

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

BALAKÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2015

Dagmar Bejdlová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



Dagmar Bejdlová

Možnosti ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných

Possibilities of Occupational Therapy Intervention for Cancer Patients

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Petra Sládková, Ph.D.

Praha, 2015

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní MUDr. Petře Sládkové, Ph.D. za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále děkuji všem fyzioterapeutkám a ergoterapeutkám, které mně provázely během odborné praxe ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a umožnily mi tak ověřit si zde praktické znalosti.

Mimořádné poděkování patří Mgr. Jitce Holubcové, která mě opakovaně podporovala během celého studia.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

DAGMAR BEJDLOVÁ

V Praze dne:

Podpis studenta

Identifikační záznam:

BEJDLOVÁ, Dagmar. *Možnosti ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných. [Possibilities of Occupational Therapy Intervention for Cancer Patients]*. Praha, 2015. 84 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Sládková, Petra.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Dagmar Bejdlová

Vedoucí práce: MUDr. Petra Sládková, Ph.D.

Název bakalářské práce:

Možnosti ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných

Abstrakt:

Cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku onkologicky nemocných a představit možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii.

V teoretické části bakalářské práce je zpracován přehled nejdůležitějších pojmů z oblasti onkologie. Jsou zde nastíněny jednotlivé typy léčby v onkologii včetně jejich nežádoucích účinků. Také jsou zde uvedeny nejčastější onkologické diagnózy v České republice a ve světě. Dále jsou v práci popsány obecné možnosti rehabilitační péče u osob se zhoubnými nádory. Další část je pak zaměřena přímo na ergoterapeutickou intervenci v onkologii.

Praktická část je věnována vytvoření informačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii. Je primárně určen pro laiky, ale jako prvotní zdroj informací o ergoterapii může dobře sloužit i odborníkům pracujícím v onkologii.

Klíčová slova:

ergoterapie

ergoterapeutická intervence

rehabilitace v onkologii

ergoterapie v onkologii

onkologie

zhoubný nádor

Abstract:

The aim of this thesis is to approach the issue of cancer patients and to present occupational therapy intervention in oncology.

The theoretical part of the thesis is an overview of the most important concepts from the field of oncology. It outlines different types of treatments in oncology, including their side effects. There are also the most frequent cancer diagnoses in the Czech Republic and abroad. Furthermore, the work describes the general possibilities of rehabilitation for people with cancer. Next part is focused directly at the occupational therapy intervention in oncology.

The practical part offers informational material about the possibilities of occupational therapy in oncology. It is primarily intended for laymen, but as a primary source of information on occupational therapy may well serve professionals working in oncology.

Key words:

occupational Therapy

occupational Therapy intervention

rehabilitation in oncology

occupational Therapy in Oncology

oncology

cancer

Obsah:

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
1 ÚVOD.....	12
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	14
2.1 Vymezení základní terminologie.....	14
2.1.1 Základní pojmy.....	14
2.1.2 Stručný pohled do historie onkologie.....	15
2.1.3 Současnost české onkologie.....	16
2.2 Nádorová onemocnění.....	18
2.2.1 Základní rozdělení nádorových onemocnění.....	18
2.2.2 Nádorová onemocnění podle MKN.....	19
2.3 Četnost jednotlivých nádorových onemocnění.....	21
2.3.1 Četnost nádorových onemocnění ve světě.....	21
2.3.2 Četnost nádorových onemocnění v České republice.....	21
2.4 Protinádorová léčba.....	23
2.4.1 Typy protinádorové léčby a nežádoucí účinky.....	23
2.5 Ergoterapie u pacientů s nádorovým onemocněním.....	29
2.5.1 Vymezení pojmu ergoterapie.....	29
2.5.2 Ergoterapeutický proces.....	30
2.5.3 Obecné principy vytváření ergoterapeutického plánu.....	30
2.5.4 Obecné rehabilitační principy v onkologii.....	31
2.5.5 Faktory ovlivňující rehabilitační postupy v onkologii.....	32
2.5.6 Používané metody a techniky.....	33
2.5.7 Specifické kontraindikace rehabilitačních postupů v onkologii.....	34
2.5.8 Specifika egoterapeutické intervence v onkologii.....	35
2.5.8.1 Hlavní rysy ergoterapie v onkologii.....	35
2.5.8.2 Ergoterapeutické intervence v jednotlivých fázích protinádorové léčby.....	35
2.5.8.3 Možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii podle AOTA.....	36
2.5.8.4 Časové rozvržení aktivit během intenzivní protinádorové léčby.....	37
2.5.8.5 Ergoterapie po skončení intenzivní protinádorové léčby.....	38
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
3.1 Cíle bakalářské práce a základní otázka.....	40
3.2 Postup bakalářské práce.....	40
3.2.1 Postup teoretické části bakalářské práce.....	40

3.2.2	Postup praktické části bakalářské práce.....	41
3.3	Průzkumný dotazník.....	42
3.3.1	Výběr respondentů pro dotazník.....	42
3.3.2	Vlastní sběr dat.....	43
3.3.3	Shrnutí výsledků dotazníku.....	45
3.4	Ergoterapeutická intervence v onkologii.....	46
3.5	Propagační leták – Ergoterapie v onkologii.....	78
3.6	Kazuistika.....	78
4	DISKUZE.....	89
5	ZÁVĚR.....	94
6	SEZNAM LITERATURY.....	96
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	104

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – Activities of daily living neboli aktivity denního života, běžné denní činnosti

ČOS – Česká onkologická společnost

ČOS ČLS JEP – Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ET – ergoterapie

KOC – Komplexní onkologické centrum

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NOP – Národní onkologický program

NOP ČR – Národní onkologický program České republiky

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WCRF – World Cancer Research Fund neboli Světový fond pro výzkum rakoviny

WHO – World Health Organization neboli Světová zdravotnická organizace

ZN – zhoubný novotvar

1 ÚVOD

Lidé se mohou během svého života setkat s nejrůznějšími onemocněními, která více či méně ovlivňují kvalitu jejich žití. Jednou s významných skupin chorob, která v celosvětovém měřítku do značné míry zasahuje do lidského života, jsou nádorová onemocnění.

