

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství

Kvalita života pacientů s karcinomem štítné žlázy

Bakalářská práce

Vypracovala: Miluše Benáková, DiS.

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hradec Králové, 2011

Charles University in Prague
Faculty of medicine in Hradec Králové
Institute of social medicine

**The quality of life of patients with cancer of glandula
thyroidea**

Bachelor's thesis

Author: Miluše Benáková, DiS.

Supervisor: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hradec Králové, 2010

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s využitím pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Hradci Králové, dne 12. 4. 2011

Děkuji Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc., Doc. MUDr. Janu Klozarovi, CSc. a As. MUDr. Petru Laštůvkovi za odborné vedení při vypracování bakalářské práce. Dále děkuji RNDr. Evě Čermákové za pomoc při statistickém zpracování získaných dat. Poděkování také patří kolegyním a samozřejmě pacientům, kteří byli ochotni se na výzkumu podílet.

Motto:

„Není třeba nad rakovinou zvítězit – stačí ji pochopit“

(Thorwald Detlefsen)

OBSAH PRÁCE

	ÚVOD	9
1	CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	11
	TEORETICKÁ ČÁST	12
2	KVALITA ŽIVOTA	12
2.1	Historie a vývoj kvality života.....	12
2.2	Definování pojmu kvalita života.....	13
2.3	Rozsah pojetí kvality života.....	15
2.4	Kvalita života a její význam pro zdravotnictví.....	16
2.5	Změna kvality života.....	16
2.6	Životní události a kvalita života.....	18
2.7	Diagnostika kvality života a metody jejího měření.....	19
3	NEMOC A BOLEST	21
3.1	Základní pojmy zdraví a nemoc.....	21
3.2	Role pacienta.....	22
3.3	Pohledy na nemoc.....	22
3.4	Druhy bolesti.....	23
3.5	Fáze procesu boje s nemocí.....	23
3.6	Pacient s onkologickým onemocněním.....	24
3.6.1	Rizikové faktory rakoviny.....	25
3.7	Stres jako rizikový faktor vzniku rakoviny.....	25
3.8	Psychologické aspekty pomoci pacientům s diagnózou rakovina.....	26
3.8.1	Osobnostní charakteristiky.....	26
3.8.2	Sociální opora.....	27
3.9	Sociální opora.....	27
3.9.1	Rozsah pojetí sociální opory.....	28
3.9.2	Pojmy vztahující se k otázkám sociální opory.....	29
3.9.3	Druhy sociální opory.....	30
3.9.4	„Odvrácená strana“ sociální opory.....	30
3.10	Bolest.....	31

3.10.1	Příprava pacienta na bolestivé výkony.....	32
3.10.2	Druhy bolestí při nádorových onemocněních.....	33
3.10.3	Měření bolesti.....	34
3.10.4	Léčba bolesti.....	36
4	NEMOCI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	39
4.1	Poznámky k anatomii a fyziologii štítné žlázy.....	39
4.2	Vyšetřovací metody.....	40
4.2.1	Laboratorní vyšetřovací metody.....	40
4.2.2	Fyzikální vyšetření štítné žlázy.....	41
4.2.3	Zobrazovací a invazivní metody.....	41
4.3	Onemocnění štítné žlázy.....	42
4.4	Nádory štítné žlázy.....	43
4.4.1	Rozdělení nádorů štítné žlázy.....	43
4.4.2	Etiologie a patogeneze karcinomu štítné žlázy.....	45
4.4.3	Klinický obraz.....	46
4.4.4	Prognóza.....	47
4.5	Léčba karcinomu štítné žlázy.....	47
4.5.1	Totální thyreoidektomie.....	47
4.5.2	Léčba radiojódem.....	48
4.6	Ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem štítné žlázy.....	48
5	KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S KARCINOMEM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	51
5.1	Kvalita života související s karcinomem štítné žlázy (HRQL).....	51
5.2	Diagnostika kvality života související s karcinomem štítné žlázy.....	52
5.3	Výsledky dosavadních výzkumů kvality života pacientů s karcinomem štítné žlázy.....	53
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	55
6	CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY.....	55
6.1	Cíle výzkumu.....	55
6.2	Hypotézy.....	56
6.3	Použitá metoda.....	56

6.4	Výzkumný vzorek.....	57
6.5	Statistické zpracování dat a prezentace výsledků.....	62
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ.....	63
7.1	Zjištěné údaje pro funkční škálu fyzické fungování a srovnání těchto údajů u karcinomu a kontrolní skupiny.....	63
7.2	Zjištěné údaje pro funkční škálu role fungování a srovnání těchto údajů u karcinomu a kontrolní skupiny.....	64
7.3	Zjištěné údaje pro funkční škálu emoční fungování a srovnání těchto údajů u karcinomu a kontrolní skupiny.....	66
7.4	Zjištěné údaje pro funkční škálu kognitivních funkcí a srovnání těchto údajů u karcinomu a kontrolní skupiny.....	67
7.5	Zjištěné údaje pro funkční škálu sociální fungování a srovnání těchto údajů u karcinomu a kontrolní skupiny.....	68
7.6	Statisticky významné rozdíly v odpovědích pacientů (maligní onemocnění versus benigní onemocnění).....	70
7.7	Zjištěné údaje vnímání zdravotního stavu a kvality života a porovnání těchto údajů u zkoumaného souboru se souborem kontrolním.....	71
8	DISKUZE.....	74
	ZÁVĚR.....	77
	ANOTACE.....	79
	LITERATURA.....	81
	Přílohy.....	85

ÚVOD

Nemoci štítné žlázy patří k poměrně častým chronickým onemocněním a k nejčastějším onemocněním endokrinního systému vůbec. V poslední době jejich počet mírně narůstá. Odhaduje se, že v České republice výskyt těchto onemocnění přesahuje asi 5 % populace s výraznou závislostí na věku, pohlaví a s výraznými regionálními rozdíly. Onemocněním štítné žlázy častěji trpí ženy než muži, přičemž největší počet nemocných je středního a vyššího věku, ale výjimkou nejsou ani děti a dospívající.

Tato bakalářská práce se zabývá jedním z mnoha druhů nemocí štítné žlázy, a to karcinomem štítné žlázy, a kvalitou života pacientů s tímto onemocněním. Jde o relativně vzácné onemocnění (zhruba 300 – 600 případů ročně), zároveň však o druhý nejčastější nádor endokrinních žláz, přičemž počet nemocných stále roste. Existuje velká skupina nádorů štítné žlázy, do kterých patří nádory s velmi širokým rozsahem agresivity vůči vlastnímu organismu – od málo zhoubných až po nejzhoubnější nádory vůbec, jež dokáží svého hostitele brzy zahubit.

Toto téma jsem si vybrala z několika zásadních důvodů. Vzhledem k tomu, že již několik let pracuji na ORL klinice a pacienti s tímto onemocněním jsou naším “denním chlebem”, rozhodla jsem se touto problematikou zabývat. Vyhodnocením dotazníků se snad lépe podaří porozumět potřebám nemocných po thyreoidektomii pro karcinom. Na myšlenku věnovat se blíže kvalitě života pacientů s karcinomem štítné žlázy mě přivedl fakt, že dostupné literatury na toto téma je překvapivě málo. Zatímco otázkám jako záněty, hyperfunkce, hypofunkce, karcinom štítné žlázy, typy karcinomů a léčba nemocí štítné žlázy je v literatuře věnováno mnoho stránek, velice málo autorů se zabývá problematikou kvality života s tímto onemocněním.

Teoretická část se zabývá kvalitou života. Definiuje ji, seznamuje s historií a rozsahem tohoto pojmu. Dále představuje nemoc jako jednu z fází života a bolest, jež bývá nedílnou součástí většiny nemocí - a provází i všechna nádorová onemocnění. Další část se věnuje štítné žláze samotné. Popisuje anatomické a fyziologické souvislosti, představuje nejčastější choroby štítné žlázy, seznamuje s druhy nádorů, jejich diagnostikou a způsobech léčby. Zároveň popisuje i ošetrovatelskou péči o pacienty po operačním výkonu (thyreoidektomie), která je nedílnou součástí léčby.

Empirická část má za úkol zhodnotit kvalitu života u pacientů s diagnostikovaným karcinomem štítné žlázy, kteří podstoupili thyreoidektomií. Nejprve jsme si stanovili pracovní hypotézy. Pro hodnocení kvality jsme použili metodu dotazníkového šetření. Zvolili jsme standardizovaný evropský dotazník EORTC QLQ-C30, který je určen pro pacienty trpící rakovinou. Mezi cíle této práce patří také ověření vhodnosti tohoto dotazníku.

1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cíle teoretické části

1. Definovat pojem **kvalita života**
2. Přiblížit historický vývoj pojmu **kvalita života**
3. Najít nejvhodnější způsoby hodnocení kvality života uváděné v literatuře
4. Popsat anatomii a fyziologii štítné žlázy
5. Vymezit pojem karcinom štítné žlázy a charakterizovat druhy karcinomů štítné žlázy
6. Shrnout léčebné postupy u karcinomů štítné žlázy
7. Charakterizovat ošetrovatelskou péči o pacienty s karcinomem štítné žlázy

Cíle empirické části

8. Stanovit, která věková skupina je více ohrožena vznikem karcinomu štítné žlázy
9. Porovnat rozdíly mezi pohlavími ve vnímání kvality života po operaci karcinomu štítné žlázy
10. Pomocí dotazníku EORTC QLQ-C30 zjistit kvalitu života u pacientů s karcinomem štítné žlázy po operačním výkonu
11. Zjistit, zda pacienti s karcinomem štítné žlázy mají vyšší sklon k úzkosti a depresi než pacienti s benigním onemocněním
12. Ověřit, zda je dotazník EORTC QLQ-C30 vhodným nástrojem k měření kvality života českých pacientů s karcinomem štítné žlázy

TEORETICKÁ ČÁST

2 KVALITA ŽIVOTA

Pro nemocného, který se podrobuje onkologické nebo jakékoliv jiné léčbě, není důležitá doba přežití, ale nejdůležitější faktor pro něho představuje kvalita jeho dalšího života. Z tohoto hlediska je kvalita života velmi důležitým ukazatelem úspěšnosti naší léčby.

2.1 Historie a vývoj kvality života

Termín **kvalita života** (quality of life) byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech 20. století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Zejména byl diskutován vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. V poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života američanů za cíl své domácí politiky.

Tento termín se pak začal používat jako určitá alternativa konceptu „společnost hojnosti“ (affluent society), který byl v té době stále častěji zpochybňován jako adekvátní měřítko společenské prosperity. Tímto se však ukázalo, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy naplnit. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii a od té doby zde slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Do této doby se též datuje první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely, a to v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, známým pod názvem „Social Indicators“ (Hnilicová,2005).

Studium kvality života zažívá svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory.

„Ideologickým“ důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“. Významným impulzem pro takovéto pojetí kvality života a jejího vztahu k lidskému zdraví byl koncept salutogeneze (Hnilicová, 2005).

Od 70. let 20. století se termín kvalita života začíná užívat i v medicíně. Zejména v průběhu 80. let je stále častěji používán v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou poměrně novou, i když v posledních letech velmi zdůrazňovanou. V mnoha oblastech klinické medicíny dnes již existuje obecný souhlas týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jednu ze základních částí různých zdravotnických intervencí. Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi či jaký vliv má na kvalitu jejich života konkrétní zvolená terapie. Je logické, že v medicíně se těžiště zkoumání kvality života posunulo do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem **health related quality of life - HRQL**, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Tímto pojmem vyjadřujeme subjektivní pocity životní pohody, jenž jsou spojovány s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Hnilicová, 2005).

2.2 Definování pojmu kvalita života

Kvalita a kvantita – množství a jakost

Většinou hovoříme pouze o **kvantitě** nebo-li délce života, uváděná velice jednoduše – číselně (počtem let). Tak je možné vyjádřit dobu trvání života lidí již zesnulých i doposud žijících. Ale položme si otázku, jak tomu je s kvalitou života?

Co se rozumí pod pojmem **kvalita**? Pohledem do etymologického slovníku zjistíme, že slovo **kvalita** je odvozeno od latinského základu *qualitas* – kvalita, či *qualis*-jaký. Latinské *qualis* je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene *qui* - kdo. Český kořen tázacího zájmena *kdo* je *k-*, které nás dovede až ke slovům *kéž* či *kýžený* (tj. žádoucí a cílový). Kvalitou lze též vyjádřit **jakost** nebo **hodnotu** tj. charakteristický

rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku.

Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. K problému kvality života píší autoři Bergsma a Engel: *Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo.* (Křivohlavý, 2002, str. 162) Tito autoři též sledovali růst soudobého zájmu o problému kvality života. Je možné se domnívat, že to byla otázka stavu života nemocného člověka, co rozvířilo hladinu zájmu o otázky života v polovině 20. století. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života (A. L. Strauss, 1975) byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. Hlubší pohled do situace těchto lidí ukázal, že starých lidí neustále přibývá a je třeba se zabývat kvalitou jejich života. Ukázalo se, že úspěšnost léčby akutních onemocnění, zvyšuje počet chronicky nemocných pacientů a tím i množství problémů, které ovlivňují pojem kvalita života. (Křivohlavý, 2002)

Definice Kvality života:

Kvalita života v sobě zahrnuje více oblastí a každou z těchto oblastí můžeme posuzovat na základě objektivních a subjektivních indikátorů. Z pohledu psychologie Mareš uvádí definici kvality života, kterou navrhla WHO Quality of Life Group: *Individuální vnímání 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 enviromentálním kontextu. Kvalita života není totožná s termíny stav zdraví, životní spokojenost, psychický stav nebo pohoda. Jde spíše o pojem multidimenzionální.* (Mareš, 2006, str. 25)

K. C. Calman v roce 1984 definoval kvalitu života daného člověka v jeho určitém časovém a situačním bodě jako *rozdíl mezi nadějemi a očekávanými tohoto člověka a současným stavem jeho života.*(Křivohlavý, 2002, str. 171) Tento rozdíl či mezera mezi tím, co si člověk v životě přeje, a situací, v níž se nachází, se může např.

při nemoci zvětšovat. Může se však také zmenšovat – např. když se díky léčebným postupům daří zlepšovat zdravotní stav pacienta. Calman (1984) se zde blíží definici kvality života, kterou zveřejnila skupina irských psychologů O'Boyle, McGee a Joyce: *Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec.* (Křivohlavý, 2002, str. 171)

2.3 Rozsah pojetí kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života a myslíme-li život jednotlivého člověka (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Engel a Bergsma nastínili tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makrorovině, mezorovině a personální rovině.

V makrorovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu atp. Zde jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah (viz např. problematiku boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem, ale i otázku investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy atp.)

V mezorovině jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (např. ve škole, v nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domově, podniku atp.) Zde se jedná nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory a sdílených hodnot.

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

Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem a dokonce ani s biologickým zdravím nemusí být v přímé úměře.

2.4 Kvalita života a její význam pro zdravotnictví

Pojem kvalita života vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů. Můžeme se s ní setkat především v psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekologii a medicíně. Vzhledem k tomu, kolik různých, věcně odlišných oborů pracuje s tímto pojmem, liší se pochopitelně nejen jeho definování, ale hovoří se o něm i v různých souvislostech. Sociologové sledují kvalitu života různých sociálních skupin a tu pak srovnávají nejen v rámci určité populace, ale i multikulturně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivce a pomocí různých metod ji měří. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

Pro zdravotnictví existují relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy *zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.* (Hnilicová, 2005, str. 208) Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.

V současném pojetí WHO tedy kvalita života není součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. (Hnilicová, 2005)

2.5 Změna kvality života

Očekávání a realita:

Když přichází pacient pro nějakou léčbu, předpokládáme, že se podrobí terapeutickému zákroku. Co zůstává až příliš často skryto naší pozornosti, je skutečnost, že lidé též doufají v zásadní změnu kvality života. Míra očekávané změny bývá mnohdy výrazně větší, než lze rozumně předpokládat. Rozdíl mezi očekávanou a dosaženou změnou kvality života pak zásadním způsobem ovlivňuje spokojenost pacienta

s léčbou. (Vavrda, 2005)

Změna tělesného stavu často znamená jen jeden z mnoha předpokladů zvratu kvality života, ve kterou pacient doufá. Neadekvátní očekávání týkající se obratu kvality života v důsledku léčby jsou nejčastější jednak u skupin pacientů léčených v psychoterapii, jednak u pacientů léčených pro „kosmetické“ defekty. Do této skupiny lze zařadit širokou skupinu pacientů léčených pro nejrůznější obtíže např od nadměrného vypadávání vlasů až po ortopedické vady. V případě psychoterapeutických pacientů jsou častá přehnaná očekávání možné změny. Výhodu však představuje zkušenost psychoterapeutů s touto problematikou a častý zvyk se očekáváními pacientů zabývat. Větší problém tato skutečnost představuje v somatických oborech, které se, bohužel, psychologickými aspekty léčby zabývají podstatně méně.

Nikoli výjimečně se můžeme setkat se situací, kdy pacient ztotožní svou nižší úspěšnost v životě se svou nemocí či s postižením. Od léčby si potom slibuje nejen odstranění onemocnění či postižení, ale rovněž očekává odstranění příčiny své životní nespokojenosti a svých neúspěchů (Vavrda, 2005).

Reakce na výsledek léčby:

V zásadě se setkáváme se dvěma podobami reakce na léčbu. V prvním případě se příčina pacientových obtíží přenesse na výsledek léčby, ve druhém případě si pacient myslí, že léčba byla neúspěšná, navzdory všem objektivním známkám svědčící o opaku. Musíme si uvědomit, že v tomto případě má pacient ze svého hlediska pravdu. Jeho očekáváním totiž nebylo pouze odstranění nemoci, ale i změna kvality života, ke které nedošlo. Ke zdravotním obtížím, kterými naši pacienti trpí, se přistupuje až příliš často zjednodušeně. Považujeme je za něco, co k pacientovi a jeho životu nepatří a co je třeba odstranit. Nedoceňujeme přitom skutečnost, že onemocnění či tělesný defekt představují součást pacientova života a jeho životní reality. Představují totiž skutečnost, na kterou se byl pacient nucen adaptovat. Nejsou jenom defektem na tělesné úrovni, ale bývají i součástí psychického obrazu sebe, který si jedinec utváří a stávají se součástí pacientova **já**. (Vavrda, 2005)

Význam očekávání:

Vavrda ve svém díle uvádí: *Zabývat se očekáváním pacientů je nezbytnou součástí léčby. Nedostatečná pozornost věnovaná této problematice může vést k závažným následkům. Tím nejméně podstatným je nespokojenost pacienta s léčbou. Ta pak vede ke zhoršení důvěry k lékaři a medicíně jako takové. Závažnější je skutečnost, že nepochopení povaze pacientova očekávání znemožňuje nabídnout mu takovou péči, která by byla schopna lépe splnit jeho očekávání.* (Vavrda, 2005, str. 180)

Neznamená to tedy, že odborníci odmítnou provést zákrok, kvůli němuž pacient přichází. Tento výkon může být zcela namístě. Lékař by však měl být schopen pacientovi ozřejmit limity, které zákrok má z hlediska jeho očekávání a spolu s tím pak doporučit další součásti léčby. Jestliže dojde k přehlédnutí rozporu mezi deklarovaným a skutečným očekáváním, důsledky mohou být velmi závažné. Psychické mechanismy, které se autor snažil popsat, *mohou vést až k napadání lékařů pacienty, v extrémním případě až k zabití lékaře pacientem – často člověkem, „od kterého by to nikdo nečekal“.* (Vavrda, 2005, str. 180)

2.6 Životní události a kvalita života

Životní události představují takové situace nebo okolnosti v životě člověka, objektivně znamenající nějakou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Jsou to jakési životní křižovatky, jež mění směr v trajektorii života. Životní události jsou součástí individuální životní zkušenosti, mění život jednotlivce, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav. Subjektivně jsou velmi intenzivně prožívány a doprovázeny složitými psychickými procesy popsanými v literatuře jako zvládnání, reakce na stres, reakce na závažné onemocnění nebo ztrátu, posttraumatická stresová porucha nebo životní krize. (Janečková, 2005, str. 451)

Každá životní událost ovlivňuje kvalitu života. Jednak mění bezprostřední prožívání kvality života (vyvolávají pocity nespokojenosti, neklidu, strachu a úzkosti, deprese, mohou vést k poruchám spánku, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám, stigmatizaci, sociální izolaci, ale také ke změnám v sociálních vztazích). Také mají vliv na dlouhodobou kvalitu života spojenou se směřováním, naplňováním životních cílů, uspokojováním potřeby rozvoje a růstu, uskutečňováním vnitřních možností, hledáním nového smyslu života (Janečková, 2005).

