72: Potěšení ze sexu.....	93
Tabulka 73: Užívání léků od bolesti .....	94
Tabulka 74: Konzumace potravinových doplňků .....	95
Tabulka 75: Výživa sondou .....	96
Tabulka 76: Hubnutí.....	97
Tabulka 77: Přibírání na váze .....	98
Tabulka 78: Sucho v ústech.....	99
Tabulka 79: Výpočet hypotézy – sucha v ústech.....	100
Tabulka 80: Problém při polykání tuhé stravy.....	101
Tabulka 81: Výpočet hypotézy – problém spolykáním tuhé stravy.....	101
Tabulka 82: Sucho v ústech (hodnoty při návštěvách v ambulanci).....	126
Tabulka 83: Problémy při polykání tuhé stravy (hodnoty při návštěvách v ambulanci) .....	127

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Graf - Pohlaví respondentů .....	47
Obrázek 2: Graf - Věk pacientů .....	48
Obrázek 3: Graf - Vzdělání pacientů.....	49
Obrázek 4: Graf - Rodinný stav pacientů .....	50
Obrázek 5: Graf - Invalidní důchod respondentů.....	53
Obrázek 6: Graf - Návykové látky .....	54
Obrázek 7: Graf - Informovanost o výživě.....	55
Obrázek 8: Graf - Dodržování speciálních stravovacích opatření .....	56
Obrázek 9: Graf - Vyhledávání informací o onemocnění pomocí internetu .....	57
Obrázek 10: Graf – Členství ve sdružení nemocných.....	58
Obrázek 11: Graf - Problémy v souvislosti s nemocí.....	59
Obrázek 12: Graf - Léčba pacientů .....	60
Obrázek 13: Graf - Kvalita života.....	77
Obrázek 14: Graf - Léky proti bolesti .....	94
Obrázek 15: Graf - Konzumace potravinových doplňků .....	95
Obrázek 16: Graf - Výživa sondou .....	96
Obrázek 17: Graf - Hubnutí klientů .....	97
Obrázek 18: Graf - Přibírání klientů .....	98

## Seznam příloh

Příloha 1: Karnofskyho index .....	120
Příloha 2: Všeobecný dotazník .....	121
Příloha 3: Dotazník EORTC QLQ-C30 .....	122
Příloha 4: Dotazník EORTC QLQ – H&N35 .....	124
Příloha 5: Tabulky, které byly použity v programu STATISTIKA k testování hypotéz .....	126
Příloha 6: Tabulka kritických hodnot Wilcoxonova párového testu.....	129

## Přílohy

### Příloha 1: Karnofskyho index

100	normální stav, bez potíží
90	schopen vykonávat běžné aktivity, přítomny menší známky onemocnění
80	normální aktivita s úsilím
70	schopen se sám o sebe postarat, neschopen vykonávat běžné aktivity nebo pracovat
60	vyžaduje příležitostnou pomoc, ale schopen se o sebe postarat ve většině případů
50	vyžaduje soustavnou pomoc a častou zdravotnickou pomoc
40	neschopný, vyžaduje zvláštní péči
30	závažně omezený, hospitalizace je indikována, ale smrt bezprostředně nehrozí
20	velmi nemocný, hospitalizace je indikována, ale smrt bezprostředně nehrozí
10	moribundní
0	mrtvý

(ZDN, 2006)



## Příloha 2: Všeobecný dotazník

### DOTAZNÍK – VŠEOBECNÉ INFORMACE

Zajímáme se o některé věci, které se týkají Vás a vztahu k Vašemu onemocnění. Odpovězte prosím na všechny otázky tak, že **zakroužkujete ten údaj, který Vám nejlépe odpovídá**. Neexistují žádné "správné" anebo "nesprávné" odpovědi. Informace, které poskytnete, zůstanou přísně důvěrné.

Uvedte prosím své iniciály: .....

Vaše datum narození (den, měsíc, rok): .....

Dnešní datum (den, měsíc, rok): .....