Téma „Možnosti ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných“ jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila zejména proto, že onkologická onemocnění představují velice závažnou problematiku týkající se i značné části české populace. V očích široké veřejnosti bývá často téma zhoubných nádorů tabuizováno a spojováno s obavami z možné smrti. Dnešní protinádorová léčba je však natolik úspěšná, že při včasném odhalení choroby, jsou mnohé nádory léčitelné a často i kompletně vyléčitelné. K úspěšné léčbě může nemalou měrou pomoci i rehabilitace jejíž nedílnou součástí je ergoterapie.

Motivací k vytvoření této bakalářské práce mi byla má osobní zkušenost z práce dobrovolníka v občanském sdružení Amelie. Amelie, o.s. nabízí psychosociální služby onkologicky nemocným a jejich blízkým. Do Amelie, o.s. docházejí onkologičtí pacienti v různých fázích nemoci a její léčby. V týmu odborníků, kteří s nemocnými pracují je základně zastoupen lékař, psychoterapeut a sociální pracovník. Dále občanské sdružení spolupracuje s dobrovolníky, kteří se uplatňují především v rámci aktivizace klientů a vedení volnočasových aktivit. V současnosti není do sdružení zapojen nikdo z oblasti rehabilitace respektive ergoterapie. Jako studentka ergoterapie jsem chtěla prověřit možnosti tohoto oboru a jeho využití v oblasti onkologie. Začala jsem se tedy následně více zabývat vhodností ergoterapie pro onkologicky nemocné.

Vzhledem k širokým možnostem ergoterapie považuji za opodstatněné více tento obor představit široké veřejnosti a to jak laické tak i odborné. Při své práci s pacienty s nádorovým onemocněním jsem setkala s tím, že ergoterapie je u nich během jejich léčby jen velmi málo využívaná a mnozí pacienti tento obor vůbec neznají. Smyslem této práce je tedy představit možnosti ergoterapeutické intervence pro onkologicky nemocné. Výstupem mé práce je informační leták, který osvětluje onkologickým pacientům možnosti ergoterapie. Tento leták je určený rovněž pro odborníky pracující s pacienty s nádorovým onemocněním a měl by sloužit k přehlednému představení pole ergoterapeutické působnosti. Informace o ergoterapii

jsem se snažila co nejvíce zjednodušit tak, aby se v problematice dalo snadno zorientovat a materiál byl snadno využitelný co nejširším okruhem osob.

Téma ergoterapie v onkologii již bylo v České republice zpracováváno. Problematice se věnovaly i některé bakalářské práce (Kladivová, 2003; Podzemská, 2001). Tyto práce jsou však více zaměřené na konkrétní typy onkologických onemocnění. Podzemská (2001) se ve své bakalářské práci zabývá využitím ergoterapie u dětských pacientů s nádory centrálního nervového systému. Kladivová (2003) se zaobírá možnostmi ergoterapie u žen s karcinomem prsu a problematikou, kterou způsobuje ablace prsu. Já jsem se ve své bakalářské práci rozhodla pro zobecnění tématu, tak aby výsledný informační materiál poskytl, co možná nejširší pohled na problematiku týkající se onkologicky nemocných a možností využití ergoterapeutické intervence v této oblasti.

Bakalářská práce je členěna na dvě základní části a to teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce je zpracován přehled nejdůležitějších pojmů z oblasti onkologie. Jsou zde nastíněny jednotlivé typy léčby v onkologii včetně jejich nežádoucích účinků. Také jsou zde uvedeny nejčastější onkologické diagnózy v České republice a ve světě. Dále jsou v práci popsány obecné možnosti rehabilitační péče u osob se zhoubnými nádory. Další část je pak zaměřena přímo na ergoterapeutickou intervenci v onkologii. Praktická část je věnována vytvoření informačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii. Je primárně určen pro laiky, ale jako prvotní zdroj informací o ergoterapii může dobře sloužit i odborníkům pracujícím v onkologii.

Hlavním cílem celé práce je přiblížit problematiku onkologicky nemocných a představit možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii. S tím souvisí i vytvoření výše zmiňovaného informačního materiálu, který představuje možnosti ergoterapie v onkologii. Je primárně určen pro laiky, ale jako prvotní zdroj informací o ergoterapii může dobře sloužit i odborníkům pracujícím v onkologii.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

2.1.1 Základní pojmy

Pro snadnější zorientování v problematice onkologie je důležité seznámit se se základními termíny používanými v této oblasti. Rozsáhlý slovník pojmů z oblasti onkologie je uveden na internetových stránkách České onkologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČOS ČLS JEP). Slovník je volně přístupný široké veřejnosti.

