

**Univerzita Karlova**  
**Lékařská fakulta v Hradci Králové**

Ústav sociálního lékařství  
Oddělení ošetřovatelství



Markéta Stiborová

**Kvalita života pacientů**  
**s Hodgkinovým lymfomem**  
*Quality of life of patients with Hodgkin's lymphoma*

Bakalářská práce  
Hradec Králové 2019

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předloženou bakalářskou práci jsem zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému SIS UK LFHK, jsou totožné.

V Hradci Králové 2019

Markéta Stiborová

## Poděkování

Tímto děkuji svému vedoucímu bakalářské práce, prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc, za připomínky, rady, jeho čas a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji paní MUDr. Heidi Mócikové, Ph.D., že mi umožnila provést výzkum v hematologické ambulanci v Praze. Děkuji i paní RNDr. Evě Čermákové za statistické výpočty.

# Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1.1 Lymfatický systém.....	7
1.1.1 Slezina – lien.....	8
1.1.2 Brzlík – thymus.....	9
1.1.3 Mízní cévy – vasa lymphatica .....	9
1.1.4 Mízní uzliny – nodi lymphatici.....	10
1.1.5 Míza – lymfa.....	11
1.1.6 Hlavní mízní kmeny a uzliny.....	12
1.1.6.1. Ductus thoracicus.....	12
1.1.6.2 Ductus lymphaticus dexter.....	12
1.1.6.3 Mízní cévy a uzliny hlavy a krku.....	13
1.1.6.4 Lymfatický systém horní končetiny .....	13
1.1.6.5 Lymfatická drenáž mléčné žlázy a prsu.....	14
1.1.6.6 Lymfatický systém hrudníku .....	14
1.1.6.7 Lymfatické cévy a uzliny břicha a pánve .....	15
1.1.6.8 Lymfatické cévy a uzliny dolní končetiny.....	16
1.2 Hodgkinův lymfom.....	16
1.2.1 Definice.....	16
1.2.3 Výskyt.....	16
1.2.4 Etiologie a patogeneze .....	17
1.2.5 Klinické příznaky.....	18
1.2.5.1 Nebolestivá, postupně progredující adenopatie .....	18
1.2.5.2 Systémové příznaky .....	18
1.2.6 Fyzikální nález.....	19
1.2.7 Diagnostika .....	20
1.2.8 Klasifikace .....	21
1.2.9 Léčba.....	22
1.2.10 Následky léčby.....	23
1.2.11 Prognóza .....	23
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s Hodgkinovým lymfomem.....	24
1.3.1 Komunikace sestry s onkologickým pacientem.....	25

1.3.2 Úloha sestry před podáním chemoterapie.....	26
1.3.3 Ošetrovatelská péče během chemoterapie .....	27
1.3.4 Ošetrovatelská péče po chemoterapii .....	27
1.3.5 Všeobecné rady od zdravotní sestry pacientovi.....	28
1.3.6 Problémy při komunikaci s onkologickým pacientem .....	28
1.4 Kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem .....	29
1.4.1 Pojem <i>kvalita života</i> .....	29
1.4.2 Pojem kvalita života související se zdravím a nemocí .....	30
1.4.3 Diagnostika kvality života .....	31
1.4.4 Kvalita života onkologických pacientů.....	33
1.4.5 Kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem .....	36
1. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	38
2.1 Cíle výzkumu.....	38
2.2 Zkoumaný soubor .....	38
2.3 Použité metody .....	38
2.4 Charakteristika zkoumaného souboru.....	39
2.5 Výsledky .....	46
2.6 Diskuse výsledků .....	69
Závěr .....	72
Abstrakt.....	74
Použitá literatura a prameny .....	76
Seznam tabulek .....	78
Seznam grafů .....	79
Přílohy.....	80

## Úvod

Hodgkinův lymfom je nádorové onemocnění, které napadá lymfatický systém. Tento druh onemocnění postihuje velmi často mladou populaci. Příznaky Hodgkinova lymfomu jsou nejdříve nenápadné. Mohou připomínat příznaky chřipky. U pacienta se může objevit horečka, únava, pocení, zvětšení uzlin nebo nebolestivé zvětšení uzlin. Jsou ale případy, kdy se ani tyto příznaky nemoci neobjeví.

Po diagnostice Hodgkinova lymfomu, pomocí biopsie, rentgenu hrudníku, sonografii břicha nebo třeba po PET vyšetření, podstupuje pacient danou léčbu. Základní léčebná metoda je systémová léčba ve formě chemoterapie, která je doplněna o radioterapii. Po této léčbě se sledují dlouhodobé následky. Dochází ke kardiotoxicitě, hypotyreóze, poruchám fertility i vyššímu výskytu infekcí. Pozdní následky léčby ovlivňují kvalitu života pacientů. Často se vyskytuje únava, která má vliv na fungování člověka při běžných každodenních činnostech. O všech těchto problémech je psáno v této bakalářské práci později.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno z několika důvodů. Jeden z nich je, že jsem sama podstoupila léčbu Hodgkinova lymfomu a zajímala mě celá problematika této nemoci. Zajímalo mě také, jaká je kvalita života pacientů po léčbě Hodgkinova lymfomu.

Bakalářská práce nabízí v teoretické části popis anatomie lymfatického systému, dále řeší hlavní problematiku samotného Hodgkinova lymfomu, jeho výskyt, patogenезy, diagnostiku nebo klasifikaci. Další důležitou součástí práce je léčba Hodgkinova lymfomu, následky léčby a jeho prognóza. Některé podkapitoly řeší ošetrovatelskou péči onkologických pacientů a i přímo pacientů s Hodgkinovým lymfomem. Větší část práce se zabývá kvalitou života pacientů. Přímou pak kvalitou života onkologických pacientů a pacientů po lymfomu.

Praktická část bakalářské práce popisuje výzkum kvality života pacientů po Hodgkinovém lymfomu. Výzkum probíhal v Praze v nemocnici Královské Vinohrady na oddělení hematologie. Kvantitativní šetření probíhalo formou dotazníků.

# TEORETICKÁ ČÁST

Tématem práce je kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem, tj. s velmi závažným onemocněním. Výklad v této části práce je koncipován tak, že nejprve je popsán lymfatický systém obecně, pak Hodgkinův lymfom včetně definice, příznaků, nálezů a standardní léčby. Zvláštní kapitola je věnována ošetrovatelské péči o tyto pacienty. Druhý velký oddíl teoreticko-přehledové části práce se soustřeďuje na pojem kvalita života. Charakterizuje jeho vznik, obtíže s definováním, problémy s jeho strukturními složkami a se způsoby diagnostikování. Oddíl je uzavřen přehledem dosavadních výzkumů kvality života u pacientů s Hodgkinovým lymfomem.

## 1.1 Lymfatický systém

Lymfatický systém je složen z lymfatické tkáně a ze systému lymfatických cév. Lymfatická tkáň je složená z buněk, které se tvoří v kostní dřeni, v thymu, v lymfatických uzlinách, ve slezině a v lymfoidní tkáni trávicího ústrojí a bronchů. Do lymfatických cév, extravaskulárních prostorů a krve se dostávají různé druhy lymfocyty produkované z výše pojmenovaných tkání. Lymfatická tkáň je buď přímo napojena na lymfatické cévy, nebo je od cév úplně oddělena, např. slezina. (Naňka, Elišková 2009, s. 133)

Lymfocyty můžeme rozdělit podle jejich funkce, jaký mají původ nebo jejich zralosti na lymfocyty B a T. Lymfocyty mají různou životnost, od několika dnů do několik let. Obecně je můžeme rozdělit na lymfocyty krátkověké a dlouhověké. Podle velikosti rozdělujeme lymfocyty na malé a velké. (Naňka, Elišková 2009, s. 133)

Hlavním producentem lymfocytů ve fetálním období je kostní dřeň. Část lymfocytů z kostní dřene dojde do thymu, kde se diferencují na T lymfocyty. Ostatní lymfocyty se pomnožují v kostní dřeni a usídlují se v sekundárních lymfatických orgánech, jako jsou slezina, tonsily, lymfatická tkáň střeva a respiračního traktu. Těmto lymfocytům říkáme B lymfocyty. T lymfocyty odpovídají za buněčnou imunitu. B lymfocyty mají za úkol zajistit humorální imunitu a produkují bílkovinné protilátky. Monocyty – makrofágový systém navazuje na obranný systém lymfocytů. Fagocytózou dochází k likvidaci bakterií jejich pohlcením. (Naňka, Elišková 2009, s. 133)

### 1.1.1 Slezina – lien

Slezinu řadíme k hemolymfatickým orgánům. Slezina je připojena do systému krevních cév, ale má i složku lymfatickou retikuloendotelovou. Je uložena v levé klenbě brániční, přesně mezi žaludkem a bránicí. Má zadní – horní pól a přední – dolní pól. Svou horní částí se slezina opírá o bránici, facies diaphragmatica. Dolní částí směřuje k žaludku, ocasu pankreatu a k levé ledvině, facies visceralis. Dolním pólem se dotýká tlustého střeva. Na viscerální ploše vstupují do sleziny krevní cévy v hilu sleziny. (Naňka, Elišková 2009, s. 133)

U dospělého jedince je slezina průměrně 12 cm dlouhá, 7 cm široká, a její tloušťka je 3-4 cm. Hmotnost sleziny je v rozmezí 80-300 g, průměrně pak váží 120-160 g. Hmotnost závisí na tom, kolik je dosažené krve ve slezině. Slezina se zvětšuje v klidu a při jídle. Zmenšuje se pak při práci a hladovění. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

Na povrchu sleziny je viscerální peritoneum. To pevně srůstá s vazivovým pouzdrem, které leží pod ním. V nitru slezin jsou vazivové trámečky, mezi kterými je uloženo červená a bílá pulpa. Nahromadění lymfatické tkáně (lymfocytů) ve formě lymfatických uzlíků se říká bílá pulpa. Směs červených a bílých krvinek, makrofágů a žilek, venózních sinusoid se nazývá červená pulpa. V kapilární části do venózních sinusoid přechází artérie lienalis, která přivádí krev do sleziny. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

Slezina má mnoho funkcí. Jednou s funkcí je, že slouží jako rezervoár krve. Je také místem vzniku krvinek a to v embryonálním období. Její důležitou funkcí je filtrace krve a obrana organismu. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

Ze sinusoid přechází část krve extravaskuálně do červené pulpy. Látky, které tělo nepotřebuje nebo ho dokonce poškozuje, jsou uloženy, zpracovány nebo zneškodněny v červené pulpě. Bakterie, viry, lipidy a cizorodé částičky vniklé do organismu jsou fagocytovány působením makrofágů. Dochází zde i k zániku starých erytrocytů. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

V krvetvorných lokalitách (kostní dřevina) je použito železo z rozpadlých erytrocytů pro vznik erytrocytů nových. Životoschopné erytrocyty se převádějí ze sleziny zpět do cirkulace. Přítomnost T a B lymfocytů v bílé pulpě je dána obrannou funkcí sleziny. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)



### 1.1.2 Brzlík – thymus

Brzlík je lymfoepiteový orgán, který je uložený v přední horní části mediastina. Tvoří ho pravý a levý lalok, které mají tvar pyramidy. Vepředu se dotýkají vnitřní strany sternu a svou bází přisedá na perikard. Zadní stranou je brzlík přivrácen k aortě, brachiocephalickým žilám a k průdušnici. Na povrchu je vazivové pouzdro, které vydává do vnitřku brzlíku septa. Mezi septy jsou lalůčky. Lobulus je složen ze dřevě a kůry. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

Obě části thymu jsou složeny epitelovými buňkami a lymfocyty. Jsou zde T lymfocyty funkcí buněčné imunity. Některé epitelové buňky v průběhu života odumírají a jejich zbytky jsou viditelné jako Hassalova tělíska. Hlavní funkcí thymu je produkce lymfocytů. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

Při narození má brzlík váhu asi 16g, v pubertě je jeho váha asi 32g, po třicátém roce je váha redukována na méně než 10g. Tukové vazivo nahrazuje brzlík v pozdějším věku. Funkci brzlíku přebírají další lymfatické orgány, především lymfatické uzliny. (Naňka, Elišková 2009, s. 134)

### 1.1.3 Mízní cévy – vasa lymphatica

Mízní cévy můžeme rozdělit na:

- kapilární
- sběrné cévy
- mízní kmeny. (Naňka, Elišková 2009, s. 135)

Téměř ve všech tkáních těla jsou přítomny lymfatické cévy. Místa, kde nejsou přítomny lymfatické cévy, jsou pak vlasy, nehty, epidermis, rohovka, sklivec a čočka a některé druhy chrupavek. Těmito strukturám se říká avaskulární struktury. Dále pak lymfatické cévy nenajdeme v nervové tkáni, kostní dřeni a v nitru jaterních lalůček. Na druhé straně jsou pak přítomny v oblasti obklopující mozek. (Naňka, Elišková 2009, s. 135)

Průběh lymfatických cév může být samostatný, ale velmi často probíhají společně s nervy a krevními cévami. (Naňka, Elišková 2009, s. 135)

V řídkém, tukovém intersticiálním vazivu jsou uloženy lymfatické kapiláry. Začínají slepě ve tkáňových prostorech. V intersticiálním vazivu vzájemně anastomózuji a vytvářejí síť, rete lymphocapillare. Průsvit lymfatických kapilár je většinou širší, než průsvit kapilár krevních. Pohybuje se od několika mikronů až po 100 mikronů. (Naňka, Elišková 2009, s. 135)

Stěna lymfatických kapilár je složena z jedné vrstvy endotelových buněk a z ne moc dobře vytvořené lamina basalis. Ta může na některých místech úplně chybět. Spojení interendotelové jsou tvořeny kontakty konec ke konci, nebo se okraje endotelových buněk překládají přes sebe. Na určitou vzdálenost se mohou endotelové buňky od sebe vzdalovat. Tím vytvářejí nesouvislou trubici. (Naňka, Elišková 2009, s. 135)

Vytvářejí se sběrné mízní cévy a sběrné kolektory, a to ze sítí lymfatických kapilár. 2 – 6 lymfatických cév vstupuje do lymfatických uzlin jako vasa afferentia. Z uzlin vystupují jako jedna až dvě vasa efferentia. Stejně jako u krevních cév, mají kolektory stěnu složenou ze tří vrstev. Akorát jednotlivé vrstvy – tunica intima, media a adventitia jsou tenčí. Průsvit kolektorů je cca 0,5 až 2 mm. Za normálních podmínek zabraňují zpětnému toku lymfy chlopně. Podobnou stavbu nacházíme i u lymfatických kmenů – ductus thoracicus a ductus lymphaticus dexter.

(Naňka, Elišková 2009, s. 135)

#### **1.1.4 Mízní uzliny – nodi lymphatici**

Opouzdřený shluk lymfoidních buněk se nazývá lymfatická uzlina, nodus lymphaticus. Tvar uzliny je ledvinovitý nebo kulovitý. Velikost uzliny je různá, 1 mm až 3 cm. Nejčastěji se uzliny vyskytují uspořádané ve skupinách nebo řetězcích, mohou být uloženy i samostatně. Do uzliny vcházejí aferentní lymfatické cévy a ven z uzliny vychází v hilu eferentní lymfatická céva. (Naňka, Elišková 2009, s. 135, 136)

Na povrchu uzliny je vazivové pouzdro. Uvnitř, pod pouzdrém, jsou vytvořené štěrby, do kterých přitéká lymfa. Celá uzlina protkaná jemnými vazivovými retikulárními vlákny. Ve vzniklých okách jsou rozmístěny lymfocyty. Když se hustě nahromadí

lymfocyty, pod pouzdrém vzniká kůra uzliny – cortex. Směrem do centra a hilu uzliny řidším nahromaděním lymfocytů vzniká dřev uzliny – medulla. (Naňka, Elišková 2009, s. 136)

Kůra je uspořádána do jednotlivých uzlíků. Střed uzlíku zárodečné centrum. Zde vznikají lymfocyty. (Naňka, Elišková 2009, s. 136)

Funkcí uzliny je hlavně produkce lymfocytů. Významná je také filtrace lymfy. Dochází k tvorbě T a B lymfocytů, tím uzliny zabezpečují obranu schopnost těla. (Naňka, Elišková 2009, s. 136)

### 1.1.5 Míza – lymfa

Z tkáňového moku ve většině tkání vzniká lymfa. Je to bezbarvá, čirá tekutina. Produkci buněk, filtrací z plazmy stěnou krevních kapilár se tvoří intersticiální mok. Bílkoviny, cholesterol a tuky ve formě mastných kyselin se vstřebávají do lymfy. (Naňka, Elišková 2009, s. 136)

Pouhým okem můžeme vidět mléčné zakalení lymfy v cévách z trávicího traktu. Toto zakalení způsobují triglyceridy, proteiny, fosfolipidy a cholesterol, které jsou přítomny ve stěvních stěně. Pokud člověk sní tučné jídlo, obsah těchto látek stoupá. Tomuto mléčnému zakalení lymfy se říká chylus. Do lymfy spolu s tuky a s proteiny přecházejí také vitamíny rozpustné v tucích (D, E, K, A). Dále vstupují do lymfy steroidní hormony, železo, měď a vápník. Do lymfatických kapilár vstupují interendotelovými štěrbinami lymfocyty, leukocyty a makrofágy. Když neodtéká lymfa z končetin, vzniká mízní otok – lymfedém. (Naňka, Elišková 2009, s. 136)

Pomocí dvou mízních kmenů, ductus thoracicus a ductus lymphaticus dexter, je lymfa odváděna do venózní cirkulace. Lymfa protéká přes systém lymfatických cév a uzlin. (Naňka, Elišková 2009, s. 136)

## 1.1.6 Hlavní mízní kmeny a uzliny

### 1.1.6.1. *Ductus thoracicus*

Obě dolní končetiny, pánev, břicho, levá polovina hrudníku, levá horní končetina a levá polovina hlavy a krku, to jsou místa, odkud sbírá lymfu hrudní mízovod. Ductus thoracicus vzniká soutokem eferentních lymfatických cév, pravých a levých lumbálních uzlin a střevních uzlin. Jako výsledek jsou dva krátké lumbální kmeny – trunci lumbales a jeden truncus intestinalis. (Naňka, Elišková 2009, s. 137)

Uložení začátku ductu je v břichu, přesněji retroperitoneálně při bránici. Prochází po pravé straně aorty do hrudníku, dále do zadního mediastina na krk. Na krku ústí do soutoku levé veny jugularis interna a levé veny subclavia. Tento kmen je dlouhý asi 38 – 45 cm. Jeho průsvit je 3 – 4 mm. (Naňka, Elišková 2009, s. 137)

Lymfatické cévy kmen přijímá v krku z levých krčních povrchových a hlubokých uzlin a z uzlin levé poloviny hlavy. Ještě do hrudního mízovodu ústí lymfatické cévy z levé axilární uzliny, ze stěny levé poloviny hrudníku a ze srdce, plic a jícnu. (Naňka, Elišková 2009, s. 137)

### 1.1.6.2 *Ductus lymphaticus dexter*

Sběr lymfy probíhá ze stěny a z orgánů pravé poloviny hrudníku, také z brániční plochy jater, z pravé poloviny krku a hlavy. Dále z horní končetiny. (Naňka, Elišková 2009, s. 137)

Tento ductus je dlouhý jen 1 cm. Vzniká soutokem lymfatických cév z orgánů pravé poloviny hrudníku, jater z brániční strany, pravé části krku, hlavy a z pravé horní končetiny. Do soutoku veny jugularis interna dextra a veny subclavia dextra ústí tento ductus. (Naňka, Elišková 2009, s. 137)

### *1.1.6.3 Mízní cévy a uzliny hlavy a krku*

Na hlavě jsou skupinky uzlin v počtu cca 2-6 uloženy v různých lokalitách. Tyto uzliny jsou uloženy před uchem a za uchem, v týlní krajině, pod dolní čelistí a za pharyngem. Uzliny na krku jsou uloženy na přední a laterální straně krku. Uzliny na laterální straně se rozdělují na méně početní skupinu povrchových uzlin a mohutnou skupinu hlubokých uzlin. Hluboké uzliny jsou uloženy pod musculus sternocleidomastoideus podélně veny jugularis interna. Lymfa je drénována ze všech skupin cervikálních uzlin vpravo i vlevo do hlavních mízních kmenů. (Naňka, Elišková 2009, s. 137)

### *1.1.6.4 Lymfatický systém horní končetiny*

Lymfatický systém na horní končetině je složen z povrchového a hlubokého systému lymfatických cév a lymfatických uzlin regionálních. Hlavními uzlinami horní končetiny jsou axilární uzliny. Podpažní uzliny se dělí do různých uzlinových skupin podle topografického uspořádání. V axilárním centru jsou centrální axilární uzliny, které se napojují pod lopatkou na axilární uzliny subskapulární. Dále pak na stěně hrudníku na pektorální uzliny. Axilární uzliny přijímají lymfu z prsu. Do podklíčkových uzlin pokračují odvodné lymfatické cévy z centrálních uzlin. Poslední cévy jsou propojeny s uzlinami na klíčkovými. V konečné části ústí do velkých lymfatických kmenů na krku. Povrchové i hluboké lymfatické cévy na horní končetině ústí do axilárních uzlin. Podél cév a mezi svaly horní končetiny jsou uloženy hluboké lymfatické cévy. V podkoží jsou uloženy povrchové cévy. Ty jsou reprezentovány dvěma svazky. (Naňka, Elišková 2009, s. 137, 138)