2.7 Diagnostika kvality života a metody jejího měření

Kvalita života se obvykle posuzuje podle údajů získaných od daného pacienta a lze ji zjišťovat různými metodami. Kvalitu života můžeme hodnotit na základě objektivních nebo subjektivních přístupů. Samozřejmě budeme upřednostňovat subjektivní hodnocení nemocného, jelikož je to vlastní vnímání jeho zdravotní situace. Metody měření můžeme také rozdělit z hlediska jejich podoby na **kvantitativní**, využívající především dotazníky a posuzovací škály, a na **kvalitativní**, při kterých se nejčastěji používá rozhovorů. Co se týče použitelnosti, lze tyto metody rozdělit na **obecně použitelné – generické** a na metody **specifické**, které jsou použitelné pouze v jednom konkrétním kontextu (např. metody hodnotící kvalitu života u pacientů po určitém typu léčby či po určitém chirurgickém výkonu).

Dalším hlediskem je pacientův zdravotní stav. Existují metody, které jsou použitelné jak u zdravých, tak u nemocných. Jejich cílem je porovnat kvalitu života nemocných osob se zdravou populací. Existují i metody, které zjišťují kvalitu života pouze nemocných osob. Jejich odborné označení tomu neodpovídá, ale protože se tento název vžil, je používán nadále. V angličtině se tyto metody označují jako HRQL (Health-Related Quality of Life), tedy kvalita života související se zdravím.

Metody měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství a Křivohlavý je ve své publikaci *Psychologie nemoci* rozděluje do tří skupin:

Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.

Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.

Metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích metod (Křivohlavý, 2002, str. 165)

Metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi vykazoval navzdory všem dobrým snahám značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. Tato skutečnost se stala podnětem pro hledání jiných cest k hodnocení a zaznamenávání často až výrazně se měnící kvality života. Cesta, která se objevila, bylo měření kvality života tak, jak je subjektivně hodnocena tím, koho se osobně týká. Má své nesporné výhody, pokud kvalitu pacientova života hodnotí jeho blízcí (lékaři, zdravotní sestry,

rodinní příslušníci atp.). Tyto přístupy jsou v literatuře označeny jako externí. Jsou zaměřeny na chování či jednání pacientů, které jsou objektivně nebo téměř objektivně měřitelné. Vycházejí z modelu tzv. „obecného pacienta“ a dávají tak možnost srovnávání kvality života pacientů na různých odděleních, v různém stadiu nemoci, a to jak při jejím zhoršování, tak při zlepšování zdravotního stavu pacientů. Celkový stav pacienta se jimi dá vyjádřit číselně – i když s určitými problémy. (Křivohlavý, 2002)

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

Na druhé straně vykazují externí přístupy k hodnocení kvality pacientova života řadu nedostatků. Autoři Patrick a Erickson v roce 1993 upozornili, že kritéria a dimenze kvality života se v těchto metodách jejího měření stanoví arbitrárně (z vyšší moci) a nemusí být v souladu s tím, jak pacient sám hodnotí svůj stav. Z hlediska daného pacienta může jít o jiné dimenze života, nežli jsou ty, které jsou pro něho osobně podstatně důležité. Proto tito autoři navrhli zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života jen ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější (z jeho osobního hlediska). Do popředí vstupuje tzv. Judgement Analysis - analýza subjektivního posuzování (Křivohlavý, 2005).

3 NEMOC A BOLEST

3.1 Základní pojmy zdraví a nemoc

Zdraví a nemoc jsou dva nerozluční průvodci člověka od kolébky do hrobu. Ale jsou to zároveň dva protivníci, rivalové, kteří nemohou být současně na jednom smetišti. Vždy může dominovat jeden nebo druhý, ale nikoliv oba najednou. Člověk nemůže být současně zdravý a nemocný (Wolf, 2004, str. 61).

Zdraví

Za nejznámější definici zdraví je považována ta, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace (World Health Organization). Tato definice v originálu říká: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.* (Křivohlavý, 2003, str. 37) V českém překladu: *Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost, nemoci a neduživosti.* (Křivohlavý, 2003, str. 37).

Nemoc

V českém jazyce nám význam slova „nemoc“ definuje Slovník spisovné češtiny větou: Nemoc je porucha zdraví. Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí. Blízkým výrazem je i termín „nemohoucí“ - nemající žádnou sílu či moc (člověk bezmocný). (Křivohlavý, 2002, str. 15) Například angličtina má různé pojmy pro **nemoc** a dokáže jemněji rozlišit mezi objektivními a subjektivními pohledy na nemoc. Nejčastěji pracuje s pojmy **disease**, **illness**, ale také se můžeme setkat s pojmem **sickness**. A jaký je mezi těmito pojmy rozdíl?

Pojem **disease** se používá pro nemoc jako klinickou jednotku, pro niž máme odborné označení a má objektivní příznaky, které nám poukazují na porušenou funkci některého orgánového systému. Výraz **illness** se v angličtině používá pro označení subjektivního pohledu na nemoc, který se může u každého jedince lišit. Jde o prožívanou individuální zkušenost s nemocí, o převzaté rodinné zkušenosti s nemocí a do jisté míry též o pohled laiků na určitou nemoc. Proto můžeme očekávat, že subjektivní pohled pacienta - laika se může lišit (Mareš, 2006). Křivohlavý ve své

publikaci *Psychologie nemoci* hovoří o **zdravotní nepohodě** (illness) jako o stavu, kdy se člověk necítí zcela zdrav, kdy mu není dobře, kdy je „celý nesvůj“, kdy je mu „nějak špatně“, kdy mu je „nějak nedobře“, kdy je mu „nevolno“, „nějak zle“, kdy se „necítí dobře“, kdy „není ve své kůži“, kdy je „nějak špatně naložen“ nebo je „ve špatné náladě“, mrzutý, nevrlý atp. (Křivohlavý, 2002, str.16)

Výraz **sickness** se užívá pro stav, kdy se člověk ocitá v roli nemocného. Je úředně uznán nemocným, je mu vystaven průkaz pracovní neschopnosti. Oficiálně mu je přidělena sociální role pacienta (Mareš, 2006).

3.2 Role pacienta

V životě mohou nastat situace, kdy se ze zdravého jedince ze dne na den stane pacient. Stát se pacientem není jednoduché a přináší to s sebou řadu nejen fyzických a psychických změn, ale i sociální důsledky. To, že je daný jedinec prohlášen „úředně“ nemocným, není jen jeho vlastní záležitost. Týká se to i jeho rodiny, zaměstnavatele, spolupracovníků a vůbec lidí, s nimiž daný člověk byl a je v sociálním styku.

3.3 Pohledy na nemoc

Existují odborné studie laických pohledů na nemoc. Křivohlavý (2002) ve své publikaci odkazuje na práci Laua, který zjistil *šest různých dimenzí laického pohledu na nemoc*:

- *emocionální stránka nemoci – např. bolí mne to, jsem skleslý atp.;*
- *existence určitých příznaků – např. zčervenání kůže, zvracení, nespavost atp.;*
- *pojmenování nemoci – např. mám žloutenku, rakovinu, infarkt atp.;*
- *představa o tom, jaké budou následky změněného zdravotního stavu – např. nebudu smět jíst sladké, budu muset nemoc vyležet atp.;*
- *představa doby léčení – např. budu muset tři dny zůstat v posteli, budu chodit o holi atp.;*
- *představa zhoršeného zdravotního stavu – např. budu práce neschopen, budu asi dlouho nemocen atp.”* (Křivohlavý, 2002, str. 20)

3.4 Druhy nemoci

Díky rozboru kognitivních schémat různých nemocí jak dospělých, tak dětí se ukázalo, že nemoci je možné rozdělit do tří skupin:

Akutní nemoc - v představě o akutní nemoci jsou zahrnuty jednak časové charakteristiky - nepotrvá zřejmě příliš dlouho a člověk se z ní dostane bez dalších následků. Jsou zde i příčinné faktory – obvykle se usuzuje, že nemoc vznikla působením bakterií či virů.

Chronická nemoc – v chronické nemoci je stěžejním faktorem čas; nemoc zřejmě bude trvat dlouho, dlouho bude trvat i její léčení a není jisté, zda se pacient kdy zbaví všech následků onemocnění. Představa je ještě spjata s obrazem příčin – usuzuje se obvykle, že za vznik nemoci mohou pravděpodobně některé nezdravé zdravotní návyky a zvyky pacienta, že se nemoc dlouho skrývala a že negativní následky nemoci budou pravděpodobně trvat stále.

Cyklická nemoc - v pojetí tohoto druhu nemoci je představa, že se v čase objevují úseky, kdy je pacient nemocí aktuálně trápen. Tyto úseky jsou však proloženy chvílemi klidu, kdy veškeré příznaky nemoci odezní a pacient se cítí zdrav a je mu dobře. (Křivohlavý, 2002)

3. 5 Fáze procesu boje s nemocí

V té fázi, kdy pacient řeší svůj zdravotní problém, bylo diagnostikováno několik etap. Do určité míry jde o zjištění obdobné tomu, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová u pacientů v terminální fázi nemoci. Křivohlavý ve své publikaci *Psychologie nemoci* uvádí etapy zvládnání nemoci podle zjištění Shontze:

Šok - k němu dochází u většiny pacientů, u nichž se objevilo závažné onemocnění nebo u nichž došlo k vážnému úrazu. Tento stav bývá charakteristický ustrnutím psychiky na jedné straně a zděšeným chováním na straně druhé. Obě formy šoku se mohou v čase střídat. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se daného člověka od reality (duchanepřítomnost).

Usebrání - po relativně krátké době šoku dochází u pacienta, u něhož se vážně změnil zdravotní stav, k psychickému návratu do skutečnosti. Nejde však o zcela normální mentální stav. Pacient má do určité míry neuspořádané (disorganizované)

myšlení, jeho emoce jsou výrazně negativní. Nacházíme u něho obavy, strach, zármutek, žal, pocity bezmoci a nedostatku pomoci. Celkově se pacient obvykle cítí mimořádně vzrušený.

Stažení se ze hry - v této fázi pacient (tentokrát již vědomě) odchází do únikového mentálního osamění. V něm je mu dána možnost popřít vše a tím ulehčit duševní tíže, která přišla s objevením závažného onemocnění. Toto stažení se ze hry umožňuje pacientovi i reorientaci – změnu pohledu na jeho danou situaci. Dává mu též příležitost k vypracování plánu dalšího postupu.

Tvorba programu k řešení krize - v klinické psychologii se setkáme se souborem prací vztahujících se k tzv. krizové intervenci. Tyto práce byly podníceny pracemi Lindemannovými, tj. výzkumy zvládání žalu a zármutku, a Eriksonovými pracemi o zvládání tzv. krizí růstu (zrání). Tato teorie počítá s tím, že udržení celkové rovnováhy (homeostázi) je u člověka jedním z hlavních cílů veškerého chování. Z tohoto hlediska je nemoc chápána jako narušení rovnováhy. To je třeba odstranit a stav vyrovnat. (Křivohlavý, 2002)

3.6 Pacient s onkologickým onemocněním

Rakovina je známa již od dávnověku. Psal o ní Hippokrates, Galenos ji pojmenoval. Označil ji jako tumor (nádor – z latinského tumere – bobtnání). Můžeme se s ní setkat nejen u lidí a zvířat, ale i u rostlin. Rakovinné buňky jsme schopni pěstovat i v laboratoři. I tam se množí zcela spontánně. Množí se však i v těle člověka. Vytvářejí tzv. neoplastické tkáně. Ty od hostitele berou neúměrné množství živin. Rozlišujeme tzv. benigní a maligní nádory. Benigní zůstávají pravidelně na stálém místě, kdežto maligní se „rozsévají“ ve formě metastáz. Existuje mnoho různých druhů rakoviny-od leukémie (rakoviny krve) a melanomu (rakoviny kůže) až po sarkomy (nádory pojivové tkáně). Skutečnost je taková, že rakovina je druhou nejčastější příčinou úmrtí. Neméně závažný je také fakt, jenž upozorňuje, že umírání na rakovinu trvá obvykle dosti dlouho a někdy je spojeno s velkými bolestmi a utrpením pacientů i lidí jim blízkých.

3.6.1 Rizikové faktory rakoviny

O vzniku rakoviny hovoří Křivohlavý jako o multideterminovaném jevu. Známe mnoho rizikových faktorů, které se nacházejí v našem životním prostředí. Dědičnost je důležitá, má však jiný význam. Nejdůležitějším rizikovým faktorem rakoviny je **životní styl**. V něm jsou dominantní kouření cigaret a nezdravá dieta. Mezi rizikové faktory autor dále zařazuje např. alkohol, opalování, nevhodné sexuální chování, vliv stresu na objevení rakoviny, vliv emocionálních projevů a vliv deprese. (Křivohlavý, 2002)

3.7 Stres jako rizikový faktor vzniku rakoviny

Na stres se pohlíží spíše jako na proces interakce mezi jedincem a prostředím, než jako na izolovanou událost nebo soubor reakcí. Stresory představují fyzickou a psychickou zátěž, která nutí člověka hodnotit a pochopit danou situaci a potom na ni reagovat. (Richards, Edwards, 2004, str. 49)

Pokud člověk nové situaci rozumí a je schopen na ni uspokojivě reagovat, je méně pravděpodobné, že ji bude vnímat jako stresovou. Musí-li reagovat způsobem, který si dosud neosvojil (např. při onemocnění), je pravděpodobné, že taková zkušenost povede ke stresu. Proto je stres vnímán jako absence či nedostatek schopnosti člověka vyrovnat se se současnými požadavky okolí. Následné onemocnění způsobené stresem souvisí se zvýšeným podrážděním sympatické nervové soustavy. Tělo odpovídá na stresor reakcí, která postihuje celý organismus a obecně se skládá ze tří odlišných fází:

1. *Poplachová reakce – obecná fyziologická reakce, při které se na obranu organismu před stresorem vyplaví do krevního oběhu velké množství adrenálních hormonů.*
2. *Rezistence či adaptace – organismus se pokusí obnovit rovnováhu a znovu získat kontrolu nad udržením homeostázy. Pokud přetrvává nápor stresu a tělo není schopno homeostázu obnovit, nastane třetí fáze.*
3. *Vyčerpání – končí smrtí* (Richards, Edwards, 2004, str. 49 - 50).

Tschuschke (2004) ve své publikaci zmiňuje práci Autorů Spiegela a Kata, kteří nabízejí ve svém souhrnu týkajícím se možného vlivu stresu na vznik nádorového onemocnění ke zvážení, že *stres je často chápán jako výsledek nějakých negativních událostí* (Tschuschke, 2004, str. 21). Stres je doprovázen zátěží, která se většinou

projeví tehdy, pokud jsou požadavky a nároky na člověka tak vysoké, že je dotyčná osoba považuje za nezvládnutelné. I když je jasné, že velmi stresové životní události prokazatelně způsobují snížení imunitních funkcí, vztah mezi stresem a rakovinou zůstává stále ještě nejasný. (Tschuschke, 2004)

Stres bývá také definován jako událost z bezprostředního okolí, která je charakterizována tím, že přesahuje individuální možnosti zvládnutí vzhledem k adekvátnímu překonání nemoci. Výzkumy podporují obecně přijímané tvrzení, že míra stresu a kvalita zdraví jsou vzájemně propojeny. V oblasti nádorových onemocnění však tyto vztahy ještě nejsou objasněny (Tschuschke, 2004, str. 39). Někteří pacienti mohou vidět stres jako určitou možnost vypořádání se se svou nemocí, zatímco ostatní stres spíše popírají a potlačují (Tschuschke, 2004).

3.8 Psychologické aspekty pomoci pacientům s diagnózou rakovina

Léčba rakoviny je dnes především soustředěna na chirurgické zásahy, ozařování a farmakoterapii. Svou roli zde bezesporu hrají i psychologické faktory. Naznačují to určité osobnostní charakteristiky pacientů, jejich sociální opora i výsledky určitých druhů psychoterapie.

3.8.1 Osobnostní charakteristiky

V praxi bylo vícekrát konstatováno, že přežívají déle ti lidé, kteří se po zjištění diagnózy rakoviny nevzdávají, ale bojují – i když se někdy chovají jinak, než si zdravotníci v nemocnici představují.

3.8.2 Sociální opora

Již mnoho autorů sledovalo vliv sociální opory u pacientů, u nichž byla diagnostikována rakovina. Výsledky ukázaly, že ti pacienti, kteří měli pevnější rodinné zázemí, žili kvalitnějším životem a déle. Autoři se též pokusili naznačit i pravděpodobné důvody kladného působení sociální opory za těchto situací. Uvádějí tři cesty, jimiž se pozitivní vliv sociální opory asi projevuje. Prvním momentem je skutečnost, že pacienti, kteří žijí v rodině, jsou časněji druhými lidmi donucováni

navštívit lékaře. Druhým momentem je, že včasné diagnostikovaní pacienti se dříve dostávají do léčebného procesu. A čím dříve se do léčby dostanou, tím mají větší šanci na přežití. Třetím momentem je kvalita mezilidských vztahů. Ukázalo se totiž, že ti, kteří přežívají déle, mají lepší vzájemné vztahy v manželství i v rodině. (Křivohlavý, 2002) Sociální oporou se budeme podrobněji zabývat v následující kapitole.

3.9 Sociální opora

Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje. (Křivohlavý, 2003, str. 94).

Jak mnoho výzkumů jednoznačně ukazuje, absence sociální opory (sociální izolace) je tím, co zvyšuje riziko úmrtnosti u celé řady nemocí. House a spoluautoři na toto téma shrnuli podstatnou literaturu. V tomto přehledu se píše, že sociální izolace souvisí s dvojnásobně zvýšeným relativním rizikem úmrtí na nějakou nemoc. Míra tohoto zvýšeného rizika je srovnatelná s rizikem kouření cigaret nebo zvýšeným cholesterolem. Podle Spiegela a Kata novější metaanalýza, která hodnotí vztah mezi sociální oporou a uzdravením, naznačuje, že vlivy související se sociální oporou jsou v nejlepším případě pouze průměrné. S aplikací těchto výsledků na pacienty s rakovinou musíme být nanejvýš opatrní, protože zahrnuté výzkumy se nesoustředily specificky na vztah mezi sociální oporou a průběhem nádorového onemocnění nebo úmrtností na rakovinu (Tschuschke, 2004).

Závěr, že sociální izolace celkově zvyšuje riziko úmrtnosti, je dobře potvrzen a existují náznaky toho, že sociální izolace může být také spojena se specifickým průběhem nádorového onemocnění. Goodwin se svými spolupracovníky zjistil, že ženatí pacienti nebo vdané pacientky s rakovinou vykazují signifikantně lepší šanci na přežití než svobodní pacienti. Ženy, které mají málo sociálních kontaktů a trpí pocity izolace, vykazují téměř pětinasobně zvýšené relativní riziko úmrtnosti na hormonálně senzitivní nádorová onemocnění. Muži s malým množstvím sociálních kontaktů mají u nádorových onemocnění znatelně menší šanci na přežití.

Klinická pozorování a výsledky četných studií ukazují, že **sociální opora** poskytovaná postiženému pacientovi může být velmi užitečná. Sociální oporou můžeme také rozumět přítomnost jiné živé bytosti stejného druhu, která na postiženého jedince příznivě působí, případně uspokojuje jeho sociální požadavky, jako jsou potřeba náklonnosti, jistoty, souhlasu a sociální interakce (Tschuschke, 2004). Očekávání, která mají pacienti od svého užšího sociálního okolí, jsou spíše emocionálního charakteru.

Sociální opora tak, jak je výše definována, je kontextovou složkou nádorového onemocnění, která by se neměla podceňovat. Stejně jako ve všech životních krizích je i zde velmi důležitý výskyt významných vztahových osob. Ať se již jedná o pocit nevyřazenosti, pocit hodnotného bytí, o pocit podpory při zvládání nemoci nebo o cokoli jiného, lidé jsou primárně sociálními bytostmi a pro pocit smysluplného života potřebují někoho dalšího. Studie Koopmana skutečně ukazuje, že sociální a emocionální opora poskytovaná nejbližšími rodinnými příslušníky působí povzbudivě proti prožívání stresu. Odvrácenou stranou mince je, že averzivní opora (například nedostatečná nebo minimální opora) může vést dokonce k nárůstu prožívaného stresu. Psychosociální pomoc nemocným rakovinou by měla bezpodmínečně zahrnovat doprovázející sociální oporu prostřednictvím důležité vztahové osoby. Bez této přirozeně a paralelně se odehrávající pomoci a podpory nemůže být pravděpodobně profesionální pomoc příliš úspěšná (Tschuschke, 2004).

3.9.1 Rozsah pojetí sociální opory

O sociální opoře hovoříme nejčastěji tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tísní nejbližší. Nemělo by však unikat širší pojetí sociální opory. Existují tři úrovně sociální opory – makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. V pojetí **makroúrovně** jde o celospolečenskou formu pomoci potřebným. Příkladem může být existence sociální a ekonomické pomoci potřebným v celostátním měřítku nebo pomoc přes hranice státu lidem v oblasti postižené zemětřesením, záplavami, neúrodou, hladem. Příkladem makroúrovně sociální opory může být činnost organizace ADRA, Člověk v tísní apod. O **mezoúrovni** sociální opory se jedná tam, kde se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů, případně lidem ve svém okolí, kteří nejsou součástí této skupiny, avšak nacházejí se v určité nouzi. Příkladem může být pomoc spolupracovníků kolegovi z podniku,

pomoc náboženského sdružení (diecéze, sboru apod.) starým a chronicky nemocným (činnost organizací typu Charita, Diakonie apod.), pomoc lidí ze sportovního klubu svému členu ve chvíli jeho osobní tísně apod. V **mikroúrovni** sociální opory jde o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší (sociální opora v rámci dyády, tzn. dvojice lidí) – např. pomoc matky dítěti a naopak, pomoc jednoho manžela druhému, vzájemná pomoc nejbližších přátel (Tschuschke, 2004).