Výběr ze slovníku ČOS ČLS JEP:

- *„**Onkologie** - medicínský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou zhoubných nádorů (z řeckého onkos = nádor)*
- ***Nádor zhoubný (maligní)** - Růst a množení nádorových buněk se zcela vymyká kontrole organismu. Nádor roste destruktivně, výběžky nádoru pronikají (infiltrují) do zdravých tkání (odtud i název rakovina – nádor a jeho výběžky se podobají raku s dlouhýma nohama) a vytváří vzdálené metastázy.*
- ***Rakovina** - Český název používaný obecně jako synonymum pro zhoubný nádor. Správněji by se termín „rakovina“ měl používat jen jako synonymum pro karcinom.*
- ***Karcinom** - Zhoubný nádor z epitelových buněk. Karcinomy jsou nejčastějšími nádory dospělého věku, zatímco u dětí se vyskytují jen zcela výjimečně.*
- ***Metastáza** - Nádorové buňky se oddělují od svého mateřského ložiska a na jiném místě organismu vytvářejí druhotné (dceřiné) nádorové ložisko.*
- ***Tumor** - Označení pro zduření jakéhokoli původu, nejčastěji se používá pro označení benigního nebo maligního nádoru.“*

(ČOS ČLS JEP , 2015)

Pro snadné vyhledávání medicínských termínů lze také využít on-line verzi lékařského slovníku.

Výběr z lékařského slovníku slovníku:

- „**Nádor** (novotvar, tumor) – patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle.
- **Maligní zhoubný nádor** při svém růstu ničí okolní tkáně, zakládá dceřiná ložiska metastázy a má rovněž celkové účinky na organismus.
- **Benigní nezahubný nádor** roste ohraničeně a metastázy nezakládá.
- **Carcinoma in situ** – karcinom lokalizovaný v místě svého vzniku, včasná léčba může přinést plnou úzdravu “ (Velký lékařský slovník, 2008).

2.1.2 Stručný pohled do historie onkologie

Nádorová onemocnění se v lidské populaci pravděpodobně objevují už od počátku jejího vzniku. O výskytu nádorů svědčí mnohé archeologické nálezy. Zaznamenané změny na kosterních pozůstatcích odpovídají možnému nádorovému onemocnění. Je možné se domnívat, že některé primitivní chirurgické zákroky byly prvními pokusy o protinádorovou léčbu. Z období středověku existují záznamy tehdejších učenců o medikamentózní léčbě nádorů. Jedním z těch, kdo se zabývali možnými způsoby léčby nádorových onemocnění, byl Abú Alí al-Husajn ibn Abdulláh ibn Síná zvaný Avicenna. Ve svém díle „Kanón medicíny“ popisuje tehdejší léčebné postupy využívající arsenik a rostlinné extrakty. Můžeme zde hovořit o jistém druhu chemoterapie (Klener, 2002).

Terminologie, se kterou se běžně setkáváme v dnešní medicíně, má svůj kořen v dávné historii. Pojem karcinom (karcinóma) zavedl již v antickém Řecku Hippokrates. Předpokládá se, že název odvodil podle vzhladu pokročilého karcinomu prsu, jež připomínal klepeta kraba nebo raka (řecké karkínos = rak). Z této doby také pochází pojem tumor (onkos = krab) (Petruželka a Konopásek, 2003).

Systematický rozvoj onkologie však datujeme až od 19. století. Z počátku se jednalo především o chirurgické metody. Později s objevem radia a rentgenového záření se možnosti léčby pacientů rozšířily. Začaly se objevovat skupiny lékařů zabývajících se onkologickou problematikou. Na našem území byl v roce 1862 založen Spolek českých lékařů, pod jehož záštitou vznikl v roce 1904 Spolek pro potírání rakoviny v Praze (Dienstbier a Stáhalová, 2012). Hlavním posláním spolku bylo vybudování sanatoria, kde by mohly být cíleně léčeny nádorové choroby. S činností spolku jsou

neodmyslitelně spjata jména předních českých lékařů, jako byly prof. Rubeška, prof. Hlava nebo prof. Jedlička. Činnost spolku se postupně rozvíjela nejen v Praze, ale pobočky vznikaly i v jiných městech. Za zmínku stojí, že v Praze na místě onkologického ústavu založeného spolkem v roce 1936 dodnes funguje Ústav radiální onkologie v Praze na Bulovce, obdobně v Brně navázal na dřívější léčebnu dnešní Masarykův onkologický ústav (Klener, 2002).

Další vývoj onkologie v Československu poznamenala druhá světová válka a události po roce 1948, kdy byla značně omezena široká mezinárodní spolupráce. V roce 1952 převzala činnost spolku kancerologická sekce Československé lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Postupně se z ní formovala Onkologická společnost. Ta se v roce 1969 rozdělila do dvou základních oblastí radioterapeutické a onkologické (Duda, 2007).

Osamostatnění společnosti jako Československé onkologické společnosti, bylo dáno dynamickým rozvojem onkologie a potřebou komplexního přístupu v léčbě onkologicky nemocných (Linhartová, 2000).

2.1.3 Současnost české onkologie

Z Československé onkologické společnosti vznikla **Česká onkologická společnost** (ČOS), která podporuje onkologický výzkum a kromě jiného zpracovává standardy základní onkologické péče. V roce 2003 vytvořila Národní onkologický program České republiky (NOP ČR).

Národní onkologický program (NOP) byl vypracován přímo pro potřeby České republiky (ČR) a byl vytvořen v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO) přijatými ke kontrole nádorových onemocnění. Cíle NOP směřují ke snižování výskytu a úmrtnosti nádorových onemocnění, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR (NOP, 2015).

Mottem NOP ČR je: *„Správná léčba správnému pacientovi ve správný čas a na správném místě“* (NOP, 2015). Toto motto vystihuje podstatu úspěšné léčby nádorového onemocnění. Zde je nutná spolupráce celého týmu profesionálů z řad lékařů, zdravotníků, odborníků z duchovní a psychosociální oblasti spolu s rodinou a blízkými nemocného. Protinádorová léčba je mnohdy velice agresivní, má množství vedlejších účinků na organismus nemocného, které ho výrazně omezují v jeho

dosavadním životě. Pro možný návrat onkologicky nemocného k aktivitám denního života (ADL) může být velice nápomocná rehabilitace jejíž nedílnou součástí je i ergoterapie.