### *1.1.6.5 Lymfatická drenáž mléčné žlázy a prsu*

Lymfatické cévy prsu jsou vytvořeny jako bohatá kapilární síť v kůži kolem prsní bradavky. Většina lymfy je odváděna do axilárních uzlin. V místě 3. mezižebří leží malá skupina uzlin pektorálních. Je vložena mezi prsem a axilárními uzlinami. Tyto uzliny jsou často jako první postiženy metastázami. Do parasternálních uzlin je odveden zbytek lymfy z mediální třetiny prsu. Parasternální uzliny jsou uloženy podél sternu na vnitřní ploše hrudní stěny. Do supraklavikulárních uzlin je lymfa odváděna z hlubší části mléčné žlázy. Z tohoto vyplývá, že se většina metastáz vyskytuje v axilárních uzlinách. V uzlinách supraklavikulárních a parasternálních se mohou metastázy vyskytnout také. (Naňka, Elišková 2009, s. 138)

### *1.1.6.6 Lymfatický systém hrudníku*

Tento systém můžeme rozdělit na lymfatický systém hrudní stěny a hrudních orgánů. V kůži, podkoží a v povrchových svalech hrudníku je zevní lymfatický systém hrudní stěny. Na vnitřní stěně hrudní se nachází vnitřní systém cév. Na zevní povrchový systém hrudní stěny je napojen lymfatický systém břišní stěny. Do axilárních uzlin ústí převážně lymfatické cévy povrchového systému hrudníku a horní poloviny břišní stěny. Z vnitřní strany hrudníku jsou lymfatické cévy napojeny na parasternální uzliny a uzliny mezižebří. (Naňka, Elišková 2009, s. 138)

Lymfatické cévy a uzliny srdce, plic, jícnu a mediastina reprezentují lymfatický systém orgánů hrudníku a mediastina. Ve formě dvou slabých kmenů odcházejí lymfatické cévy srdce. Tyto kmeny jsou propojeny s odvodnými lymfatickými cévami pravé a levé plíce. Mohutné skupiny horních pravých a levých tracheobronchálních uzlin a dolních tracheobronchálních uzlin jsou uloženy kolem trachey. Tyto uzliny přecházejí podél trachey do levých a pravých paratracheálních uzlin. Jsou uloženy na bocích průdušnice. (Naňka, Elišková 2009, s. 138, 139)

Na lymfatické cévy zadního mediastina se napojují lymfatické cévy jícnu. Z thymu odvádějí lymfu lymfatické cévy předního mediastina. Všechny lymfatické cévy z vnitřní strany hrudní stěny, z hrudních orgánů ústí vlevo do ductus thoracicus a vpravo do truncus

lymphaticus dexter. Sem směřují buď jako jednotlivé cévy nebo jako jeden kmen. (Naňka, Elišková 2009, s. 139)

#### *1.1.6.7 Lymfatické cévy a uzliny břicha a pánve*

Je zde vytvořen lymfatický povrchový systém stěny břišní. Lymfa je odváděna do tříselných uzlin a do uzlin axilárních. Převážně se jedná o podkožní systém cév. Lymfatický systém dutiny břišní rozdělujeme na parietální a viscerální. (Naňka, Elišková 2009, s. 140)

V řídkém vazivu na vnitřní stěně břišní dutiny jsou uloženy parietální cévy a uzliny. Jsou umístěny podél velkých cév od tříselné krajiny až k bránici. Jsou vytvořeny řetězce uzlin, které jsou propojené. Názvy lymfatických uzlin a cév odpovídají názvům velkých krevních cév. Z ledvin, nadledvin a vnitřního povrchu vnitřní stěny je lymfa odváděna do lumbálních uzlin. Do lymfatických cév a uzlin v okolí pánevních orgánů je lymfa odváděna z rekta, dělohy, vagíny, močového měchýře, prostaty, měchýřkovitých žlázek, ovarií a z vejcovodu. Dále lymfa putuje do spojení lymfatických externích a společných iliackých uzlin. Z varlete procházejí lymfatické cévy přes tříselný kanál do lumbálních uzlin. Díky tomuto umístění nádory varlete metastazují do lumbálních uzlin. (Naňka, Elišková 2009, s. 140)

Z nepárových i párových orgánů břišní dutiny lymfu sbírají viscerální břišní lymfatické cévy. V sousedství nepárových větví břišní aorty jsou uloženy mízní uzliny nepárových orgánů břicha. Na mízní cévy a uzliny žaludku, jater, žlučníku, sleziny, slinivky břišní, tenkého a tlustého střeva se napojují uzliny nepárových orgánů břicha. Odvodné lymfatické cévy z těchto orgánů ústí do oblastí horních lumbálních uzlin. Ty ústí do cisternachyli ve formě jednoho nebo více kmenů. (Naňka, Elišková 2009, s. 140)

### *1.1.6.8 Lymfatické cévy a uzliny dolní končetiny*

Z dolní končetiny je lymf odváděna pomocí povrchového a hlubokého lymfatického systému. Tříselné uzliny jsou hlavními uzlinami dolní končetiny. (Naňka, Elišková 2009, s. 140)

Cévy, které odvádějí lymfu z kůže a podkoží tvoří povrchový lymfatický systém. To platí pro kůži, která přiléhá těsně k periostu kosti. Do povrchových tříselných uzlin ústí mohutnější ventromediální svazek lymfatických cév. Do tohoto svazku se spojují lymfatické cévy z chodidla a hřbetu nohy, mediální a přední strany bérce a stehna. Z povrchových uzlin běží lymfatické cévy do hlubokých tříselných uzlin. Na zadní straně lýtky se nachází svazek lymfatických cév, který ústí do hlubokých lymfatických cév v zákolení jámě. (Naňka, Elišková 2009, s. 140)

Mezi svaly a většími krevními a nervovými kmeny je uložen hluboký lymfatický systém. Podél hlubokých krevních cév se odvádí lymfa ze svalů a kloubů dolní končetiny. (Naňka, Elišková 2009, s. 140)

## **1.2 Hodgkinův lymfom**

### **1.2.1 Definice**

Hodgkinův lymfom neboli maligní lymfogranulom je onemocnění lymfatické tkáně. Toto onemocnění řadíme mezi systémová nádorová onemocnění. Je to maligní choroba, která je u velké většiny pacientů vyléčitelná. (Vaňásek a kol. 1992, s. 99)

Pro Hodgkinovu chorobu jsou buňky Reedové – Sternbergovy morfologickým podkladem. Tyto buňky vznikají z B – lymfocytů. (Faber 2015, s. 218)

### **1.2.3 Výskyt**

Poměr nově vzniklých případů Hodgkinova lymfomu se pohybuje kolem 3-4 případů na 100 000 obyvatel za rok. (Indrák 2006, s. 178)



Hodgkinova choroba tvoří až 1% všech malignit. Onemocnění je častější u mužů, než u žen a to asi dvakrát. (Faber 2015, s. 218) Podle Bajčiové, je u adolescentů ve věku 15 -19 let výskyt choroby o něco častější u děvčat. U rozmezí 20 – 24 let je pak převaha chlapců. (Bajčiová 2011, s. 23)

Pro tuto chorobu je typické, že data incidence má bimodální tvar, jak ukazuje tabulka č. 1. v textu. V rozvinutých zemích rozlišujeme první vrchol incidence přibližně dvacátý rok života. Druhý vrchol pak kolem padesátého roku života. U rozvojových zemí je prvním vrcholem období před nástupem adolescence. (Bajčiová 2011, s. 23)

Jsou zaznamenány i rozdíly incidence mezi rasami, komunitami apod. (Indrák 2006, s. 178)

**Tabulka 1: Incidence Hodgkinova lymfomu v rozvinutých zemích v závislosti na věku**

Hodgkinova choroba	< 5 let věku	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24
Incidence na 1 milion/rok	0,5	4,1	13,3	36,6	49,9

(Bajčiová 2011, s. 23)

#### 1.2.4 Etiologie a patogeneze

Specifickou příčinu Hodgkinovy nemoci v současné době neznáme. To, co může zvyšovat riziko onemocnění Hodgkinovým lymfomem, je genetická predispozice nebo styk s virovou infekcí. Epidemiologické a sérologické studie dávají význam viru Epsteinova – Barrové v patogenezi Hodgkinova lymfomu. Tento virus způsobuje infekční mononukleózu. (Bajčiová 2011, s. 24)

Podle R. Rokyty a kolektivu hraje u lymfomu v mnoha případech důležitou roli infekce EBV. (Rokyta a kolektiv 2015, s. 113)

Hodgkinův lymfom můžeme charakterizovat mírným počtem klonálních buněk (Hodgkinovy buňky a Reedové – Sternbergovy buňky). Jsou to B – lymfocyty s odchylnou diferenciací. Jsou dokumentovány i případy, kde je průkaz přestavby B-buněčného receptoru. Jednoznačná úloha EB viru v patogenezi Hodgkinova lymfomu není ještě známá. (Bajčiová 2011, s. 24)

Mezi predisponující faktory, které dávají vzniku Hodgkinova lymfomu, se řadí i autoimunitní onemocnění, jako jsou revmatoidní artritida, sarkoidóza, ulcerózní kolitida. (Vydra, Cetkovský 2015, s. 169)

## 1.2.5 Klinické příznaky

U Hodgkinova lymfomu jde o klonální proliferaci B-lymfocytu. Patří k nejlépe léčitelným malignitám, protože je senzitivní k chemoterapii a radioterapii. Toto nádorové onemocnění obsahuje velmi málo nádorových buněk. Hodgkinovy buňky jsou dvou jaderné a nesou název buňka Reedové–Stenberga. (Rokyta a kolektiv 2015, s. 113)

### 1.2.5.1 *Nebolestivá, postupně progredující adenopatie*

Na začátku je onemocnění pozvolné. Postižený přichází pro náhodně zjištěnou zvětšenou nebolestivou krční, nadklíčkovou nebo podpažní uzlinou. (Vaňásek a kol. 1992, s. 101) Skoro u tří čtvrtin dětí a mladistvých je zvětšená uzlina lokalizovaná na krku nebo nadklíčku. Postižení mediastinální různého rozsahu je pak zdokumentováno u dvou třetin nemocných dětí a dospívajících. Infradiafragmatické postižení je u mladých pacientů méně časté. (Bajčiová 2011, s. 24)

Podle lokalizace, kde je postižená uzlina, se můžou objevit různé jiné potíže. Typickými příznaky bývají dechové obtíže, zpočátku suchý dráždivý kašel. Dále se objevuje dušnost a tlak na hrudi, kvůli zvětšení mediastina. (Bajčiová 2011, s. 24, 25)

### 1.2.5.2 *Systémové příznaky*

Někteří nemocní udávají celkovou únavu, noční pocení, úbytek hmotnosti a nevysvětlitelné teploty. Teploty bývají různě vysoké, někdy i trvalé, velmi často se pak objevují ve vlnovitém a pravidelném průběhu. Střídá se pak období zvýšené teploty a období bezhorečnatých stavů. Tomuto typu střídání tělesné teploty se říká Pel–

Ebsteinův typ. Mnoho postižených si tyto příznaky pletou s chřipkou. (Vaňásek a kol. 1992, s. 101)

Část pacientů si může stěžovat, že je svědí kůže. Vzácným příznakem může být bolet kostí, při postižení skeletu. Někdy se objevuje bolest krčních uzlin po požití alkoholu. (Faber 2015, s. 218)

Tři nespecifické příznaky mají prognostický význam, označují se jako B symptomy. Řadíme sem:

- nevysvětlitelné teploty nad 38 °C, které se měří orálně, poslední měsíc před stanovení diagnózy,
- nevysvětlitelný váhový úbytek, který je větší než 10% za 6 měsíců před stanovení diagnózy,
- významné noční pocení, které vede k promáčení oblečení během posledního měsíce před stanovením diagnózy. (Bajčiová 2011, s. 25)

### 1.2.6 Fyzikální nález

Při fyzikálním vyšetření pacienta je nejčastějším nálezem zvětšená a nebolestivá uzlina nebo paket uzlin. Tyto zvětšené uzliny pak nacházíme hlavně na krku a subklavikulárně, méně často v axilách nebo tříslích. Jako méně častý příznak můžeme brát splenomegalii a hepatomegalii. V mnoha případech nacházíme bledost kůže a sliznic. Tyto příznaky jsou způsobené anemií chronických chorob. Vzácným příznakem je otok krku jako součást syndromu horní duté žíly. To se děje při útlaku cévních struktur mediastinální masou. (Faber 2015, s. 219)

Podle Vaňáska a kolektivu jsou u pacientů nahmatané uzliny, které jsou pružné, hladké a nebolestivé. Nejčastěji uzliny krční a nadklíčkové v 70% až 75% nemocných. U axilárních uzlin 5% až 10%, nebo u tříselných uzlin v méně než 5%. Zpočátku jsou uzlin pohyblivé. V pozdější době mohou tvořit větší pakety, které jsou nepřesně ohraničené. (Vaňásek a kol. 1992, s. 101)

## 1.2.7 Diagnostika

Na prvním místě se v diagnostice musí vyloučit, zda se nejedná o ne Hodgkinové lymfomy a nehematologické nádory. Mezi nenádorová onemocnění se řadí zejména zánětlivé procesy. Rozdělují se na infekční (tuberkulóza, sarkoidóza) a neinfekční. (Indrák 2006, s. 180)

Základem diagnostiky je vyšetření histopatologické, zobrazovací metody a laboratorní vyšetření. (Bajčiová 2011, s. 25)

Zásadní pro stanovení diagnózy je histopatologické vyšetření odebrané lymfatické uzliny nebo extralymfatické tkáně. Změny v architektuře lymfatické uzliny posoudí histopatologické a imunohistochemické vyšetření. Punkční tenkojehlová biopsie se nedoporučuje. (Bajčiová 2011, s. 25)

Naprosto zásadní je pečlivé klinické zhodnocení všech uzlinových oblastí spolu se zhodnocením velikosti a charakteru zvětšených uzlin. (Bajčiová 2011, s. 25)

Správné zhodnocení stádia nemoci je důležité pro intenzitu léčby dětí a mladistvých s Hodgkinovým lymfomem. Základní zobrazovací diagnostickou metodou je pozitronová emisní tomografie. Ta je důležitá pro hodnocení rozsahu onemocnění, ale i pro hodnocení léčebné odpovědi. (Bajčiová 2011, s. 25)

Mezi standardní zobrazovací metody patří zadopřední rentgenový snímek hrudníku, počítačová tomografie plic, mediastina, břicha a pánve. Jako další zobrazovací vyšetření se používají sonografie, nukleární magnetická rezonance, celotělová scintigrafie. (Indrák 2006, s. 180)

V laboratorním screeningu musí být vyšetřen krevní obraz, sedimentace erytrocytů, jaterní testy, sérové hladiny albuminu, laktátdehydrogenáza a kalcium. (Indrák 2006, s. 180)

U pacientů s diagnózou Hodgkinův lymfom nalézáme standardně zvýšenou sedimentaci, dále bývá v krevním obraze leukocytóza s lymfopenií. (Faber 2015, s. 219)

## 1.2.8 Klasifikace

Podle WHO klasifikace 2008 lze Hodgkinův lymfom rozdělit na dvě kategorie.

Dělíme na:

- klasický Hodgkinův lymfom
  - nodulární skleróza
  - bohatý na lymfocyty
  - smíšená buněčnost
  - deplece lymfocytů
- nodulární Hodgkinův lymfom s predominancí lymfocytů (Vydra, Cetkovský 2015, s. 171)

Nodulární skleróza je nejčastější subtyp Hodgkinova lymfomu. Více se vyskytuje u mladých žen. Smíšená buněčnost je druhým nejčastějším podtypem. Častěji postihuje muže. Nejvzácnější varianta s nejhroší prognózou je lymfocytární deplece. Nejvíce je častá v rozvojových zemích. Typicky u starších pacientů se objevuje podtyp lymfocytární predominance. (Faber 2015, s. 220)

Jiná klasifikace rozděluje Hodgkinův lymfom do čtyř stádií:

- stadium I., kdy je postižena jedna skupina lymfatických uzlin nebo jeden extralymfatický orgán,
- stadium II., kdy je postižení na dvou nebo více skupin lymfatických uzlin, ale na stejné straně bránice, nebo je lokalizováno postižení na extralymfatickém orgánu a jedné nebo více skupin lymfatických uzlin na stejné brániční straně,
- stadium III.: postižení lymfatických uzlin je na obou bráničních stranách, může zde být i postižení extralymfatického orgánu, nebo postižení sleziny,
- stadium IV.: je zde difuzní postižení jednoho nebo více extralymfatických orgánů nebo tkání. (Vaňásek a kol. 1992, s. 102)

## 1.2.9 Léčba

Léčba Hodgkinova lymfomu je v posledních desetiletí výrazně změnila. Zásadou moderní radioterapie a chemoterapie, se z fatální choroby stala nemoc, kterou se ve většině případů podaří vyléčit. (Vaňásek a kol. 1992, s. 102)

Dnešní diagnostika zpřesňuje podskupiny nemocných, kteří mohou být vyléčeni jen radioterapií. Klinické studie ukázaly, že některé podskupiny nemocných, které mají velmi nepříznivé prognostické faktory, např. velký tumor mediastina, potřebují kombinaci chemoterapie a radioterapie. (Vaňásek a kol. 1992, s. 102, 103)

U některých případů se objevuje relaps, ale tzv. záchranná léčba, včetně autogenní transplantace kostní dřeně dokáže vyléčit některé nemocné. Velmi důležité je pečlivé klinické určení stadia na počátku léčby. Zásadní význam má zahajovací léčba nemocného. (Vaňásek a kol. 1992, s. 103)

U počátečního I. a II. stadia, bez rizikových faktorů, se podává 2x chemoterapie typu ABVD (adriamycin, bleomycin, vinblastin, dakarbazin) a radioterapie 30 Gy. (Belada, Trněný a kol. 2007, s. 51)

U intermediálního stadia I. a II. s rizikovými faktory (vysoké FW, postižení třech a více skupin uzlin) je podána 4x chemoterapie ABVD a radioterapie 30 Gy. Dva první cykly se v rámci studie nahrazují intenzifikovanou chemoterapií BEACOPP eskalovaný (bleomycin, etoposide, adriamycin, cyklofosfamid, oncovin, procarbazine, prednison). (Belada, Trněný a kol. 2007, s. 51)

U pokročilých stádií III. a IV. stupně a stadia II. s rizikovými faktory (např. velký mediastinový tumor) se léčba rozděluje podle věku pacienta. U pacientů mladších 60 let je standardem podání 4x chemoterapie typu BEACOPP eskalovaný a 4x chemoterapie BEACOPP bazální. Ještě se přidává radioterapie 30 Gy na reziduální tumor větší, než 2,5 cm. U pacientů starších 60 let s kurativním cílem se podává 6-8x ABVD chemoterapie a radioterapie reziduálního tumoru. Pacientům s primárně paliativním cílem se dává 6-8x chemoterapie COPP (cyklofosfamid, oncovin, procarbazine, prednison) a radioterapie reziduálního tumoru. (Belada, Trněný a kol. 2007, s. 51, 52)

Pacientům v paliativní péči lze, podle stavu pacienta, podávat pouze radioterapii. (Belada, Trněný a kol. 2016, s. 141)

### 1.2.10 Následky léčby

Po léčbě Hodgkinova lymfomu se provádí sledování dlouhodobých následků. Jedním z nich je kardiotoxicita. U pacientů, po skončení terapie, se dělá EKG a echokardiografické vyšetření. Tyto vyšetření se provádí 1 rok, 5 a 10 let po terapii. Při patologických nálezech pak podle doporučení kardiologa. (Belada, Trněný a kol. 2016, s. 143)

Dalším možným problémem je plicní toxicita. Pacienti prochází funkčním vyšetřením plic s difúzí CO. Vyšetření se provádí 1 rok, 5 a 10 let po terapii. Při klinických potížích a patologickém nálezů se dělá častěji. (Belada, Trněný a kol. 2016, s. 143)

Důležité vyšetření je také vyšetření štítné žlázy. Kontroluje se TSH a fT4 a to 1x ročně. Velmi časté je riziko postradiační hypothyreózy. (Belada, Trněný a kol. 2016, s. 143)

Jedním z problémů mohou být sekundární malignity. Je zde riziko karcinomu prsu po radioterapii. Kontroly mammografií se provádějí 1x za 2 roky. Doporučuj se zahájit vyšetřování za 6-8 let o skončení léčby. (Belada, Trněný a kol. 2016, s. 144)

Další následek léčby může být gonadální toxicita. U mužů se dělá spermioqram, kontrolují se hormonální hladiny. U žen se kontrolují hormonální hladiny. (Belada, Trněný a kol. 2016, s. 144)

### 1.2.11 Prognóza

Kvůli moderní chemoterapii a radioterapii je v současné Hodgkinova nemoc dobře léčitelná a to až v 85%. I. relaps, po první linii léčby, je pravděpodobný u časných stadií v 10-15 %. U pokročilých stadií je to 20-40 %. (Vydra, Cetkovský 2015, s. 175)

U děvčat nad 15 let se objevuje častěji méně pokročilé onemocnění, než u chlapců. U ženského pohlaví také vidáme příznivější histologické formy. (Bajčiová 2011, s. 27)

### 1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s Hodgkinovým lymfomem

Onkologického pacienta trápí více tělesných problémů. Můžeme k nim zařadit únavu, nauzeu, dušnost, vypadávání vlasů, bolest. Některé problémy lze ovlivnit medicínsky nebo prostřednictvím ošetrovatelských intervencí. (Gulášová 2009. s. 20)