3.9.2 Pojmy vztahující se k otázkám sociální opory

U sociální opory je třeba od sebe odlišit to, co je z vnějšku (objektivně) viděno jako pomoc dané osobě, od toho, co tato osoba vnímá a chápe jako pomoc.

Poskytovaná a vnímaná sociální opora - u činnosti typu sociální opory je třeba rozlišovat tzv. poskytovanou sociální oporu, tj. vše, co je dané osobě určeno a lze to objektivně doložit, a tzv. vnímanou sociální oporu, tj. to, čeho si daná osoba všimne, co zaregistruje a vyhodnotí jako pomoc.

Poskytovaná a odmítaná sociální opora je opora, která je poskytována potřebné osobě, ale tato osoba ji odmítá (např. sestra chce pomoci pacientovi vstát z lůžka, ale pacient to odmítá – chce vstávat sám).

Očekávaná a obdržená sociální opora – u sociální opory je třeba odlišovat to, co daná osoba v tísní očekává, že jí bude formou sociální opory poskytnuto, od toho, co tato osoba chápe jako sociální oporou skutečně získané. Křivohlavý o opoře použil definici Schwarzere a Leppina, *že jde o osobní přesvědčení daného člověka v tísní o tom, že existují lidé, kteří jsou připraveni mu v případě potřeby pomoci.* (Křivohlavý, 2003, str. 97) To znamená, že očekávaná sociální opora je výsledkem jeho reflexe sociálního prostředí, případně až reflexí vztahů lidí (v osobní sociální síti dané osoby) k němu samému. Jde o míru osobního přesvědčení daného člověka o tom, že je druhými lidmi přijímán, že si ho váží, že ho mají rádi „nesobeckou láskou“ a že jsou ochotni v případě potřeby něco pro něho udělat. Tento moment označujeme termínem sociální začlenění.

Příjemci a poskytovatelé sociální opory – jako příjemce je označován ten, kdo sociální oporu dostává. Ten, kdo sociální oporu poskytuje, bývá označován jako pomáhající (poskytovatel sociální opory).

3.9.3 Druhy sociální opory

V psychologii zdraví se setkáváme s rozlišováním čtyř druhů sociální opory. Prvním druhem sociální opory je tzv. **instrumentální opora**, která je charakteristická velice konkrétní formou pomoci např. poskytnutím finanční výpomoci, obstaráním různých potřebných věcí, zařízením neodkladných záležitostí, které postižený sám nemůže provést, poskytnutím materiální podpory apod.

Dalším druhem je **informační opora**, kdy postiženému jedinci je dodána informace, která by mu mohla být nápomocna při orientaci v situaci, do níž se dostal. Například mu poskytují rady lidé, kteří mají s obdobnou situací zkušenosti jak osobní, tak profesionální. Do této kategorie spadá také pomoc v podobě naslouchání, přičemž zjišťujeme potřeby nemocného a jeho představy o tom, co by bylo možno pro něho udělat.

Třetím druhem sociální opory je **opora emocionální**, pomocí ní je člověku v tísní empatickou formou sdělována emocionální blízkost (láska, soucítění). Laskavým jednáním je mu naznačována přejná náklonnost, je mu podána ruka, když se propadá do deprese, beznaděje a pocitů odcizení; je mu dodávána naděje, je uklidňován v rozrušení apod.

Posledním druhem sociální opory je **hodnotící opora**. Postiženému člověku je dána na vědomí (např. tím, jak je sním jednáno) úcta, je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, je podporována jeho snaha o autoregulaci (řídít věci podle vlastního přání), je povzbuzován ve víře a naději apod. Spadá sem i sdílení těžkostí s člověkem v tísní i společné nesení některých těžkých úkolů spolu s ním (Křivohlavý, 2003).

3.9.4 „Odvrácená strana“ sociální opory

I když je tvrzení o protektivním vlivu sociální opory ve vztahu k negativním účinkům na zdraví jedním ze stěžejních pilířů ve výzkumu stresu, nejsou výsledky studií jednoznačné. Dříve byla sociální opora pojímána jako homogenně, konzistentně působící proměnná, jako prvek, který je vždy žádoucí v situaci, kdy potřebuje jedinec pomoc. Dalším studiím se nepodařilo pozitivní vliv potvrdit, některé dokonce naznačují, že pomoc druhých koreluje s fyzickými symptomy opačným způsobem, než se předpokládalo. Objevují se práce, které se zabývají „odvrácenou stranou“ sociální opory

a tu pak chápou jako dynamický proces, v němž se objevuje řada proměnných a v němž člověk může sociální oporu podněcovat, mobilizovat, posilovat, získávat, ale i odmítat či poskytovat.

Možné rizikové faktory sociální opory se mohou vztahovat ke dvěma základním skupinám jevů. První skupinou je **problematická opora**, kam patří záporně laděné interpersonální vztahy, všechny případy negativních sociálních interakcí (např. podceňování partnera, nedostatek zájmu o druhého, přetvářka či lhaní v interakci). Druhou skupinou je **sociální negativita** – jsou zde zahrnuty záporné důsledky původně pozitivních sociálních vztahů, kdy se předpokládá, že interpersonální vztahy mohou být stejně tak ztrátou jako přínosem (např. konflikty, stereotypie vztahu, odmítnutí, nesouhlas, přemrštěné nároky).

Poskytovaná pomoc může vést k negativním reakcím příjemce zejména tehdy, pokud je v rozporu s jeho představou o vlastní autonomii a sebevládě; ohrožuje jeho sebeúctu, sebedůvěru; je v rozporu se širokým chápáním toho, jak se má zachovat “správný” muž či žena; znamená riziko sebeznevážení, diskreditace; navozuje pocity bezmoci nebo neodpovídá potřebám jedince.

Důsledkem pro příjemce opory mohou být pocity viny, úzkost a pocity závislosti. Mohou se objevit i negativní důsledky pro poskytovatele pomoci jako pocity zatížení, břemene, frustrace, při dlouhodobém či profesionálním pečování i syndrom vyhoření (Janečková, 2008).

3.10 Bolest

Bolest je velice citlivým jevem, v němž se odráží vliv jak fyziologických, tak psychologických i sociálních skutečností. Na jedné straně má kladný význam – upozorňuje pacienta, že něco není v pořádku. Bolest přivádí pacienta k lékaři a lékaře k diagnóze. Je i ukazatelem efektivity lékařova zásahu a vhodnosti i účinnosti terapeutické práce psychologa.

Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. ... Bolest je vždy subjektivní. (Definice bolesti Mezinárodní společnosti pro studium a léčbu bolesti – IASP, 1979)

Janáčková uvádí, že bolest je komplexním zážitkem, který se projevuje v oblasti biologické, psychologické a sociální. Tyto faktory také bolest zpětně ovlivňují (Janáčková, 2007, str. 14). Biologická rovina je tedy neurochemická a neurofyziologická podstata bolesti. Psychologická rovina bolesti je určena emoční kvalitou, která je jí připisována (Je to bolest snesitelná, nebo zničující? Upozorňující, nebo ohrožující?), a směsicí pocitů, které vyvolává (ať už se jedná o krátkodobé nebo dlouhodobé naladění). Současně však nelze tyto pocitové aspekty oddělovat od myšlenkové analýzy, která ve vztahu k bolesti proběhne, a jejího zařazení do celkového myšlenkového a hodnotového schématu jedince. Tyto kognitivní faktory se zásadním způsobem podílejí na vyhodnocení a modulaci konečného prožitku bolesti, musí být proto brány v úvahu stejně důsledně jako prvky neurofyziologické. Sociální rovinou bolesti rozumíme, jak se k projevům bolesti (tzv. bolestivému chování) staví nejbližší okolí. Model takového jednání můžeme vidět v rodinách od dětství, kdy se podílí mj. i na formování sexuálních rolí: *Kluci nebrečí, když si natlučou koleno, holčičky jsou slabé a tak mohou plakat...* (Janáčková, 2007, str. 15).

Bolest je jedním z hlavních příznaků, pro který lidé vyhledají lékaře, a zároveň je jedním z nejčastějších příznaků provázejících nádorová onemocnění. Přítomnost bolesti může ovlivnit výsledky vyšetření a vést k falešným hodnotám a nepřesným interpretacím, proto je nutné její včasné posouzení. Pravidelné posuzování bolesti přispívá ke kvalitě komunikace mezi sestrou a pacientem a může se podílet na zmírnění bolesti. U onkologicky nemocných existuje i jiná příčina bolesti než nádor samotný, například vlastní léčebný postup (operace, chemoterapie, ozařování). V časně fázi onkologického onemocnění je bolest poměrně vzácná, ale její intenzita s rozvojem nádoru narůstá.

3.10.1 Příprava pacienta na bolestivé výkony

Řada výkonů, které pacient v nemocnici podstupuje, je u něho spojena s nepříjemnými pocity, bolestí, obavami a strachem. Týká se to v první řadě diagnostických vyšetření, ve druhé řadě jde o terapeutické zásahy. Negativní psychické jevy spojené s těmito postupy pacient musí zvládnout.

Od počátečních, velice jednoduchých forem psychické přípravy pacientů na operaci se mnohé zdokonalovalo. Pacienti byli nejen instruováni o průběhu vyšetření či operace, ale měli možnost podívat se den předem na místa, kde budou druhý den vyšetřováni či operováni, seznámit se nejen s prostředím, ale i zeptat se na různé přístroje a věci, s nimiž se tam setkají atp. V některých případech se dokonce pacienti byli před takovýmto lékařským zákrokem podívat i v pooperačním sále, aby věděli, kde budou ležet po výkonu, případně měli možnost hovořit s pacienty, kteří podobným výkonem již prošli a byli na rehabilitačním oddělení. Často se ve výzkumu efektivity předoperační přípravy pacientů využívalo moderní techniky – např. videozáznamů. Na záznamech byly záběry z průběhu operace i to, co se děje s pacientem po operaci v době rekonvalescence. I zde se srovnávala efektivita přípravy s běžnou přípravou. Zjišťovala se například míra distresu u pacientů, kteří procházeli endoskopickým vyšetřením. Zjistilo se, že stres pacientů se trojnásobně snížil, když pacienti měli možnost před vyšetřením sledovat na videozáznamu, co je čeká. (Křivohlavý, 2002) Při těchto studiích se ukázalo, že není možné postupovat u všech pacientů stejně. Vědci totiž zjistili, že existují přinejmenším dvě skupiny pacientů s ohledem na výše uvedené formy přípravy. Jedna skupina pacientů byla označena termínem **citlivý**. Ti byli při instrukcích neustále pozorní, skutečně mimořádně citliví ke každé maličkosti. Reagovali na každou drobnost, která by se jich mohla nepříjemně dotknout, a byli velice úzkostliví. Druhá skupina pacientů byla označena termínem **potlačující** – potlačující obavy a strach. Ti neprojevovali navenek žádnou úzkost a strach. U nich nebylo možné diagnostikovat projevy stresu a distresu a k zákroku, který stál před nimi, se stavěli dosti apaticky, nezúčastněně. (Křivohlavý, 2002)

3.10.2 Druhy bolestí při nádorových onemocněních

U nádorových onemocnění obvykle rozlišujeme mezi bolestmi akutními a chronickými.

Akutní bolest se objevuje časově omezeně a nárazově. Pacient je neklidný, nervózní a cítí se k smrti unaven. Akutní bolesti jsou také důležitým symptomem, který vede ke správné diagnóze nádoru. Akutní bolest se celkem spolehlivě dá odstranit operačním zákrokem i nejrůznějšími prostředky proti bolesti.

Chronické bolesti vznikají v důsledku postupujících chorobných změn v těle a jsou vytrvalé a konstantní. Čím déle bolesti trvají, tím více se jim nemocný přizpůsobuje psychicky i tělesně. Z izolované bolesti se stává samostatná choroba, bolest. Ošetřování chronických nádorových bolestí je na jedné straně považováno za zdoluhavé, na druhé straně však v porovnání s chronickými bolestmi jiného původu za úspěšné. Terapie je zaměřena na prevenci bolesti konstantním užíváním medikamentů, přičemž dávkování je vždy určováno individuálně a podle určitého časového harmonogramu. (Gerhardt, 2001).

Zvláštním druhem bolesti, která se vyskytuje u nádorových onemocnění, je tzv. **průlomová bolest**. Tato bolest je charakteristická náhlým, akutním zhoršením jinak chronické a případně i analgeticky zvládnuté bolesti. Objevuje se ve formě pomyslného vrcholu bolesti, který zřetelně přeroste základní intenzitu bolesti.

Statistická šetření ukazují, že bolest doprovází onemocnění rakovinou ve 30 až 40 % případech v počáteční fázi výskytu rakoviny a v 60 až 90 % případů rakoviny v jejím terminálním stadiu. Mohou se však objevit rozdíly ve vnímání bolesti podle druhů rakoviny, např. u leukémie jen 5 % pacientů zažívá velkou bolest, kdežto při rakovině kostí až 85 % prožívá chronickou bolest. K bolestem, které pramení ze změněné funkce organismu, se přidávají u pacientů další bolesti, které jim působí často invazivní léčebné procedury. V řadě případů je k tomuto mnohostrannému zážitku bolesti třeba přičíst ještě bolesti, které přímo s rakovinou nesouvisí, např. bolesti zad, artritida atp.

3.10.3 Měření bolesti

Způsobů, jak měřit bolest, je mnoho. R. Melzacka uvádí celkem 33 různých metod měření bolesti. Basler uvádí 14 různých metod diagnostikování kvality bolesti, dalších 10 metod diagnostikování bolesti z celkového obrazu pacienta a 13 metod sledování změn zážitku bolesti v průběhu času.

V praxi se nejvíce užívají způsoby pracující s řečí pacienta (verbální sociální komunikace). Tyto pokusy o utřídění slovních výpovědí pacientů o zážitku bolesti vedly k zavedení následujícího přehledu:

- a) Kde to bolí – lokalizace a topologie bolesti
- b) Jak moc to bolí – intenzita bolesti
- c) Kdy to bolí – časová dimenze bolesti
- d) Jak to bolí – kvalita bolesti
- e) Za jakých okolností se bolest zhoršuje či polevuje – ovlivnitelnost bolesti

Na základě výpovědí pacientů o prožívání bolesti byly tyto pocity utříděny do několika zásadních skupin. Nejjednodušším způsobem, jak se můžeme dozvědět, kde pacient pociťuje bolest, je dotaz: „Kde vás to bolí?“ Na tuto otázku může pacient odpovědět tím, že ukáže na bolestivé místo, nebo slovně lokalizuje bolest. Dalším způsobem je dotazníková metoda zjištění lokalizace bolesti. Existuje speciální *Dotazník bolesti*, jehož autorem je Kabat-Zinna, kde jsou uvedeny v přehledu různé názvy částí těla. Úkolem pacienta je (dříve než přijde do ordinace lékaře) tento dotazník vyplnit a při setkání s lékařem ho odevzdat. Dotazník se vyplňuje zaškrtnutím názvu příslušné části těla, kde pacient cítí bolest, a zároveň na pětistupňové škále označí její intenzitu. Ovšem za nejpřesnější metodu zjišťování bolesti je považována tzv. „mapa bolesti“. Tato mapa pracuje s obrazem celého lidského těla a některých jeho částí. Na tomto plánu pacient vyznačí oblast, která ho bolí. Kroužek má být tak velký, jak velká je plocha, která pacienta bolí.

Zjištění, jak moc to pacienta bolí, patří k nejdůležitějším aspektům diagnostiky bolesti. Podobně jako při zjišťování lokalizace místa bolesti existuje i zde řada různých metod pro zjištění intenzity bolesti. Nejčastější metodou je použití analogové stupnice intenzity bolesti – využívá tzv. **VAS – Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála)**. Jedná se o grafické znázornění intenzity bolesti na kontinuu od žádné až po nejintenzivnější. Tato metoda je bezesporu nejsrozumitelnějším, nejjednodušším a nejrychlejším způsobem sdělení intenzity bolesti. Jedná se o úsečku 10 cm dlouhou, kde dole je napsáno žádná bolest, nahoře nesnesitelná bolest. Další možností pro zjišťování intenzity bolesti jsou verbální metody diagnostikování velikosti bolesti – slovní tlumočení zážitku toho, „jak moc to bolí“, je nejpřirozenějším způsobem sdělení. Často je i jediným způsobem, který je mezi pacientem a lékařem vůbec možný. Není však vždy přesný. Terminologie pacienta nemusí totiž souhlasit s konotací, kterou sdělení u lékaře vyvolá. Méně používaná je srovnávací tourniketová metoda vyšetření intenzity bolesti a vyjadřování intenzity bolesti v dolech (jednotka bolesti).

Nejjednodušším způsobem sledování průběhu bolesti v čase a jejím trváním je využití už dříve zmíněné metody VAS, kdy při záznamu o intenzitě bolesti ještě navíc

nanášíme na vodorovnou osu měření časové údaje. Touto metodou získáme křivku, která nám vypovídá o změně zdravotního stavu pacienta. Dále je možno na ní zaznamenat vliv mimořádných událostí, které u daného pacienta nastaly.

Termínem kvalita bolesti rozumíme globální emocionální zážitek bolesti. V naší praxi se setkáváme v pocitech pacienta nejen s údaji o tom, jak moc to bolí, ale i s údaji jiného druhu. Ty pak hovoří o tom, “jak to bolí”, tj. jaká je kvalita či charakteristika pacientovy bolesti. Příkladem může být např. pálivý charakter příčinné bolesti, bodavý až křečovitý charakter viscerální bolesti, řezavé bolesti v hlavě, křečovité a svíravé bolest při menstruaci apod.

Kvalitu bolesti měříme metodou MPQ (McGill Pain Questionnaire), jež byla vyvinuta R. Melzackem. Pomocí této metody se zjišťují tři druhy údajů o kvalitě bolesti: afektivní, sensorické a hodnotící. (Janáčková, 2007)

3.10.4 Léčba bolesti

Léčebné postupy klasické medicíny rozdělujeme na tzv. **invazivní** a **neinvazivní**. Invazivní metody spočívají v podávání látek do páteřního kanálu, v blokádě nervů vedoucích bolest nebo nervů ovlivňujících místní prokrvení. Neinvazivní metody zahrnují farmakoterapii, psychoterapii a fyzikální terapii.

Invazivní metody

Do těchto metod léčby řadíme subarachnoidální podání léků, epidurální anestezie, blokády periferních nervů a neurochirurgické metody.

Aplikací do míšního vaku (tzv. subarachnoidální podání léčiva) se lék podává přímo do míšního vaku, tedy do jakéhosi vazivového pouzdra obsahujícího mozkomíšní mok a míchu.

Při aplikaci před tvrdou plenu (tzv. epidurální anestezie) se léčivo aplikuje před tvrdou plenu míšní. Výhoda této metody spočívá v tom, že ji lze provádět nejenom v úrovni dolních bederních obratlů, ale i v oblasti obratlů hrudních nebo krčních.

K blokádám periferních nervů dochází tehdy, blokujeme-li nervové vedení jinde než v oblasti páteře. Při této technice se vychází z anatomických znalostí průběhu nervů. Jednorázová blokáda spočívá v aplikaci léčebné látky pouze jednou. Při kontinuální blokádě se přes zavedenou jehlu zasune tenký katétr, který slouží k opakovanému

podávání anestetika.

Neurochirurgické metody jsou vhodné při těžko ovlivnitelných bolestech. Neurochirurgickým zásahem lze přerušit vedení bolesti z dané oblasti.

Neinvazivní metody

Jak bylo napsáno výše, k těmto metodám terapie řadíme farmakoterapii, fyzioterapeutické postupy a psychoterapii.