Léčba onkologických pacientů tedy v ČR probíhá podle Národního onkologického programu České republiky pod garancí české onkologické společnosti. K léčbě jsou určena specializovaná onkologická pracoviště. Jedná se o rozsáhlou síť zdravotnických zařízení, které poskytují zdravotní péči onkologicky nemocným. V roce 2006 byla zřízena **Komplexní onkologická centra (KOC)**, která splňují kritéria daná ČOS. Komplexní onkologická centra (KOC) jsou zdravotnická zařízení či jejich sdružení, která v rámci péče o onkologické pacienty splňují kritéria deklarovaná Českou onkologickou společností. S těmito zařízeními spolupracují ostatní onkologická pracoviště na úrovni kraje. Podle údajů Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) je v roce 2015 celé ČR sedmnáct KOC. Na ně jsou navázány další nemocnice, polikliniky, specializovaná onkologická centra, ale i léčebny dlouhodobě nemocných a hospice (MZ ČR, 2015).

Proto, aby zdravotnické zařízení splňovalo podmínky pro získání statutu KOC, je požadované i dostatečné personální zabezpečení. V interprofesním týmu je kromě lékařů, zdravotních sester, radiologů, nutričního terapeuta, klinického psychologa, sociálního pracovníka, zastoupen také fyzioterapeut. Ergoterapeut není primárně členem týmu KOC. Pokud to personální situace zdravotnického zařízení umožňuje může být ergoterapeut přizván k jednotlivým případům na základě indikace lékařem (MZ ČR, 2014).

2.2 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

2.2.1 Základní rozdělení nádorových onemocnění

Vhodná léčba pacienta je nastavená podle povahy jeho onemocnění. Jedním s podstatných faktorů určující další léčbu je určení typu nádoru.

Z hlediska biologického chování nádory rozdělujeme do dvou základních skupin:

- **benigní** – nezhoubné nádory,
- **maligní** – zhoubné nádory.

Maligní nádory, které jsou hlavním předmětem onkologické léčby, jsou charakterizovány rychlým růstem, šířením do okolí a vytvářením metastáz. Nádorový růst se základně projevuje třemi způsoby:

- **expanzivní** – dochází k útlaku a následně atrofii okolních tkání,
- **infiltrativní** – prorůstání nádorových buněk mezi okolní tkáně,
- **invazivní** – je typický pro zhoubné nádory, dochází k destrukci okolních tkání

(Vorlíček, 2006).

Podle Virchovova konceptu rozeznáváme pět kategorií nádorů:

- **epitelové** – vycházející z epitelu, obecně se označují jako karcinomy,
- **mezenchymové** – vycházejí z pojiva, označují se jako sarkomy,
- **hematopoetické** – nádory týkající se krvetvorné tkáně,
- **nádory s víceliniovou diferenciací** – zárodečné nádory a teratomy,
- **neklasifikovatelné nádory** (Adam, 2003).

K určení rozsahu nádoru je v ČR používána klasifikace TNM. Tento klasifikační systém je založen na stanovení třech základních ukazatelů a míře jejich postižení:

T – tumor = nádor

N – noduli = uzliny

M – metastases = metastázy

Klasifikace podle TNM:

- **T – tumor** – určuje rozsah primárního nádoru (T1 – T4, T0 pokud nelze určit primární ložisko, Tx – nelze vymežit rozsah, Tis – carcinoma in situ),
- **N – noduli** – určuje stav regionálních mízních uzlin (N1 – N3, N0 – negativní nález, Nx – nelze spolehlivě určit),
- **M – metastases** – určuje přítomnost (M1) nebo nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz (Klener, 2011).

Výsledkem této klasifikace nádorů je pět stadií. Čím nižší klinické stadium, tím má pacient větší šanci na úspěšnou léčbu. Nejlepší prognózu na vyléčení má pacient s klinickým stádiem 0, nejhorší prognózu má stadium IV (Petružalka a Konopásek, 2003).

Klinická stádia nádorů:

- **klinické stadium 0** – jedná se o carcinoma in situ, bez výskytu metastáz,
- **klinické stadium I** – malý invazivní karcinom, bez metastáz,
- **klinické stadium II** – větší invazivní karcinom s nevelkým postižením uzlin,
- **klinické stadium III** – rozsáhlý invazivní karcinom s rozsáhlým postižením uzlin,
- **klinické stadium IV** – přítomnost vzdálených metastáz při jakémkoli rozsahu primárního nádoru (Petružalka a Konopásek, 2003).

2.2.2 Nádorová onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)

V ČR je platný jednotný systém označování a klasifikaci nemocí publikovaný světovou zdravotnickou organizací (WHO). Jedná se o Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů. V současné době je platná verze MKN-10. Jedná se o 10. revizi, která byla aktualizovaná k 1. 4. 2014 (ÚZIS ČR). Následující přehled napovídá, jak rozsáhlá je skupina onkologických onemocnění.

Označení nádorových onemocnění podle MKN-10:

C00-D48 – NOVOTVARY

C00-C97 – zhoubné novotvary

C00-C75 – zhoubné novotvary, podle zjištění nebo předpokladu primární, určených lokalizací, vyjma mízní krvinek a příbuzné tkáně

C00-C14 – ret, dutina ústní a hltan

C15-C26 – trávicí ústrojí

C30-C39 – dýchací a nitrohruční orgány

C40-C41 – kost a kloubní chrupavka

C43-C44 – kůže

C45-C49 – mezoteliální a měkká tkáň

C50 – prs

C51-C58 – ženské pohlavní orgány

C60-C63 – mužské pohlavní orgány

C64-C68 – močové ústrojí

C69-C72 – oko, mozek a jiné části centrální nervové soustavy

C73-C75 – štítná žláza a jiné žlázy s vnitřní sekrecí

C76-C80 – zhoubné novotvary nepřesně určených, sekundárních a neurčených lokalizací

C81-C96 – zhoubné novotvary, podle zjištění nebo předpokladu primární mízní, krvinek a příbuzné tkáně

C97 – zhoubné novotvary mnohočetných samostatných (primárních) lokalizací

D00-D09 – novotvary in situ

D10-D36 – nezhoubné novotvary

D37-D48 – nádory nejistého či neznámého chování

(MKN-10, 2014)

Onkologické onemocnění může postihnout jakoukoli orgánovou soustavu lidského těla a podle toho má i dopad na celý organismus. Je proto velice obtížné zobecňovat postupy léčby nádorových onemocnění. Každý typ nádoru má svá specifika.