Časté projevy toxicity mohou být gastrointestinální potíže, neurologická toxicita, kardiální toxicita, renální toxicita, poškození plic, kožní toxicita a anafylaktický šok. (Gulášová 2009. s. 20)

Bezprostředně po aplikaci chemoterapie může nastoupit rychlá reakce organismu. Při výskytu alergické reakce po podání cytostatik musí být v pohotovosti protišoková souprava. Sestra pacienta neustále pozoruje a při výskytu alergické reakci ihned zastavuje chemoterapii. (Gulášová 2009. s. 20, 21)

Z žilních problémů se objevují záněty žil a nekrózy tkáně. Od sestry se vyžaduje vysoký stupeň zručnosti při vpichu infuze nebo injekce. Žíla, do které se podávají cytostatické látky, by měla být dobře viditelná nebo hmatatelná, dobře přechodná a nesmí v ní být zánět. Cytostatika se nepodávají do žíly tam, kde není zabezpečený odtok krve (např. tromboflebitida). Místa vpichu se mají pravidelně střídat. (Gulášová 2009. s. 21)

Sestra dává pozor, aby nedošlo k ruptuře žilní stěny velkým tlakem podávané cytostatické látky. Tím by cytostatika byla podaná paravenózně. Některá cytostatika se podávají infuzním setem. Při paravenózním podáním je důležité zastavit infuzi a sestra se pokusí o aspiraci uniklé látky. Příslušné místo se ošetří Hyázou, Hydrokortisonem a lokálním anestetikem. (Gulášová 2009. s. 21)

Některá cytostatika mají větší emetogenní účinek, projevující se nauzeou, zvracením a nechutenstvím. Důležitá je edukace a příprava pacienta už před podáním chemoterapie. Sestra s lékařem mohou zmírnit výskyt nevolnosti a zvracení, a to podáním antimimetik, radou o dietním opatření a správnou přípravou pacienta. (Gulášová 2009. s. 21)

Jsou i nežádoucí účinky, které se projevují za několik dní až roků po podání chemoterapie. Často je objevuje u pacientů leukopenie. Pacienti s krátkou asymptomatickou leukopenií nemusí být hospitalizováni. Při zvýšené teplotě nad 38,5 °C a při projevech infekce je na místě léčba širokospektrálními antibiotiky. Pacient musí být poučen, že někdy může zvýšená teplota chybět. Také by měl více dbát o sliznice, pacient by neměl navštěvovat místa, kde je mnoho lidí. (Gulášová 2009. s. 21)



Dále se objevuje trombocytopenie, projevující se krvácivými stavy. Po chemoterapii sledujeme krvácení z dásní, výskyt modřin, krvácení z rodidel, krev v moči nebo stolici. Pacient by měl být poučen, že jakoukoli změnu musí hlásit lékaři nebo sestře. (Gulášová 2009. s. 22)

Někteří pacienti si mohou stěžovat na bolestivé afty v ústní dutině. Pacient by měl být edukován o prevenci těchto obtíží. Měl by dbát na zvýšenou hygienu o ústní dutinu, pít dostatečné množství tekutin. (Gulášová 2009. s. 22)

Velmi nepříjemný vedlejší účinek chemoterapie může být alopecie. Důležité je obeznámení pacienta, že může dojít k vypadávání vlasů. Pacienta upozorníme, že jde o dočasný problém. Je tu i možnost předepsání paruky. (Gulášová 2009. s. 22)

Mezi dlouhodobé následky patří kardiotoxicita, plicní toxicita, toxicita jater, kožní změny nebo pokles sekrece pohlavních hormonů. Pacient musí být poučen a upozorněn, že může k těmto vedlejším účinkům dojít. (Gulášová 2009. s. 22)

Sestra edukuje pacienta, že když dojde ke změně zdravotního stavu, musí vše nahlásit lékaři nebo sestře. Pacientovi se provádí různé kontrolní testy, jako EKG, rtg plic, jaterní testy, sonografické vyšetření jater. (Gulášová 2009. s. 22)

### 1.3.1 Komunikace sestry s onkologickým pacientem

Aby vznikl správný terapeutický vztah, je důležitá komunikace. Jak verbální, tak i neverbální. Na to, aby sestra dobře poznala pacienta, je komunikace nejlepší nástroj. Pro účinnou komunikaci musí mít sestra schopnost naslouchat pacientovi. Měla by si všimnout, o čem pacient hovoří. Dále i jak to říká, jakou má mimiku a pohyby.

Dále by sestra měla být schopna vcítit se do duševního stavu pacienta. Měla by rozpoznat, co pacient prožívá a v jakém duševním stavu se nachází. Důležité je dát pacientovi najevo, že mu sestra rozumí.

Sestra projevuje pacientovi úctu a respekt. Další schopností je zájem a podpora pacienta. Jde o pomoc psychologické povahy. Tu projevujeme neverbálně a verbálně. (Gulášová 2009. s. 69)

Se svými pacienty by sestra měla komunikovat náležitě k jejich věku. S dětmi by měla mluvit konejšivě, s dospělými mluvit přímo, vyhýbat se tykáním a zdobnělinám. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2012, s. 436)

Při aplikaci chemoterapie musí sestra dbát na edukaci pacienta o nežádoucích účincích ještě před podáním léku. Měla by mu pomoci se s negativními vlivy léčby vyrovnat. I když má pacient informace od svého ošetřujícího lékaře, sestra má povinnost tyto informace neustále opakovat. Veškeré informace by se měly sdělovat v klidu, citlivě a ochotně odpovědět na všechny dotazy. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2012, s. 185)

Sestra musí znát nežádoucí a vedlejší účinky cytostatických látek. Těmito znalostmi, správným přístupem a radou by měla umět sestra pacientovi pomoci, pokud se vedlejší účinky objeví. (Gulášová 2009. s. 20)

V boji s nádory zaujímá zdravotní sestra významné místo. V kolektivu lidí, který vykonává onkologickou péči, je sestra důležitý člen. Při ošetřování, motivování, výchově, vzdělávání, psychické podpoře a komunikaci s onkologickým pacientem má nezastupitelné místo. (Gulášová 2009. s. 26)

### 1.3.2 Úloha sestry před podáním chemoterapie

Před podáním chemoterapie musí pacient podstoupit potřebné vyšetření naordinované lékařem. Tím se zjistí celkový zdravotní stav pacienta. Vykonává se rtg plic, ultrazvuk břicha, různá CT vyšetření nebo magnetická rezonance příslušných orgánů. Podle výsledků vyšetření lékař rozepíše příslušné schéma chemoterapie. (Gulášová 2009. s. 23)

Pacient musí být poučen o nevyhnutelnosti léčby, o nepříjemných a nežádoucích účincích, o tom jak je zvládat a pochopitelně o celém léčebném plánu. Sestra poučí pacienta o průběhu jednotlivých vyšetření a jak se na ně má pacient připravit. Těsně před podáním chemoterapie se vyšetří krevní obraz, biochemie a moč. (Gulášová 2009. s. 24)

Sestra poučí pacienta, že veškerá vyšetření jsou pro něj důležitá. Vysvětlí mu, jak je důležitý správný odběr např. 24 - hodinového sběru moče. Přístup k pacientovi by měl být ohleduplný, laskavý, je třeba opakovat informace. Odběr krve by měla sestra vykonat co nejvíce bezbolestně. (Gulášová 2009. s. 24)

### 1.3.3 Ošetrovatelská péče během chemoterapie

V rámci ošetrovatelské péče se sestra snaží vhodným způsobem vyhovět pacientovi v jeho psychických, terapeutických, sociálních, duchovních i jiných potřebách. Na začátku terapie bývá pacient vystrašený. Tady sehraje důležitou roli sestra, která během chemoterapie poskytuje pacientovi ošetrovatelskou péči. Její náplní práce je sledování pacienta během terapie, poznat možné nežádoucí účinky, správné zavedení infuze, správné podání cytostatik. (Gulášová 2009. s. 24)

Velký význam má komunikace s pacientem a správný psychologický přístup. Důležité je poslechnout si pacienta, vyhradit si dostatek času, trpělivě a jasně pacientovi vysvětlit léčebný plán a postup chemoterapie nebo vyšetření. I prostředí, kde se podává chemoterapie, by mělo být útulné a čisté. (Gulášová 2009. s. 24)

### 1.3.4 Ošetrovatelská péče po chemoterapii

Po ukončení cyklu chemoterapie, přichází pacient na kontrolu krevního obrazu. Sestra díky rozhovoru s pacientem zjistí, zda má nějaké problémy a jak zvládl chemoterapii. Všechny odchylky zapisuje do zdravotní dokumentace pacienta a změny od normy hlásí lékaři. Když hodnoty krevního obrazu nevyhovují, nebo se projeví známky infekce, lékař pacienta vyšetří a naordinuje příslušnou léčbu. Pokud jsou parametry krevního obrazu v pořádku, pacient se může objednat na další cyklus chemoterapie. (Gulášová 2009. s. 24, 25)

Sestra může pacientovi doporučit, aby se zapojil do různých klubů, např. pro pacienty se stomií nebo pro ženy po operaci prsu.

Podle ordinace lékaře sestra objedná pacienta na další pomocná a kontrolní vyšetření. Včas na ně pacienta upozorní a dbá na to, aby byl pacient připravený. Můžeme sem zařadit rentgen, ultrazvuk, konziliární vyšetření u jiných odborných lékařů. (Gulášová 2009. s. 25)

Mezi zdravotní sestrou, lékařem a pacientem je důležitá dobrá spolupráce jako součást onkologické léčby. (Gulášová 2009. s. 25)

### 1.3.5 Všeobecné rady od zdravotní sestry pacientovi

- Důsledné dodržování pokynů lékaře.
- Odpočívat, pokud pacient cítí únavu.
- Jíst vyváženou stravu.
- Pít dostatek tekutin.
- Vyhnout se pití alkoholických nápojů během chemoterapie.
- Vedlejší účinky léčby, se mohou objevit, ale i nemusí.
- Při léčbě pacient nemusí omezovat aktivitu, pokud se na to cítí.
- Apelovat, aby pacient sledoval svůj zdravotní stav. Všechny změny hlásit ošetřujícímu lékaři nebo sestře. (např. kašel, bolest úst, hubnutí, zácpu, průjem, teplotu nad 38°C, časté krvácení, modřiny, bolest v oblasti místa vpichu infuze). (Gulášová 2009. s. 25)

### 1.3.6 Problémy při komunikaci s onkologickým pacientem

Není universální platný návod, jak by se měly nepříznivé informace sdělovat. Vždy musíme dbát na individuální přístup k nemocnému. (Opatrná 2008, s. 108)

V komunikaci se dostáváme i k potížím. Na jedné straně to jsou bariéry ze strany pacienta. Například neochota svěřit se s problémem. Další překážkou jsou velké individuální rozdíly mezi pacienty. Každý chce slyšet o své chorobě něco jiného. Záleží na vlivech generačních, kulturních a dalších. (Opatrná 2008, s. 108)

Jiné problémy se objevují ze strany zdravotníka. Důležitou roli hrají osobní hodnoty a přesvědčení. To ovlivňuje, jak moc je komunikace zaměřená na pacienta. Záleží na znalostech a neznalostech lékaře. Dále na ignorování toho, co pacient chce nebo nechce o své nemoci slyšet. Lékař i sestra by neměli dávat pacientovi falešné naděje nebo se distancovat od pacienta. Také by zdravotník neměl ignorovat emocionální projevy nemocného. Potíž je i v tom, když lékař není schopen rozpoznat problém nebo to, čeho se pacient nejvíce bojí. V neposlední řadě je špatné, když lékař i sestra mají nedostatek diagnostických dovedností. (Opatrná 2008, s. 108)

## 1.4 Kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem

### 1.4.1 Pojem kvalita života

Pojem *kvalita* v českém a slovenském slovníku vyjadřuje jakost, hodnotu. Lze kvalitu vymezit ve dvou významech. (Gurková 2011, s. 21)

- Normativní kategorie: pro vyjádření žádoucí, optimální úrovně či stupně, spějící k očekávání, potřebám nebo představám osob i skupin lidí.
- Všeobecný výraz: označení určitých charakteristik, vlastností, kterými se určitý objekt liší od ostatních. (Gurková 2011, s. 21)

První výskyt pojmu odborníci datují do dvacátých let 20. století. V šedesátých letech 20. století však vstupuje do obecného povědomí jako metaforický výraz. Shrnoval sociální a politické cíle administrativy americké vlády. (Mareš a kol 2006, s. 11)

Pojem kvalita života se, pro svoji stručnost a srozumitelnost pro veřejnost, rychle ujal. Stal se módním slovem v politické sféře i v mediálním světě. Postupem času se z pojmu stává koncept vědecký. Nejprve zasahuje do sociologie, poté i ve vědách o člověku. Začíná se rozvíjet ve třech směrech:

- a) objektivním – souhrn objektivních ukazatelů třeba o kvalitě životních podmínek v určité zemi,
- b) subjektivním – souhrn subjektivních ukazatelů například o kvalitě života jedince,
- c) kombinace objektivních a subjektivních ukazatelů. (Mareš a kol 2006, s. 11).

Ve zdravotnictví se používá definice, kterou zformulovala speciální pracovní skupina WHO:

*„Kvalitou života jednotlivce rozumíme individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“* (WHO Quality of Life Group 1993, s. 1).

Pojem kvalita života se ujal v mnoha sférách lidské činnosti i v mnoha oborech vědy. Mimo ekologie, sociologie, politologie, kde jsou jeho počátky, se s ním můžeme setkat ve filosofii, teologii a psychologii. Častý výskyt je v medicínských oborech, jako je ošetrovatelství, biologické obory, ekologie. Tento pojem nalézáme i v oborech technických, které ovlivňují životní prostředí, např. ve stavebnictví, v architektuře. (Mareš a kol 2006, s. 11)

### 1.4.2 Pojem kvalita života související se zdravím a nemocí

Zdravotnictví vztahuje kvalitu života ke zdraví a nemoci. Zde se počet praktických aplikací pořád zvyšuje. S pojmem kvalita života se setkáváme u dlouhodobých výzkumů, které se věnují přežíváním pacientů. Pak také v klinických výzkumech, které ověřují nové léčebné postupy a nové léky. Dále pak kvalitu života zkoumáme u léčby chronických a velmi závažných onemocnění. Kategorie kvalita života se stává velice důležitou v případech, kdy kurativní léčba u dospívajících nemocných i dětí nezabírá. Když je jasné, že se blíží konec života. V tomto případě je velice důležitá citlivá péče o umírající, a zvažovat jejich kvalitu života. (Mareš a kol. 2006, s. 29)

V dnešní ošetrovatelské i lékařské péči se objevují úvahy jak o zachraňování životů, tak o prodlužování lidského života. Zdravotníky však také zajímá, jaká bude kvalita měsíců či let „přidané“ lidskému životu. Dnes máme lepší odborné poznatky, modernější přístrojové vybavení, dokonalejší operační techniky, pokroky ve farmakologii. To vše umožňuje zachraňovat život i v případech, které mohly kdysi končit fatálně. Dnes je větší důraz na etickou složku lékařské a ošetrovatelské péče. Více se projednávají právní důsledky poskytnuté nebo naopak neposkytnuté zdravotnické péče. (Mareš a kol. 2006, s. 29)

Kvalita života, která se týká zdraví, má souvislost s poskytnutou profesionální zdravotní péčí. Stává se významným indikátorem výsledné poskytované péče. V dnešní době se mění pohled na problémy. Důležitější pohled profesionálů je nyní doplněn o pohled pacienta a rodinných příslušníků. (Mareš a kol. 2006, s. 29)

Kvalita života používaná ve zdravotnictví jak obecně, tak v jednotlivých zdravotnických oborech, má své zvláštní označení. Používá se zkratka HRQL, což v anglickém jazyce znamená Health-Related Quality of Life.. Zatím však se odborníci

nemohou shodnout, jak tento pojem nejlépe definovat. Autoři se nezaobírají diskusemi o teoretických základech při empirických šetření. Gill a Feinstein uvádějí, že jen 15% publikací zabývajících se empirickým výzkumem HRQL, mají tento pojem nějak definovaný. V jiných případech jsou autoři spokojeni s uvedením jen názvu a zkratky. (Mareš a kol. 2006, s. 30)

Americké Centrum pro prevenci a léčbu nemocí navrhlo definici, kde HRQL je vědecká disciplína použitelná na úrovni jedince, skupiny lidí i úplných populací. *„HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.“* (Mareš a kol. 2006, s. 30)

Tvůrce většinou nezajímá kvalita života, která souvisí se zdravím lidí. Spíše je zajímavá kvalita života pacientů, kteří trpí určitým onemocněním. Podle evropských zdravotnických orgánů je HRQL představováno jako subjektivní vnímání pacienta. A to jaký je vliv nemoci a léčby na pacientův každodenní život. Dále na somatické, psychologické a sociální působení. (Mareš a kol. 2006, s. 32)

### 1.4.3 Diagnostika kvality života

Diagnostika kvality života lidí se stává celkem samostatnou oblastí. Nové diagnostické nástroje přibývají každý rok. Dosavadní se modifikují podle opakovaných faktorových analýz. Pro výzkumné účely se konstruují rozsáhlé nástroje, ale také zkrácené verze pro použití v praxi. (Mareš a kol. 2008, s. 69)

Velice často se používají dotazníky. Jejich použití roste hlavně ve zdravotnictví, protože kvalita života souvisí se zdravím. To je jeden z důležitých ukazatelů k hodnocení kvality. Jak už u poskytované péče, efektivity intervencí, vynaložených nákladů na poskytovanou péči. Pro hodnocení kvality život při klinických experimentech vycházejí i speciální publikace. K práci s klienty se hledají i jiné citlivější přístupy, než dotazníky. (Mareš a kol. 2008, s. 69)

Kvalitu života lze zjišťovat různými metodami. Můžeme je rozdělit na tři přístupy. První je přístup kvantitativní, kam patří dotazníky a posuzovací škály. Druhý přístup je kvalitativní. Sem řadíme např. individuální rozhovory, diskuse osob v ohniskových skupinách, kresebné vyjádření kvality vlastního života. Existuje i smíšený přístup, který kombinuje oba předchozí. (Mareš a kol. 2006, s. 107).

Jinak můžeme metody dělit podle míry jejich specifčnosti. Generické metody jsou univerzální a používají se při srovnávání kvality života zdravých a nemocných osob, kvality života osob s různými onemocněními mezi sebou. Další metody jsou specifické, které se používají u jedné konkrétní skupiny onemocnění. Například u onkologických pacientů nebo astmatiků. Můžeme generický přístup doplnit speciálním modulem, který bude hodnotit specifické problémy určitého onemocnění. Toto jsou metody smíšené. (Mareš a kol. 2006, s. 107).