V doporučení WHO (Světová zdravotnická organizace) pro léčbu bolesti jsou v „analgetickém žebříčku“ uváděna postupně stále silnější analgetika v kombinaci s tzv. adjuvantní léčbou, která zahrnuje kromě řady léků ulevujících dyskomfortu především psychofarmaka a z nich zejména antidepresiva. Další lékovou skupinou použitou při ovlivnění bolesti jsou **anxiolytika**. Nejrozšířenější skupinou mezi anxiolytiky jsou benzodiazepiny, z nichž zejména diazepam, ale i některé další preparáty vykazují navíc myorelaxační efekt. Pokud jde o modulaci bolesti, jsou účinná především u bolestí akutních, kde uklidnění a relaxace pacienta hrají podstatnou roli. Při dlouhodobém podávání se mohou objevit též některé nevýhody benzodiazepinů, zejména postupující útlum, zvyšující se tolerance a možnost vzniku návyku. Další možností adjuvantní léčby bolesti je podání **neuroleptik** a **antikonzulziv**. Neuroleptika působí především jako antagonisté dopaminových receptorů, což v klinice znamená významné snížení dráždivosti. Jejich účinek na vnímání bolesti je komplexnější než prostý útlum. Neurofyziologický účinek antikonzulziv je patrný tlumením záchvatovité pohotovosti. Antikonzulziva se uplatňují především u tlumení neuralgií a dalších bolestí neuropatického charakteru. Dalším lékem volby mohou být **steroidy**, jejichž příznivý účinek je znám již desítky let. Uplatňuje se jak jejich lokální protizánětlivý efekt, tak i účinek centrální. Přes nežádoucí účinky steroidů zůstává jejich indikace zejména u zánětlivých bolestí, dále při bolestech spojených s nitrolební hypertenzí a u neuropatických bolestí udržovaných sympatikem. V souvislosti s adjuvantní léčbou stojí za zmínku placebo efekt (tedy zlepšení stavu po podání neúčinné látky). To, že nemocný reaguje příznivě na placebo terapii, neznamená, že netrpí skutečnou bolestí. Rozhodneme-li se pro placebo terapii, měl by být postup jednotný, racionálně postavený i pochopený a pacient by neměl snadno rozpoznat z ironických náznaků personálu, o co se v jeho případě terapeut pokouší. (Janáčková, 2007)

Fyzioterapie užívá v léčbě přírodních prostředků, kterými jsou různé druhy energií (tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic). Kromě přístrojů nejrůznějšího technického provedení využívá

fyzioterapie i skutečně přírodních zdrojů při léčbě lázeňské (balneoterapie).

Psychoterapií rozumíme snahu o pozitivní ovlivnění zdravotního stavu a kvality života psychologickými a psychofyziologickými prostředky. Psychoterapeut může pracovat s jednotlivcem, s rodinou, se speciálně sestavenou skupinou 5 až 15 pacientů.

Pro léčbu bolesti jsou s úspěchem využívány i terapeutické techniky jako sugesce, hypnóza a relaxace. (Janáčková, 2007)

4 Nemoci štítné žlázy

4.1 Poznámky k anatomii a fyziologii štítné žlázy

Štítná žláza se skládá ze dvou laloků tvaru trojboké pyramidy (lobus dexter et lobus sinister) a z napříč uloženého isthmu (isthmus glandulae thyroideae), který oba laloky spojuje. Je to žláza s vnitřní sekrecí, která je uložena vpředu na krku v úrovni obratlů C5 – Th1. Laloky žlázy jsou uloženy při bocích hrtanu a trachey, isthmus je uložen před 2. - 4. prstencem trachey. Laloky štítné žlázy mají zpravidla kaudálně zaoblenou bazi, kraniálně mířící hrot a mediální, anterolaterální a dorsální plochu. Mediální plocha laloku je přiložena k hrtanu a k průdušnici a může se dotýkat i jícnu. Mediální plocha má vztah k n. laryngeus recurrens, který stoupá vzhůru ve žlábků mezi tracheou a jícnem. Laterální a dorsální plocha mají vztahy k nervově cévnímu svazku krčnímu. Přední plocha žlázy a isthmus jsou zakryty infrahyoidními svaly zavzatými do lamina praetrachealis fasciae colli. Do zadní plochy laloků jsou zčásti zanořeny žlázy příštítné. (Petrovický, 1996).

Žláza má červenohnědou až červenofialovou barvu, povrch je hladký nebo lehce hrboletý. Laloky jsou dlouhé 5 – 8 cm, a jejich ventrodorsální a mediolaterální rozměr je 2 – 4 cm. Hmotnost žlázy je velmi proměnlivá, v rozmezí 20 – 60 g. U žen bývá větší než mužů.

Na povrchu žlázy je vazivové pouzdro, rozdělené na dva listy. Mezi oběma listy vazivového pouzdra jsou cévní pleteně. Žláza je fixována ve své poloze vazivovými pruhy, které spojují vazivové pouzdro s tracheou a laryngem.

Laloky žlázy jsou vazivovými septy rozděleny na **lalůčky (lobuli)**, které se dále skládají z váčků – **folikulů**. Folikuly jsou odděleny jemným vazivem a kapilárními a lymfatickými pleteněmi.

Folliculi jsou kulovité, uzavřené váčky, jejichž stěna je tvořena jednou vrstvou kubických epitelových buněk. Tvar buněk je ukazatelem funkčního stavu žlázy. Při hypofunkci bývají oploštělé, při hyperfunkci cylindrické. Vnitřní prostor folikulů je vyplněn koloidem. Koloid obsahuje glykoprotein thyroglobulin, který obsahuje hormony štítné žlázy (tyroxin = T₄ a trijódtyronin = T₃). Kromě buněk folikulárních, obsahuje žláza v intersticiálním vazivu mezi folikuly **buňky parafolikulární (C-buňky)**. Tyto buňky produkují hormon kalcitonin. (Petrovický, 1996).

Kalcitonin je hormon snižující hladinu Ca^{2+} , je vlastně fyziologickým antagonistou parathormonu. Jeho působení na ledviny a kost vede ke snížení koncentrace kalcia a fosfátů v krvi. Hypokalcémie zpětně inhibuje sekreci hormonu.

Činnost štítné žlázy je regulována několikaetážovým, kaskádovým principem řízení. Existuje řada mechanismů, které mají zajistit rovnováhu vnitřního prostředí a zaručit trvalou hladinu nezbytných hormonů v buňce, bez ohledu na možné kolísání v činnosti žlázy, proto až hrubá porucha v tvorbě hormonů vede k metabolickým důsledkům. Činnost štítnice je regulována nadřazenou žlázou s vnitřní sekrecí – předním lalokem podvěsku mozkového (adenohypofýzou). Adenohypofýza produkuje tyreotropní hormon (tyreotropin, TSH), jehož velmi malé množství zvyšuje výdej a poté i tvorbu vlastních hormonů štítné žlázy. Zvýší-li se hladina hormonů štítné žlázy (T_4 a T_3) v krvi, pak se výdej TSH sníží. Hladina TSH je však ovlivňována dalším hormonálním působkem, který vzniká v nadřazeném centru, v hypotalamu. Tento působek se nazývá hormon uvolňující tyreotropin (thyrotrophin releasing factor = TRF, thyrotrophin releasing hormone = TRH, tyreoliberin) a ovlivňuje tvorbu a uvolňování TSH z adenohypofýzy. Výdej tohoto hormonu je regulován hladinou T_4 v krvi, hladinou TSH a je také ovlivněn různými mozkovými oblastmi. (Němec et al., 1995)

Výroba vlastních hormonů štítné žlázy probíhá uvnitř buňky folikulu a na jejím rozhraní s kolodní dutinou. Hormony štítné žlázy jsou jedinečné v tom, že jako jediné hormony v těle obsahují stopový prvek, **jód**. Buňky žlázy vychytávají jód, který je přítomen v krvi, a hromadí jej. Nedostatek jódu v potravě může vést ke zvětšení štítné žlázy (strumě).

4.2 Vyšetřovací metody

4.2.1 Laboratorní vyšetření

Stanovení celkových koncentrací hormonů T_4 a T_3 předpokládá uvolnění jejich vázaných, kvantitativně významnějších forem z vazby na bílkoviny. Stanovením volných forem hormonů – FT_3 a FT_4 se měří koncentrace přibližně o tři řády nižší než u celkových koncentrací. Dále se stanovuje thyreotropin (TSH) v séru.

Při autoimunitní destrukci štítné žlázy dochází ke tvorbě protilátek proti antigenním strukturám štítné žlázy, proti thyreoidální peroxidáze a thyreoglobulinu. Vyšetřování koncentrací autoprottilátek má diagnostický a prognostický význam.

Protilátky proti štítné žláze jsou přítomny v séru u 80 – 90 % autoimunitních thyreoiditid.

Dále lze vyšetřit autoimunitní protilátky proti TSH receptorům obsaženým v buněčných membránách buněk štítné žlázy, označené souhrnně TRAK. Stanovení těchto protilátek se indikuje při diferenciální diagnostice hyperthyreózy (autoimunitního a neautoimunitního původu a vzniklé na podkladě rezistence vůči thyreoidálním hormonům) a sledování její léčby.

Neméně důležité je vyšetření kalcitoninu. Kalcitonin představuje nejvhodnější marker medulocelulárního karcinomu štítné žlázy. (Límanová, 2006)

4.2.2 Fyzikální vyšetření štítné žlázy

Štítnou žlázu můžeme fyzikálně vyšetřit **pohledem, pohmatem**. Normálně velká štítná žláza není viditelná ani hmatná, záleží však na anatomických poměrech: u dlouhých štíhlých krků je patrná i nezvětšená žláza, naopak zvětšená žláza nebývá patrná u osob s krátkým krkem nebo u obézních. Struma je označením pro štítnou žlázu zvětšenou nad normu. Pohmatem štítnou žlázu vyšetřujeme v lehkém předklonu hlavy (uvolnění krčního svalstva), oběma rukama, zezadu, při polknutí sledujeme pohyb žlázy. Někdy může být slyšen šelest nebo vzácně vír. Změření obvodu krku je výhodné pro sledování změn velikosti žlázy.

Celkové fyzikální vyšetření – zaměřujeme se zejména na celkové příznaky (pocení, teplota kůže, tremor, psychomotorika), kardiovaskulární systém (arytmie, oběhová kompenzace), oční příznaky, kůži a její adnexa. (Límanová, Laňková, Zamrazil, 2008)

4.2.3 Zobrazovací a invazivní metody

Vyšetření ultrazvukem (UZ) je zlatým standardem, který posoudí velikost žlázy, vztah k okolí, strukturu a echogenitu, prokrvení. V případě nálezu uzlů či jiných strukturálních změn je nutné další sledování.

Biopsie tenkou jehlou je indikována u všech nejasných lézí ve štítné žláze. Je prakticky bez kontraindikací, před výkonem se doporučuje vysadit antikoagulační a antiagregační léčbu. Provádí ji endokrinolog nebo zkušený sonografista.

Scintigrafie štítné žlázy indikujeme ji při podezření na toxický adenom nebo toxickou nodózní strumu .

CT je indikováno ojedinele např. při nejasném šíření do retrosternální oblasti. Při možném maligním procesu ve štítné žláze je kontraindikováno použití kontrastních jódových látek

4.3 Onemocnění štítné žlázy

Nemoci štítné žlázy (tyreopatie) patří k poměrně častým chronickým onemocněním a k nejčastějším onemocněním endokrinního systému vůbec. V poslední době jejich počet mírně narůstá. V České republice nejsou k dispozici přesné údaje o výskytu tyreopatií, ale odhaduje se, že jejich výskyt přesahuje 5 % populace s výraznou závislostí na věku a pohlaví a s výraznými regionálními rozdíly. Ženy onemocní čtyřikrát až šestkrát častěji a největší počet nemocných je středního a vyššího věku. (Janečková, 2008)

Onemocnění štítné žlázy se může projevat třemi způsoby. Jednak je to změna místního nálezu na krku (mění se velikost štítné žlázy, její tvar, popřípadě její uložení). Dále je to změna její funkce (zvýšení nebo snížení) bez ohledu na to, zda je štítná žláza zvětšena či ne. Také konečně se mohou objevit extrathyreoidální projevy jako endokrinní orbitopatie s příznaky různého stupně – pocity tlaku, pálení, slzení, exoftalmus a mnoho dalších.

Klasifikace tyreopatií není dosud sjednocena. Mezi nejčastější choroby štítné žlázy řadíme např. vrozené poruchy (kongenitální – vrozená hypothyreóza), difúzní nebo nodózní struma (zvětšení štítné žlázy v celku nebo s uzly), hypothyreóza (snížená činnost štítné žlázy), hypertyreóza (zvýšená činnost štítné žlázy), tyroiditida (zánět štítné žlázy) a nádory štítné žlázy. Tato práce se zabývá nádorovým onemocněním štítné žlázy, proto se budeme v následující kapitole zabývat pouze nádory štítné žlázy.

4.4 Nádory štítné žlázy

Nádory štítné žlázy lze zařadit mezi vzácné choroby. Mezi všemi karcinomy jsou zastoupeny necelým 1 %. Ročně se vyskytne kolem 300 - 600 nových případů.

Karcinom štítné žlázy však představuje početně nejrozsáhlejší skupinu onkologických onemocnění v endokrinologii, kde tvoří kolem 90 % všech diagnostikovaných nádorů. Mortalita obvykle nepřevyšuje 1 % úmrtí na karcinom v běžné populaci. Přes svoji vzácnost patří u lidí ve věku 15 – 45 let mezi 5 nejčastějších karcinomů.

Nádory představují nehomogenní skupinu s širokým spektrem biologické aktivity. Může jít o nádory téměř neškodné až po nádory velice agresivní vedoucí k rychlé smrti. Prognóza onemocnění závisí na mnoha faktorech a z toho vyplývá nutnost individuálního přístupu.

4.4.1 Rozdělení nádorů štítné žlázy

Dle etiologie můžeme nádory štítné žlázy rozdělit na primární a sekundární.

Primární nádory

Benigní i maligní nádory štítné žlázy vycházejí z folikulárního epitelu, bývají hormonálně aktivní, vyskytují se pětkrát častěji u žen než u mužů ve všech věkových kategoriích. Nádory z folikulárních buněk jsou ve dvou možných variantách, a to jako karcinom folikulární nebo papilární v různém stupni diferenciaci. Zvláštní postavení pak má medulární karcinom štítné žlázy, vycházející z buněk C.

Papilární karcinom (PTC) štítné žlázy představuje přibližně 44 - 81 % tyreoidálních nádorů, zpravidla se vyskytuje ve věku 40 – 60 let, ale je i poměrně častým nálezem i u dětí a dospívajících. PTC často zakládá mikrometastázy do druhého laloku. Pokročilý PTC se šíří přes pouzdro štítné žlázy do okolních struktur. Lokální invaze papilárního karcinomu může postihovat dýchací cesty, ale také další struktury jako je jícn, krční cévy, nervové struktury, svaly a kůže - zejména pokud jde o infiltrativní a méně diferencované formy. Většinou však onemocnění zůstává omezeno na štítnou žlázu a projevuje se jako tumor na přední straně krku, nebo je prvním příznakem lymfadenopatie. Postižení lymfatických uzlin bývá časté u dětí

a dospívajících.

Agresivita papilárního karcinomu je poměrně nízká, i u starších pacientů je jeho průběh mírnější. Lepší prognózu mají ženy než muži. (Vlček, 2006)

Folikulární karcinom (FTC) je druhým nejčastějším maligním nádorem štítné žlázy. Tvoří přibližně 15 % maligních tyreoidálních nádorů. V oblastech s deficitem jodu je častější, vyskytuje se až ve 40 % případů. Maximum výskytu se pohybuje ve věku 50 až 60 let. Šíření do regionálních lymfatických uzlin je méně časté než u papilárního karcinomu. Má však větší sklon k vytváření vzdálených metastáz nejčastěji v plicích a kostech. Šíří se hematogenní cestou. Metastázy tohoto nádoru dobře akumulují radiojód. Tento typ nádoru má další dvě varianty:

- 1) **Inzulární karcinom**, který obvykle tvoří hnízda malých folikulárních buněk, často s patrnými nekrózami s příměsí kolagenu. Jde o vysoce agresivní typ nádoru, který sice akumuluje radiojód, ale často recidivuje a metastazuje.
- 2) **Onkocytární karcinom** (též Hürthleho karcinom), karcinom z oxyfilních (jasných) buněk. Je charakteristický nepředvídatelným klinickým průběhem. Může se chovat velmi agresivně s rychlou manifestací metastáz v kostech a plicích. Pro léčbu je značně nevýhodný vzhledem k malé akumulaci radiojódu, a proto je při jeho léčbě kladen důraz na radikalitu chirurgických výkonů.

Anaplastický karcinom (ATC) je nádor nediferencovaný, velmi agresivní, s tvorbou bizarních buněk s několika jádry. Pro svůj vysloveně zhoubný průběh se řadí mezi nejagresivnější lidské nádory. Zejména se vyskytuje u starších pacientů. Typicky se nachází u nemocných s dlouhodobou anamnézou strumy, která se začala náhle progresivně zvětšovat. Karcinom se šíří jak hematogenní, tak lymfatickou cestou. V léčbě tohoto karcinomu se především uplatňuje chemoterapie a zevní ozáření, jejichž kombinace zlepšuje přežívání v průměru o 2 roky. Chirurgický výkon je indikován, jen pokud může být zcela radikální, či jako vitální výkon pro zprůchodnění dýchacích cest při dušení. U pacientů s anaplastickým karcinomem se často vyskytují vzdálené metastázy v plicích, v pleuře, v kostech a v mozku.

Medulární karcinom (MTC) je poslední formou primárních karcinomů štítné žlázy. Vychází z parafolikulárních buněk (C buněk). Nádor tvoří vřetenovité či polygonální buňky s nepravidelnou trámčinou, cytoplazma je světlá s granuly pozitivními na kalcitonin, kterého se využívá jako nádorového markeru.

Medulární karcinom tvoří kolem 8 % všech nádorů štítné žlázy. Tento karcinom může mít jak **sporadický výskyt** (75 - 80 %), ale část nádorů se i vyskytuje ve **formě familiární** (20 - 25 %). Pro familiární formu je typický autosomálně dominantní typ dědičnosti, ale některé práce poukazují na recesivní typ přenosu vloh. Na rozdíl od folikulárního či papilárního karcinomu MTC poměrně časně metastazuje do jater. Terapie MTC spočívá v úplném odstranění štítné žlázy. V případě lokálního šíření do lymfatických uzlin se provádějí modifikované krční disekce.

Moderní medicína má v současné době v diagnostice MTC vedle stimulačního kalcitoninového testu možnost odběru krve na genetické vyšetření. Je-li u pokrevních příbuzných prokázána zárodečná bodová mutace na RET protoonkogenu, je indikována totální thyreoidektomie i u zdravých příslušníků rodiny.

Sekundární nádory

Vyskytují se méně často. Jde o metastázy nádorů do štítné žlázy, nejčastěji retrográdním lymfatickým šířením (trachea, bronchus). Hematogenní cestou mohou do štítné žlázy metastazovat prakticky všechny nádory. (Vlček, 2006) Dále mohou sekundární nádory vnikat do žlázy přímým šířením z okolních orgánů (larynx, trachea, ezofagus).

4.4.2 Etiologie a patogeneze karcinomu štítné žlázy

Etiologie a patogeneze karcinomu štítné žlázy je značně bohatá a uplatňuje se zde i mnoho rizikových faktorů.

Radiogenní karcinomy – většinou jde o papilární formy, které se objevují mnoho let po radioterapii v dané oblasti. S karcinomem se můžeme setkat asi u 10-15 % nemocných, u kterých bylo v minulosti provedeno zevní ozáření krku. Rovněž se vyskytují v oblastech, kde došlo k jaderným katastrofám.

Familiární syndromy – některé méně časté familiární syndromy jsou sdruženy s častějším výskytem thyreoidálních uzlů a karcinomů. Pacienti s Gardnerovým syndromem či familiární adenomatózní polypózou střev mají stokrát vyšší riziko rozvoje papilárního karcinomu štítné žlázy než ostatní populace.

Dále byl zaznamenán vyšší výskyt maligních onemocnění štítné žlázy po subtotálních výkonech na štítné žláze, u Hashimotovy autoimunitní thyreoiditidy, Gravesovy-Basedowovy choroby či u tyreotoxikózy (tedy u metabolicky aktivních

stavů). V oblastech s deficitem jódu je obyvatelstvo častěji postihováno folikulárním karcinomem. Tento fakt byl pozorován i u nás, zejména v polovině minulého století. Po zavedení jodové profylaxe došlo postupně ke změně poměru vysokého zastoupení folikulárního a anaplastického karcinomu ve prospěch méně agresivního papilárního karcinomu štítné žlázy. (Vlček, 2006)

4.4.3 Klinický obraz

Karcinom štítné žlázy má několik typických forem. Je jím lokálně rostoucí uzel, uzlinový syndrom, vzdálené metastázy a mikrokarcinom.

Lokálně rostoucí uzel je nejčastějším nálezem. Diferenciální diagnostika uzlu ve štítné žláze bez výraznější růstové aktivity je velmi složitá, přednost dáváme ultrazvukovému vyšetření a cílené aspirační biopsii.

Uzlinový syndrom je typickým obrazem karcinomu štítné žlázy. Uzlinový syndrom se projevuje nejčastěji ve spádovém lymfatickém jugulárním řečišti laterálně od velkých cév. Nález zvětšených lymfatických uzlin na krku, často oboustranně, je velmi častý u papilárního karcinomu dětí a mladistvých. U dospělých bývá uzlin méně, bývají však tuhé a fixované ke spodině. Z nádorů štítné žlázy nejčastěji do krčních lymfatických uzlin metastazuje papilární karcinom.

Vzdálené metastázy jsou třetím základním klinickým obrazem. Karcinom štítné žlázy nejčastěji vytvářejí metastázy v plicích a kostech. Méně často je výskyt metastáz v mozku.