1.	Vzdělání:	základní <sup>1</sup> – vyučen/a <sup>2</sup> – středošk. <sup>3</sup> – vysokošk. <sup>4</sup>
2.	Rodinný stav:	svobod. <sup>1</sup> – vdaná/ženatý <sup>2</sup> – rozved. <sup>3</sup> – ovdov. <sup>4</sup>
3.	Počet dětí:	žádné <sup>1</sup> – 1 <sup>2</sup> – 2 <sup>3</sup> – 3 <sup>4</sup> – více <sup>5</sup>
4.	Vzdálenost bydliště:	do25km <sup>1</sup> – do50km <sup>2</sup> – do75km <sup>3</sup> – do100km <sup>4</sup> – více <sup>5</sup>
5.	Doprava k vyšetření:	autobilem <sup>1</sup> – vlakem <sup>2</sup> – autobusem <sup>3</sup> – sanitou <sup>4</sup>
6.	Nutný doprovod k vyšetření:	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
7.	Zaměstnání:	zaměstnanec <sup>1</sup> – nezaměstnaný <sup>2</sup> – OSVČ <sup>3</sup> – v domácnosti <sup>4</sup> – starobní důchod <sup>5</sup> – invalidní důchod plný <sup>6</sup> – částečný <sup>7</sup>
8.	Invalidní důchod:	nepobírám <sup>0</sup> – částečný <sup>1</sup> – plný <sup>2</sup>
9.	Kouření:	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
10.	Pití alkoholu:	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
11.	Získáváte informace o svém onemocnění též z internetu?	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
12.	Byl jste informován o správné výživě u nádorového onemocnění?	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
13.	Dodržujete speciální stravovací opatření?	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
14.	V případě, že jste nosič tracheální kanyly, byl jste informován o zdravotních pomůckách?	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
15.	Problémy partnerské, rodinné v souvislosti s nemocí:	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
16.	Problémy v zaměstnání v souvislosti s nemocí:	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
17.	Problémy při řízení vozidla v souvislosti s nemocí: (vyplní pouze řidiči)	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
18.	Problémy v běžném životě (nákupy, úřady) v souvislosti s nemocí:	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>
19.	Jste členem nějakého sdružení nemocných?	ne <sup>0</sup> – ano <sup>1</sup>



**Během minulého týdne:**

	<b>Vůbec ne</b>	<b>Trochu</b>	<b>Dost</b>	<b>Velmi hodně</b>
17. Měl/a jste průjem?	1	2	3	4
18. Byl/a jste unaven/a?	1	2	3	4
19. Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?	1	2	3	4
20. Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	1	2	3	4
21. Cítil/a jste napětí?	1	2	3	4
22. Cítil/a jste obavy?	1	2	3	4
23. Cítil/a jste podráždění?	1	2	3	4
24. Cítil/a jste se být deprimován/a?	1	2	3	4
25. Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	1	2	3	4
26. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho <u>rodinného</u> života?	1	2	3	4
27. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší <u>společenské</u> aktivity?	1	2	3	4
28. Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?	1	2	3	4

**U následujících otázek prosím zakroužkujte v rozmezí od 1 do 7 tu odpověď, která se pro Vás nejlépe hodí**

29. Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?

1            2            3            4            5            6            7

Velmi špatné

Vynikající

30. Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?

1            2            3            4            5            6            7

Velmi špatná

Vynikající

## Příloha 4: Dotazník EORTC QLQ – H&N35

### EORTC QLQ - H&N35

Pacienti někdy uvádějí, že mají následující příznaky nebo problémy. Označte, prosím, v jakém rozsahu se tyto příznaky nebo problémy vyskytovaly u Vás v průběhu minulého týdne. Svou odpověď označte zakroužkováním čísla, které nejlépe vystihuje Vaši situaci.