Dalším hlediskem je míra individualizace metod, používaných při zjišťování kvality života lidí. Na jednom pólu jsou metody, které jsou úplně stejné pro všechny respondenty. Potíž bývá v tom, že tyto metody nevyhovují řadě respondentů: některé z položek se jich netýkají, jiná témata, která jsou pro ně důležitá, v metodě chybí. Na druhém pólu jsou metody, které dovolují jedinci, aby si sám nadefinoval okruhy témat, která jsou pro něj v životě důležitá a ty potom posuzoval z hlediska kvality svého života (např. metody SEIQoL). (Mareš a kol. 2008, s. 44 -77)

Existuje usměrnění při volbě osob, u nichž chceme hodnocení kvality života. Jedním je specifikování účelu hodnocení kvality života. Řadíme sem třeba hodnocení a náklady na léčbu, klinické efekty léčby nebo diskriminace kvality života mezi pacienty. Dále mluvíme o vymezení populace, u které se bude zkoumat kvalita života. Můžeme vymezit pacienty podle druhu terapie nebo vybrat určitou diagnostickou skupinu lidí. Ještě lze vybrat konceptuální zaměření a teoretický rámec. Ještě specifikujeme kritéria hodnocení. (Gurková 2011, s. 103)

Kvalita života je kvůli své podstatě dynamický koncept. Pokud zkoumáme individuální podobu u vybraných lidí, zjistíme, že uvedené hodnoty se obvykle mění v čase. (Mareš a kol. 2006, s. 83)

U většiny výzkumů zabývajících se změnami kvality života, výsledek vycházel ze zjednodušeného předpokladu. Se změnami v životě jedince, s jeho změnami zdravotního stavu a sociálního okolí souvisí vnímání kvality života. Tyto proměnné se měřily v určitých časových intervalech, ale používala se stejná metoda. Tím se dalo zjistit zlepšení nebo naopak zhoršení kvality života jedince. (Mareš a kol. 2006, s. 83)



Pod vlivem životních událostí se však u člověka mění jeho osobnost, jeho systém hodnot a tím i způsob hodnocení kvality vlastního života; na to poukazují výzkumy ve světě. Způsobené to je tím, že mezi posttestem a pretestem se mohou změnit jedincovy názory, standardy hodnocení nebo preference. (Mareš a kol. 2006, s. 83)

Mnoho definic, které se snaží postihnout různá hlediska kvality života, nalezneme v odborné literatuře. Nesmíme používat kvalitu života jako synonymum k pojmům zdravotní stav nebo pro funkční schopnost jedince. Pro kvalitu života je důležitější subjektivní hodnocení, než objektivní parametry. Musí se brát v úvahu rozdíl mezi indikátory kvality života a determinanty, které ovlivňují kvalitu života. Dále je kvalita života ovlivněna v pozitivním i negativním smyslu a je může se měnit v čase. Důležitá je celková diagnostika kvality života. Ta by měla být přednější, než kvalita života související pouze se zdravím. (Mareš a kol. 2008, s. 69)

#### **1.4.4 Kvalita života onkologických pacientů**

Před několika desítkami let se mluvilo o výsledcích onkologické léčby jako o objektivních ukazatelích. Kladly se otázky, jestli se po léčbě zmenšil nádor nebo jaké je procento přežití pacientů. Od této doby se mnoho změnilo. (Payne a kol. 2005, s. 288)

Posledních deset let je věnována pozornost hlavně psychosociálním aspektům ztráty zdraví. Můžeme vidět velký vliv nemoci a léčby na celkový tělesný a psychický stav pacienta. Také vliv na zdatnost v životě společenském, pracovním a rodinném. Studuje se i dynamická interakce pacientovy osobnosti a stresu s nemocí a léčbou. (Payne a kol. 2005, s. 288)

Je předpoklad, že se pacient aktivně účastní některých léčebných rozhodnutí a bere se ohled na pacientova přání. Každý léčebný postup je hodnocen z kvantitativního hlediska, bere se ohled i na kvalitu života. Chceme porozumět tomu, jak pacient nemoc prožívá. To se stává důležitým faktorem v péči komplexní a moderní onkologie. (Payne a kol. 2005, s. 288)

Většina onkologů se shoduje v tom, že kvalita života vyjadřuje míru vlivu nemoci a léčby na pacienta. (Payne a kol. 2005, s. 289)

Lékaři se také souhlasí ve dvou základních charakteristikách pojednávání o kvalitě života. Jedna je mnohorozměrnost. Ta vypovídá o tom, že kvalita života zasahuje do více

oblastí. Řadíme sem oblast tělesných obtíží, jako je bolest, únava nebo nevolnost. Dále se díváme na to, jak je pacient schopný zvládnout běžné denní aktivity a zátěž v práci. Zajímá nás, i jakou má pacient náladu, jestli má úzkosti nebo deprese. Nemálo důležitý je i vliv nemoci na vztahy v rodině, vztahy s přáteli nebo jaká je finanční obtíž. Ptáme se pacienta na otázky smyslu života, naději, smíření. (Payne a kol. 2005, s. 289)

Druhá charakteristika je subjektivnost vyjadřující skutečnost, stejnou nemoc dva různí pacienti prožívají rozdílně. Vliv na konečný výsledek mají osobnostní charakteristiky, sociální podpora nebo schopnosti adaptace. (Payne a kol. 2005, s. 289)

V roce 1948 Karnofský prvním pokusem systematicky hodnotil vliv onkologické léčby vůči kvalitě. Užil zde měření od 0% do 100% na posouzení celkové funkční zdatnosti. Tuto zdatnost hodnotil lékař. (Payne a kol. 2005, s. 290)

Na začátku 80. let byl vyvinut další nástroj pro hodnocení kvality života. Všechny parametry hodnotil lékař nebo sestra. V této době bylo samozřejmé, že hodnocení účinků onkologické léčby, nežádoucích účinků a kvality života patří zdravotníkovi. (Payne a kol. 2005, s. 290)

Současná medicína došla k názoru, že je důležité usilovat o pochopení pacientova pohledu na nemoc a léčbu. Stává se, že hodnocení pacienta se liší od lékařova ohodnocení. Normální měření toxicity u onkologické léčby nám nemůže říci o tom, jak jednotlivé nežádoucí účinky pacient prožívá. Ani to, jak tyto účinky ovlivňují každodenní život. (Payne a kol. 2005, s. 290, 291). Proto se dnes konstatuje, že „zlatým standardem“ je pohled samotného pacienta na kvalitu svého života.

V osmdesátých letech se velice vyvíjely nové dotazníky. Ohodnocují různé aspekty kvality života. Různé dotazníky jsou použitelné i u onkologických pacientů. Bez ohledu na to, jaký typ rakoviny a stupeň nemoci pacient má. Praxe ukazuje, že u jednotlivých typů tumorů existují specifické problémy. Ty pak ovlivňují kvalitu života. V dotaznících ale nejsou dostatečně přesně zachyceny. Proto pak vznikly specifické onkologické dotazníky. (Payne a kol. 2005, s. 291)

Chemoterapie u onkologické léčby může výrazným způsobem navodit prodloužení života. Někdy bohužel pouze o několik týdnů či měsíců. Léčba onkologického onemocnění může kvalitu života radikálně ovlivnit. A to pozitivně nebo negativně. (Payne a kol. 2005, s. 293)

Prováděly se studie, kde se zkoumala skupina pacientů s pokročilým nádorem dostávající symptomatickou léčbu. Přesto, že tato paliativní chemoterapie výrazně

neproloužila životy pacientů, její vliv byl příznivý na celkovou kvalitu života. (Payne a kol. 2005, s. 293)

V praxi se setkáváme s tím, že nekurativní chemoterapie může navodit prodloužení života, ale celkový vliv na kvalitu života je velmi nepříznivý. Takové problémy řešíme u pacientů silně přeléčených, a u kterých zvažujeme třetí linii záchranné chemoterapie. Neexistuje jednoznačný návod, jak u nich postupovat. Je velice důležité a žádoucí, aby pacient znal informace o příznivosti léčby, ale i o nežádoucích účincích. Pacient má právo být u konečného rozhodnutí. (Payne a kol. 2005, s. 293)

U příjmu onkologického pacienta je dobré při rozhovoru zhodnotit o nesomatické rozměry pacientova prožívání. Ve zdravotnictví vstupujeme do vztahu s onkologickým pacientem prostřednictvím jeho obtíží a potřeb. Když je účinně zvládáme, je to hlavní měřítko naší profesionality. Přispíváme tím ke zlepšení pacientovy kvality života. (Payne a kol. 2005, s. 294)

Léčíme pouze zjištěné symptomy a tělesné obtíže. Určité symptomy jsou u onkologických pacientů časté a pravděpodobné, proto je dobré je pravidelně sledovat. Zde se mohou využít dotazníky. Častým symptomem je bolest. Je potěšující, že v naší republice přibývá pravidelné monitorování bolesti. (Payne a kol. 2005, s. 294)

Onkologičtí pacienti prožívají během léčby často dramatický proces psychické adaptace. Zažívají ztráty, malé i větší vítězství. Mnohé věci nemohou dělat, mnoho věcí přehodnotit. Jako zdravotníci nemůžeme tyto všechny věci vyřešit, ale některé lze ovlivnit. (Payne a kol. 2005, s. 295)

Byl zkoumán vliv sociální opory u lidí s diagnostikovanou rakovinou. Výsledek ukázal, že pacienti s pevnějšími rodinnými vztahy, žili kvalitněji a déle. Napomáhá tomu skutečnost, že lidé, kteří žijí v rodině, jsou častěji druhými lidmi nuceni chodit k lékaři. Při zjištění zdravotního problému, jsou časněji dostáni do léčebného procesu. (Křivohlavý 2002, s. 127)

Byla organizována skupinová setkání onkologických pacientů. Patientky se scházely jednou týdně u skupinových rozhovorů a činností. Výsledkem bylo, že zúčastněné ženy žily v průměru o 18 měsíců déle než ty, které se této terapii nezúčastnily. (Křivohlavý 2002, s. 128).

### 1.4.5 Kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem

Hodgkinův lymfom má dobře stanovenou léčbu, která má velice efektivní dlouhodobé vyléčení. V roce 2015 bylo odhadováno 9050 nových případů onemocnění. Počet osob s Hodgkinovým lymfomem v roce 2012 byl odhadován přibližně k 190 000. (Linendoll 2016, s. 1)

Historie hodnocení HRQL z velké části kopíruje pokrok v terapii HL. První náhodně vybraná kontrolovaná studie obsahující výsledek HRQL byla publikována v roce 1986 Croogem a Levinem. Několik ověřených diagnostických nástrojů chápalo kvalitu života jako multidimenzionální koncept, zatímco ostatní se soustřeďovaly na jednotlivé oblasti kvality života, jako je somatické nebo psychosociální fungování člověka. Jiné nástroje měřily jednotlivé symptomy daného onemocnění, jako je bolest, nevolnost nebo únava. V roce 2016 byly diskutovány primární údaje HRQL specifické pro pacienty s HL. (Linendoll 2016, s. 1-2)

Nejčastěji používané multidimenzionální diagnostické nástroje jsou EORTC QLQ C30, SF-12 nebo SF-36 a Health Utilities Index (HUI). (Linendoll 2016, s. 3)

Mezi jednotlivými zkoumanými oblastmi kvality života se nejčastěji studovala psychosociální oblast. Objevovala se v transverzálních studiích s četností 38%, zatímco v longitudinálních studiích byla zastoupena ve 33 %. Nejčastěji používané nástroje zjišťovaly mj. pacientovu nemocniční úzkost a depresi (HADS), stručný seznam symptomů (BSI), profil stavů nálady (POMS), psychosociální adaptaci na nemoc (PAIS). (Linendoll 2016, s. 4)

Druhou nejčastěji hodnocenou doménou bylo sexuální zdraví. Při posuzování sexuálního zdraví badatelé používali Škálu sexuálního zdraví, Index globální sexuální spokojenosti, Stručný seznam sexuálního fungování, Škálu sexuálního fungování. (Linendoll 2016, s. 4)

Několik výzkumů použilo dotazníky pro specifické symptomy, přičemž v 76 %, případů se soustřeďovaly na pacientovu únavu. Mezi další hodnocené symptomy se objevují nevolnost, hladina energie, bolest a příznaky úzkosti. Mezi tři nejčastěji používané únavové nástroje patřily Dotazník únavy (FQ), Multidimenzionální únavový soupis (MFI)

a Systém měření funkčnosti hodnocení chronické nemoci – únava (FACIT-Fatigue).  
(Linendoll 2016, s. 4)

# 1. VÝZKUMNÁ ČÁST

## 2.1 Cíle výzkumu

Na vybraném souboru pacientů s Hodgkinovým lymfomem:

1. popsat a analyzovat důležité aspekty jejich kvality života
2. zjistit, zda jsou získané výsledky statisticky významně ovlivněny: pohlavím pacientů, jejich vzděláním, pravidelným bráním léků a psychickou zátěží pacientů
3. porovnat získané výsledky s údaji v literatuře
4. diskutovat o faktorech, které mohly získané výsledky ovlivnit.

## 2.2 Zkoumaný soubor

Výběr pacientů byl proveden na základě dostupnosti a ochoty pacientů spolupracovat. Výzkum byl prováděn na hematologické ambulanci ve FN Královské Vinohrady v Praze v období od 6. dubna 2018 do 6. září 2018.

Výzkumné sondy se zúčastnilo 40 pacientů. Z toho bylo 21 žen a 19 mužů. Stáří pacientů se pohybovalo od 21 do 45 let. Dotazovaní lidé, kteří souhlasili dotazník vyplnit, byli rok a více po léčbě Hodgkinova lymfomu.

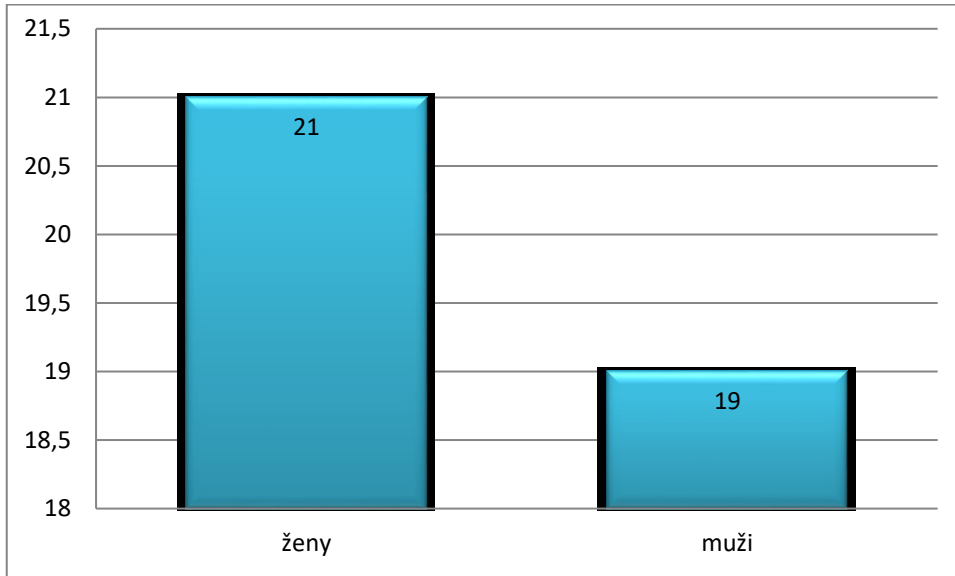
## 2.3 Použité metody

Pro tento výzkum byl použit dotazník, jenž je inspirován dotazníkem GHSG, Studie HD18 – pro pokročilá stádia Hodgkinova lymfomu, který se používá ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Dotazník zkoumá životní situaci a kvalitu života pacientů. Otázky číslo 1. – 7. se týkají problému životní situace pacientů. Otázky 8. – 26. zjišťují kvalitu života respondentů.

Součástí práce byla statistická analýza získaných dat. Provedla ji RNDr. Eva Čermáková z Oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty UK v Hradci Králové. Kromě běžné popisné statistiky použila pro analýzu dat Pearsonův chí-kvadrát test a Fisherův přený test.

## 2.4 Charakteristika zkoumaného souboru

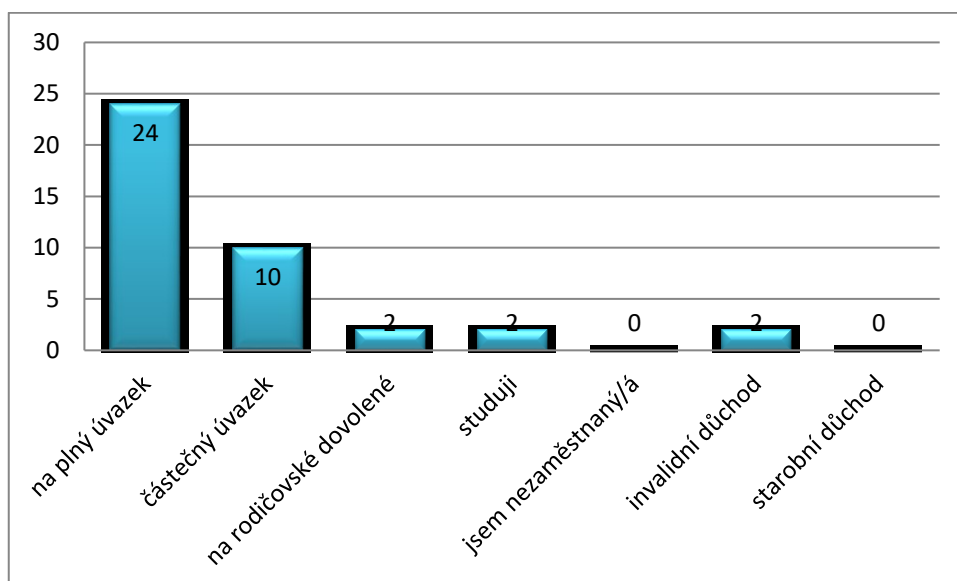
Otázka číslo 1. „Jaké je vaše pohlaví?“



Graf 1: "Jaké je vaše pohlaví?"

Celkem na dotazník odpovědělo 40 pacientů, kteří dochází do ambulance ve FN Královské Vinohrady v Praze. Ze zmiňovaných je 21 žen, tedy 52,5%. Zbytek je 19 mužů v zastoupení 47,5%.

Otázka číslo 2. „Jste v současné době výdělečně činný/á?“

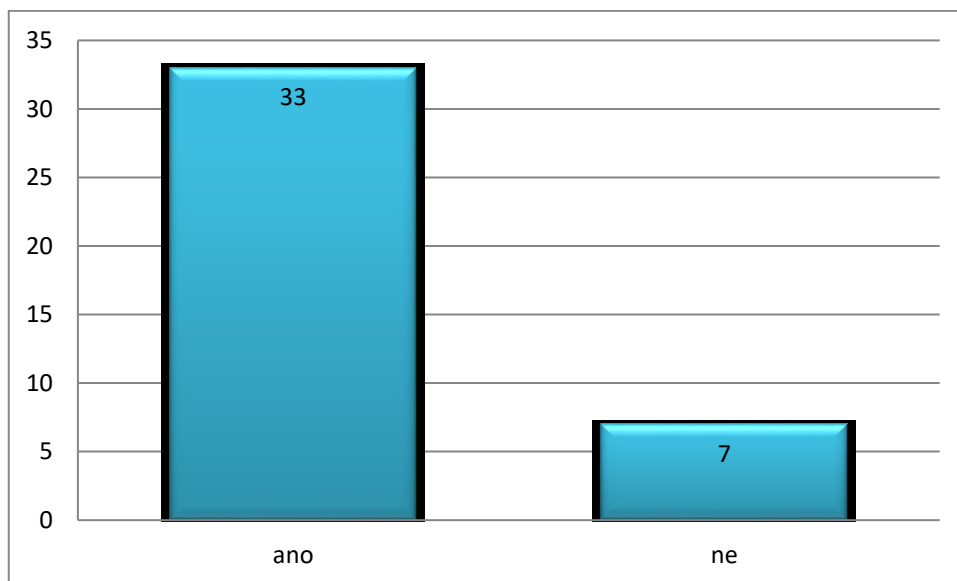


Graf 2: "Jste v současné době výdělečně činný/á?"

Na otázku, jestli jsou pacienti v současné době výdělečně činní, odpověděla většina, že ano, a to na plný úvazek. Přesně 24 lidí, 60% z celkového počtu korespondentů. Dalších deset pacientů jsou nyní v zaměstnání na částečný úvazek, to činí 25%. Dva dotazovaní jsou na rodičovské dovolené (5%) a dva studují (5%). Poslední dva jsou v invalidním důchodu, také 5%. Nikdo není nezaměstnaný ani není ve starobním důchodu.



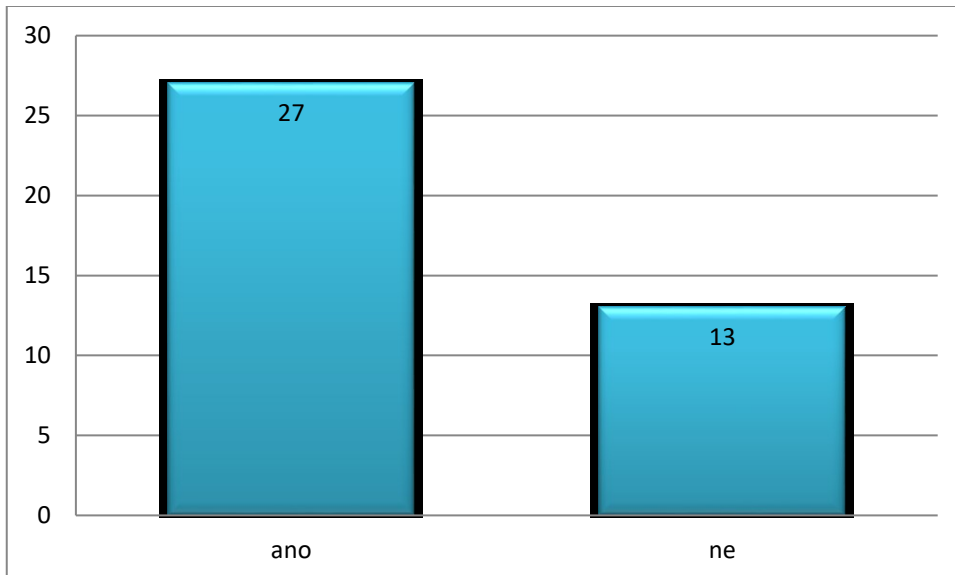
Otázka číslo 3. „Máte sourozence?“



**Graf 3: "Máte sourozence?"**

Velká část dotazovaných odpověděla, že má sourozence. Ze čtyřiceti pacientů zakroužkovalo odpověď ano 33 lidí, což je 82,5%. Odpověď ne pak 7 pacientů, tedy zbylých 17,5%.

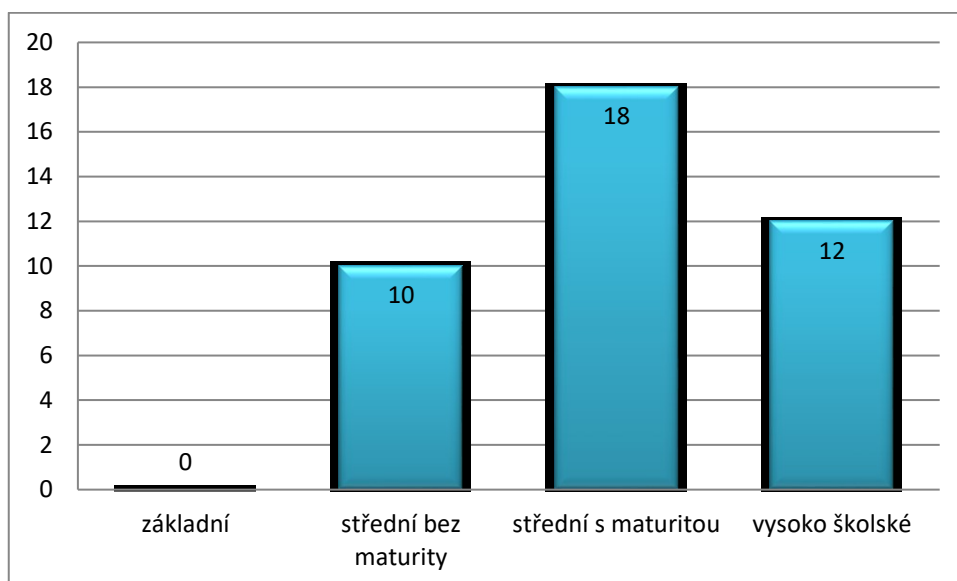
Otázka číslo 4. „Vyskytla se ve vaší rodině nebo u vašich příbuzných onemocnění mízních uzlin nebo zhoubné nádory?“



**Graf 3:** "Vyskytla se ve vaší rodině nebo u vašich příbuzných onemocnění mízních uzlin nebo zhoubné nádory?"

Odpověď ano na otázku, zda se objevilo onemocnění lymfatických uzlin nebo zhoubné nádory u příbuzných, dalo 27 dotazovaných. To je přesně 67,5%. Odpověď ne pak zbylých 13 pacientů, 32,5%.