Mikrokarcinom je termín vyhrazen pro nádor v největším rozměru do 2 cm, který je omezen na štítnou žlázu. Většinou není klinicky zřejmý a je objeven až při histologickém vyšetření. Pro splnění definice mikrokarcinomu je nutné, aby byl nádor obklopen normální tkání štítné žlázy. V České republice představuje mikrokarcinom štítné žlázy v současné době asi 15 % všech nově diagnostikovaných karcinomů. Jeho prognóza bývá hodnocena jako velmi dobrá. (Vlček, 2006)

4.4.4 Prognóza

Hodnocení pětiletého přežívání nemocných s karcinomem štítné žlázy nemá takový význam jako u jiných karcinomů. U tyreoidálního karcinomu hodnotíme přežití v odstupu 20 a více let. Mezi důležité prognostické faktory, které ovlivňují přežití nemocných, patří věk a pohlaví nemocného, histologický typ karcinomu, jeho velikost, prorůstání mimo pouzdro tumoru, vytváření lokálních či vzdálených metastáz a možnost provedení radikálního chirurgického výkonu na štítné žláze, popř. uzlinách. Prognóza rovněž závisí na akumulární schopnosti thyreoidální tkáně vychytávat radiojód.

U papilárního karcinomu jsou nejdůležitějšími prognostickými faktory věk, pohlaví, invazivní růst mimo pouzdro žlázy, velikost tumoru a TNM klasifikace.

Nejméně agresivním je papilární karcinom štítné žlázy, více folikulární, značně agresivní je medulární a nejagresivnější průběh onemocnění, brzy vedoucí k smrti, je u anaplastického karcinomu.

4.5 Léčba karcinomu štítné žlázy

Terapie karcinomu štítné žlázy je komplexní a interdisciplinární a na jejím úspěšném průběhu se podílejí kromě endokrinologů rovněž chirurgové a specialisté z oboru nukleární medicíny. Léčbu můžeme rozdělit na chirurgickou spočívající v odstranění štítné žlázy – thyreoidektomie, a léčbu konzervativní, jež spočívá v substituci hormonů štítné žlázy a podání radiojódu.

4.5.1 Totální thyreoidektomie

Prvním krokem při léčbě karcinomu štítné žlázy je provedení radikálního chirurgického výkonu, tj. totální thyreoidektomie. Provádí se výhradně v celkové anestezii, za trvalé monitorace fyziologických funkcí. Jako u každého operačního výkonu mohou i u thyreoidektomie nastat komplikace. Mezi nejčastější komplikace patří pooperační febrilie, parestezie až křeče při odstranění příštítných tělísek a ochrnutí hlasivky při iatrogenním poškození zvrtných nervů. Ochrnutí hlasivky se projevuje chraplavým, zastřeným hlasem, při oboustranném postižení dochází k poruše dýchání. Ochrnutí může být částečné nebo úplné, dále přechodné nebo trvalé.

V případě, že jsou přilehlé mízní uzliny postiženy infiltrací nádoru ze štítné žlázy, je nutné tyto mízní uzliny odstranit spolu se štítnou žlázou, aby nedošlo k dalšímu rozsevu nádoru do jiných orgánů. Tato operace je označována jako thyreoidektomie s blokovou disekcí mízních uzlin buď jednostranně, nebo oboustranně.

4.5.2 Léčba radiojodem

Za 6 - 8 týdnů po chirurgické léčbě navazuje na pracovišti nukleární medicíny doléčení radiojódem. Při léčbě radiojódem se vychází z poznatků, že štítná žláza je schopna shromažďovat z krve jód, jehož používá k výrobě hormonů. Podáme-li do organismu radioaktivní jód, shromažďuje se ve žláze podobně jako jód neradioaktivní. Léčba radiojódem je tedy v podstatě léčba zářením - s tím rozdílem, že žláza je ozařována „zevnitř“ z nashromážděného izotopu. Léčba nemívá nepříjemné vedlejší účinky, jen u části pacientů se může objevit nevolnost a zvracení. Každý nemocný po léčebné aplikaci radioaktivního jódu je zdrojem záření pro okolí, proto se tato léčba provádí na odděleních uzavřeného charakteru. Po dobu hospitalizace (obvykle 2 - 6 týdnů) nejsou pacientovi povoleny žádné návštěvy, jedině před počátkem léčebné dávky a pak v posledních dnech hospitalizace. Aby neohrozil zdraví ošetřujícího personálu a ostatních, musí se nemocný zdržovat na pokoji a vycházet z něho jen v případě nutné potřeby nebo je-li k tomu vyzván. Zároveň dochází k vylučování části radiojódu močí, a to poměrně dlouhou dobu. Je tedy nezbytně nutné, aby sbíral svou moč do lahví, kterou pak odevzdá na vyhrazené místo.

4.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem štítné žlázy

Ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem štítné žlázy spočívá v holistickém přístupu. Holistický přístup je charakterizován pochopením člověka jako celistvé osobnosti, jež zahrnuje složky fyzické, psychické, sociální a duchovní.

Ošetrovatelská péče je poskytována v období předoperačním, operačním i pooperačním. Péče v předoperačním období zahrnuje vysvětlení operačního výkonu a zodpovězení otázek týkajících se výkonu, celkové anestezie a pooperačního stavu. Součástí ošetrovatelské péče v předoperačním období je edukace pacienta o nutnosti dodržení lačnosti (pacient nesmí většinou od půlnoci jíst a pít), zákazu kouření, sejmutí

všech šperků a protéz. Také je pacientovi podána premedikace dle ordinace anesteziologa. Premedikace má za úkol zklidnění pacienta po psychické stránce. Je poučen o vhodnosti vykonání celkové osobní hygieny.

Perioperační péče je zajišťována zkušeným anesteziologem a neméně zkušenou anesteziologickou sestrou. Výkon je prováděn v celkové anestezii. Při ní jsou pacientovi kontinuálně monitorovány základní fyziologické funkce (TK, P, D, SpO₂), spontánní dýchání je nahrazováno umělou plicní ventilací. Důležité je hrazení krevních ztrát většinou krystaloidy nebo koloidními roztoky. Perioperační péče končí v okamžiku předání pacienta z operačního sálu sestře z jednotky intenzivní péče (JIP).

Pooperační péče je poskytována na jednotce intenzivní péče kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Pacientovi jsou nadále kontinuálně monitorovány již výše zmíněné fyziologické funkce včetně tělesné teploty, jsou hrazeny krevní ztráty a je sledována funkčnost Redonovy drenáže a odpad z ní. Nezastupitelnou složkou pooperační péče je monitorace bolesti. Bolest je hodnocena pacientem pomocí numerické škály od 0 – 10 bodů, přičemž 0 znamená žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest. Pacient po příjezdu z operačního sálu má přísný klid na lůžku, nesmí pít a jíst. Po třech hodinách zkusíme podat pacientovi tekutiny. Pokud se cítí dobře, může začít vstávat z lůžka a může si dojít na WC. I nadále jsou monitorovány fyziologické funkce – TK po 2 hodinách, kontinuálně tepová frekvence, SpO₂, monitorace bolesti a sledování analgetického efektu podávaných analgetik. V časně fázi po operaci se mohou aplikovat slabé opiáty (Dipidolor). Součástí ošetrovatelské péče je detekce možných pooperačních komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří především nauzea a zvracení, výskyt parestezií, nejčastěji v konečcích prstů nebo v okolí úst, méně častou komplikací jsou křečovitě stavy a krvácení z operační rány a pooperační febrilie

První den po operaci jsou pacientovi provedeny nezbytná laboratorní vyšetření krve, kde se především sleduje hladina základních iontů, hodnoty vápníku a fosforu, glykémie, jaterních a ledvinných funkcí a vyšetření krevního obrazu. Pokud jsou tato vyšetření v pořádku a pacient nemá žádné subjektivní potíže, je přeložen z JIP na standardní oddělení. Na standardním oddělení je monitorována bolest, výskyt parestezií a křečí, hladiny vápníku a fosforu, je sledována funkčnost Redonovy drenáže. Redonova drenáž je zpravidla odstraňována druhý pooperační den. Do domácího ošetřování je pacient propuštěn 4. – 5. pooperační den za předpokladu, že se nevyskytly žádné pooperační komplikace. Desátý pooperační den se pacient dostaví na ambulanci kliniky, kde mu jsou vytaženy stehy. Nemocný je poučen o vhodnosti promasírovávání

jizvy na přední straně krku s cílem, aby jizva byla co nejméně nápadná. Přítomnost výrazné, zejména koloidní jizvy může u pacienta vyvolat negativní pocity.

Dále je doporučena další terapie. Zpravidla bývá nemocný odeslán na endokrinologické pracoviště.

V případě, že pacient prodělal zároveň s thyreoidektomií i blokovou disekci krčních uzlin, se ošetrovatelská péče příliš neliší od stavu po prosté thyreoidektomii. Pacient je pouze více ohrožen komplikacemi plynoucími z delší anestezie, krvácením z operační rány a možným vznikem infekce. Na JIP zůstává ještě druhý pooperační den. Třetí pooperační den je přeložen na standardní oddělení a zpravidla je mu odstraněn Redonův drén. Do domácího ošetřování bývá propuštěn většinou 7. – 8. den. Ambulantní ošetrovatelská péče je prakticky shodná s péčí po prosté thyreoidektomii.

Na základě ošetrovatelského procesu se stanovují ošetrovatelské diagnózy. Přehled nejčastějších, ať už potencionálních nebo aktuálních ošetrovatelských diagnóz, jsme zařadili do přílohy č. 3

5 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S KARCINOMEM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

5.1 Kvalita života související s karcinodem štítné žlázy (HRQL)

Kvalita života aplikovaná ve zdravotnictví obecně a v jednotlivých medicínských oborech má své specifické označení: **HRQL – health-related quality of life**. Obecně můžeme říci, že HRQL je mnohem užší pojem než kvalita života a je vhodné s ním pracovat, pokud se uvažuje v širších kontextech poskytování zdravotní péče.

Při teoretickém vymezování tohoto pojmu však nepanuje jednota. Existuje mnoho různých přístupů, jak HRQL definovat. Mnoho autorů obvykle chápe HRQL jako vliv nemoci na fungování člověka, na různé aspekty života, na zdravotní stav, na zdraví, na složky života, jak je hodnotí sám jedinec.

Kvalita života související se zdravím je důležitou složkou lékařské a ošetrovatelské péče. Je ve své podstatě jakýmsi vhodným ukazatelem jakosti poskytované péče. Tohoto indikátoru se využívá jak v klinických experimentech, tak v klinické praxi.

HRQL zahrnuje ty celkové aspekty kvality života, o nichž lze jasně dokázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. (Centers, 2000).

Mnoho autorů se zajímá o kvalitu života těch lidí, kteří trpí určitým druhem onemocnění (Veenhoven, 2000; Mareš, Marešová, 2005). Jinak řečeno: míry kvality života související se zdravím jsou, z větší části, mírami negativního zdraví (Veenhoven, 2000).

Zdravotnické orgány v Evropě též zastávají tento pohled, když uvádějí: HRQL představuje pacientovo subjektivní vnímání vlivu jeho nemoci a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu (Reflection paper, 2005).

Z výzkumů vyplývá paradoxní zjištění, že nemocní lidé uvádějí stejnou nebo i vyšší kvalitu života než lidé zdraví. Vysvětluje se tím, že se pacienti ke kvalitnějšímu životu protrpí, více si váží jednotlivých aspektů života, více si jich cení; pro zdravé lidi jsou aspekty života něčím běžným, průměrným, samozřejmým.

5.2 Diagnostika kvality života související s karcinomem štítné žlázy

Pro diagnostiku kvality života máme mnoho nástrojů. Jedním z nástrojů, jak zjistit kvalitu života u pacientů s nějakým onemocněním, jsou dotazníky. Za jakýsi „zlatý standard“ je pokládán dotazník SF-36 (36 -Item Health Survey), který je zaměřen obecně, genericky. Dovoluje srovnávat kvalitu života zdravých a nemocných lidí, ale též kvalitu života pacientů s různými nemocemi.

Existuje však celá řada metodik zcela specificky zaměřených na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemoci (např. pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stadiu v paliativní péči, v kardiologii apod.). **European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)**, jedna z významných mezinárodních organizací, se věnuje podpoře výzkumu kvality života onkologických pacientů a také se v této oblasti dosti angažuje. Vznikla pracovní skupina s anglickým názvem **EORTC Study Group on Quality of Life**, která vypracovala dotazník, jenž je určen k měření kvality života onkologických pacientů (EORTC QLQ-C30). V ČR je k dispozici oficiální český překlad tohoto dotazníku (Standard Czech Version 1.0). Lze jej použít pro výzkumné účely, a to pouze se souhlasem autorů. (Hnilicová, 2005, str. 214). Tento dotazník jsme použili k výzkumu kvality života pacientů s karcinomem štítné žlázy.

Dle dostupné literatury autoři Dow, Ferrell a Anello v roce 1997 vyvinuli specifickou metodu pro měření kvality života během léčby karcinomu QLO-thyroid Scale. Tato metoda udává slibné psychometrické charakteristiky, ale o jejich dalším využití nám není nic známo a tento dotazník není přístupný ani odborné veřejnosti.

5.3 Výsledky dosavadních výzkumů kvality života pacientů

Kvalita života se v posledním desetiletí stává důležitějším faktorem, než je např. dlouhověkost. Měření kvality života se stává klíčovou součástí při hodnocení vlivu nemoci i efektu léčby či intervence. I po léčbě mohou často u pacienta přetrvávat zbylé symptomy, i když byla tato léčba adekvátní. Kvalita života může být též ohrožena i v případech, kdy už si myslíme, že by se pacientovi mělo dařit dobře.

Při výzkumu kvality života se proto často zdůrazňuje rozpor ve vnímání zdraví mezi pacienty, jejich partnery a zdravotnickým personálem. Mnohdy je více kladen důraz na hodnoty laboratorních nálezů, než na pacientovo pojetí své nemoci. Ve světě nacházíme studie, které se věnují problematice vnímání zdravotního stavu pacientem s nějakým onemocněním. Bohužel však v naší zemi je těchto studií pramálo, ačkoliv o diagnostice a léčbě karcinomů štítné žlázy existuje literatury více než dost. Ovšem málokterého autora zajímá kvalita života pacienta s tímto onemocněním. Z dostupných zdrojů jsme našli pouze jednu, která se částečně přibližuje naší práci. Je to práce zabývající se psychosociálními aspekty tyreopatie, jejíž autorkou je Mgr. Petra Janečková. Autorka ve své práci porovnávala několik skupin pacientů s tyreopatií se zdravou populací. Také porovnávala faktory, jako jsou úzkost, strach deprese, únava, celková spokojenost, vnímání sociální opory apod.

Například v Číně byly provedeny studie obecnými metodami kvality života. Hou et al. v roce 2001 použili dotazník SCL-90 a dotazník WHO-Quality of Life. Tento dotazník rozdali 89 operovaným pacientům s uzly ve štítné žláze (34 operovaných pro adenom, 31 operovaných pro papilární karcinom, 24 operovaných pro nepapilární karcinom) a 89 subjektům kontrolní skupiny. Výsledky pacientů s adenomem a papilárním karcinomem se nelišily od kontrolní skupiny. Kvalita života pacientů s nepapilárním karcinomem byla v některých aspektech horší oproti pacientům s jinými diagnózami.

Další dostupné studie byly zaměřené na změnu psychického i zdravotního stavu u pacientů s karcinomem štítné žlázy, u nichž došlo k vysazení T₄. Tyto studie se shodují, že už při krátkodobém vysazení T₄ dochází k významnému zhoršení zdravotního stavu pacienta, což bylo zjištěno na základě poklesu skóre v téměř všech oblastech SF-36. Protože vysazení T₄ zásadním způsobem ovlivňuje pacientův zdravotní stav, vědci hledali jiné metody přípravy na diagnostiku nebo terapii

radiojódem. Jako vhodná metoda se místo toho jeví použití rhTSH (rekombinantní lidský tyreotropní hormon), jenž má za následek zlepšení pacientovy ochoty spolupracovat a zachování pacientova běžného denního fungování a produktivity (Duntas, Biondi, 2007).

Tímto přehledem končíme teoretickou část práce a můžeme přejít k vlastnímu empirickému výzkumu.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY

Cíl tohoto výzkumu zní: na vybraném souboru pacientů s karcinomem štítné žlázy zmapovat jejich kvalitu života a porovnat kvalitu života u pacientů s maligním onemocněním štítné žlázy, kteří podstoupili operaci s pacienty s benigním onemocněním, kteří též podstoupili operační výkon.

6.1 Cíle výzkumu

C1: Stanovit, která věková kategorie je více ohrožena vznikem karcinomu štítné žlázy.

C2: Porovnat rozdíly mezi pohlavími ve vnímání kvality života po operaci karcinomu štítné žlázy.

C3: Pomocí dotazníku EORTC QLQ-C30 zjistit kvalitu života u pacientů s karcinomem štítné žlázy po operačním výkonu.

C4: Zjistit, zda pacienti s maligním onemocněním štítné žlázy mají vyšší sklon k úzkosti a depresi než pacienti s benigním onemocněním.

C5: Ověřit, zda je dotazník EORTC QLQ-C 30 vhodným nástrojem k měření kvality života českých pacientů s karcinomem štítné žlázy.

Každý výzkum v ošetrovatelství obvykle začíná fází přípravy, pokračuje sběrem empirického materiálu a zpracováním získaného materiálu a je zakončen zhodnocením a využitím získaných dat a konfrontací s níže stanovenými hypotézami. Hypotézy byly formulovány na základě studia dané problematiky.

6.2 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že pacienti s maligním onemocněním štítné žlázy budou vykazovat nižší kvalitu života, menší spokojenost se životem než kontrolní skupina.

H2: Předpokládáme, že pacienti s maligním onemocněním štítné žlázy budou zažívat více negativních emocí (deprese, úzkost a napětí) než pacienti s uzlovou strumou.

H3: Předpokládáme, že karcinomem štítné žlázy onemocní více starších pacientů.

H4: Předpokládáme, že nemocemi štítné žlázy jsou častěji postiženy ženy než muži.

H5: Předpokládáme, že pacienti trpící karcinomem štítné žlázy mají méně společenských aktivit.

H6: Předpokládáme, že pacienti s karcinomem štítné žlázy budou mít větší finanční obtíže než pacienti operovaní pro benigní léze.

6.3 Použitá metoda

Při výběru metody jsme se snažili, aby byla na základě prostudované literatury relevantní k cílům výzkumu a zkoumaným proměnným. Zvolili jsme metodu s dobrou psychometrickou charakteristikou. Dotazník uvádíme v příloze č. 1. Pro hodnocení vlivu primárního onemocnění a léčby i pro hodnocení časových změn kvality života v průběhu léčebného procesu onkologicky nemocných je nutné používat standardizované a validizované dotazníky kvality života (QLQ). Ve světě mezi nejpoužívanější QLQ patří dotazníky vyvinuté pracovní skupinou *Quality of Life Group* při *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (dále jen EORTC). Tyto dotazníky jsou rozděleny na jeden obecný, společný pro všechna onkologická onemocnění (QLQ-C30) a na moduly specifické pro jednotlivé lokalizace nádorových onemocnění. Pro tuto práci byla použita pouze obecná verze, i když již existuje česká verze specifická pro nádorová onemocnění hlavy a krku s názvem EORTC QLQ-H&N35. Důvodem výběru obecné verze je fakt, že verze EORTC QLQ-H&N35 je opravdu velmi specifická, je vhodná pro pacienty, kteří trpí nádorem např. laryngu. Je určena pacientům, kteří po operaci měli tracheostomickou kanylu a enterální výživu aplikovanou na nasogastrické sondy nebo PEG. Vzhledem k faktu, že pacienti po operaci štítné žlázy nic takového nemají, shledali jsme tento typ dotazníku jako nevhodný a zvolili jsme pouze obecnou verzi s názvem

EORTC QLQ-C30 (version 3.0). Anglická verze tohoto dotazníku byla vytvořena v roce 1986 jako nástroj k měření kvality života onkologicky nemocných pacientů. Brzy poté byl tento dotazník přeložen do mnoha jazyků včetně češtiny. Zkoumaným osobám byla předložena právě česká verze obecného dotazníku. Anglická verze je přímo dostupná z internetových stránek. Českou verzi jsme získali po oficiální registraci na příslušných www stránkách. Tyto stránky jsou součástí přehledu literatury.

Dotazník se skládá z 30 otázek rozdělených do 4 oddílů. První oddíl se skládá z 5 otázek, které se týkají aktivit všedního dne. Další oddíl je složen z 11 otázek. Tyto otázky zkoumají pacientův zdravotní stav během minulého týdne. Třetí oddíl je zaměřen na pacientovu emotivní stránku. Pomocí 12 otázek se zjišťuje, zda pacient trpěl např. únavou, napětím, depresemi, poruchami paměti, zda byl podrážděný. Součástí jsou i otázky zaměřené na zásah nemoci do rodinného a společenského života a výskyt finančních obtíží. Poslední, čtvrtý, oddíl je složen z 2 otázek, které hodnotí pacientovo subjektivní pojetí celkového zdraví a kvalitu života za uplynulý týden. Nedílnou součástí je manuál sloužící k vyhodnocení dotazníků. Manuál tvoří několik oblastí. Otázky jednotlivých oblastí se počítají dle předem uvedeného vzorce. Do této práce jsou zařazeny funkční škály: fyzické funkce, role fungování, emoční fungování, kognitivní funkce a sociální fungování.