---

<b>Během minulého týdne:</b>	<b>Vůbec ne</b>	<b>Trochu</b>	<b>Dost</b>	<b>Velmi hodně</b>
31. Bolelo vás v ústech?	1	2	3	4
32. Bolely vás čelisti?	1	2	3	4
33. Vyskytlo se u vás bolestivé postižení úst?	1	2	3	4
34. Bolelo vás v krku?	1	2	3	4
35. Měli jste problémy při polykání tekutin?	1	2	3	4
36. Měli jste problémy při polykání kašovitě stravy?	1	2	3	4
37. Měli jste problémy při polykání tuhé stravy?	1	2	3	4
38. Dusili jste se při polykání?	1	2	3	4
39. Měli jste problémy se zuby?	1	2	3	4
40. Činilo vám problémy široce rozevřít ústa?	1	2	3	4
41. Měli jste sucho v ústech?	1	2	3	4
42. Měli jste lepkavé sliny?	1	2	3	4
43. Měli jste problémy s čichovým smyslem?	1	2	3	4
44. Měli jste problémy s chuťovým smyslem?	1	2	3	4
45. Kašlali jste?	1	2	3	4
46. Chraptěli jste?	1	2	3	4
47. Cítili jste se nemocní?	1	2	3	4
48. Trápil vás váš vzhled?	1	2	3	4

Přejděte prosím na následující stranu

**Během minulého týdne:**

	<b>Vůbec ne</b>	<b>Trochu</b>	<b>Dost</b>	<b>Velmi hodně</b>
49. Měli jste potíže při jídle?	1	2	3	4
50. Činilo vám potíže jíst před vaší rodinou?	1	2	3	4
51. Činilo vám potíže jíst před ostatními lidmi?	1	2	3	4
52. Činilo vám potíže vychutnat si jídlo?	1	2	3	4
53. Činilo vám potíže mluvit s ostatními lidmi?	1	2	3	4
54. Činilo vám potíže mluvit po telefonu?	1	2	3	4
55. Měli jste potíže ve společenském styku se svou rodinou?	1	2	3	4
56. Měli jste potíže ve společenském styku s přáteli?	1	2	3	4
57. Činilo vám potíže vystupovat na veřejnosti?	1	2	3	4
58. Měli jste potíže při fyzickém kontaktu s přáteli nebo se svou rodinou?	1	2	3	4
59. Pociťoval jste méně zájmu o sex?	1	2	3	4
60. Pociťoval jste méně potěšení ze sexu?	1	2	3	4

**Během minulého týdne:**

	<b>Ne</b>	<b>Ano</b>
61. Užívali jste léky proti bolesti?	1	2
62. Konzumovali jste nějaké potravinové doplňky (kromě vitamínů)?	1	2
63. Byli jste vyživováni sondou?	1	2
64. Zhubli jste?	1	2
65. Přibrali jste na váze?	1	2

**Příloha 5: Tabulky, které byly použity v programu STATISTIKA k testování hypotéz**

Tabulka 82: Sucho v ústech (hodnoty při návštěvách v ambulanci)

Pacient	Při první návštěvě	Při poslední návštěvě	Pacient	Při první návštěvě	Při poslední návštěvě
1	3	3	46	2	1
2	2	1	47	1	4
3	4	2	48	4	3
4	1	1	49	3	3
5	1	2	50	2	2
6	1	2	51	4	4
7	4	2	52	1	1
8	2	2	53	4	3
9	2	3	54	3	4
10	2	1	55	3	2
11	4	2	56	3	3
12	2	2	57	3	2
13	1	1	58	4	4
14	1	1	59	4	4
15	1	1	60	2	2
16	2	2	61	3	2
17	2	3	62	4	4
18	1	2	63	3	2
19	2	2	64	3	3
20	1	1	65	2	2
21	2	2	66	3	2
22	2	1	67	3	3
23	4	4	68	4	2
24	4	4	69	3	2
25	4	2	70	4	4
26	3	1	71	3	3
27	4	4	72	3	4
28	2	2	73	3	2
29	4	3	74	1	2
30	1	1	75	3	2
31	1	2	76	3	3
32	2	2	77	2	2
33	2	1	78	3	3
34	2	3	79	2	4
35	3	3	80	3	2
36	1	1	81	4	4
37	2	2	82	3	2
38	2	2	83	3	4
39	4	2	84	2	1