2.3 ČETNOST NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

2.3.1 Četnost nádorových onemocnění ve světě

Problematika nádorového onemocnění je závažným tématem celosvětové medicíny. Statistky Světového fondu pro výzkum rakoviny (World Cancer Research Fund International – WCRF International) uvádějí, že **v roce 2012 bylo na celém světě odhadem diagnostikováno 14,1 milionů případů onemocnění zhoubným nádorem**, z toho 7,4 milionů u mužů a 6,7 milionů u žen. Tato čísla nejsou konečná, v roce 2035 je očekávaný nárůst případů nádorového onemocnění na 24 milionů.

Z celkového počtu nově diagnostikovaných případů byl na prvním místě **karcinom plic** s 13%, což odpovídá 1,8 milionům. Na druhém místě je **karcinom prsu** s 1,7 milionu nových případů a na třetím místě **kolorektální karcinom** s 1,4 miliony nově diagnostikovaných případů. U mužů převládá karcinom plic, následován karcinomem prostaty a kolorektálním karcinomem. U žen je na prvním místě karcinom prsu, pak kolorektální karcinom a karcinom plic.

Podle výsledků WCRF International se Česká republika celosvětově dlouhodobě řadí na přední příčky ve výskytu nádorových onemocnění na počet obyvatel. **Česká republika byla v roce 2012 s počtem 294 případů zhoubných nádorů na 100 tisíc obyvatel na čtrnáctém místě na světě** (WCFR, 2015).

2.3.2 Četnost nádorových onemocnění v České republice

Aktuální data z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) ukazují, že **v roce 2011 bylo v ČR 83 581 nově hlášených případů zhoubných novotvarů (ZN) a novotvarů in situ**. To oproti předchozímu roku představuje nárůst o půl procenta. V roce 2011 zemřelo na onkologická onemocnění 27 171 osob. Mezi nejčtetnější diagnózy ZN v roce 2011 patřily novotvary kolorekta, průdušnice, průdušek a plic, novotvary prsu u žen a prostaty u mužů.

Podle pohlaví jsou v ČR nádorovým onemocněním více postiženi muži. V roce 2011 bylo hlášeno **42 631 ZN u mužů** (to je 51% z celkového počtu ZN) a **40 950 ZN u žen** (to je 49% z celkového počtu ZN). Nejvíce je zatížená **věková kategorie nad 60**

let. Více než tři čtvrtiny ZN jsou diagnostikovány u mužů starších 60 let. ZN u dětí je ve srovnání s ostatními kategoriemi málo častý. Podle dat ÚZIS zemřelo v roce 2011 na ZN 31 dětí ve věku 0-14 let.

V ČR je nejčastěji diagnostikovaným onkologickým onemocněním **jiný zhoubný novotvar kůže** (dg. C44). Pod tuto diagnózu spadají bazaliomy a spinocelulární karcinomy. Jedná se o ZN s velice nízkou úmrtností, proto tato diagnóza bývá vzhledem k závažnosti ostatních diagnóz z přehledů vyřazována. V roce 2011 bylo hlášeno celkem 20 679 těchto nádorů.

Jedním z nejčastějších ZN v ČR je **ZN kolorekta** (dg. C18–C21). ČR se dlouhodobě řadí k zemím s nejvyšším výskytem i úmrtností na toto onemocnění. V roce 2011 bylo hlášeno 8 176 ZN kolorekta (4 755 případů u mužů a 3 421 případů u žen). U obou pohlaví je tak ZN kolorekta, po vyloučení jiného zhoubného novotvaru kůže (dg. C44), druhou nejčastější onkologickou diagnózou po **karcinomu prostaty** u mužů a po **karcinomu prsu** u žen.

Dalšími značně rozšířenými nádory jsou v ČR **ZN průdušnice, průdušek a plic** (dg. C33–C34). V roce 2011 bylo v ČR hlášeno celkem 6 515 případů. U mužů zůstává ZN plic je u mužů nejčastější příčinou smrti v rámci onkologických diagnóz. Nejčastějším ZN s výjimkou C44 je u žen ZN prsu (dg.C50) s počtem 6 620 případů v roce 2011. ZN prsu zůstává i nadále nejčastější onkologickou příčinou smrti u žen (ÚZIS, 2014).

Podle dat z Českého statistického úřadu (ČSÚ) jsou nádorové onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR (ČSÚ, 2014).

2.4 PROTINÁDOROVÁ LÉČBA

Léčba nádorových onemocnění je vysoce náročná pro pacienta i pro ošetřující personál. Představuje velice komplikované postupy, které jsou finančně značně nákladné. Je nutné zvolit neoptimálnější léčebnou metodu pro každého pacienta podle povahy jeho onemocnění. Vhodnou léčbou lze dosáhnout požadovaného cíle (Klener, 2011).