Dotazník EORTC QLQ-C30 byl použit ve Fakultní nemocnici v Motole na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Dotazník byl rozdán celkem 100 respondentům. Správně vyplněný dotazník odevzdalo 84 respondentů. Návratnost tedy byla 84 %.

6.4 Výzkumný vzorek

Dotazník EORTC QLQ-C30 byl zadán pacientům ve Fakultní nemocnici v Motole. Šlo o výběr daný dostupností respondentů a ochotou podílet se na výzkumu. Oslovenými respondenty byli pacienti Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty UK ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze v době od 14. 9. 2010 do 28. 2. 2011. Celkem bylo osloveno 100 hospitalizovaných pacientů z celé České republiky. Celkem 50 zkoumaných osob byli pacienti po operaci pro maligní onemocnění štítné žlázy (karcinom štítné žlázy) a dalších 50 respondentů byli pacienti po operaci pro uzlovou strumu, tito pacienti byli zvoleni jako kontrolní soubor.

Vždy se jednalo o pacienty, kteří byli hospitalizováni na výše zmíněné klinice a byli v průměru 6 dní po stejném operačním výkonu – thyreidektomii.

Návratnost byla 84 %. Ze 100 rozdaných dotazníků bylo 11 nehodnotitelných a 5 pacientů při propuštění dotazník neodevzdalo. Celkově zkoumaný soubor tvořilo **84 pacientů** s maligním nebo benigním onemocnění štítné žlázy, kteří se v době výzkumu podrobili operačnímu odstranění štítné žlázy. Z 84 osob bylo **54 (64,3 %) žen, 30 (35,7 %) mužů**. Výzkumu se účastnily zkoumané osoby ve věku od 18 let do 77 let. Pro zjištění věku pacientů uvádíme hodnotu mediánu, protože zjištěná data nemají normální rozložení. Medián je tedy vhodnější střední hodnotou. Střední hodnota věku pacientů byla 52,5 let. Medián všech žen byl 51,5 let, medián všech mužů byl 54 let. Popis zkoumaného souboru z hlediska sociodemografických charakteristik – pohlaví, věku, rodinného stavu a zaměstnání jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách a grafech č. 1 – 4.

Dotazovaných pacientů s karcinomem štítné žlázy bylo 42. Zkoumaný soubor byl zastoupen **23 (54,8 %) ženami, 19 (45,2 %) muži**. Nejmladší zkoumané osobě bylo 18 let, nejstarší zkoumané osobě 77 let. Medián (jako vhodnější střední hodnota) všech pacientů s karcinomem štítné žlázy byl 52 let. Medián u žen trpících karcinomem štítné žlázy byl 48 let a medián u mužů trpících karcinomem štítné žlázy byl 53 let.

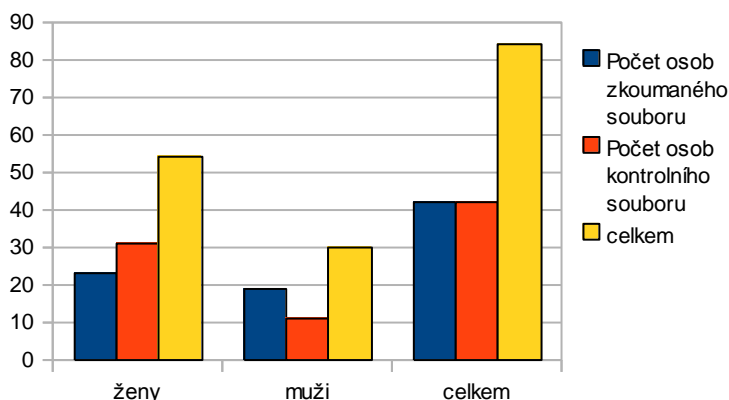
Pro vytvoření kontrolního souboru bylo osloveno 50 pacientů s benigním onemocněním štítné žlázy. Jednalo se o pacienty s uzlovým zvětšením štítné žlázy (struma nodosa). Z oslovených 50 pacientů se výzkumu účastnilo 42 osob s uzlovým zvětšením štítné žlázy. Z toho bylo **31 (73,8 %) žen, 11 (26,2 %) mužů**. Nejmladší zkoumané osobě bylo 24 let, nejstarší pak 74 let. Medián u pacientů s uzlovým zvětšením štítné žlázy byl 53 let. Medián u žen s daným onemocněním byl 53 let, medián u mužů byl 55 let.

Tabulka č. 1. Charakteristika zkoumaného a kontrolního souboru podle pohlaví

Pohlaví	Počet osob zkoumaného souboru	Počet osob kontrolního souboru	Celkem
Ženy	23	31	54
Muži	19	11	30
Celkem	42	42	84

Graf č. 1

Charakteristika zkoumaného vzorku podle pohlaví

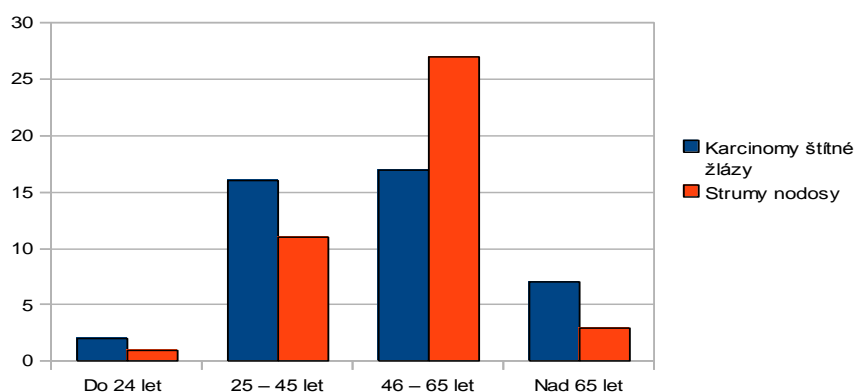


Tabulka č. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku dle věku a charakteru onemocnění

Věk	Charakter onemocnění		Celkem
	Karcinomy štítné žlázy	Strumy nodosy	
Do 24 let	2	1	3
25 – 45 let	16	11	27
46 – 65 let	17	27	44
Nad 65 let	7	3	10

Graf č. 2

Charakteristika zkoumaného vzorku dle věku a charakteru onemocnění



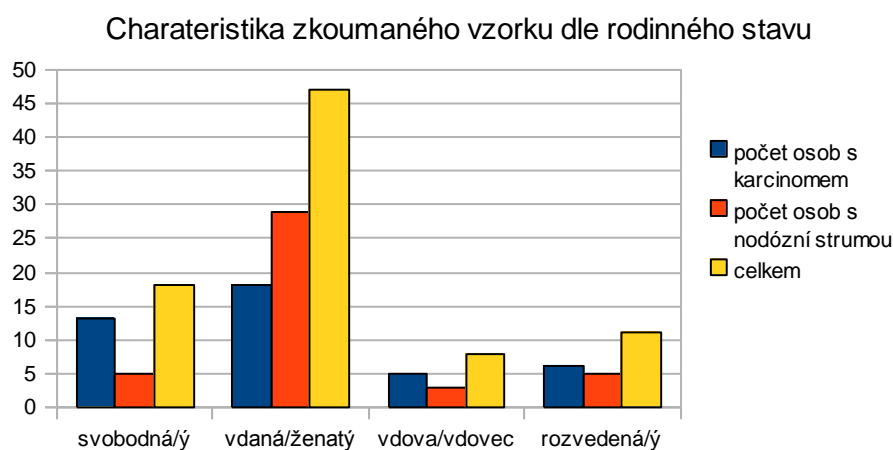
Z výše uvedené tabulky a uvedeného grafického znázornění vyplývá, že výzkumný vzorek tvořilo 5 % pacientů do 24 let, 38 % pacientů do 45 let, 40,5 % pacientů do 65 let a nad 65 let byl karcinom štítné žlázy zastoupen 16,5 %. Benigní léze štítné žlázy tvořilo 2,5 % pacientů do 24 let, 26 % do 45 let, 64,5 % do 65 let

a nad 65 let je zastoupen 7 %. Z přehledu je patrné, že ať už maligním nebo benigním onemocněním štítné žlázy je nejvíce ohrožena věková skupina od 45 let do 65 let.

Tabulka č. 3. Charakteristika zkoumaného vzorku dle rodinného stavu

Rodinný stav	Počet osob s karcinomem	Počet osob s nodózní strumou	Celkem
Svobodná/ý	13	5	18
Vdaná/ženatý	18	29	47
Vdova/vdovec	5	3	8
Rozvedená/ý	6	5	11

Graf č. 3



Předešlé tabulkové a grafické znázornění charakterizuje zkoumaný vzorek dle rodinného stavu. Pacientů s karcinomem štítné žlázy bylo 31 % svobodných, 43 % vdaných nebo ženatých, 12 % vdov nebo vdovců a 14 % pacientů bylo rozvedených. Překvapující je fakt, že relativně hodně se karcinomy vyskytují u svobodných osob.

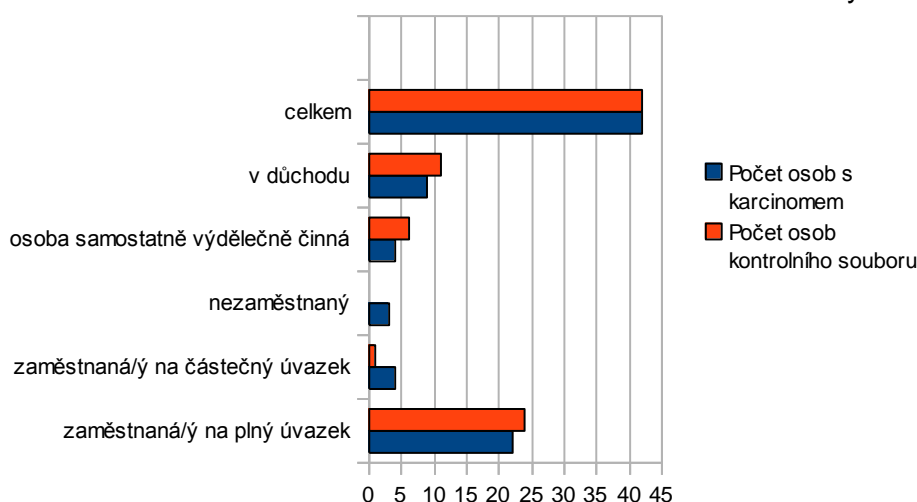
Pacientů s benigní lézí štítné žlázy bylo 12 % svobodných, 69 % vdaných nebo ženatých, 7 % vdov nebo vdovců a 12 % pacientů bylo rozvedených.

Tabulka č. 4 Charakteristika zkoumaného vzorku dle ekonomické aktivity

Ekonomická aktivita	Počet osob s karcinomem	Osoby s karcinomem v %	Počet osob kontrolního souboru	Osoby kontrolního souboru v %	Celkem osob	Celkem %
zaměstnaná/ý na plný úvazek	22	52,4	24	57,1	46	54,8
zaměstnaná/ý na částečný úvazek	4	9,5	1	2,4	5	6
nezaměstnaný	3	7,1	0	0	3	3,6
osoba samostatně výdělečně činná	4	9,5	6	14,3	10	11,9
v důchodu	9	21,4	11	26,2	20	23,8
celkem	42	100	42	100	84	100

Graf č. 4

Charakteristika zkoumaného souboru dle ekonomické aktivity



Poslední tabulka a graf znázorňující sociodemografické charakteristiky ukazuje ekonomickou aktivitu pacientů s karcinomem štítné žlázy a pacientů s benigním onemocněním. Z tabulky je patrné, že většina pacientů je zaměstnána na plný pracovní úvazek. Patrné je to dáno tím, že zkoumaný i kontrolní soubor je nejvíce zastoupen respondenty nacházející se v produktivním věku.

6.5 Statistické zpracování dat a prezentace výsledků

Pro statistické zpracování získaných dat bylo použito několik metod. Výchozí metodou byl MS Excel, jehož jsme použili pro tabulkové a grafické zpracování dat. Vyhodnocení dotazníků proběhlo v programu NCSS 2007. Program vyhodnotil základní statistické údaje pro jednotlivé škály. Jako míru rozptýlenosti jsou použité minimální a maximální hodnoty zkoumaného vzorku. Dalšími vhodnými metodami zpracování dat bylo použití dvouvýběrového t-testu a neparametrických testů Mann-Whitney, Kolmogorov-Smirnov. Těmito testy se testovala nulová hypotéza shody jednotlivých faktorů mezi benigními a maligními proti alternativě neshody.

Výsledky jsou popisovány v tabulkovém a grafickém znázornění s použitím verbálního komentáře. Pro prezentaci výsledků bylo použito mediánu, neboť zjištěná data nemají normální rozdělení (nejedná se o věkově jednotný zkoumaný soubor). Medián je tedy vhodnější střední hodnotou. Kromě mediánu je použito také procentuálního vyjádření a chí-kvadrátu pro interpretaci případných závislostí. Chí-kvadrát slouží ke statistickému testování shody mezi očekávanými a pozorovanými hodnotami.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ

V této kapitole přiblížíme výsledky pěti základní funkčních škál. Jak bylo řečeno výše, tyto škály zahrnují fyzické funkce, role fungování, emoční fungování, kognitivní funkce a sociální fungování. Důvodem výběru těchto škál je zájem o to, zda se jednotlivé funkce liší u maligních onemocnění štítné žlázy a benigních onemocnění. Další částí této kapitoly bude vyhodnocení otázek, u kterých došlo k významným statistickým rozdílům u pacientů s karcinomem štítné žlázy a u kontrolního vzorku.

7.1 Zjištěné údaje pro funkční škálu fyzické funkce a srovnání těchto údajů u karcinomů a kontrolního souboru

Funkční škála zjišťující fyzické funkce v dotazníku zahrnuje otázky číslo 1, 2, 3, 4 a 5. Pacienti vybírali odpovědi, které jim byly nejbližší. Vybírali ze čtyř možných odpovědí: vůbec ne, trochu, dost a velmi hodně. Následující tabulka ukazuje četnost odpovědí u všech pacientů.

Tabulka č. 5 Četnost odpovědí všech pacientů

Číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum odpovědí (počet odpovědí)			
		vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
otázka č. 1	Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností, jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru?	47	31	3	3
otázka č. 2	Míváte potíže při dlouhé procházce?	43	33	5	3
otázka č. 3	Míváte potíže při krátké procházce venku?	72	9	3	0
otázka č. 4	Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne?	56	19	7	2
otázka č. 5	Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?	79	5	0	0

Na otázku číslo 1 odpovědělo 56 % dotazovaných vůbec ne, 37 % respondentů trochu, 3,5 % má potíže při nošení tašek dost a stejně tak 3,5 % velmi hodně. Z toho vyplývá, že většina pacientů bez rozdílu maligního nebo benigního onemocnění nemívá větší potíže při vykonávání namáhavějších činností.

Při dlouhé procházce nemívá žádné potíže 51 % respondentů, malé potíže má 39 % dotazovaných, jen 6 % dotázaných má větší potíže a 4 % pacientů mají velké potíže při dlouhé chůzi.

Na otázku číslo 3 odpovědělo 86 % vůbec ne, 11 % má menší problémy při krátké procházce a 3 % dotázaných má větší potíže při chůzi.

Otázka číslo 4 se ptala, zda si pacienti musí odpočinout během dne na lůžku nebo v křesle, přičemž 67 % dotázaných odpočívát vůbec nemusí, 23 % si musí odpočinout občas, 8 % odpočívá na lůžku dost a pouhá 2 % dotazovaných musí setrvat na lůžku většinu dne.

Poslední otázka zkoumala, jestli pacienti potřebují pomoci při běžných činnostech, jako je jídlo, oblékání či osobní hygiena. 94 % dotázaných vůbec pomoc nepotřebuje, pouze 6 % respondentů potřebuje malou pomoc při oblékání, osobní hygieně nebo pomoc při podávání stravy.

Tabulka č. 6 srovnání fyzických funkcí u pacientů s karcinomem štítné žlázy a pacientů se strumou nodosou

Maligní léze štítné žlázy (karcinomy)			Benigní léze štítné žlázy (struma nodosa)		
Medián	Míra rozptýlenosti		Medián	Míra rozptýlenosti	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
86,66	26,66	100	93,33	26,66	100

Z tabulky vyplývá, že pacienti s maligním onemocněním štítné žlázy se ve fyzických funkcích výrazněji neliší od fyzických funkcí pacientů kontrolního souboru. Použití mediánu je vhodnější, neboť zjištěná data nemají normální rozdělení. Míru rozptýlenosti jsme zvolili minimum a maximum hodnot.

7. 2 Zjištěné údaje pro funkční škálu role fungování a srovnání těchto údajů u karcinomů a kontrolního souboru

Funkční škála, která zjišťuje plnění pacientových rolí, je obsažena v otázkách číslo 6 a 7. Otázky jsou zaměřené na plnění pracovní role pacienta a na možnost věnování se svým koníčkům v době zjištění nemoci. Respondenti měli možnost odpovídat na otázky čtyřmi způsoby. Tabulka č. 7 poukazuje na četnost odpovědí dotazovaných pacientů.

Tabulka č. 7 Četnost odpovědí všech pacientů

Číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum odpovědi (počet odpovědí)			
		vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
otázka č. 6	Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?	54	23	5	2
otázka č. 7	Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?	46	26	10	2

Otázka číslo 6 zkoumá, zda byl pacient omezen ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností. 64 % dotazovaných pacientů nebylo omezeno při práci vůbec, 27,5 % bylo omezeno trochu, 6 % pacientů bylo ve své práci omezeno hodně a 2,5 % bylo omezeno velmi.

Otázka číslo 7 se týká omezení pacienta při vykonávání svých koníčků nebo jiných volnočasových aktivit. 54,5 % respondentů se necítí být vůbec omezeno, 31 % trochu, 12 % bylo omezeno ve svých koníčcích dost a 2,5 % se cítilo omezeno hodně.

Tabulka č. 8 Srovnání funkční škály role fungování u pacientů s karcinomem štítné žlázy a pacientů se strumou nodosou

Maligní léze štítné žlázy (karcinomy)			Benigní léze štítné žlázy (struma nodosa)		
Medián	Míra rozptýlenosti		Medián	Míra rozptýlenosti	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
75	0	100	100	16,66	100

Z této tabulky je patrný významný rozdíl v mediánu u maligních lézí a mediánu benigních lézí štítné žlázy. U této funkční škály byla testována nulová hypotéza shody jednotlivých škál mezi benigními a maligními nádory proti alternativě neshody. Z průzkumu je patrné, že pacienti trpící karcinomem štítné žlázy často nemohou v dostatečné míře plnit své role. Je to dáno tím, že doba rekonvalescence po operaci je delší než u nodózních strum. Dalším aspektem omezujícím plnění rolí je doba léčby, která je vlivem radioterapie u karcinomu delší. Pacienti s benigním onemocněním štítné žlázy tuto léčbu nepodstupují. Je pouze nutná trvalá substituce hormonů štítné žlázy, která ale nijak pacienta neomezuje v plnění jeho rolí.

7.3 Zjištěné údaje pro funkční škálu emoční fungování a srovnání těchto údajů u karcinomů a kontrolního souboru

Funkční škála, která se zabývá emočním fungováním je v dotazníku zastoupena otázkou číslo 21, 22, 23 a 24. Respondenti na otázky odpovídali čtyřmi možnostmi odpovědi dle svých psychických prožitků. Četnost odpovědí u karcinomů je uvedena v tabulce č. 9 a četnost odpovědí u nodózních strum vyjadřuje tabulka č. 10

Tabulka č. 9 Četnost odpovědí u pacientů s karcinomem štítné žlázy

číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum odpovědi (počet odpovědí)			
		vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
otázka č. 21	Cítil/a jste napětí?	18	16	6	2
otázka č. 22	Cítil/a jste obavy?	11	19	10	2
otázka č. 23	Cítil/a jste podráždění?	15	16	11	0
otázka č. 24	Cítil/a jste se být deprimován/a?	18	13	10	1

Tabulka č. 10 Četnost odpovědí u pacientů s nodózní strumou

číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum odpovědi (počet odpovědí)			
		vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
otázka č. 21	Cítil/a jste napětí?	15	26	1	0
otázka č. 22	Cítil/a jste obavy?	11	23	7	1
otázka č. 23	Cítil/a jste podráždění?	21	17	4	0
otázka č. 24	Cítil/a jste se být deprimován/a?	20	19	2	1

Otázka číslo 21 zkoumala pacientovy pocity napětí. U pacientů po operaci karcinomu vůbec necítilo napětí 43 % oproti 36 % nodózních strum. Mírné napětí cítilo 38 % pacientů s karcinomem a 62 % pacientů kontrolního souboru. Velké napětí cítilo 19 % dotazovaných po operaci karcinomu a pouze 2 % respondentů kontrolního souboru.

V otázce číslo 22 jsme se ptali na pacientovy obavy. Vůbec žádné obavy nemělo 26 % dotázaných pacientů s karcinomem, ale i stejný počet respondentů kontrolního souboru. Malé obavy cítilo 45 % osob s maligním onemocněním a 55 % s benigním onemocněním štítné žlázy. Velké obavy mělo 29 % pacientů s karcinomem a 19 % pacientů s nodózní strumou.