<b>40</b>	1	1	<b>85</b>	4	3
<b>41</b>	1	1	<b>86</b>	1	1
<b>42</b>	2	2	<b>87</b>	4	2
<b>43</b>	4	4	<b>88</b>	1	1
<b>44</b>	3	3	<b>89</b>	2	4
<b>45</b>	4	4			

Tabulka 83: Problémy při polykání tuhé stravy (hodnoty při návštěvách v ambulanci)

<b>Pacient</b>	<b>Při první návštěvě</b>	<b>Při poslední návštěvě</b>	<b>Pacient</b>	<b>Při první návštěvě</b>	<b>Při poslední návštěvě</b>
<b>1</b>	1	4	<b>46</b>	2	2
<b>2</b>	1	1	<b>47</b>	2	1
<b>3</b>	1	1	<b>48</b>	4	2
<b>4</b>	1	1	<b>49</b>	2	3
<b>5</b>	1	2	<b>50</b>	2	1
<b>6</b>	1	2	<b>51</b>	4	4
<b>7</b>	2	2	<b>52</b>	2	1
<b>8</b>	1	1	<b>53</b>	3	3
<b>9</b>	2	3	<b>54</b>	2	4
<b>10</b>	2	4	<b>55</b>	2	2
<b>11</b>	2	2	<b>56</b>	1	1
<b>12</b>	1	1	<b>57</b>	3	3
<b>13</b>	2	2	<b>58</b>	4	3
<b>14</b>	2	2	<b>59</b>	4	4
<b>15</b>	2	2	<b>60</b>	3	3
<b>16</b>	2	2	<b>61</b>	3	3
<b>17</b>	2	2	<b>62</b>	4	4
<b>18</b>	1	1	<b>63</b>	3	2
<b>19</b>	4	4	<b>64</b>	3	3
<b>20</b>	2	2	<b>65</b>	2	3
<b>21</b>	2	2	<b>66</b>	2	1
<b>22</b>	2	2	<b>67</b>	4	2
<b>23</b>	2	1	<b>68</b>	4	4
<b>24</b>	4	4	<b>69</b>	2	2
<b>25</b>	1	1	<b>70</b>	4	4
<b>26</b>	1	1	<b>71</b>	2	2
<b>27</b>	3	3	<b>72</b>	2	2
<b>28</b>	2	2	<b>73</b>	3	3
<b>29</b>	4	2	<b>74</b>	2	3
<b>30</b>	1	1	<b>75</b>	2	2
<b>31</b>	1	1	<b>76</b>	3	4
<b>32</b>	2	1	<b>77</b>	3	3
<b>33</b>	3	2	<b>78</b>	2	3
<b>34</b>	3	3	<b>79</b>	3	4
<b>35</b>	4	4	<b>80</b>	3	3

<b>36</b>	2	1	<b>81</b>	4	4
<b>37</b>	2	2	<b>82</b>	1	4
<b>38</b>	1	4	<b>83</b>	2	4
<b>39</b>	2	3	<b>84</b>	2	2
<b>40</b>	1	1	<b>85</b>	4	4
<b>41</b>	1	2	<b>86</b>	3	3
<b>42</b>	4	2	<b>87</b>	3	3
<b>43</b>	2	3	<b>88</b>	2	3
<b>44</b>	2	2	<b>89</b>	4	4
<b>45</b>	2	3			