Základně je možné rozdělit léčbu nádorové nemoci na:

- **protinádorovou** – cílem je maximální zredukování až úplné odstranění všech nádorových buněk,
- **podpůrnou** nebo také **symptomatickou** – cílem je dosáhnout co nejvyšší kvalitu života pacientů. Mírní obtíže způsobené samotným onemocněním nebo jeho léčbou (Adam, 2003).

Podle léčebného cíle se rozeznávají tyto typy léčby:

- **kurativní léčba** – jejím hlavním cílem je uzdravení nemocného, to je úplné odstranění nádorových buněk, je vysoce agresivní, vyžaduje současně intenzivní podpůrnou léčbu, není použitelná u všech typů a stádií nemocí,
- **nekurativní léčba** – cílem je také zabíjení nádorových buněk, nelze ale předpokládat s likvidací všech těchto buněk, používá se u pokročilých stádií nebo z důvodu celkového stavu pacienta, smyslem je prodloužení života,
- **adjuvantní léčba** – podává se při předpokladu vzniku možných vzdálených metastáz se záměrem zabránění jejich vytvoření,
- **paliativní léčba** – jedná se o komplexní podpůrnou léčbu pacientů s pokročilým nevléčitelným onemocněním, je poskytována v posledních fázích života (Adam, 2003).

2.4.1 Typy protinádorové léčby a nežádoucí účinky

Vývoj současné medicíny sebou přináší nové metody a postupy, které jsou v onkologii využívány. Hlavní metodou, která byla na počátku 20. století v léčbě využívána byla chirurgií, posléze se k ní připojila radioterapie a chemoterapie. Jednalo

se však o přístupy, které velkou měrou způsobovaly nadměrnou zátěž pro celý organismus. V dnešní medicíně se díky pokrokům molekulární biologie a genetiky, rozvíjí cílená terapie, která přímo působí na nitrobuňkové pochody (Klener, 2010).

Velký význam má interdisciplinární přístup k léčbě nádorových onemocnění. Během léčby jsou vystřídány všechny dostupné možnosti, které jsou pro konkrétního pacienta vhodné. Pro optimální výsledek léčby je nutná spolupráce odborníků napříč obory. Hovoříme o multioborovém rozhodování (Adam, 2003)

Multidisciplinární přístup k léčbě onkologického onemocnění je zdůrazňován ČOS. Vyděluje pět základních způsobů boje se zhoubnými nádory. Jedná se o **prevenci**, včasnou **diagnostiku**, **chirurgii**, **radioterapii** a **farmakoterapii**. Nezanedbatelný vliv na úspěšnost léčby má celková pohoda pacienta. Kvalitu života nemocných pomáhá zachovat správná výživa, léčba bolesti, péče o psychiku pacienta, paliativní medicína a další prostředky podpůrné péče (ČOS ČLS JEP, 2015).

Prevence a včasná diagnostika

Předcházení vzniku nádoru se jeví jako nejúčinnější metoda v boji s onkologickými onemocněními. Prevence vzniku nádoru má kromě jiného i značný ekonomický rozměr, je méně finančně nákladná než léčba rozvinutého nádoru. Předpokládá se, že pouhá úprava životního stylu může významně snížit riziko vzniku malignit. Významnou roli v prevenci hraje dodržování vhodných dietních zásad, udržování optimální tělesné hmotnosti a přiměřená pravidelná fyzická aktivita (Klener, 2010).

Protinádorová prevence je uplatňována v několika rovinách:

Primární prevence má za cíl zabránit vzniku nádoru. Jedná se o celý komplex opatření na ochranu životního prostředí. Důraz je kladen na zdravou výživu, pohyb, vyvarování se rizikových aktivit jako je kouření, dále je doporučeno používání ochranných pracovních pomůcek v prostředí, které to vyžaduje.

Sekundární prevence je zaměřena na včasnou diagnostiku nádorových onemocnění a tím zvyšuje úspěch léčby. Jedná se o pravidelné preventivní prohlídky, vyhledávání nemocných a sledování osob ohrožených vznikem maligního onemocnění.

Terciální prevence má za cíl odhalit recidivu onemocnění. Spočívá v dlouhodobém sledování osob s vyléčeným nádorovým onemocněním.

Kvarterní prevence má za úkol předcházet důsledkům progredujícího

onemocnění. Hlavním smyslem je udržet maximálně kvalitu života pacienta. Zahrnuje i psychologickou a sociální péči (Klener, 2011).

Onkochirurgie a její nežádoucí účinky

Chirurgie v onkologii nebo také onkochirurgie patří k základním přístupům péče o onkologicky nemocné. Úplné operativní odstranění nádoru je jedním z kroků úspěšné léčby. Ne všechny nádory se ale dají operovat a pokud ano, ne vždy je možné je odstranit zcela. Často se jedná o rozsáhlý zákrok, kdy se odebírání i okolní zdravá tkáň tak, aby se odstranily i případné mikroskopické výběžky nádoru. Některé nádory je možné operovat pomocí miniinvazivních endoskopických technik. Ve většině případů na chirurgický zásah ještě navazuje farmakoterapie nebo radioterapie, popřípadě obojí. Chirurgické výkony slouží také k bioptickému odebrání vzorku pro přesné určení povahy nádoru (Vorlíček, 2006).

Po operaci se mohou objevit komplikace jako je například: **infekce, krvácení, nevolnost, zvracení**. Hrozí zvýšené riziko **hluboké žilní trombózy, plicní embolie nebo pneumonie** (Vorlíček, 2006).

Míra nežádoucích účinků je dána rozsahem zákroku. Po radikálních výkonech zůstávají **anatomické defekty nebo funkční poruchy**. Mimořádné **nároky na psychiku** pacienta mají zejména amputace prsu a končetiny nebo kolostomie (chirurgické vyústění tlustého střeva s odváděním obsahu). Po operaci prsu a odebrání mizních uzlin v axile se často objevuje **bolestivost** příslušné končetiny spojená s otokem (**lymfedém**) (Klener, 2011).