Na otázku číslo 23 odpovědělo 36 % pacientů s karcinomem a 50 % pacientů s nodózní strumou vůbec ne, 38 % karcinomů a 40 % pacientů se strumou nodosou cítilo podráždění trochu. Hodně podráždění se cítili pacienti s maligním onemocněním (26 %) na rozdíl od pacientů s benigním onemocněním (9 %).

Otázka číslo 24 se zabývala přítomností deprese. Celkem 74 % pacientů po operaci karcinomu necítilo depresi vůbec nebo jen trochu. Pacienti po operaci uzlové strumy v 93 % se také necítili být v depresi nebo jen trochu. Velkými depresemi trpěli více pacienti s karcinomem než pacienti kontrolního souboru, a to v 26 % a 7 %.

Tabulka č. 11 Srovnání funkční škály emočního fungování pacientů s karcinomem štítné žlázy a pacientů se strumou nodóznou

Maligní léze štítné žlázy (karcinomy)			Benigní léze štítné žlázy (struma nodosa)		
Medián	Míra rozptýlenosti		Medián	Míra rozptýlenosti	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
70,83	16,66	100	75	25	100

Výše uvedená tabulka nepoukazuje na velký rozdíl emočního fungování u zkoumaného souboru a kontrolního souboru. Zjištěná data nejsou statisticky významná pro vytvoření závěru, že pacienti s karcinomem jsou více emočně labilní než pacienti s benigním onemocněním štítné žlázy.

7.4 Zjištěné údaje pro funkční škálu kognitivních (poznávacích) funkcí a srovnání těchto údajů u karcinomů a kontrolního souboru

Kognitivní funkce jsou zastoupeny v otázkách 20 a 25. Pacienti odpovídali podle toho, která odpověď jim byla nejbližší. Nabízené možnosti byly: vůbec ne, trochu, dost a velmi hodně. V tabulce č. 12 je uvedena četnost odpovědí.

Tabulka č. 12 Četnost odpovědí

Číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum a počet odpovědi u karcinomů				Spektrum a počet odpovědi u nodózních strum			
		vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně	vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
otázka č. 20	Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	27	12	2	1	29	11	2	0
otázka č. 25	Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	28	10	3	1	29	8	3	2

Otázka číslo 20 měla za úkol určit pacientovy obtíže při nutnosti soustředit se na čtení novin a sledování televize. Odpovědi pacientů s karcinomem a s nodózní strumou jsou podobné, tedy statisticky nevýznamné.

Otázka číslo 25 se týká pacientovy paměti. Opět se odpovědi pacientů příliš neliší.

Tabulka č. 13 Srovnání funkční škály kognitivních funkcí u pacientů s karcinomem štítné žlázy a pacientů se strumou nodóznou

Maligní léze štítné žlázy (karcinomy)			Benigní léze štítné žlázy (struma nodosa)		
Medián	Míra rozptýlenosti		Medián	Míra rozptýlenosti	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
100	16,66	100	100	16,66	100

Z tabulky vyplývá, že ve statistickém zpracování získaných dat není rozdíl v kognitivních funkcích u zkoumaného a kontrolního souboru.

7.5 Zjištěné údaje pro funkční škálu sociální fungování a srovnání těchto údajů u karcinomů a kontrolního souboru

Funkční škála, která zkoumá sociální fungování, je zahrnuta v otázkách číslo 26 a 27. Obsahem těchto otázek je zásah fyzické kondice do pacientovy společenské aktivity a rodinného života. Respondenti odpovídali čtyřmi nabídnutými odpověďmi. Četnost odpovědí vyjadřuje tabulka č. 14

Tabulka č. 14 Četnost odpovědí

Číslo otázky	Obsah otázky	Spektrum a počet odpovědí u karcinomů				Spektrum a počet odpovědí u nodózních strum			
		vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně	vůbec ne	trochu	dost	velmi hodně
otázka č. 26	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho rodinného života?	17	18	6	1	26	13	3	0
otázka č. 27	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?	19	15	6	2	26	13	3	0

Z tabulky číslo 14 již na první pohled vyplývá, že v otázce číslo 26 jsou velmi významné rozdíly v četnosti odpovědí u zkoumaného a kontrolního souboru. Zatímco u kontrolního souboru většině dotazovaných jejich fyzická kondice po operaci štítné žlázy nijak nezasahovala do rodinného života, u zkoumaného souboru jejich fyzická kondice zasahovala do rodinného života ve více případech. Mohlo by to být dáno tím, že hospitalizace a léčba karcinomu bývá delší než u nodózních strum.

Poslední otázka z této funkční škály se zabývala omezením společenské aktivity. 81 % dotázaných pacientů s karcinomem neudává žádné nebo jen malé omezení společenských aktivit a 19 % má velké omezení společenských aktivit. Kontrolní soubor se necítí být omezen v 62 %, trochu omezen se cítí být v 31 % a hodně omezen se respondenti cítí být v 7 %. Z průzkumu je tedy patrné, že pacienti s karcinomem se cítí být více omezení ve svých společenských aktivitách než pacienti po operaci štítné žlázy pro benigní onemocnění. Velmi podobné údaje vyjadřuje i tabulka číslo 15, kde je patrný rozdíl mezi mediánem karcinomu a mediánem nodózních strum. Rozdíl je i v minimální míře rozptýlenosti.

Tabulka č. 15 Srovnání funkční škály sociálního fungování u pacientů s karcinomem štítné žlázy a pacientů se strumou nodózní

Maligní léze štítné žlázy (karcinomy)			Benigní léze štítné žlázy (struma nodosa)		
Medián	Míra rozptýlenosti		Medián	Míra rozptýlenosti	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
66,66	0	100	100	33,33	100

7.6 Statisticky významné rozdíly v odpovědích pacientů (maligní onemocnění versus benigní léze)

Tabulka č. 16 – Statisticky významné rozdíly v odpovědích pacientů

Číslo otázky	Obsah otázky	Chí-kvadrát	Pravděpodobnost	Významnost rozdílu
otázka číslo 6	Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?	8,39	0,04	ano, horší u pacientů s karcinomem
otázka číslo 9	Měl/a jste bolesti?	9,33	0,03	ano, horší u pacientů s karcinomem
otázka číslo 14	Měl/a jste žaludeční potíže?	9,36	0,02	ano, horší u pacientů s karcinomem
otázka číslo 15	Zvracel/a jste?	7,86	0,02	ano, horší u pacientů s karcinomem
otázka číslo 21	Cítil/a jste napětí?	8,23	0,04	ano, horší u pacientů s karcinomem
otázka číslo 28	Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?	10,82	0,01	ano, horší u pacientů s karcinomem

V otázce číslo 6 je významný statistický rozdíl mezi pacienty s karcinomem a pacienty kontrolního souboru. Pacienti trpící karcinomem štítné žlázy jsou více omezeni při výkonu svého zaměstnání nebo při výkonu každodenních činností oproti pacientům s benigním onemocněním štítné žlázy. Tento významný rozdíl může být dán tím, že pacienti s karcinomem mají delší dobu hospitalizace, delší dobu léčby a delší dobu rekonvalescence po operaci.

V otázce číslo 9 opět je patrný velký statistický rozdíl mezi vnímáním bolesti u pacientů s karcinomem a pacientů s nodózní strumou. Z tabulky vyplývá, že pacienti s maligním onemocněním trpí více bolestmi. Důvodem větších bolestí může být rozsah operačního výkonu, který často není lokalizován pouze na štítnou žlázu, ale i do okolních struktur (mízní uzliny, mediastinum).

Otázky číslo 14 a 15 se zabývaly přítomností žaludečních obtíží a zvracení po operačním výkonu. Průzkum ukázal, že vyšší výskyt žaludečních obtíží a zvracení se opět vyskytoval ve vyšší míře u pacientů s karcinomem. Tento důsledek může být dán délkou operačního výkonu a s ním spojenými riziky plynoucími z dlouhodobé anestezie a dále delší dobou rekonvalescence po operaci.

Další významný statistický rozdíl se vyskytl v otázce číslo 21, která se zabývala pacientovým pocitem napětí. Dle průzkumu až 20 % pacientů s maligním onemocněním cítilo velké napětí, na rozdíl od 2,5 % pacientů s benigním onemocněním.

Dle vlastní zkušenosti vím, že pacienti s karcinomem se často cítí v napětí. Důvodem tohoto pocitu je jejich nevědomost, co bude dál a jestli se vyléčí, ačkoliv většina karcinomů štítné žlázy je velmi dobře léčitelná a vyléčitelná. Je ale překvapující, že 80 % pacientů s karcinomem necítilo napětí vůbec nebo jen trochu. Toto může být dáno buď tím, že dotazník byl pacientovi dán relativně krátkou dobu od sdělení závažné diagnózy a tuto skutečnost nestačil „vstřebat“, nebo v lepším případě tím, že pacient byl velmi dobře informován lékařem o povaze nádoru a jeho léčitelnosti.

Poslední významný statistický rozdíl byl v otázce číslo 28. Tato otázka zjišťovala, zda fyzická kondice respondentů způsobila finanční obtíže. Celkem 43 % dotázaným pacientům s karcinomem způsobila velké finanční obtíže ve srovnání s kontrolním souborem, kde se finanční obtíže vyskytly v 11 %. Důvodem větších finančních obtíží u respondentů s maligním onemocněním štítné žlázy může být delší doba pracovní neschopnosti, delší hospitalizace, delší léčba a finanční náklady spojené s léčbou.

V ostatních otázkách se odpovědi zkoumaného souboru a kontrolního souboru nijak nelišily. Přehled těchto otázek se statistickými údaji uvádíme v příloze číslo 4.

7. 7 Zjištěné údaje vnímání zdravotního stavu a kvality života a porovnání těchto údajů u zkoumaného souboru se souborem kontrolním

Otázky číslo 29 a 30 jsou v dotazníku specifické. Otázka číslo 29 se ptala, jak by pacient ohodnotil své celkové zdraví za uplynulý týden. Otázka číslo 30 zjišťovala celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne. Odpověď na obě otázky byla tvořena číselným ohodnocením od 1 do 7, přičemž číslo 1 bylo velmi špatně a číslo 7 znamenalo vynikající. Pacienti měli zakroužkovat tu odpověď, která se pro něho hodila nejlépe.

V otázce 29 byla průměrná odpověď všech respondentů 4,84. Vhodnější střední hodnotou (kvůli zamítnuté normalitě) byl zvolen medián s hodnotou 5. Jako velmi špatné své celkové zdraví ohodnotila pouze 1 osoba z celého souboru. Jako vynikající své celkové zdraví ohodnotilo 7 respondentů z 84 dotazovaných. Pacienti s karcinomem štítné žlázy své zdraví hodnotili průměrnou hodnotou 4,66; medián je pak 4,5. Žádný pacient neohodnotil svůj zdravotní stav jako velmi špatný, 3 pacienti ze 42 trpících

karcinomem ohodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající. Pacienti s nodózní strumou své zdraví ohodnotili průměrnou hodnotou 5,02; medián je pak 5. Ze 42 dotazovaných pouze 1 pacient ohodnotil svůj zdravotní stav jako velmi špatný a 4 pacienti se cítí být naprosto zdraví.

V otázce číslo 30 byla průměrná odpověď všech nemocných 4,8. Vhodnější střední hodnotou (kvůli zamítnuté normalitě) je medián s hodnotou 5. Svoji kvalitu života ohodnotila pouze 1 osoba jako velmi špatnou. 8 respondentů ze všech dotazovaných vidí svůj život jako velmi kvalitní. Pacienti s karcinomem štítné žlázy hodnotí svoji kvalitu života průměrnou hodnotou 4,6; medián je pak 4,5. Žádný pacient nehodnotí svoji kvalitu života jako velmi špatnou, 5 pacientů posuzuje kvalitu života jako vynikající. Pacienti s nodózní strumou svoji kvalitu života ocenili průměrnou hodnotou 5,03; medián je pak 5. Ze 42 dotazovaných pouze 1 pacient klasifikuje svoji kvalitu života jako velmi špatnou a 3 pacienti hodnotí kvalitu života jako vynikající.

Rozdíly mezi pohlavími ve vnímání kvality života po operaci karcinomu štítné žlázy jsou prezentovány v tabulkách číslo 17 a 18 a v grafickém znázornění č. 5.

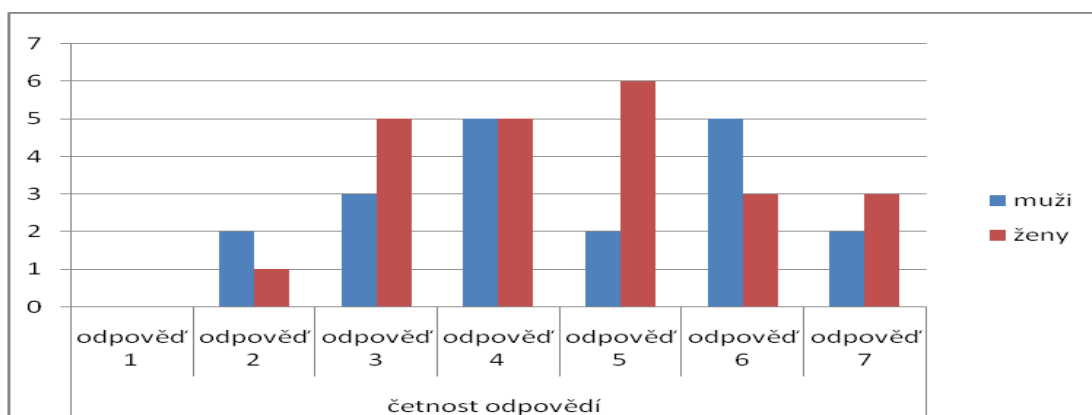
Tabulka č. 17 Rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími – ženy

Četnost odpovědí u žen							Průměr	Medián
odpověď 1	odpověď 2	odpověď 3	odpověď 4	odpověď 5	odpověď 6	odpověď 7		
0	1	5	5	6	3	3	4,61	5

Tabulka č. 18 Rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími – muži

Četnost odpovědí u mužů							Průměr	Medián
odpověď 1	odpověď 2	odpověď 3	odpověď 4	odpověď 5	odpověď 6	odpověď 7		
0	2	3	5	2	5	2	4,53	4

Graf č. 5 Rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími – muži a ženy



Zatímco průměrná hodnota kvality života u žen byla 4,61; medián byl 5, u mužů byla průměrná hodnota 4,53; medián 4. Zkoumaných žen bylo 23 a zkoumaných mužů bylo 19. Z tabulek i grafu by se mohlo zdát, že kvalitu svého života lépe hodnotí ženy než muži, ale tento rozdíl je ze statistického hlediska zanedbatelný.

8 DISKUZE

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování kvality života pacientů s karcinomem štítné žlázy. Výzkum probíhal v jedné z největších fakultních nemocnic v České republice, ve Fakultní nemocnici Motol. Celkem bylo zkoumáno 84 pacientů po operaci štítné žlázy, kteří byli hospitalizováni na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty UK. Z toho bylo 42 pacientů operováno pro karcinom štítné žlázy (nejčastěji papilární karcinom) a 42 pacientů bylo operováno pro benigní onemocnění štítné žlázy (nodózní strumy).

Na začátku empirické části jsme si stanovili následující hypotézy:

Hypotéza č. 1 – Předpokládali jsme, že pacienti s karcinomem štítné žlázy budou vykazovat nižší kvalitu života a menší spokojenost se životem než kontrolní skupina. Výzkumu se zúčastnilo 42 pacientů s karcinomem štítné žlázy. Nejčastěji šlo o papilární karcinom štítné žlázy, který je ve své podstatě nejlépe léčitelným nádorem štítné žlázy. V populaci je také poměrně častým zhoubným novotvarem s maximem výskytu mezi 40-60 rokem věku. Prognóza bývá dobrá. Kvalita života se odvíjí od histologického typu karcinomu. Existují ovšem nádory (například anaplastický karcinom), které svého hostitele rychle usmrcují a postihují nejčastěji starší populaci. Jejich kvalita života bude určitě horší než u pacientů s jiným typem karcinomu. Předložený soubor subjektivně vnímá kvalitu života jako dobrou nebo průměrnou. Stejnou nebo podobnou kvalitu života vykazuje i kontrolní soubor. Hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 2 – Předpokládali jsme, že pacienti s maligním onemocněním štítné žlázy budou zažívat více negativních emocí (deprese, úzkost a napětí) než pacienti s uzlovou strumou. Štítná žláza produkuje velice důležité hormony, které zasahují do metabolismu celého těla. Ovlivňují například termoregulaci, kardiovaskulární systém, gastrointestinální systém, ale i pacientovu náladu a emoční prožívání. Některé tyreopatie (například hypofunkce štítné žlázy) jsou známé tím, že velmi negativně ovlivňují náladu pacienta a snižují emoční prožívání, pacient se tak stává emočně oploštělým. Další výrazné zhoršení nálady může přijít v okamžiku sdělení závažné onkologické diagnózy. Sdělením onkologické diagnózy se často kompletně změní pacientův život. Nemocný bývá vystaven velké psychické zátěži, fyzickým změnám, nežádoucím účinkům léčby a dlouhodobé pracovní neschopnosti. Tyto faktory ve svém důsledku vedou ke změnám nálady, k úzkosti, k depresím a k napětí. Překvapivě

v tomto výzkumném šetření pacienti neudávají změnu nálady k horšímu, ani neudávají úzkost a deprese ve srovnání s kontrolním vzorkem. Může to být dáno tím, že většina pacientů má dobré rodinné zázemí nebo doba od sdělení diagnózy do doby vyplnění dotazníku nebyla tak dlouhá, aby si pacient uvědomil závažnost onemocnění a důsledky. Z výzkumu pouze vyplynul fakt, že většina dotazovaných pacientů cítila velké napětí. To může být dáno samotným operačním výkonem nebo očekáváním, co bude dál. Tato hypotéza se potvrdila pouze částečně.

Hypotéza č. 3 – Předpokládali jsme, že karcinomem štítné žlázy onemocní více starších pacientů. V dostupné literatuře se uvádí, že karcinomem štítné žlázy častěji onemocní pacienti mezi 50. až 60. rokem života. V poslední době ovšem nádorová onemocnění postihují i mladší populaci, výjimkou nejsou ani děti či dospívající. I tento zkoumaný soubor tvořilo více jak 50 % osob ve věku 45 až 65 let. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4 – Předpokládali jsme, že nemocemi štítné žlázy jsou častěji postiženy ženy než muži. Dostupná literatura uvádí mezi hlavními etiologickými faktory ženské pohlaví (Límanová, 2005). Ženy onemocní v průměru 4x až 6x častěji (Zamrazil et al., 2001). Tohoto výzkumu se účastnilo celkem 54 (64,3 %) žen a 30 (35,7 %) mužů. Z těchto 54 žen mělo karcinom 23 (43 %) žen. Z 30 mužů mělo karcinom 19 (63 %) mužů. Ze zjištěným dat vyplývá, že tento zkoumaný vzorek tvořilo více mužů než žen. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 5 – Předpokládali jsme, že pacienti s karcinomem štítné žlázy mají méně společenských aktivit. Z výzkumu vyplývá, že pacienti s karcinomem štítné žlázy skutečně vlivem nemoci omezili své společenské aktivity. 19 % dotazovaných muselo své aktivity omezit dost nebo velmi hodně oproti kontrolnímu souboru, kde vlivem nemoci omezilo své společenské aktivity jen 7 %. Z tohoto je patrné, že pacienti s maligním onemocněním jsou více společensky izolovaní. Tato hypotéza se nám potvrdila.

Hypotéza č. 6 – Předpokládali jsme, že pacienti s karcinomem štítné žlázy budou mít větší finanční obtíže než pacienti operovaní pro benigní onemocnění. Z výzkumného šetření skutečně vyplývá fakt, že pacienti s karcinomem štítné žlázy mají větší finanční obtíže než pacienti po operaci nodózní strumy. Je to dáno tím, že pacienti s maligním onemocněním mají delší pracovní neschopnost, léčba jejich onemocnění je delší a větší jsou i náklady spojené s léčbou a s nutností užívání léků. Celkem 43 % dotázaným pacientům léčba karcinomu způsobila velké finanční obtíže ve

srovnání s kontrolním souborem, kde se finanční obtíže vyskytly v 11 %.

Touto prací se také ověřovalo, zda je dotazník EORTC QLQ-C30 vhodným nástrojem k měření kvality života českých pacientů s karcinomem štítné žlázy. Ve světě je tento dotazník uznávaným nástrojem k měření kvality života onkologicky nemocných pacientů. Existují specifické verze dotazníků, které jsou speciálně vytvořené pro některá onkologická onemocnění. Pouze 11 pacientů neodpovědělo na všechny otázky. Troufáme si ale říct, že toto nevzniklo tím, že by pacienti dotazník nepochopili, ale že důvodem byla pacientova nepozornost nebo psychické rozpoložení. Všichni pacienti měli samozřejmě možnost se zeptat edukovaného personálu. Nikdo z těchto pacientů však této možnosti nevyužil. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že obecná verze dotazníku je použitelným nástrojem k měření kvality života pacientů s karcinomem štítné žlázy, ale vhodnější by byl dotazník specificky zaměřený na problematiku tyreopatií, zvláště karcinomů.