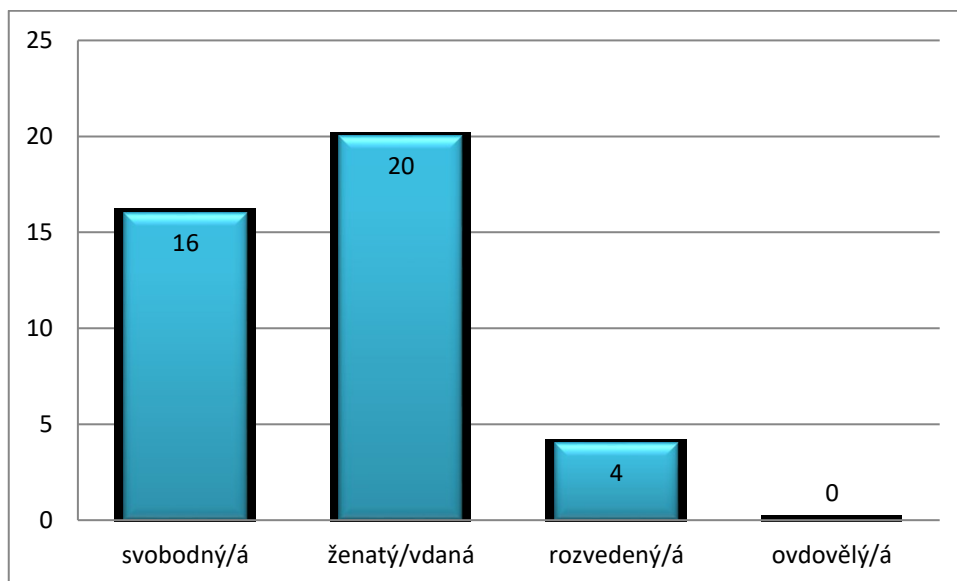
Otázka číslo 5. „Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?“



**Graf 4: "Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?"**

Ze čtyřiceti dotazovaných pacientů má nejčastěji dostudovanou střední školu s maturitou 18 odpovídajících, což je 45%. Dále pak 12 lidí má dokončenou vysokou školu. V přepočtu 25%. Deset pacientů dodělalo střední školu bez maturitní zkoušky. To je také 25%.

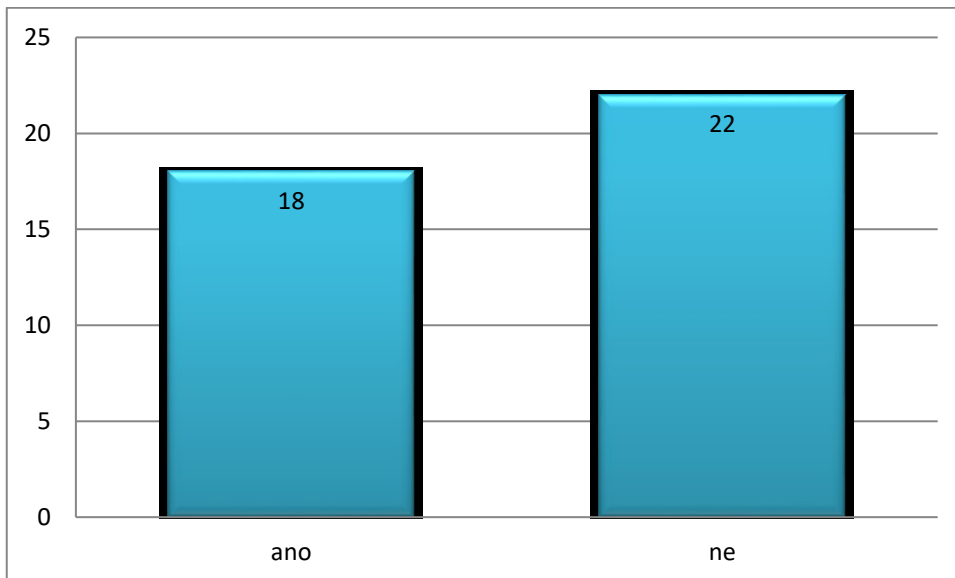
Otázka číslo 6. „Jaký je Váš rodinný stav?“



Graf 5: "Jaký je Váš rodinný stav?"

Z celkového počtu odpovídajících pacientů je 20 v manželském svazku, v přepočtu 50%. 16 pacientů (40%) uvedlo, že jsou svobodní a čtyři rozvedení (10%).

Otázka číslo 7. „Máte děti?“



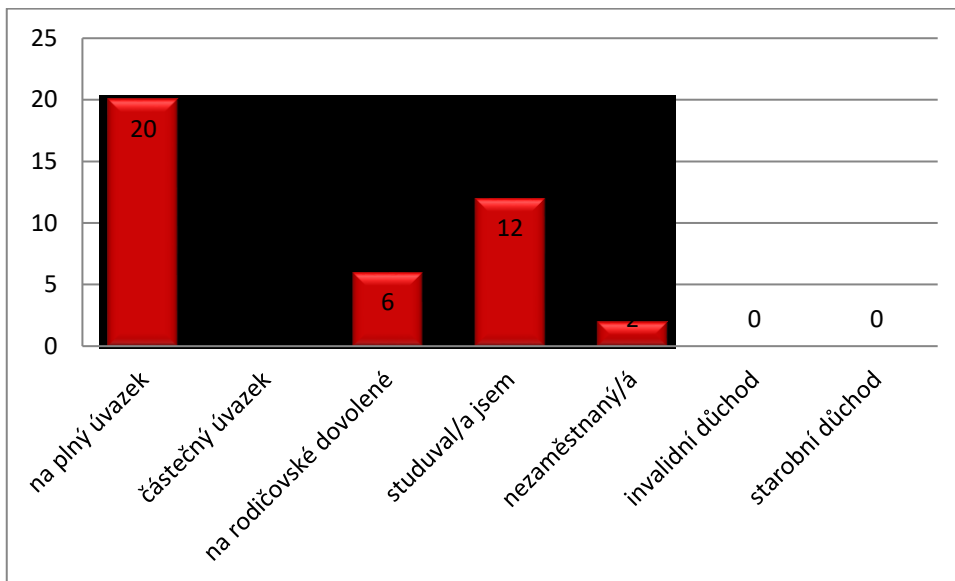
**Graf 6: "Máte děti?"**

Na otázku číslo sedm, jestli mají dotazovaní děti, uvedli s rozdílem čtyř odpovědí. Bezdětných je 22 pacientů (55%) a 18 odpovídajících dětí mají. To odpovídá 45%.

## 2.5 Výsledky

Tento oddíl přináší podrobnější údaje, které se týkají kvality života zkoumaných pacientů nebo okolností, které mohou kvalitu jejich života ovlivnit.

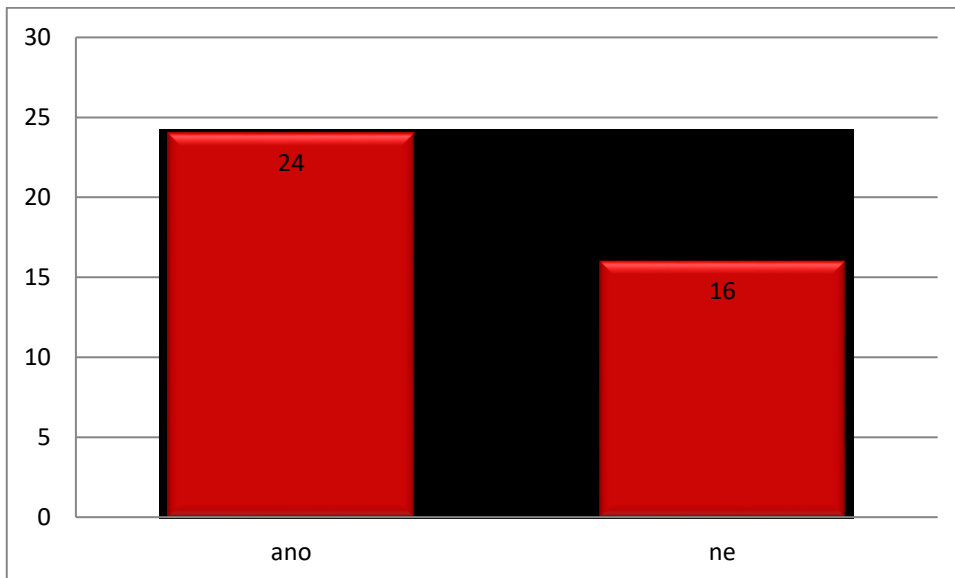
Otázka číslo 8. „Byl/a jste zaměstnaný/á, než jste onemocněl/a Hodgkinovým lymfomem?“



Graf 7: "Byl/a jste zaměstnaný/á, než jste onemocněl/a Hodgkinovým lymfomem?"

Jedna z otázek v mém dotazníku byla na zaměstnanost před zjištěním diagnózy Hodgkinova lymfomu. Přesně 20 dotázaných bylo zaměstnáno na plný úvazek, v přepočtu 50% pacientů. Dalších 30%, tedy 12 korespondentů bylo studujících. Na rodičovské dovolené bylo 6 pacientů (15%) a dva byli nezaměstnaní (5%).

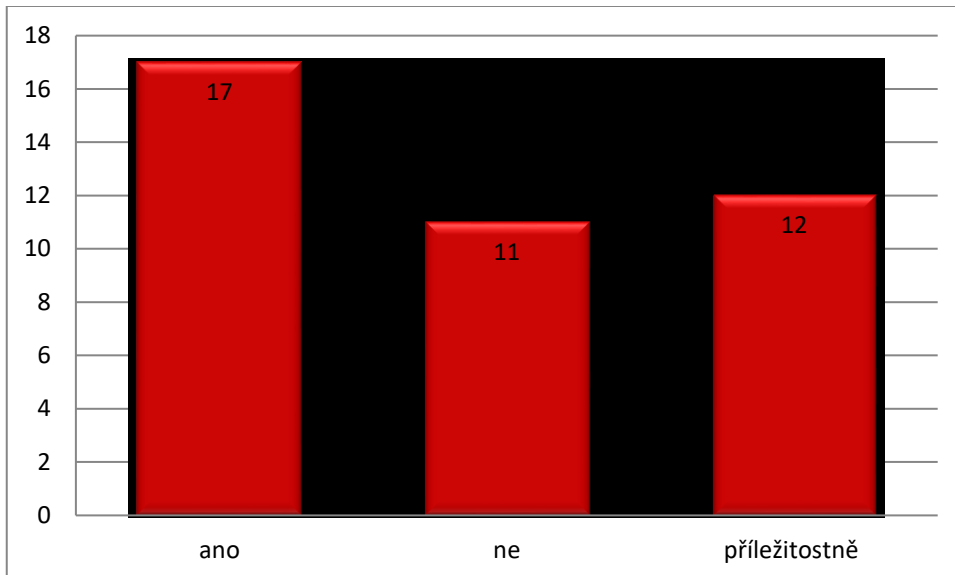
Otázka číslo 9. „Berete v současné době pravidelně léky?“



**Graf 8:** "Berete v současné době pravidelně léky?"

V současné době bere pravidelně léky přes polovinu dotazovaných, přesně 24 pacientů (60%). 16 dotazovaných žádné brát nemusí. Ti jsou započítáni do 40%.

Otázka číslo 10. „Pil/a jste alkoholické nápoje před stanovením diagnózy Hodgkinova lymfomu?“

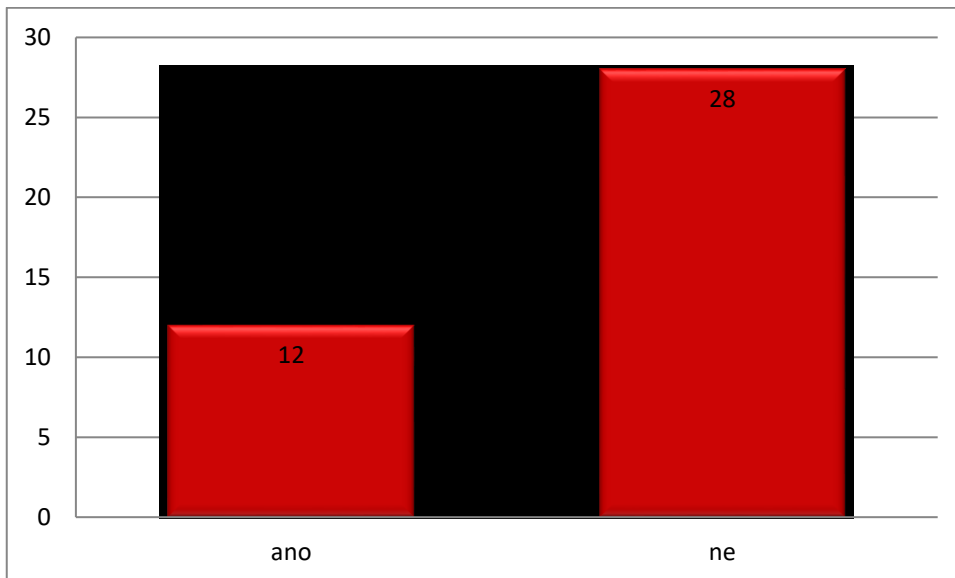


**Graf 9: "Pil/a jste alkoholické nápoje před stanovením diagnózy Hodgkinova lymfomu?"**

Další otázka, zda pacienti pili alkoholické nápoje před stanovení diagnózy, ukázala, že 17 pacientů alkohol pili s určitou pravidelností (42,5%). 30% neboli 12 odpovídajících pili alkohol jen příležitostně a 11 lidí nepili alkoholické nápoje vůbec (27,5%).



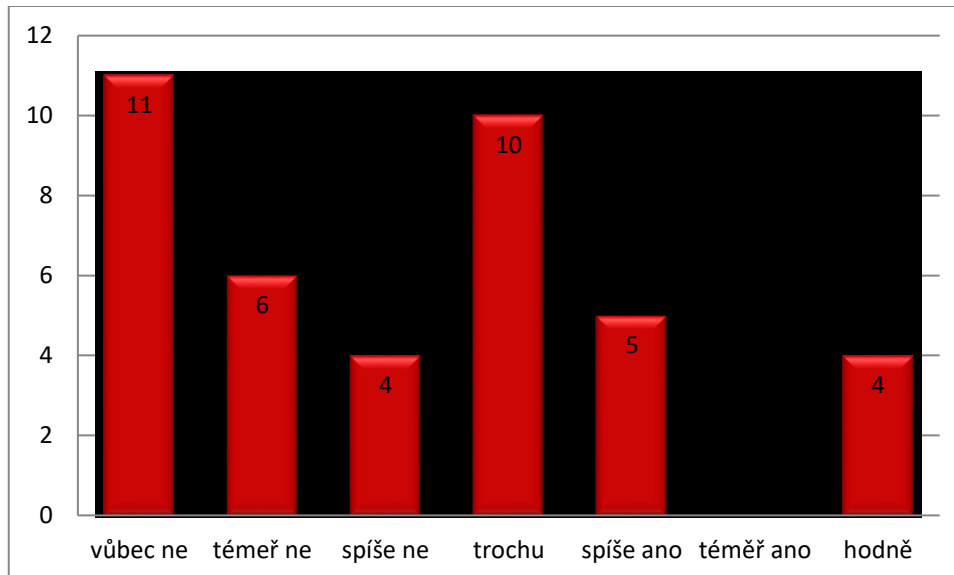
Otázka číslo 11. „Kouříte?“



Graf 10: "Kouříte?"

Také jsem se ptala, zda dotazovaní kouří. Celých 70%, což je 28 pacientů ze čtyřiceti, odpovědělo, že nekouří. Zbýlých 12 lidí jsou kuřáci (30%).

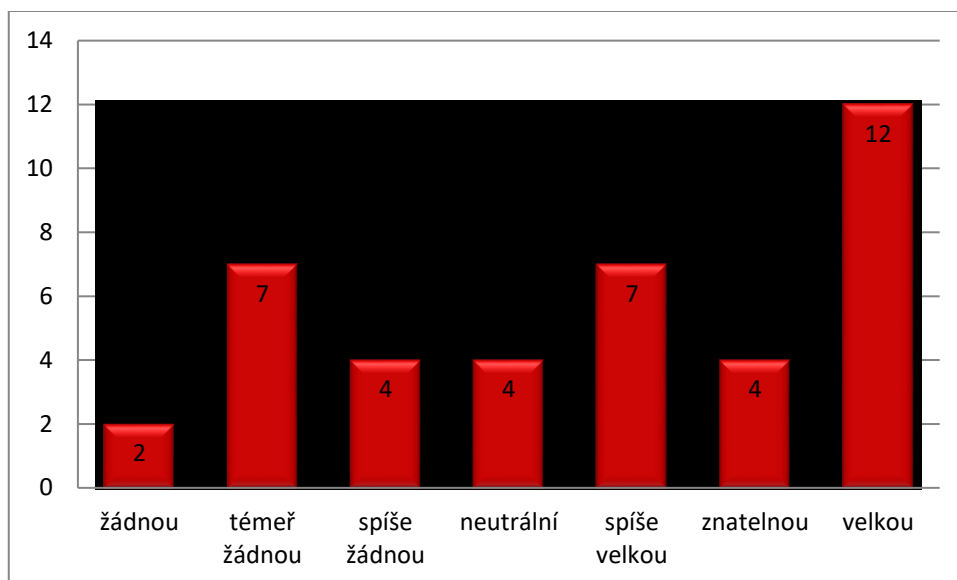
Otázka číslo 12. „Do jaké míry ovlivnila nemoc a léčba Vaší sebedůvěru?“



Graf 11: "Do jaké míry ovlivnila nemoc a léčba Vaší sebedůvěru?"

Jedna z otázek dotazníku byla, jestli samotná nemoc nebo léčba ovlivnila pacientovu sebedůvěru. Nejčastější odpověď byla, že nemoc a léčba neměla žádný vliv na pacientovu sebedůvěru. V číslech je to pak 27,5% neboli 11 odpovědí. Další častější odpovědí byla, že nemoc trochu vliv na sebedůvěru měla. Přesněji 25%. Jiné odpovědi jako, téměř ne, má zastoupení 15%. Odpověď spíše ne a hodně, se objevuje z 10%. Spíše ano vychází v 12,5%.

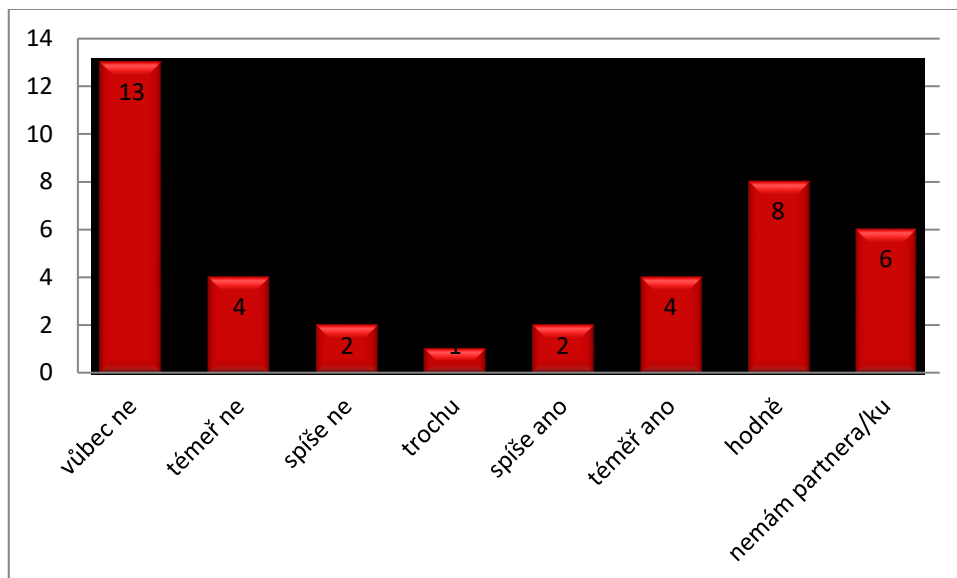
Otázka číslo 13. „Jak velkou psychickou zátěž pro vás nemoc a léčba představovaly?“



Graf 12: "Jak velkou psychickou zátěž pro vás nemoc a léčba představovaly?"

Velkou psychickou zátěž způsobovala nemoc a léčba dvanácti pacientům, což je 30% ze všech dotazovaných. Téměř žádnou zátěž představovala léčba pro sedm lidí (17,5%), stejně tak byla zastoupená odpověď spíše velkou (17,5%). Ostatní možnosti měli po čtyřech odpovědích. To představuje 10% na každou z těchto odpovědí. A žádnou zátěž nepociťovali dva pacienti (5%).