Radioterapie a její nežádoucí účinky

Radioterapie bývá označována také jako ozařování nebo léčba ionizujícím zářením. Začala se používat na počátku dvacátého století, brzo po objevení Roentgenova záření a jeho letálního účinku na buňku. Radioterapie využívá toho, že nádorové buňky jsou citlivější na ozařování než buňky zdravé. Při záření dochází k poškození DNA, buňky se pak nemohou dále množit a umírají. Téměř 80% onkologicky nemocných tuto terapii podstupuje. Často se kombinuje s chirurgickou léčbou a chemoterapií (Vorlíček, 2006).

Při použití radioterapie hovoříme o lokálních a systémových nežádoucích účincích, které se projevují především v **útlumu krvetvorby**. Lokálně dochází k **poškození kůže** projevující se zarudnutím, suchostí a puchýřky. Dochází také k **poruše**

mazových a potních žláz. Záleží vždy na místě aplikace. V oblasti hlavy a krku se vyskytuje **suchost v ústech a porucha polykání.** Výjimkou nejsou ani **průjmy** nebo **meteorismus** při zasažení tenkého střeva. Problém může být i následná **sterilita** nebo **vznik druhotných malignit** (Klener, 2011). Často také u pacientů hovoříme o takzvaném **postradiačním syndromu**, který se projevuje zvýšenou **únavou a letargií.** Účinky záření se mohou projevit i několik let po ukončení terapie. Na kůži se objevuje **pigmentace**, pozorujeme **rozšířené cévy**, trvalou lokální **ztrátu ochlupení, snížení činnosti žláz** (Petera, 2014).

Chemoterapie a její nežádoucí účinky

Chemoterapie je jednou ze součástí širší skupiny protinádorové léčby označované jako **farmakoterapie.** Do této kategorie zařazujeme také hormonální terapii, cílenou léčbu a částečně i imunoterapii (Vorlíček, 2006).

Principem chemoterapie je podávání přesně definovaných chemických látek, které mají cytotoxický účinek. Tyto látky se označují jako cytostatika. Inhibují buněčné dělení a způsobují zánik buněk. Problémem je, že působí neselektivně a kromě nádorových buněk poškozují i některé buňky zdravé. Což se projevuje jako nepříjemné nežádoucí účinky (Klener, 2011).

Chemoterapie je téměř vždy provázena značným množstvím nežádoucích účinků, které jsou způsobeny povahou konkrétních cytostatik. V řádu několika hodin až dní se zpravidla objevuje **nevolnost, zvracení, anafylaxe,** případně **lokální nekrózy.** Během dní až týdnů dochází k **poruchám krvetvorby** (především snížení počtu bílých krvinek a krevních destiček). Dále se přidává **stomatitida, průjem a alopecie** (ztráta vlasů a ochlupení). Po dobu několika měsíců přetrvává **anemie.** Pozdní účinky mají vliv na **plodnost** a mohou způsobovat vznik **sekundárních malignit** (Klener, 2011).

K dalším nežádoucím účinkům se řadí: **infekční komplikace, nutriční deficit, kardiotoxicita, nefrooxicita, plicní toxicita, neurotoxicita, bolestivé stavy, únava, psychické problémy.** Většina nežádoucích účinků odezní po skončení chemoterapie. Schopnost regenerace organismu záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta a druhu podávaných cytostatik. Některé nežádoucí účinky se mohou projevit i několik let po ukončení léčby. Zejména se jedná o **poškození srdce, plic, ledvin nebo reprodukčních orgánů** (Vorlíček, 2013).

Hormonální terapie a její nežádoucí účinky

Je použitelná u typů nádorů, jejichž růst je přímo závislý na některých hormonech. Principem léčby je zamezení působení hormonů na nádor. Původně se jednalo o odstranění endokrinní žlázy produkující stimulační hormony později se začalo využívat podávání hormonů s antagonistickým účinkem. Metoda se aplikuje v léčbě karcinomu prsu a karcinomu prostaty.

Nežádoucí účinky hormonální léčby jsou spíše mírné. Dochází k **přírůstku tělesné hmotnosti** a **návalům horka**. Některé léky zapříčiňují **bolest kloubů** a mohou způsobovat rozvoj **osteoporózy** (Klener, 2011).

Cílená léčba

Jedná se o léčbu, která cíleně blokuje nitrobuněčné pochody nádorových buněk a brání tak jejich dalšímu růstu. Nepřesně bývá označována jako biologická. K léčbě se však nepoužívají biologické přípravky, ale chemické.

Mezi nežádoucí účinky patří časté **vyrážky** a **průjmy** (Klener, 2011).

Imunoterapie

Má za cíl obnovit funkci protinádorové imunity organismu a tím podpořit schopnost ničení nádorových buněk (Klener, 2011).

Psychosociální podpora

Na nemoc nelze pohlížet pouze jako na projev tělesných nebo psychických příznaků, významně zasahuje i do sociálních oblastí života. Onkologické onemocnění se netýká pouze samotného pacienta, ale do značné míry ovlivňuje i jeho rodinu a přátele. V různých fázích nemoci pacient a jeho blízcí potřebují různou míru podpory (Chrdlová, 2012).

1. fáze – před zjištěním a potvrzením diagnózy

U pacienta převládá strach. Důležité je nastartovat komunikaci nemocného s rodinou.

2. fáze – potvrzení diagnózy před započítím léčby

Nastává změna rolí v životě nemocného. Je potřeba začít řešit sociální a ekonomické zajištění, v této oblasti je vhodné edukovat rodinu.