## Příloha 6: Tabulka kritických hodnot Wilcoxonova párového testu

n	α						
	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.0025	0.001
1	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-
4	0	-	-	-	-	-	-
5	2	0	-	-	-	-	-
6	3	2	0	-	-	-	-
7	5	3	2	0	-	-	-
8	8	5	3	1	0	-	-
9	10	8	5	3	1	0	-
10	14	10	8	5	3	1	0
11	17	13	10	7	5	3	1
12	21	17	13	9	7	5	2
13	26	21	17	12	9	7	4
14	31	25	21	15	12	9	6
15	36	30	25	19	15	12	8
16	42	35	29	23	19	15	11
17	48	41	34	27	23	19	14
18	55	47	40	32	27	23	18
19	62	53	46	37	32	27	21
20	69	60	52	43	37	32	26
21	77	67	58	49	42	37	30
22	86	75	65	55	48	42	35
23	94	83	73	62	54	48	40
24	104	91	81	69	61	54	45
25	113	100	89	76	68	60	51
26	124	110	97	84	75	67	58
27	134	119	107	92	83	74	64
28	145	130	116	101	91	82	71
29	157	140	126	110	100	90	79
30	169	151	137	120	109	98	86
31	181	163	147	130	118	107	94
32	194	175	159	140	128	116	103
33	207	187	170	151	138	126	112
34	221	200	182	162	148	136	121
35	235	213	195	173	159	146	131
36	250	227	208	185	171	157	141
37	265	241	221	198	184	168	151
38	281	256	235	211	194	180	162
39	297	271	249	224	207	192	173
40	313	286	264	238	220	204	185
41	330	302	279	252	233	217	197
42	348	319	294	266	247	230	209
43	365	336	310	281	261	244	222
44	384	353	327	296	276	258	235
45	402	371	343	312	291	272	249
46	422	389	361	328	307	287	263
47	441	407	378	345	322	302	277
48	462	426	396	362	339	318	292
49	482	446	415	379	355	334	307
50	503	466	434	397	373	350	323
51	525	486	453	416	390	367	339
52	547	507	473	434	408	384	355
53	569	529	494	454	427	402	372
54	592	550	514	473	445	420	389
55	615	573	536	493	465	439	407
56	639	595	557	514	484	457	425
57	664	618	579	535	504	477	443
58	688	642	602	556	525	497	462
59	714	666	625	578	546	517	482
60	739	690	648	600	567	537	501
61	765	715	672	623	589	558	521
62	792	741	697	646	611	580	542
63	819	767	721	669	634	602	563
64	847	793	747	693	657	624	584
65	875	820	772	718	681	647	606
66	903	847	798	742	705	670	628
67	932	875	825	768	729	694	651
68	962	903	852	793	754	718	674
69	992	931	879	819	779	742	697
70	1022	960	907	846	805	767	721
71	1053	990	936	873	831	792	745
72	1084	1020	964	901	858	818	770
73	1116	1050	994	928	884	844	795
74	1148	1081	1023	957	912	871	821
75	1181	1112	1053	986	940	898	847
76	1214	1144	1084	1015	968	925	873
77	1247	1176	1115	1044	997	953	900
78	1282	1209	1147	1075	1026	981	927
79	1316	1242	1179	1105	1056	1010	955
80	1351	1276	1211	1136	1086	1039	983
81	1387	1310	1244	1168	1116	1069	1011
82	1423	1345	1277	1200	1147	1099	1040
83	1459	1380	1311	1232	1178	1129	1070
84	1496	1415	1345	1265	1210	1160	1099
85	1533	1451	1380	1298	1242	1191	1130
86	1571	1487	1415	1332	1275	1223	1160
87	1609	1524	1451	1366	1308	1255	1191
88	1648	1561	1487	1400	1342	1288	1223
89	1688	1599	1523	1435	1376	1321	1255
90	1727	1638	1560	1471	1410	1355	1287
91	1767	1676	1597	1507	1445	1389	1320
92	1808	1715	1635	1543	1480	1423	1353
93	1849	1755	1674	1580	1516	1458	1387
94	1891	1795	1712	1617	1552	1493	1421
95	1933	1836	1752	1655	1589	1529	1455
96	1976	1877	1791	1693	1626	1565	1490
97	2019	1918	1832	1731	1664	1601	1525
98	2062	1960	1872	1770	1702	1638	1561
99	2106	2003	1913	1810	1740	1676	1598
100	2151	2045	1955	1850	1779	1714	1634