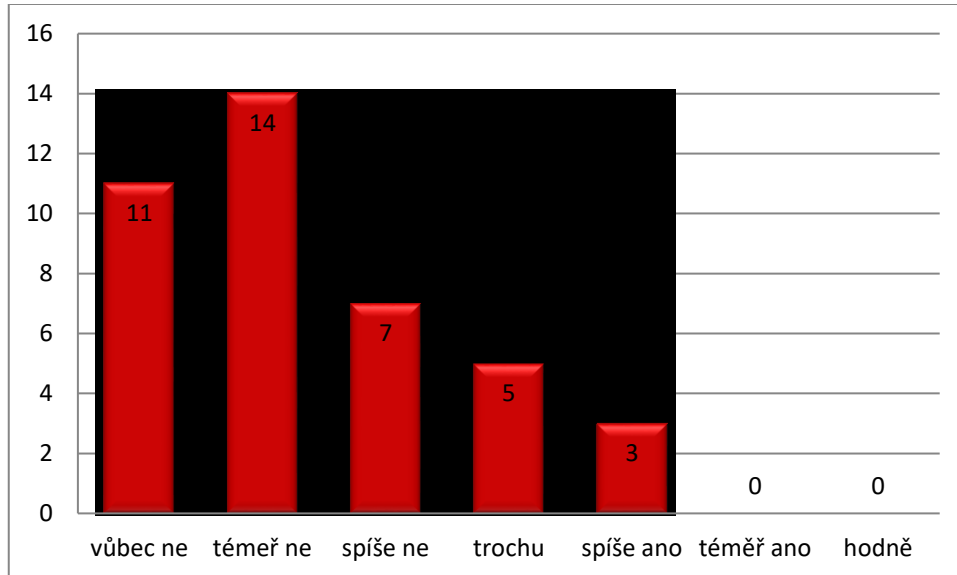
Otázka číslo 14. „Změnil se Váš vztah k partnerovi/partnerce během léčby?“



Graf 13: "Změnil se Váš vztah k partnerovi/partnerce během léčby?"

Během léčby se vztah k partnerovi nezměnil u třinácti pacientů (32,5%). Na druhé straně odpovědělo osm dotazovaných, že se vztah k partnerovi změnil hodně (20%). Šest pacientů uvedlo, že partnera nemají (15%). Čtyři pacienti (10%) odpověděli, že se vztah téměř nezměnil, stejně tak čtyři uvedli téměř ano (10%).

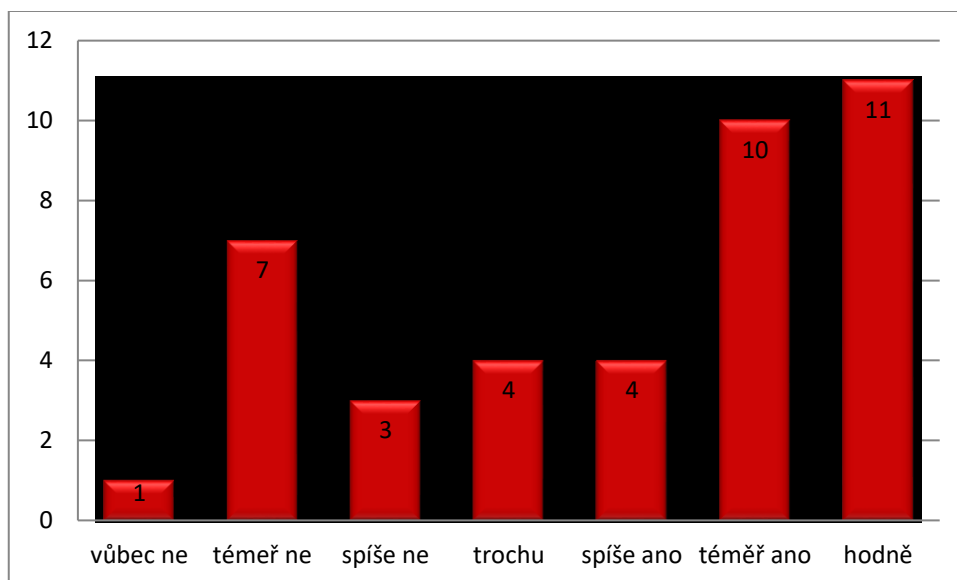
Otázka číslo 15. „Do jaké míry narušila nemoc a léčba Váš sexuální život?“



Graf 14: "Do jaké míry narušila nemoc a léčba Váš sexuální život?"

Na otázku týkající se sexuálního života během léčby odpovědělo nejvíce pacientů, že na sexuální život nemoc neměla téměř žádný vliv. V přepočtu to je 35%. Vůbec žádný vliv neměla léčba na sexuální život u 11 lidí (27,5%). Pro sedm pacientů (17,5%) spíše neměla nemoc vliv na jejich sexuální život. Pět pacientům (12,5%) nemoc trochu sexuální život narušila. Spíše léčba narušila sexuální život třem pacientům (7,5%). Odpovědi téměř ano nebo hodně nevedl nikdo.

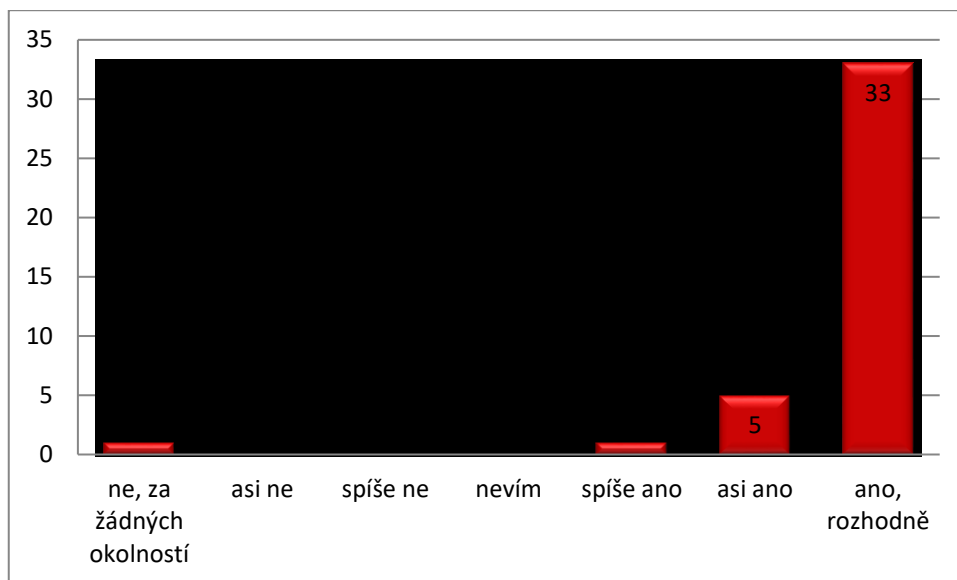
Otázka číslo 16. „Jak obtížné bylo pro Vás celkově onemocnění a jeho léčba?“



Graf 15: "Jak obtížné bylo pro Vás celkově onemocnění a jeho léčba?"

Myslím, že jedna z důležitých otázek byla, jak bylo celkově obtížné onemocnění a léčba. Hodně obtížná byla nemoc pro 11 pacientů (27,5%). Pro 10 lidí pak byla celkově léčba téměř obtížná (25%). Tyto dvě odpovědi zahrnují 52,5% z celkového počtu. Sedm pacientů odpovědělo, že léčba téměř obtížná nebyla (15,5%). Trochu náročná byla léčba pro čtyři pacienty (10%). Stejně tak častá byla i odpověď spíše ano (10%). Spíše léčba náročná nebyla pro tři dotazované (7,5%). Vůbec náročná nebyla pro jednoho pacienta (2,5%).

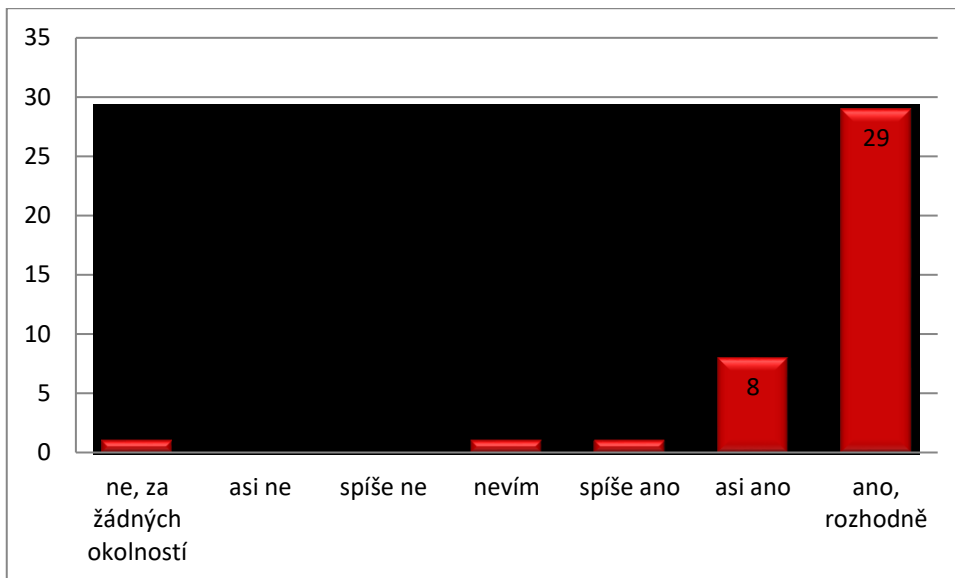
Otázka číslo 17. „Doporučil/a byste na základě vlastní zkušenosti blízkému příbuznému nebo příteli stejnou léčbu?“



Graf 16: "Doporučil/a byste na základě vlastní zkušenosti blízkému příbuznému nebo příteli stejnou léčbu?"

Odpovědi na otázku číslo sedmnáct byli celkem jednoznačné. Celých 33 pacientů odpovědělo, že by stejnou léčbu doporučilo někomu známému. Zahrnuje to celkově 82,5% odpovědí. Dalších pět dotazovaných uvedlo, že by asi stejnou léčbu doporučili. To odpovídá 12,5%. Spíše by doporučil stejnou léčbu jeden pacient (2,5%). Stejně tak by stejnou terapii za žádných okolností nedoporučil jeden odpovídající (2,5%).

Otázka číslo 18. „Ohlédnete-li se zpět, souhlasila/a byste znovu s léčbou, kterou jste podstoupil/a?“



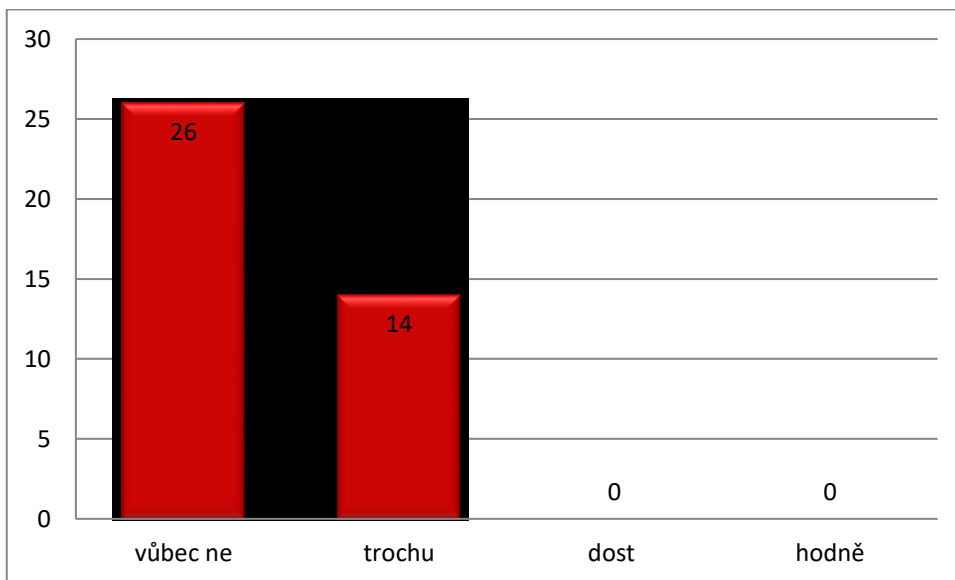
Graf 17: "Ohlédnete-li se zpět, souhlasila/a byste znovu s léčbou, kterou jste podstoupil/a?"

Pacienti odpovídali na otázku, jestli by podstoupili znovu stejnou léčbu. 29 dotázaných odpovědělo, že rozhodně ano. Je to 72,5% ze všech odpovědí. Asi by podstoupilo léčbu znovu 8 pacientů, což je 20%. Jeden pacient neví, jestli by stejnou léčbu podstoupili (2,5%), stejně i spíše ano (2,5%). Jeden odpovídající by za žádných okolností stejnou léčbu už nepodstoupil (2,5%).



Následující otázky se týkají toho, jak jste se cítil/a v blízkém čase (poslední měsíc).

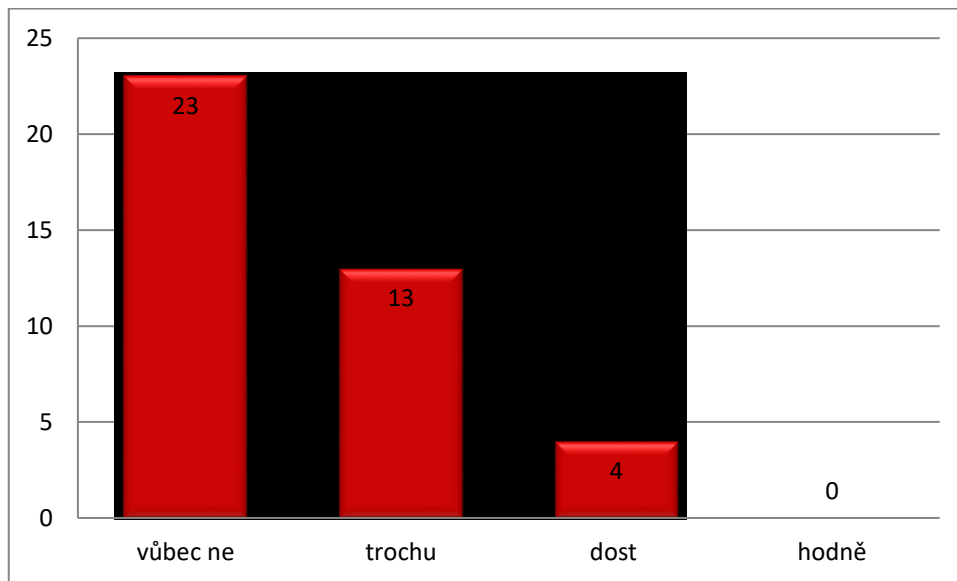
Otázka číslo 19. „Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?“



**Graf 18: “Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?”**

Při své práci nebo u jiných každodenních činností nebylo vůbec omezeno po léčbě 26 pacientů, to činí 65%. Zbytek odpovídajících zaškrtnulo odpověď, že trochu omezení v činnostech cítili. V přepočtu je to 35%.

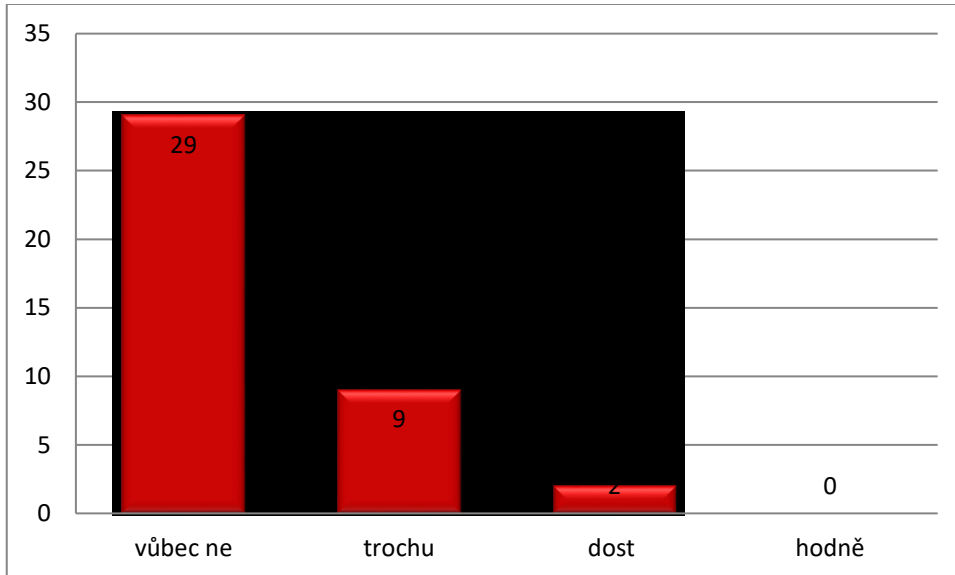
Otázka číslo 20. „Měl/a jste bolest?“



Graf 19: "Měl/a jste bolest?"

Důležitá otázka byla, zda měli pacienti v poslední době bolesti. Nejvíce dotázaných dalo odpověď, že bolesti vůbec neměli. Tuto možnost zvolilo 23 pacientů, tedy 57,5%. O něco méně pacientů mělo trochu bolesti, přesně 13 dotázaných (32,5%). Pouze 4 pacienty trápila bolest dost. V přepočtu 10%.

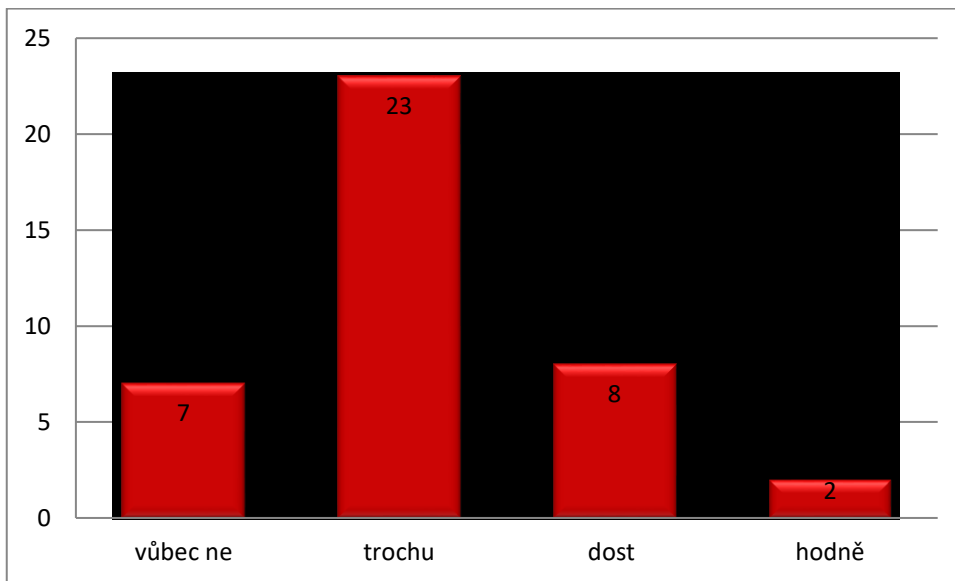
Otázka číslo 21. „Měl/a jste potíže se spaním?“



Graf 20: "Měl/a jste potíže se spaním?"

Otázka, jestli měli pacienti poslední měsíc problémy se spaním, měla nejvíce odpovědí vůbec ne. Výsledky ukazují, že takto odpovědělo 29 pacientů (72,5%). 9 odpovídajících udalo, že trochu problém se spaním měli. Takto odpovědělo 9 lidí, což je 22,5%. Dva pacienti odpověděli, že problémy se spánkem měli dost. To je 5% odpovědí.

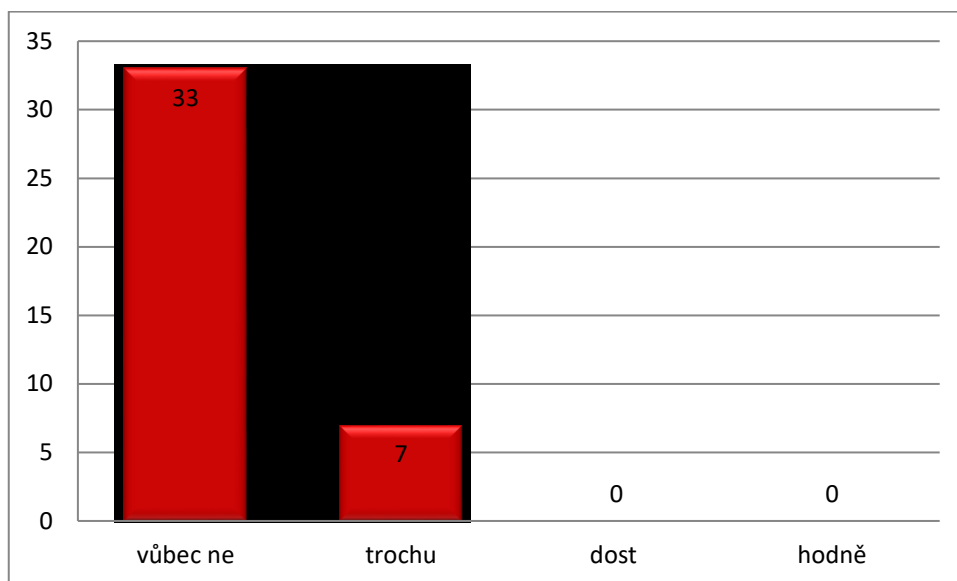
Otázka číslo 22. „Byl/a jste unaven/a?“



Graf 21: "Byl/a jste unaven/a?"