ZÁVĚR

Při výkonu svého povolání se velmi často setkávám s nemocnými, u nichž lékaři diagnostikovali karcinom štítné žlázy. Na našem pracovišti těmto pacientům sice vyoperujeme karcinomem postiženou štítnou žlázu, ale tím naše práce ve své podstatě končí. Karcinom štítné žlázy je přitom nejrozšířenějším nádorovým onemocněním žláz s vnitřní sekrecí. Existuje mnoho publikací, které pojednávají o nemocech štítné žlázy a je i relativně hodně literatury zabývající se kvalitou života obecně, ale v dostupné literatuře jsme nenašli žádnou knihu nebo práci, která se zabývá kvalitou života pacientů s karcinomem štítné žlázy. Proto jsem se rozhodla věnovat čas této problematice. Jako nástroj ke zjišťování kvality života byl použit mezinárodně uznávaný dotazník EORTC QLQ-C30, který měří kvalitu života onkologicky nemocných pacientů.

V teoretické části jsem se věnovala pojmu kvalita života, definicím a historií. Dále byl zmíněn rozsah a pojetí kvality života a způsoby měření kvality života. Další kapitola teoretické části se zabývala nemocí jako životní událostí a bolestí, která provází většinu nemocí. V kapitole o nemoci jsem charakterizovala pacientovo pojetí nemoci a popsala jednotlivé fáze boje s nemocí. Zmínila jsem i důležitý pojem sociální opora. V kapitole o bolesti jsem se pokusila shrnout informace o druzích bolesti, měření bolesti a o její léčbě. V předposlední kapitole teoretické části byly vysvětleny základní anatomické a fyziologické pojmy štítné žlázy, dále nejběžnější onemocnění štítné žlázy, typy karcinomů, vyšetřovací metody a léčba karcinomů. Nedílnou součástí výkladu byla i ošetrovatelská péče o pacienty po thyreoidektomie.

Vlastní empirická část měla za cíl zjistit kvalitu života nemocných po thyreoidektomii pro karcinom. Chtěla jsem zjistit, existují-li výraznější rozdíly ve vnímání kvality života pacientů s karcinomem a pacientů s uzlovým zvětšením štítné žlázy.

Cílem č. 1 bylo stanovit, která věková kategorie je více ohrožena vznikem karcinomu. Límanová ve své práci *Trendy soudobé endokrinologie* uvádí 5. dekádu života. Výzkumu se zúčastnily osoby od 18 let do 77 let. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byli pacienti ve věku od 46 let do 65, a to ve více jak 50 %.

Cíl č. 2 měl za úkol porovnat rozdíly mezi pohlavími ve vnímání kvality života. Z tohoto výzkumu poněkud lépe vnímají kvalitu života ženy než muži, ale tento rozdíl je statisticky nevýznamný.

Cílem č. 3 bylo zjistit, jaká je kvalita života u pacientů s karcinomem štítné žlázy po operačním výkonu. V práci jsme srovnávali 2 skupiny pacientů. První skupina byla tvořena pacienty trpící karcinomem štítné žlázy – tato skupina byla výzkumným souborem. Druhá skupina byla tvořena pacienty se zvětšenou štítnou žlázou a s uzlovou přestavbou žlázy – tuto skupinu jsme označili jako kontrolní soubor. Z výzkumu vyplynulo, že se kvalita života pacientů s maligním onemocněním statisticky významně neliší od kontrolního souboru. Medián kvality života u karcinomů byl 4,5. U pacientů kontrolního souboru pak medián činil 5.

Cílem č. 4 bylo zjistit, zda pacienti s karcinomem mají vyšší sklon k úzkosti a depresi než pacienti kontrolního souboru. Výzkumem se nepodařilo zjistit vyšší sklon k úzkosti a depresi u pacientů s karcinomem. Jediným statisticky významným údajem bylo zjištění vyšší míry napětí u pacientů s karcinomem.

K poměrně výrazným změnám kvality života došlo v oblastech role fungování a sociální fungování. Též v otázkách somatických se nacházejí změny k horšímu u pacientů s karcinomem. Tito pacienti měli více žaludečních obtíží a více po operaci zvraceli. Po psychické stránce se více cítili v napětí a také jim onemocnění způsobovalo větší finanční obtíže. Karcinom štítné žlázy tedy jistě kvalitu života nemocných zhoršuje, ne však natolik, aby se život s rakovinou stal pro pacienty nesnesitelným.

Posledním cílem této práce bylo určit, zda je dotazník EORTC QLQ-C30 vhodným nástrojem pro měření kvality života českých pacientů s karcinomem štítné žlázy. Dotazník byl přeložen z anglického originálu. Zdá se, že český překlad je velmi dobrý. Žádnému z dotazovaných pacientů se nezdál být nesrozumitelný. Tento dotazník je sice dobrým, avšak velmi obecným nástrojem. Tito pacienti by si zasloužili vhodnější, více specifitější nástroj ke zjišťování kvality jejich života. Tomuto požadavku by odpovídal dotazník z názvem QOL-Thyroid Scale (Dow, Ferrell, Anello, 1997), který ale, bohužel, není přístupný laické ani odborné veřejnosti.

Tento výzkum je jednou z prvních hlubších sond do kvality života pacientů s karcinomem štítné žlázy. Námětem pro další práci může být zjišťování kvality života pacientů s jednotlivými typy karcinomů štítné žlázy, protože mají různou prognózu a ta se prolíná do kvality pacientova života.

Anotace

Autor	Miluše Benáková, DiS.
Instituce	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce	Kvalita života pacientů s karcinomem štítné žlázy
Vedoucí práce	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran	89
Počet příloh	5
Rok obhajoby	2011
Klíčová slova	Kvalita života, nemoc, štítná žláza, karcinom štítné žlázy, struma nodóza, dotazník EORTC QLQ-C30

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů s karcinomem štítné žlázy. Popisuje problematiku kvality života, nemoc a bolest, charakterizuje typy karcinomu štítné žlázy. Součástí je i ošetřovatelská péče o pacienty s karcinomem štítné žlázy. Empirická část je zaměřena na kvantitativní výzkum, zkoumající kvalitu života s karcinomem štítné žlázy. Kvalita života byla zjišťována u dvou skupin nemocných. Jednu skupinu tvoří pacienti s diagnostikovaným karcinomem štítné žlázy, podstupující operační léčbu – thyreoidektomii. Druhou skupinu tvoří pacienti se zvětšenou štítnou žlázou a uzlovou přestavbou této žlázy, kteří také podstupují operační léčbu – thyreoidektomii. Cílem je porovnání kvality života těchto dvou skupin. Pomocí dotazníku EORTC QLQ-C30 zjišťujeme vliv nemoci na jejich kvalitu života. Výzkumného šetření se účastnilo 84 pacientů po operaci štítné žlázy. Z toho bylo 42 pacientů operováno pro karcinom štítné žlázy a 42 pacientů bylo operováno pro benigní onemocnění štítné žlázy (struma nodoza). Po vyhodnocení dotazníku jsou zjištěny výraznější rozdíly u pacientů s maligním onemocněním v několika oblastech kvality života. Rozdíly byly zaznamenány především v pocitech napětí, dále v oblasti plnění sociálních rolí. Pacienti s maligním onemocněním také více trpěli žaludečními obtížemi, více zvraceli. Také měli větší finanční obtíže.

This bachelor's thesis discusses about the quality of life of patients with thyroid cancer. It describes the problems of quality of life, illness and pain, characterized types of thyroid cancer. It also includes nursing care for patients with thyroid cancer. The empirical part focuses on quantitative research examining the quality of life with cancer of the thyroid gland. Quality of life was studied in two groups of patients. One group consists of patients with thyroid cancer diagnosed undergoing surgical treatment - thyroidectomy. The second group consists of patients with an enlarged thyroid gland and glands of the conversion node, which also undergo surgical treatment - thyroidectomy. The aim is to compare the quality of life for these two groups. Using a questionnaire we survey the impact of disease on their quality of life. Using a questionnaire EORTC QLQ-C30, we see the impact of disease on their quality of life. Research participated in the investigation of 84 patients after thyroid surgery. Of these, 42 patients operated on for thyroid cancer and 42 patients were operated on for benign thyroid disease (goiter nodosa). After evaluating the questionnaire found significant differences in patients with malignant disease in several areas of quality of life. Differences were observed mainly in the excitement, as well as the fulfillment of social roles. Patients with cancer also suffer more stomach problems, more vomiting. They also had more financial difficulties

LITERATURA

- BRUNOVÁ, J., BRUNA, J. *Klinická endokrinologie a zobrazovací diagnostika endokrinopatií*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 456 s. ISBN 978-80-7345-190-5
- DOSTÁLKOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 208 s. ISBN 80-7169-040-6
- DUNTAS, I., H., BIONDI, B. *Short-term hypothyroidism after levothyroxine withdrawal in patients with differentiated thyroid cancer; clinical and quality of life consequences*. *European Journal of Endocrinology*, 2007. 156 s.
- DVOŘÁK, J. *Štítná žláza a její nemoci; poučení pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Sefira, 2002. 138 s. ISBN 80-902859-1-0
- FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., DAVID, O., ed. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3
- GANONG, W. F. *Přehled lékařské fyziologie*. 1. vyd. Jinočany, 1995. 683 s. ISBN 80-85787-36-9
- GERHARDT, G. *Chronické bolesti: Úspěšná léčba*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2001. 104 s. ISBN 80-240-2148-X
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2
- JANEČKOVÁ, H. Úloha komunikace při zlepšování kvality péče ve zdravotnictví. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví* 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- JANEČKOVÁ, H. Životní události a kvalita života. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

- KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- LÍMANOVÁ, Z. *Trendy soudobé endokrinologie2: Štítná žláza*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 371 s. ISBN 80-7262-400-8
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399
- MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9
- MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, 2009. 70 s. ISBN 978-80-7392-120-0
- MARKALOUS, B., GREGOROVÁ, M. *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 3.vyd. Praha: TRITON, 2007. 197 s., ISBN 978-80-7254-961-0
- PETROVICKÝ, P. a spol. *Systematická, topografická a klinická anatomie X*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 87 s. ISBN 80-7184-108-0
- REJTHAR, A., VOJTĚŠEK, B. *Obecná patologie nádorového růstu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0238-X
- RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J., et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. 154 s. ISBN 978-80-7392-073-9
- SLÁMA, O. Kvalita života onkologicky nemocných. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- STÁRKA, L., a kol. *Pokroky v endokrinologii*. Praha: Maxdorf, 2007. 785 s. ISBN 978-80-7345-129-5
- TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 496 s. ISBN 80-7169-311-1
- TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0
- VAVRDA, V. Změna kvality života: očekávání a realita. In J. Payne et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

VOŠMIK, M., DOLEŽAL, J., ČELAKOVSKÝ, P., ODRÁŽKA, K. “*Karcinomy štítné žlázy*”, monografie Radiační onkologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007.

ISBN 978-80-246-1443-4

WEBER, W. *Umění žít s rakovinou*. 1. vyd. Plzeň: Mustang, 1996. 147 s.

ISBN 80-7191-090-2

WOLF, J. *Antropologie pro každý den*. 1. vyd. Praha: ARSCI, 2004. 304 s.

ISBN 80-86078-42

DIPLOMOVÉ A DIZERTAČNÍ PRÁCE

ČIHÁKOVÁ, I. *Kvalita života u pacientů s tracheostomií*. Bakalářská práce

obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006. 89. s.

Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

JANEČKOVÁ, P. *Psychosociální aspekty tyreopatie*. Dizertační práce obhájená na

Fakultě sociálních studií Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 210 s. Depon in:

http://is.muni.cz/th/97585/fss_d/Disertacni_prace.pdf

VÁVROVÁ, B. *Kvalita života onkologicky nemocných pacientů podstupujících*

chemoterapii. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v

Hradci Králové v r. 2009. 81 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství

Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Internetové zdroje

FREYER, G., LIGNEAU, B. et al. *Quality of life in patients at risk of medullary thyroid carcinoma and followed y a comprehensive medical network: Trends for future evaluations*. 2001. [online] . [cit. 2010 – 9- 14]. Dostupné z WWW. <http://annonc.oxfordjournals.org/content/12/10/1461.short>

HAAS, V., ČELAKOVSKÝ, P., BRTKOVÁ, J., HORNYCHOVÁ, H. *Unusual manifestation of anaplastic thyroid cancer*. 2008. [online] . [cit. 2010 – 9- 14]. Dostupné z WWW. http://www.lfhk.cuni.cz/Data/files/Casopisy/2008/2008_233.pdf

WATT, T., GROENVOLD, M. et al. *Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review*. 2006. [online] . [cit. 2010 – 9- 14]. Dostupné z WWW. <http://www.eje-online.org/cgi/reprint/154/4/501>

Dotazník EORTC – QLQ – C30. 2010. [online] . [cit. 2010 – 9- 10]. Dostupné z WWW. <http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/C30/QLQ-C30%20Czech.pdf>

SCManualQLQ-C30. 2010. [online] . [cit. 2010 – 9- 10]. Dostupné z WWW. <http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník EORTC QLQ-C30

CZECH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

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

Uveďte prosím své iniciály:

--	--	--	--	--

Vaše datum narození (den, měsíc, rok):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dnešní datum (den, měsíc, rok):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
1. Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru?	1	2	3	4
2. Míváte potíže při <u>dlouhé</u> procházce?	1	2	3	4
3. Míváte potíže při <u>krátké</u> procházce venku?	1	2	3	4
4. Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne?	1	2	3	4
5. Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?	1	2	3	4

Během minulého týdne:

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
6. Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?	1	2	3	4
7. Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?	1	2	3	4
8. Nedostávalo se Vám dechu?	1	2	3	4
9. Měl/a jste bolesti?	1	2	3	4
10. Potřeboval/a jste si odpočinout?	1	2	3	4
11. Měl/a jste potíže se spaním?	1	2	3	4
12. Cítil/a jste se slabý/á?	1	2	3	4
13. Chyběla Vám chuť k jídlu?	1	2	3	4
14. Měl/a jste žaludeční potíže?	1	2	3	4
15. Zvracel/a jste?	1	2	3	4
16. Měl/a jste zácpu?	1	2	3	4

Prosím, přejděte na následující stranu

Během minulého týdne:

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

U následujících otázek prosím zakroužkujte v rozmezí od 1 do 7 tu odpověď, která se pro Vás nejlépe hodí29. Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatné

Vynikající

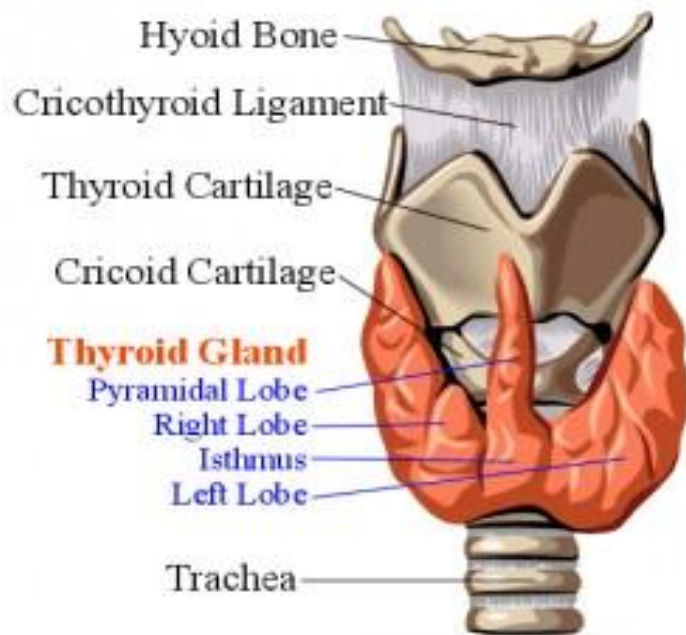
30. Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatná

Vynikající

Příloha č. 2 – Anatomické uložení štítné žlázy



Adapted from Corel Draw 9

family
FP practice
notebook.com
© Copyright 2000 by Corel Corporation

Příloha č. 3 – Nejčastější ošetrovatelské diagózy v NANDA doménách

Aktuální nebo potencionální ošetrovatelské diagózy, které se nejčastěji vyskytují u pacientů po operaci štítné žlázy:

Číslo domény	Název domény	Třída	Číslo oš. diag-nózy	Název ošetrovatelské diagózy
Číslo 9	Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	00148	Strach
Číslo 11	Bezpečnost - ochrana	Infekce	00004	Riziko infekce
Číslo 11	Bezpečnost - ochrana	Termoregulace	00007	Hypertermie
Číslo 12	Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
Číslo 12	Komfort	Tělesný komfort	00134	Nauzea
Číslo 2	Výživa	Hydratace	00028	Riziko deficitu tělesných tekutin
Číslo 3	Vylučování a výměna	Vyprazdňování moči	00023	Retence moči
Číslo 3	Vylučování a výměna	Gastrointestinální funkce	00015	Riziko zácpy
Číslo 4	Aktivita - odpočinek	Spánek - odpočinek	00095	Porušený spánek
Číslo 4	Aktivita - odpočinek	Energetická rovnováha	00093	Únava
Číslo 5	Vnímání - poznávání	Poznávání	00126	Deficitní znalost

Příloha č. 4 – Statisticky nevýznamné rozdíly v odpovědích pacientů (maligní nádory versus benigní léze)

Číslo otázky	Obsah otázky	Chi-kvadrát	Pravděpodobnost	Významnost rozdílu
otázka číslo 1	Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru ?	0,71	0,87	není významný rozdíl
otázka číslo 2	Míváte potíže při dlouhé procházce?	4,77	0,19	není významný rozdíl
otázka číslo 3	Míváte potíže při krátké procházce venku?	1,56	0,46	není významný rozdíl
otázka číslo 4	Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne?	3,36	0,34	není významný rozdíl
otázka číslo 5	Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?	1,91	0,17	není významný rozdíl
otázka číslo 7	Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?	5,15	0,16	není významný rozdíl
otázka číslo 8	Nedostávalo se Vám dechu?	1,49	0,48	není významný rozdíl
otázka číslo 10	Potřeboval/a jste si odpočinout?	3,37	0,34	není významný rozdíl
otázka číslo 11	Měl/a jste potíže se spaním?	3,68	0,3	není významný rozdíl
otázka číslo 12	Cítil/a jste se slabý/á?	1,62	0,65	není významný rozdíl
otázka číslo 13	Chyběla Vám chuť k jídlu?	7,78	0,05	není významný rozdíl
otázka číslo 16	Měl/a jste zácpu?	5,27	0,07	není významný rozdíl
otázka číslo 17	Měl/a jste průjem?	1,33	0,51	není významný rozdíl
otázka číslo 18	Byl/a jste unavený/á?	1,13	0,77	není významný rozdíl
otázka číslo 19	Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?	5,81	0,12	není významný rozdíl
otázka číslo 20	Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	1,11	0,77	není významný rozdíl
otázka číslo 22	Cítil/a jste obavy?	1,24	0,74	není významný rozdíl
otázka číslo 23	Cítil/a jste podráždění?	4,3	0,12	není významný rozdíl
otázka číslo 24	Cítil/a jste se být deprimován/a?	6,56	0,09	není významný rozdíl
otázka číslo 25	Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	0,57	0,9	není významný rozdíl
otázka číslo 26	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho rodinného života?	4,69	0,2	není významný rozdíl
otázka číslo 27	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?	4,23	0,24	není významný rozdíl
otázka	Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví	9,87	0,2	není významný rozdíl

číslo 29	v průběhu minulého týdne?			
otázka číslo 30	Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?	10,95	0,09	není významný rozdíl

Příloha č. 5 – Souhlas FN Motol s výzkumem

Vážená paní
Jana Jandová
vrchní sestra kliniky otorinolaryngologie
a chirurgie hlavy a krku UK 1. LF a FN Motol
V úvalu 84
Praha 5
150 06

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na klinice Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
FN Motol v Praze

Vážená paní Jandová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN Motol, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Miluše Benákové, nar. 18. 7. 1983, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – obor: Všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnotit kvalitu života u pacientů s karcinomem štítné žlázy. Faktory, které hodláme zkoumat, jsou věk pacientů, bolesti v pooperačním období, projevy nauzey a zvracení pooperačním obdobím a v průběhu léčby, dále se zaměříme na vnímání strachu a projevy deprese. Využití získaných informací povede k dalšímu zkvalitnění péče o tyto pacienty a ke snaze pochopit jejich prožívání nemoci.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti. Přiložený dotazník je dotazníkem mezinárodně uznávaným pro zjišťování kvality života pacientů s rakovinou.


Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, Csc., přednosty Ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové.

Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem


prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.
Ústav sociálního lékařství
LF UK Hradec králové
tel: 495816426
email: mares@lfhk.cuni.cz

VYJÁDŘENÍ INSTITUCE

- souhlasím
 nesouhlasím


Odůvodnění:

SOUHLASÍM

Datum:

22. 10. 2010

Podpis, razítko


Mgr. Jana Blaváková, MBA
námeštkyně pro oš. péči FN Motol