n	α						
	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.0025	0.001
101	2195	2089	1997	1890	1818	1752	1671
102	2241	2133	2039	1931	1858	1791	1709
103	2287	2177	2082	1972	1898	1830	1747
104	2333	2222	2125	2014	1939	1870	1785
105	2380	2267	2169	2056	1980	1910	1824
106	2427	2312	2213	2099	2022	1950	1863
107	2475	2359	2258	2142	2063	1991	1903
108	2523	2405	2303	2186	2106	2032	1943
109	2572	2452	2349	2230	2149	2074	1984
110	2621	2500	2395	2274	2192	2117	2025
111	2671	2548	2442	2319	2236	2159	2066
112	2721	2596	2489	2364	2280	2202	2108
113	2771	2645	2536	2410	2325	2246	2150
114	2822	2695	2584	2456	2370	2290	2193
115	2874	2744	2632	2503	2415	2335	2236
116	2926	2795	2681	2550	2461	2380	2280
117	2978	2846	2731	2598	2508	2425	2324
118	3031	2897	2780	2646	2555	2471	2368
119	3085	2948	2831	2694	2602	2517	2413
120	3139	3001	2881	2743	2650	2564	2459
121	3193	3053	2933	2793	2698	2611	2505
122	3248	3106	2984	2843	2747	2658	2551
123	3303	3160	3036	2893	2796	2707	2598
124	3359	3214	3089	2944	2846	2755	2645
125	3416	3269	3142	2995	2896	2804	2692
126	3474	3325	3195	3047	2947	2853	2740
127	3530	3379	3249	3099	2997	2903	2789
128	3587	3435	3304	3152	3049	2953	2838
129	3645	3492	3359	3205	3100	3004	2887
130	3704	3548	3414	3258	3153	3055	2937
131	3763	3606	3470	3312	3205	3107	2987
132	3823	3664	3526	3367	3259	3159	3038
133	3883	3722	3583	3421	3312	3212	3089
134	3944	3781	3640	3477	3366	3264	3140
135	4005	3840	3697	3533	3421	3318	3192
136	4066	3900	3756	3589	3476	3372	3245
137	4128	3960	3814	3646	3531	3426	3298
138	4191	4020	3873	3703	3587	3481	3351
139	4254	4081	3933	3760	3644	3536	3405
140	4317	4143	3993	3819	3701	3592	3459
141	4381	4205	4053	3877	3758	3648	3514
142	4445	4268	4114	3936	3816	3704	3569
143	4510	4331	4175	3996	3874	3761	3624
144	4575	4394	4237	4055	3932	3819	3680
145	4641	4458	4299	4116	3991	3877	3737
146	4708	4522	4362	4177	4051	3935	3793
147	4774	4587	4425	4238	4111	3994	3851
148	4842	4652	4489	4300	4171	4053	3908
149	4909	4718	4553	4362	4232	4113	3967
150	4978	4785	4618	4425	4294	4173	4025
151	5046	4851	4683	4488	4355	4233	4084
152	5115	4919	4748	4551	4418	4294	4144
153	5185	4986	4814	4615	4480	4356	4204
154	5255	5054	4881	4680	4544	4418	4264
155	5326	5123	4948	4745	4607	4480	4325
156	5397	5192	5015	4810	4671	4543	4387
157	5468	5262	5083	4876	4736	4606	4448
158	5540	5332	5151	4943	4801	4670	4511
159	5613	5402	5220	5009	4866	4734	4573
160	5686	5473	5289	5077	4932	4799	4636
161	5759	5545	5359	5144	4999	4864	4700
162	5833	5617	5429	5213	5065	4930	4764
163	5908	5689	5500	5281	5133	4996	4828
164	5982	5762	5571	5350	5200	5062	4893
165	6058	5835	5643	5420	5269	5129	4959
166	6134	5909	5715	5490	5337	5196	5024
167	6210	5983	5787	5560	5406	5264	5091
168	6287	6058	5860	5631	5476	5332	5157
169	6364	6133	5934	5703	5546	5401	5224
170	6442	6209	6008	5775	5616	5470	5292
171	6520						