Další otázka se týkala únavy. 23 pacientů udalo, že trochu unavení byli. To činí 57,5% neboli 23 odpovědí. 20% pacientů odpovědělo, že únavu pociťovali dost, přesně 8 odpovědí. Dále pak 7 (17,5%) lidí udává, že unavení vůbec nebyli. Hodně unaveni byli dva pacienti, to odpovídá 5%.

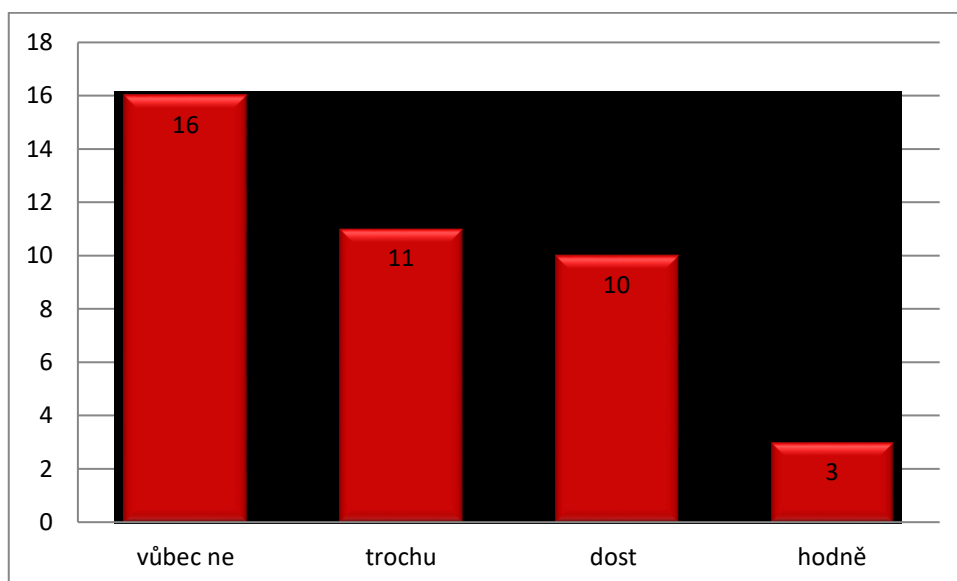
Otázka číslo 23. „Měl/a jste obtíže soustředit se?“



Graf 22: "Měl/a jste obtíže soustředit se?"

Problémy se soustředěním nemělo vůbec 33 pacientů. V přepočtu je to 82,5%. Ostatní korespondenti uvádí, že trochu problémy soustředit se měli. Takto odpovědělo 7 pacientů, tedy 17,5%.

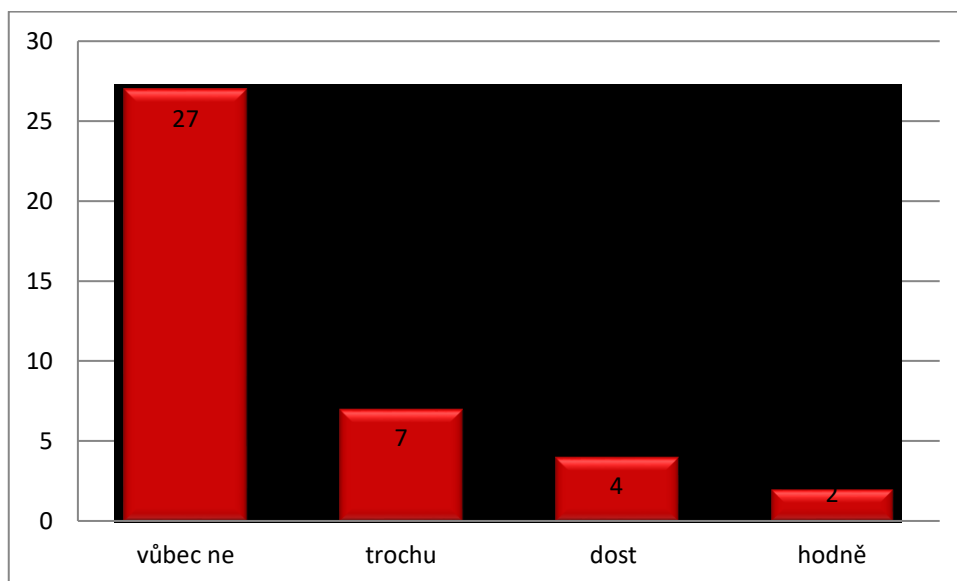
Otázka číslo 24. „Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?“



**Graf 23: "Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?"**

Jedna z otázek se soustředila na zásah fyzické kondice a léčby do aktivit pacientů ve společnosti. 16 lidí dalo, že kondice i léčba vůbec do aktivit nezasahovala. To odpovídá 40%. Trochu zásah pociťovalo 11 pacientů. V přepočtu 27,5%. Pak ale 10 pacientům léčba zasahovala do společenských aktivit dost. To činí 25%. Tři pacienti udávají, že léčba zasahovala hodně do jejich aktivit ve společnosti. To je 5,5% z celkových odpovědí.

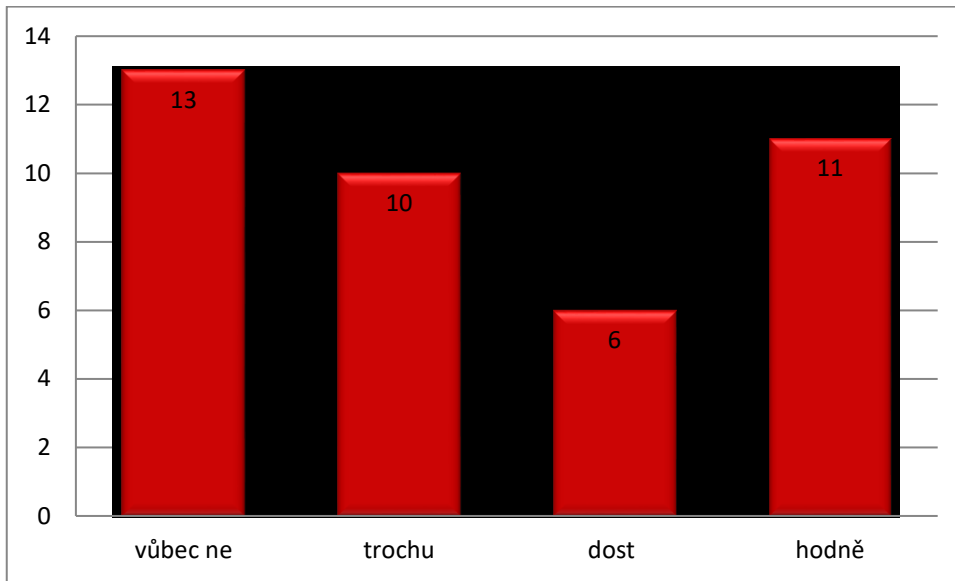
Otázka číslo 25. „Měl/a jste nějakou infekci, např. chřipka, kožní infekce, atd.?“



Graf 24: "Měl/a jste nějakou infekci, např. chřipka, kožní infekce, atd.?"

Další otázkou jsem zjišťovala, jestli v poslední době měli pacienti problémy s infekcemi. Vůbec žádnou infekci nemělo 27 odpovídajících, což je 67,5%. Trochu se infekce objevila u 7 lidí, tedy u 17,5%. 4 pacienti udávají odpověď dost, tomu odpovídá 10%. A 2 pacienti dali, že infekci měli často. V přepočtu je to 5%.

Otázka číslo 26. „Obáváte se, že byste už nemohl/a mít děti?“



Graf 25: "Obáváte se, že byste už nemohl/a mít děti?"

Poslední otázka v dotazníku se týkala plodnosti. Zde vyšlo, že 13 pacientů se nebojí vůbec. V přepočtu 32,5%. Na druhou stranu 11 pacientů se bojí hodně, že by po léčbě nemohli mít děti. To odpovídá 27,5% z celkového počtu odpovědí. 10 pacientů dalo, že se bojí trochu. To je přesně 25%. A 6 pacientů se bojí poměrně dost, tedy 15%.



Druhý cíl bakalářské práce zněl:

Zjistit, zda jsou získané výsledky statisticky významně ovlivněny: pohlavím pacientů, jejich vzděláním, pravidelným bráním léků a psychickou zátěží pacientů. Zde jsou tabulky, které shrnují výsledky statistické analýzy.

Tab. 2 Vztah pohlaví k dalším proměnným

Vztah <b>pohlaví</b> k dalším sledovaným proměnným.					
Číslo otázky	Název proměnné	Používaný test	Hodnota testu	Hladina významnosti	Je rozdíl významný
1.	výděl. činnost	Pearsonův chí-kvadrát test	4,9791	0,28945	ne
2.	sourozenci	Fischerův přesný test	-	1,00000	ne
3.	nádory příbuz.	Pearsonův chí-kvadrát test	0,6309	0,42702	ne
4.	vzdělání	Pearsonův chí-kvadrát test	1,8379	0,39893	ne
5.	vzdělání	Fischerův přesný test	-	0,28116	ne
6.	rodinný stav	Fischerův přesný test	-	0,03648	ANO
7.	děti	Pearsonův chí-kvadrát test	2,4313	0,11893	ne
8.	zaměstnání	Fischerův přesný test	-	0,02999	ANO
9.	pravid. léky	Pearsonův chí-kvadrát test	2,4060	0,12087	ne
10.	alkohol před	Pearsonův chí-kvadrát test	1,5849	0,45274	ne
11.	kouření	Fischerův přesný test	-	0,01581	ANO
12.	vliv na sebedůvěru	Pearsonův chí-kvadrát test	2,3240	0,80274	ne
13.	psychic. zátěž	Pearsonův chí-kvadrát test	4,8168	0,56752	ne
14.	psych. zátěž d	Fischerův přesný test	-	0,16418	ne
15.	změna vztahu	Pearsonův chí-kvadrát test	3,6013	0,82438	ne
16.	narušení sex.	Pearsonův chí-kvadrát test	3,3421	0,50229	ne
17.	obtížnost	Pearsonův chí-kvadrát test	7,2124	0,30165	ne
18.	doporučení	Pearsonův chí-kvadrát test	2,3787	0,49762	ne
19.	souhlas	Pearsonův chí-kvadrát test	3,2184	0,52197	ne
20.	souhlas d	Fischerův přesný test	-	0,46154	ne
21.	omezení práce	Pearsonův chí-kvadrát test	1,1997	0,27338	ne
22.	bolest	Pearsonův chí-kvadrát test	1,0230	0,59961	ne
23.	potíže spaní	Pearsonův chí-kvadrát test	0,9368	0,62600	ne
24.	únava	Pearsonův chí-kvadrát test	2,2784	0,51668	ne
25.	obtížné soustředění	Fischerův přesný test	-	0,68893	ne
26.	zásah. společ.	Pearsonův chí-kvadrát test	1,4612	0,69125	ne
27.	infekce	Pearsonův chí-kvadrát test	4,3872	0,22258	ne
28.	obavy plod.	Fischerův přesný test	-	0,06360	ne

Tabulka 2: Vztah pohlaví k dalším proměnným

Tab. 3 Vztah vzdělání k dalším proměnným

Vztah vzdělání k dalším sledovaným proměnným.					
Číslo otázky	Název proměnné	Používaný test	Hodnota testu	Hladina významnosti	Je rozdíl významný
1.	výděl. činnost	Pearsonův chí-kvadrát test	7.3333	0.11929	ne
2.	sourozenci	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
3.	nádory příbuz.	Fischerův přesný test	-	0.12384	ne
4.	rodinný stav	Fischerův přesný test	-	0.74082	ne
5.	děti	Fischerův přesný test	-	0.46447	ne
6.	zaměstnání	Pearsonův chí-kvadrát test	3.7333	0.29174	ne
7.	pravid. léky	Fischerův přesný test	-	0.71101	ne
8.	alkohol před	Pearsonův chí-kvadrát test	4.2519	0.11932	ne
9.	kouření	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
10.	vliv na sebedůvěru	Pearsonův chí-kvadrát test	7.3212	0.19783	ne
11.	psychic. zátěž	Pearsonův chí-kvadrát test	8.8254	0.18364	ne
12.	psych. zátěž d	Fischerův přesný test	-	0.44021	ne
13.	změna vztahu	Pearsonův chí-kvadrát test	5.9145	0.54976	ne
14.	narušení sex.	Pearsonův chí-kvadrát test	3.3986	0.49347	ne
15.	obtížnost	Pearsonův chí-kvadrát test	8.5864	0.19821	ne
16.	doporučení	Fischerův přesný test	-	0.01276	ANO
17.	souhlas	Fischerův přesný test	-	0.00856	ANO
18.	souhlas d	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
19.	omezení práce	Fischerův přesný test	-	0.71753	ne
20.	bolest	Pearsonův chí-kvadrát test	1.9666	0.37408	ne
21.	potíže spaní	Pearsonův chí-kvadrát test	1.2874	0.52536	ne
22.	únava	Pearsonův chí-kvadrát test	1.1097	0.77473	ne
23.	obtížné soustředění	Fischerův přesný test	-	0.33754	ne
24.	zásah. společ.	Pearsonův chí-kvadrát test	2.3192	0.50885	ne
25.	infekce	Pearsonův chí-kvadrát test	2.5397	0.46816	ne
26.	obavy plod.	Pearsonův chí-kvadrát test	1.7542	0.62496	ne

Tabulka 3: Vztah vzdělání k dalším proměnným

Tab. 4 Vztah pravidelného braní léků k dalším proměnným

Vztah pravidelného braní léků k dalším sledovaným proměnným.					
Číslo otázky	Název proměnné	Používaný test	Hodnota testu	Hladina významnosti	Je rozdíl významný
1.	výděl. činnost	Pearsonův chí-kvadrát test	3.0903	0.54283	ne
2.	sourozenci	Fischerův přesný test	-	0.20966	ne
3.	nádory příbuz.	Fischerův přesný test	-	0.30494	ne
4.	vzdělání	Pearsonův chí-kvadrát test	0.5787	0.74875	ne
5.	vzdělání	Fischerův přesný test	-	0.71101	ne
6.	rodinný stav	Pearsonův chí-kvadrát test	1.6667	0.43460	ne
7.	děti	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
8.	zaměstnání	Pearsonův chí-kvadrát test	2.2917	0.51412	ne
9.	alkohol před	Pearsonův chí-kvadrát test	0.7175	0.69856	ne
10.	kouření	Fischerův přesný test	-	0.72940	ne
11.	vliv na sebedůvěru	Pearsonův chí-kvadrát test	3.0808	0.68753	ne
12.	psychic. zátěž	Pearsonův chí-kvadrát test	1.9048	0.92825	ne
13.	psych. zátěž d	Fischerův přesný test	-	0.73555	ne
14.	změna vztahu	Pearsonův chí-kvadrát test	3.2212	0.86382	ne
15.	narušení sex.	Pearsonův chí-kvadrát test	12.4004	0.02305	ANO
16.	obtížnost	Pearsonův chí-kvadrát test	6.8407	0.33583	ne
17.	doporučení	Pearsonův chí-kvadrát test	1.4141	0.70222	ne
18.	souhlas	Pearsonův chí-kvadrát test	3.7392	0.44245	ne
19.	souhlas d	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
20.	omezení práce	Fischerův přesný test	-	0.01986	ANO
21.	bolest	Pearsonův chí-kvadrát test	0.1867	0.91086	ne
22.	potíže spaní	Pearsonův chí-kvadrát test	0.2730	0.87241	ne
23.	únava	Pearsonův chí-kvadrát test	6.1911	0.10267	ne
24.	obtížné soustředění	Fischerův přesný test	-	0.68082	ne
25.	zásah. společ.	Pearsonův chí-kvadrát test	5.5051	0.13834	ne
26.	infekce	Pearsonův chí-kvadrát test	1.6071	0.65777	ne
27.	obavy plod.	Pearsonův chí-kvadrát test	3.9753	0.26414	ne

Tabulka 4: Vztah pravidelného braní léků k dalším proměnným

Tab. 5 Vztah psychické zátěže k dalším proměnným

Vztah psychické zátěže k dalším sledovaným proměnným.					
Číslo otázky	Název proměnné	Používaný test	Hodnota testu	Hladina významnosti	Je rozdíl významný
1.	výděl. činnost	Pearsonův chí-kvadrát test	0.8910	0.92585	ne
2.	sourozenci	Fischerův přesný test	-	0.38536	ne
3.	nádory příbuz.	Fischerův přesný test	-	0.46784	ne
4.	vzdělání	Pearsonův chí-kvadrát test	1.2587	0.53293	ne
5.	vzdělání	Pearsonův chí-kvadrát test	-	0.44021	ne
6.	rodinný stav	Pearsonův chí-kvadrát test	3.9888	0.13609	ne
7.	děti	Pearsonův chí-kvadrát test	0.6266	0.42860	ne
8.	zaměstnání	Pearsonův chí-kvadrát test	1.1274	0.77047	ne
9.	pravid. léky	Pearsonův chí-kvadrát test	0.1686	0.68139	ne
10.	alkohol před	Pearsonův chí-kvadrát test	1.8498	0.39657	ne
11.	kouření	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
12.	vliv na sebedůvěru	Fischerův přesný test	-	0.00000	ANO
13.	změna vztahu	Pearsonův chí-kvadrát test	3.7872	0.80394	ne
14.	narušení sex.	Pearsonův chí-kvadrát test	0.8516	0.93140	ne
15.	obtížnost	Fischerův přesný test	-	0.00000	ANO
16.	doporučení	Pearsonův chí-kvadrát test	5.6290	0.13113	ne
17.	souhlas	Pearsonův chí-kvadrát test	7.6527	0.10516	ne
18.	souhlas d	Fischerův přesný test	-	1.00000	ne
19.	omezení práce	Fischerův přesný test	-	0.15041	ne
20.	bolest	Pearsonův chí-kvadrát test	0.8187	0.66407	ne
21.	potíže spaní	Pearsonův chí-kvadrát test	0.1991	0.90523	ne
22.	únava	Pearsonův chí-kvadrát test	2.7176	0.43724	ne
23.	obtížné soustředění	Fischerův přesný test	-	0.64540	ne
24.	zásah. společ.	Pearsonův chí-kvadrát test	0.3327	0.95376	ne
25.	infekce	Pearsonův chí-kvadrát test	0.4214	0.93579	ne
26.	obavy plod.	Pearsonův chí-kvadrát test	2.9248	0.40336	ne

Tabulka 5: Vztah psychické zátěže k dalším proměnným

## 2.6 Diskuse výsledků

V bakalářské práci s názvem Kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem jsem se ve výzkumné části práce snažila zjistit, jaká je kvalita života těchto pacientů po léčbě.

Vezmeme-li soubor 40 pacientů jako celek, pak můžeme konstatovat, že léčbu celkově hodnotí zkoumaní pacienti *příznivě*. I když v 58 % případů pociťovali zátěž způsobenou nemocí a její léčbou a prožívali výrazněji obtížnost léčby a jejího léčení (spíše ano v 72 % případů). Na druhé straně během své nemoci a její léčby nepociťovali výraznější narušení svého sexuálního života (93 % případů); během nemoci a léčby se v 50 % případů nezměnil jejich vztah k partnerovi či partnerce (v 35 % případů ano); zbytek – 15 % nemá partnera, partnerku. Dotázaní pacienti by souhlasili se stejnou léčbou, kdyby se mohli znovu rozhodovat (95 % případů) a stejnou léčbu by doporučili svému příbuznému či příteli (98 % případů).

Bakalářská práce také zkoumala vztahy mezi vybranými proměnnými. První byl studován vztah **pohlaví pacienta** k dalším proměnným. Ukázalo se, že pohlaví ovlivňuje rodinný stav našich pacientů v tom smyslu, že mezi muži bylo významně více rozvedených osob, než mezi ženami. Rozdíl mezi ženami a muži byl také v tom, zda a jak byli zaměstnáni před svým onemocněním: ženy v té době byly častěji na studiích než muži, zatímco překvapivě v době před onemocněním bylo 6 mužů (32 %) na rodičovské dovolené. Zajímavý je také výskyt kuřáctví: v našem souboru (podle odpovědí v dotazníku) mezi kuřáky převažovaly ženy (48 %), zatímco mezi muži byli kuřáci zastoupeni jen 11 %. Interpretace tohoto zjištění může být dvojitá: 1. u mužů mohl zafungovat efekt sociální žádoucnosti odpovědi „nekouřím“ ve zdravotnickém dotazníku oproti skutečnému stavu, 2. kouření přineslo některým mužům tak výrazné zdravotní obtíže, že s kouřením přestali a současně době nekouří.

Druhé zkoumání se týkalo vztahu mezi **nejvyšším vzděláním pacienta** a dalšími proměnnými. Jednoznačný vztah byl zjištěn mezi kladnou odpovědí na otázku: *Doporučil/a byste na základě vlastní zkušenosti blízkému příbuznému nebo příteli stejnou léčbu?* a úrovní vzdělání pacientů. Ti, co měli střední vzdělání bez maturity, odpovídali „asi ano“ ve 40 %, „rozhodně ano“ v 60 %, zatímco ti, co měli střední vzdělání s maturitou či vysokou školu odpovídali „asi ano“ jen ve 3 % případů, zatímco odpověď „rozhodně ano“ se u nich objevila v 90 % případů. Pokud jde o odpovědi na otázku: *Souhlasil/a byste znovu s léčbou, kterou jste podstoupil/a?* byl opět zjištěn rozdíl daný stupněm vzdělání

pacientů. Ti, co měli střední vzdělání bez maturity, odpovídali „asi ano“ v 50 %, „rozhodně ano“ ve 40 %, zatímco ti, co měli střední vzdělání s maturitou či vysokou školu odpovídali „asi ano“ jen v 10 % případů, zatímco odpověď „rozhodně ano“ se u nich objevila v 83 % případů.

Třetí proměnnou, jejíž vliv tato práce studovala, bylo **pravidelné brání léků pacientem**. Analýza ukázala, že na otázku *Do jaké míry narušila léčba Váš sexuální život?* lze odpovědět tak, že některým pacientům a pacientkám ano; týká se to jak těch, kteří berou pravidelně léky, tak i těch, kteří už je neberou. Obecně však nejvýraznější rozdíl je v položce, která konstatuje, že brání léků „spíše nenarušilo sexuální život“ těm, kteří neberou léky (38 %) oproti těm, kteří léky stále berou (4 %). Logické je také zjištění, že ti, kteří stále ještě berou léky, pociťovali během posledního měsíce, že je nemoc *omezuje v jejich práci nebo při výkonu jiných každodenních činností* (50 %) oproti těm, kteří pociťovali totéž, ale již léky neberou (těch bylo jen 13 %).

Čtvrtou proměnnou, na níž se práce soustředila, byla **prožitá psychická zátěž pacientů**. Analýza ukázala, že vztah mezi psychickou zátěží *vyvolanou jak samotnou nemocí, tak její léčbou* významně souvisí se sebedůvěrou pacienta. Pokud pacient označil zátěž za „žádnou až spíše žádnou“, pak tato minimální zátěž sebedůvěru buď vůbec neovlivnila (85 % případů) nebo téměř neovlivnila (15 % případů). Jakmile však byla zátěž z pohledu pacienta „spíše velká, znatelná až velká“ pak ovlivnila pacientovu sebedůvěru trochu (44 %) či spíše ano (22 % případů).

V případě, kdy pacient označil prožívanou zátěž za „žádnou či spíše žádnou“, potom obtížnost způsobená jak nemocí, tak použitou léčbou byla označena výrazem „téměř ne“ (54 %) nebo spíše ne (48 %). V případě, že pacient označil prožívanou zátěž „spíše velkou“ až „velkou“, pak obtížnost způsobená jak nemocí, tak použitou léčbou byla hodnocena jako „téměř obtížná“ (43 % případů) či „hodně obtížná“ (49 % případů).

Linendoll (2016) zmiňuje některé studie, kdy pacienti, kteří přežili Hodgkinův lymfom, hlásili zvýšené sexuální problémy. Tyto problémy se mohou časem zlepšit, ale mohou být trvalé u pacientů s vyšším stádiem nemoci.

Podle Linendolla (2016), některé studie ukázaly, že pacienti po léčbě Hodgkinova lymfomu zažili zvýšenou psychologickou úzkost. Nicméně, několik jiných studií nenašlo žádný rozdíl v psychosociální úzkosti mezi pacienty s Hodgkinovým lymfomem a zdravými.

Pozitivně vychází **aktuální zdravotní stav pacientů během posledního měsíce**: 83 % pacientů nemělo potíže se soustředěním, 73 % pacientů nemělo potíže se spánkem,

68 % pacientů neprodělalo v tomto období žádnou infekci, 65 % pacientů nepocívalo omezení při práci nebo při svých každodenních činnostech, 58 % pacientů nezažívalo žádnou bolest. Komplikace se objevovaly pouze u fyzické kondice a dopadů léčby, neboť jen u 40 % pacientů neovlivňovala jejich kondice a léčba ve společenských aktivitách (v 28 % případů ovlivňovala trochu a v 25 % případů ovlivňovala dost). Všudypřítomná byla únava pacientů: nepocívalo ji pouze 18 % pacientů, trochu ji pocívalo 58 % pacientů a dost ji cítilo 20 % pacientů).

Kvalita života pacientů mohla být ovlivněna okolím, kde pacient procházel léčbou. Určitě byl znatelný vliv rodinné situace, která byla u pacienta v danou dobu léčby. I psychické rozpoložení pacienta mohlo mít vliv na kvalitu života.

Odpovědi pacientů mohla pochopitelně ovlivnit jejich aktuální nálada. Mohlo se stát, že pospíchali a málo přemýšleli nad tím, jakou dají odpověď. I to mohlo mít vliv na celkové výsledky výzkumu.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou kvality života pacientů s Hodgkinovým lymfomem. Pacienti byli rok a více po absolvování léčby tohoto onemocnění. V první části bakalářské práce byl podán přehled současných poznatků a teoretických přístupů.

Výklad se nejprve zabýval anomií lymfatického systému. Dále pak byla rozebírána charakteristika Hodgkinova lymfomu. Část této oblasti popisovala výskyt lymfomu, jeho etiologii a patogenezi. Práce uvedla výčet klinických příznaků nemoci. Důležitým oddílem byla diagnostika Hodgkinova lymfomu.

Práce ukázala, jakou léčbu pacienti podstupují a jaké mají nejčastější následky léčby. Další podkapitoly řešily ošetrovatelskou péči onkologických pacientů i přímo pacientů s Hodgkinovým lymfomem, včetně správné komunikace sestry s onkologickým pacientem.

Větší část práce se zabývá kvalitou života pacientů. Podkapitola mluví přímo i o kvalitě života onkologických pacientů.

Ve výzkumné části bakalářské práce je prezentováno empirické šetření kvality života pacientů po Hodgkinovém lymfomu. Výzkum proběhl v Praze v nemocnici Královské Vinohrady na oddělení hematologie. Pro šetření kvality života pacientů byly použity dotazníky. Průzkum byl prováděn na souboru 40 pacientů, který byl brán jako celek.

Po šetření můžeme říci, že léčbu Hodgkinova lymfomu, pacienti hodnotí v celku příznivě. Ale v 58 % případů pociťovali respondenti zátěž způsobenou nemocí a její léčbou. Výrazněji prožívali obtížnost léčby a jejího léčení 72 % případů. Výsledky poukazují na to, že během své nemoci a její léčby pacienti v 93% nepociťovali výraznější narušení svého sexuálního života. 50% případům se během nemoci a léčby nezměnil jejich vztah k partnerovi či partnerce. Musím zdůraznit, že v 95 % by dotázaní pacienti souhlasili se stejnou léčbou, kdyby se znovu rozhodovali. Dále by pak 98% odpovídajících doporučilo stejnou léčbu svému příbuznému nebo příteli.

Dále výzkum ukázal, že pohlaví ovlivňuje rodinný stav našich pacientů. Mezi muži bylo významně více rozvedených osob, než mezi ženami. Ženy byly v době před diagnostikou nemoci častěji studující, než muži. Co se týká kouření, v našem souboru ženy (48 %) převažovaly v kuřáctví nad muži (11 %).



Při pátrání, jestli spolu souvisí vzdělání pacienta a to, zda by doporučil pacient stejnou léčbu, kterou sám podstoupil, bylo zjištěno toto. Ti pacienti, kteří měli střední vzdělání s maturitou nebo vysokou školu, odpovědělo v 90 %, že by rozhodně doporučilo léčbu stejnou. Oproti nim, pacienti se středním vzděláním bez maturity odpovídali, že by rozhodně doporučili stejnou léčbu v 60 %. Odpovídající, co měli střední vzdělání bez maturity, odpovědělo ve 40%, že by rozhodně podstoupili stejnou léčbu znovu. Na druhé straně pacienti se středním vzděláním s maturitou či vysokou školou udalo, by určitě podstoupili stejnou léčbu z 83% případů.

Výzkum ukázal, že některým pacientům a pacientkám narušila léčba jejich sexuální život. Týká se to jak těch, kteří dosud berou pravidelně léky, tak i těch, kteří už je neberou. Pacienti, kteří stále ještě berou léky, pociťovali během posledního měsíce omezení v jejich práci nebo u výkonu každodenních činností. (50%) Ti, kteří léky už neberou, cítili omezení také, ale těchto případů bylo 13%.

Analýza ukázala, že vztah mezi psychickou zátěží, která byla vyvolána samotnou nemocí, významně souvisí se sebedůvěrou pacienta.

Pokud pacienti udali, že psychická zátěž byla z jejich pohledu „spíše velká, znatelná až velká“, pak ovlivnila pacientovu sebedůvěru trochu (44 %) či spíše ano (22 % případů). V případě, že pacienti prožívali zátěž, jako velkou, pak obtížnost způsobená jak nemocí, tak použitou léčbou byla hodnocena jako „téměř obtížná“ (43 % případů) nebo „hodně obtížná“ (49 % případů).

Naše zjištění odpovídají údajům v literatuře. Pacienti, kteří přežili Hodgkinův lymfom, zmiňují větší sexuální problémy. Je prokázáno, že tyto problémy se mohou časem zlepšit, ale v některých případech mohou být trvalé. Hlavně pak u pacientů s vyšším stádiem nemoci. Některé studie prokázaly, že pacienti po léčbě Hodgkinova lymfomu mluví o zvýšené psychologické úzkosti. Toto ale další výzkumy vyvracejí.

Pokud se podíváme na aktuální zdravotní stav pacientů za poslední měsíc, se soustředěním nemělo problém 83 % pacientů. 73 % pacientů nemělo potíže se spánkem a 68 % pacientů neprodělalo v tomto období žádnou infekci. Bolest nezažívalo 58 % pacientů. Komplikace se objevovaly pouze u fyzické kondice. Únavu pak dost pociťovalo 20% pacientů a 58% odpovídajících bylo dost unaveno.

Co se týká pravdivosti výzkumu, pacienti odpovídali podle toho, jakou měli zrovna náladu. Vliv mělo o to, jestli někam pospíchají nebo jak jsou formulované otázky. Důsledek na odpovědi může mít i okolí pacienta a pacientovo rozpoložení.

## Abstrakt

Autor práce: Markéta Stiborová

Název práce: Kvalita života pacientů s Hodgkinovým lymfomem

Vznik práce: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové (Oddělení ošetrovatelství)

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc

Počet stran: 85

Počet příloh: 1

Rok obhajoby: 2019

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakou mají kvalitu života lidé po vyléčení Hodgkinova lymfomu. Teoretická část práce se nejdříve zabývá lymfatickým systémem. Hlavně anatomii lymfatického systému. Dále pak problematikou Hodgkinova lymfomu. V části práce se zajímám o ošetrovatelskou péči pacientů. Zvláštní kapitola se soustředí na kvalitu života pacientů. Obsah kapitol teoretické části je východiskem pro realizovaný výzkum. Ve výzkumné části byla zkoumána kvalita života 40 pacientů. Respondenti prodělali Hodgkinův lymfom. Kvalita života byla prozkoumána pomocí specifického dotazníku. Můžeme říci, že léčbu hodnotí zkoumaní pacientů příznivě. Dotázaní pacienti by souhlasili se stejnou léčbou, kdyby se znovu rozhodovali. Pacienti by doporučili stejnou léčbu svému příbuznému nebo příteli. V bakalářské práci byly také zkoumány vztahy mezi vybranými proměnnými. Byl studován vztah pohlaví pacienta k dalším proměnným. Pohlaví ovlivňuje rodinný stav našich pacientů. Další zkoumání se týkalo vztahu mezi nejvyšším vzděláním pacienta a dalšími proměnnými. Práce studovala vliv pravidelného brání léků pacientem. Pacienti, kteří stále berou léky, pociťovali během posledního měsíce, že je nemoc omezuje v jejich práci. Byla zkoumána i psychická zátěž pacientů. Psychická zátěž vyvolaná nemocí a léčbou souvisí se sebedůvěrou pacienta. Pacienti měli problém s únavou během posledního měsíce.

Klíčová slova: lymfatický systém, Hodgkinův lymfom, kvalita života, onkologický pacient, chemoterapie, ošetrovatelská péče

The aim of this bachelor's essay is to find out what the quality of life is like for people who were cured of Hodgkin's Lymphoma. Quantitative research was used to examine the quality of the patients' lives. The theoretical part of this essay deals with the lymphatic system, especially its anatomy, followed by the specifics of the Hodgkin's Lymphoma. A part of this essay was dedicated to patients' nursing care. A separate chapter is focused on the patients' quality of life. The contents of the chapters in the theoretical part is the basis of the implemented research. The quality of life of 40 patients was investigated in the research part. The respondents suffered Hodgkin's lymphoma. The quality of life was examined using questionnaires. We can say that the treatment is evaluated favorably by patients. The interviewed patients would agree to the same treatment if they decided again.

Patients would recommend the same treatment to their relative or friend. The bachelor thesis also examined the relations between selected variables. The relation between the patient's gender and other variables was studied. The gender affects the marital status of our patients. Next investigation concerned the relation between the highest patient education and other variables. The work studied the effect of regular medication taking by the patient. Patients who are still taking medication have felt during the past month that the disease is limiting them in their work. Patient psychological stress was investigated. The psychological stress caused by the disease and treatment is related to the patient's self confidence. Patients had a problem with fatigue during the last month.

Key words: lymphatic system, Hodgkin's lymphoma, quality of life, oncology patient, chemotherapy, nursing care

## Použitá literatura a prameny

BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3554-2.

BELADA, David a Marek TRNĚNÝ. *Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s maligními lymfomy*. Deváté, (7. tištěné), doplněné a přepracované vydání. Hradec Králové: HK Credit, 2016. ISBN 978-80-86780-55-9.

BELADA, David a Marek TRNĚNÝ. *Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s maligními lymfomy II. 3.*, dopl. a přeprac. vyd. Hradec Králové: HK Credit, 2007. ISBN 978-80-86780-35-1.

FABER, Edgar. *Základy hematologické diagnostiky*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3742-6.

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-305-9.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

INDRÁK, Karel, Štefan ALUŠÍK a Magdaléna LEJSKOVÁ. *Hematologie*. Praha: Triton, 2006. Postgraduální klinický projekt. ISBN 80-7254-868-9.

KLENER, Pavel. *Použití cytostatik v hematologii*. Praha: Avicenum, 1974. Thomayerova sbírka přednášek a rozprav z oboru lékařského.)

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

LINENDOLL, Nadine, Tully SAUNDERS, Rebecca BURNS, Jonathan D. NYCE, Kristen B. WENDELL, Andrew M. EVENS a Susan K. PARSONS. Health-related quality of life in Hodgkin lymphoma: a systematic review. In: *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2016, 14(1) [cit. 2019-04-24]. DOI: 10.1186/s12955-016-0515-6. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0515-6>

MAREŠ, J. Individualizované zjišťování kvality života. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 2008.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. I. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. III. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-076-0.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. A přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

ORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví* [online]. V Praze: Triton, 2005 [cit. 2018-09-09]. ISBN 80-7254-657-0.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

VAŇÁSEK, Jaroslav. *Hematologie a krevní transfúze. 2. díl*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. Hematologie a transfuziologie. ISBN 80-7013-133-0.

VYDRA, Jan a Petr CETKOVSKÝ. *Hematologie v kostce*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3698-6.

WHO Quality of Life Group: WHO QOL Study Protocol. Geneva: WHO 1993.

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Incidence Hodgkinova lymfomu v rozvinutých zemích v závislosti na věku ...	17
Tabulka 2: Vztah pohlaví k dalším proměnným.....	65
Tabulka 3: Vztah vzdělání k dalším proměnným .....	66
Tabulka 4: Vztah pravidelného braní léků k dalším proměnným.....	67
Tabulka 5: Vztah psychické zátěže k dalším proměnným.....	68

## Seznam grafů

Graf 1: "Jaké je vaše pohlaví?" .....	39
Graf 2: "Jste v současné době výdělečně činný/á?" .....	40
Graf 4: "Vyskytla se ve vaší rodině nebo u vašich příbuzných onemocnění mízních uzlin nebo zhoubné nádory?" .....	42
Graf 5: "Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?" .....	43
Graf 6: "Jaký je Váš rodinný stav?" .....	44
Graf 7: "Máte děti?" .....	45
Graf 8: "Byl/a jste zaměstnaný/á, než jste onemocněl/a Hodgkinovým lymfomem?" .....	46
Graf 9: "Berete v současné době pravidelně léky?" .....	47
Graf 10: "Pil/a jste alkoholické nápoje před stanovením diagnózy Hodgkinova lymfomu?" .....	48
Graf 11: "Kouříte?" .....	49
Graf 12: "Do jaké míry ovlivnila nemoc a léčba Vaší sebedůvěru?" .....	50
Graf 13: "Jak velkou psychickou zátěž pro vás nemoc a léčba představovaly?" .....	51
Graf 14: "Změnil se Váš vztah k partnerovi/partnerce během léčby?" .....	52
Graf 15: "Do jaké míry narušila nemoc a léčba Váš sexuální život?" .....	53
Graf 16: "Jak obtížné bylo pro Vás celkově onemocnění a jeho léčba?" .....	54
Graf 17: "Doporučil/a byste na základě vlastní zkušenosti blízkému příbuznému nebo příiteli stejnou léčbu?" .....	55
Graf 18: "Ohlédnete-li se zpět, souhlasila/a byste znovu s léčbou, kterou jste podstoupil/a?" .....	56
Graf 19: "Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?" .....	57
Graf 20: "Měl/a jste bolest?" .....	58
Graf 21: "Měl/a jste potíže se spaním?" .....	59
Graf 22: "Byl/a jste unaven/a?" .....	60
Graf 23: "Měl/a jste obtíže soustředit se?" .....	61
Graf 24: "Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?" ....	62
Graf 25: "Měl/a jste nějakou infekci, např. chřipka, kožní infekce, atd.?" .....	63
Graf 26: "Obáváte se, že byste už nemohl/a mít děti?" .....	64

## Přílohy

Příloha 1.

### **Dotazník životní situace a kvality života po léčbě Hodgkinova lymfomu**

Jsme studentka bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Tento dotazník bude sloužit ke zpracování bakalářské práce. Odpovědi jsou anonymní.

Odpovězte prosím samostatně a pravdivě na následující otázky. Zakroužkujte písmeno u odpovědi, která se na Vás nejvíce hodí.

#### Životní situace

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - a) žena
  - b) muž
  
2. Jste v současné době výdělečně činný/á?
  - a) plný úvazek
  - b) částečný úvazek
  - c) na rodičovské dovolené
  - d) studují
  - e) jsem nezaměstnaný
  - f) mám invalidní důchod
  - g) mám starobní důchod
  
3. Máte sourozence?
  - a) ano
  - b) ne
  
4. Vyskytla se ve Vaší rodině nebo u Vašich příbuzných onemocnění mízních uzlin nebo zhoubné nádory?
  - a) ano
  - b) ne



5. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

6. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/á
- d) ovdovělý/á

7. Máte děti?

- a) ano
- b) ne

### Kvalita života

8. Byl/a jste zaměstnaný/á než jste onemocněla Hodgkinovým lymfomem?

- a) měl/a jsem plný úvazek
- b) měl/a jsem částečný úvazek
- c) byl/a jsem na rodičovské dovolené
- d) studoval/a jsem
- e) byl/a jsem nezaměstnaný
- f) měl/a jsem invalidní důchod
- g) měl/a jsem starobní důchod

9. Berete v současné době nějaké léky?

- a) ano
- b) ne

10. Pil/a jste alkoholické nápoje před stanovením diagnózy Hodgkinova lymfomu?

- a) ano
- b) ne
- c) příležitostně

11. Kouříte?

- a) ano
- b) ne

12. Do jaké míry ovlivnila nemoc a léčba Vaší sebedůvěru?

- a) vůbec ne
- b) téměř ne
- c) spíše ne
- d) trochu
- e) spíše ano
- f) téměř ano
- g) hodně

13. Jak velkou psychickou zátěž pro Vás nemoc a léčba představovaly?

- a) žádnou
- b) téměř žádnou
- c) spíše žádnou
- d) neutrální
- e) spíše velkou
- f) znatelnou
- g) velkou

14. Změnil se Váš vztah k partnerovi/partnerce během léčby?

- a) vůbec ne
- b) téměř ne
- c) spíše ne
- d) trochu
- e) spíše ano
- f) téměř ano

g) hodně

15. Do jaké míry narušila léčba Váš sexuální život?

a) vůbec ne

b) téměř ne

c) spíše ne

d) trochu

e) spíše ano

f) téměř ano

g) hodně

16. Jak obtížné pro Vás bylo celkově onemocnění a jeho léčba?

a) vůbec ne

b) téměř ne

c) spíše ne

d) trochu

e) spíše ano

f) téměř ano

g) hodně

17. Doporučil/a byste na základě vlastní zkušenosti blízkému příbuznému nebo příteli stejnou léčbu?

a) ne, za žádných okolností

b) asi ne

c) spíše ne

d) nevím

e) spíše ano

f) asi ano

g) ano, rozhodně

18. Ohlédnete-li se zpět, souhlasil/a byste znovu s léčbou, kterou jste podstoupil/a?

a) ne, za žádných okolností

b) asi ne

c) spíše ne

- d) nevím
- e) spíše ano
- f) asi ano
- g) ano, rozhodně

Následující otázky se týkají toho, jak jste se cítil/a v blízkém čase (poslední měsíc).

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

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

20. Měl/a jste bolesti?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

21. Měl/a jste potíže se spaním?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

22. Byl/a jste unaven/a?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

23. Měl/a jste obtíže soustředit se?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

24. Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

25. Měl/a jste nějakou infekci, např. chřipka, kožní infekce, atd.?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně

26. Obáváte se, že byste už nemohl/a mít děti?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) dost
- d) hodně