3. fáze - akutní léčby

Objevuje se neschopnost nemocného vykonávat předešlé aktivity. Nastává zhoršení socioekonomické situace, projevují se fyzická omezení. Blízcí nevědí jak nemocnému

pomoci, pacient i rodina potřebují podporu. Potřebují informace o možnostech života s nádorovým onemocněním, jak organizovat čas, jaké jsou vhodné volnočasové aktivity především pro mezidobí léčby.

4. fáze – rekonvalescence a ukončení léčby

Dochází k návratu do běžného života, pacient se musí vyrovnávat s omezeními, které přetvárají po léčbě. Je snížena fyzická kondice, projevuje se únava, psychické problémy. Je třeba připravit nemocného a rodinu na to, že návrat do běžného života bude pozvolný. Často není možné pokračovat v aktivitách, které pacient vykonával před léčbou. V této fázi je důležitá aktivizace, podpora nácviku ADL, zvolení vhodných adaptací a kompenzací.

5. fáze – recidivy nebo zhoršení nemoci

Nastává značná psychická zátěž pro pacienta i jeho rodinu. Důležité je pracovat s novou situací a jejími možnostmi, hledání nového smyslu, hovoření o obavách ze smrti.

6. fáze – terminální

Tato fáze je naplněna strachem ze smrti a bolestivého umírání. Často se snižuje míra soběstačnosti nemocného. Důležitá je psychická podpora nejen pacienta, ale i jeho blízkých. Výběrem vhodných kompenzačních a podpůrných prostředků se snažíme o maximální udržení kvalitu života nemocného (Chrdlová, 2012).

Výsledky protinádorové léčby

Onkologickou léčbu pacient podstupuje za účelem, co nejlepšího zlepšení jeho stavu a dosažení maximální možné míry kvality života.

Nejoptimálnějším výsledkem léčby je úplné **uzdravení**. To znamená vyléčení nemocného umožňující další průběh jeho života až do přirozené smrti nezávisle na prodělané nemoci. Je těžko hodnotitelné u zhoubných onemocnění z důvodu možných pozdních recidiv.

Počtem pacientů, kteří žijí po určité době (3, 5, 10 let) od ukončení léčby bez onemocnění je vymezeno **bezpříznakové přežití** – disease free survival.

Celkové přežití – overall survival – označuje počet pacientů, kteří žijí po určité době od zahájení léčby ať s příznaky léčby nebo bez nich.

Pojmem **remise** nazýváme vymizení příznaků nemoci, které jsou zjizvitelné běžným vyšetřením.

Jako **relaps**, **recidivu** nebo **progresi** označujeme nové objevení příznaků nemoci u člověka, jenž byl v remisi (Vorlíček, 2006).

2.5 ERGOTERAPIE U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

2.5.1 Vymezení pojmu ergoterapie

„Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, eventuálně činnosti při rehabilitaci jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. Cílem ergoterapie je další reedukace funkční schopnosti, dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života“ (Švestková, 2008).

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti...“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

„Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. Tyto činnosti by měly být pro ně smysluplné nebo by jejich provádění měli považovat za důležité“ (Krivošíková, 2011).

„Jedinečným charakterem ergoterapie, který ho odlišuje od ostatních profesí, je studium a uplatnění smysluplného zaměstnávání nebo činnosti, kterých se jedinec ve svém životě účastní“ (Krivošíková, 2011).

Ergoterapii vnímáme jako neoddelitelnou součást léčebné rehabilitace. Ergoterapeut často úzce spolupracuje s fyzioterapeutem a navazuje na jeho práci. Využívá postupy, jejichž pomocí usiluje o obnovení a udržení tělesné i psychické kondice. Cílem je získání maximální nezávislosti v běžném životě spolu s dosažením určité míry pracovní schopnosti. Během ergoterapie jsou aplikovány základní metody

pohybové terapie a metody, které zahrnují speciální prostředky sloužící k nácviku sebeobslužnosti a kognitivních funkcí. K požadovanému výsledku jsou rovněž využívány hry a jakákoli smysluplná lidská činnost (Klusoňová, 2011).

2.5.2 Ergoterapeutický proces

Ergoterapeutický proces je sled několika postupných kroků, které provádí ergoterapeut za účelem léčby. Prvním krokem je **příjem pacienta**, to je shromáždění veškerých dostupných informací o pacientovi. Následuje **hodnocení**, to zahrnuje vyšetření a screening, slouží ke sběru a analýze dat. Z výsledku vyšetření se stanoví **plán léčby**, jeho součástí je stanovení cíle a vytvoření strategie intervence. Po té následuje **terapie**, během terapie se provádí průběžné hodnocení stavu pacienta, může se upravit plán terapie. Po ukončení fáze terapie přichází **propuštění**, zahrnuje závěrečnou kontrolu a zhodnocení cílů a doporučení dalšího postupu (Krivošíková, 2011).

2.5.3 Obecné principy vytváření ergoterapeutického plánu

Zvolené ergoterapeutické intervence vycházejí z potřeb a priorit pacienta. Na základě zhodnocení funkčních schopností nemocného ergoterapeut stanovuje **cíle a plány terapie**. V ergoterapeutickém procesu se rozlišují krátkodobé a dlouhodobé cíle a plány, komplexně označované jako ergoterapeutický plán. Konečným výsledkem ergoterapeutických intervencí je naplnění dlouhodobého terapeutického cíle.

Cíl terapie je nutné přesně vymezit proto, aby mohl být naplněn. Nápomocné při stanovování cílů je postupovat podle **pravidla SMART**. To znamená, že cíl by měl být: **S** – specifický (specific), **M** – měřitelný (measurable), **A** – dosažitelný (achievable), **R** – realistický, smyslupný (realistic, relevant), **T** – časově měřitelný (time bound). Z tohoto jednoduchého pravidla vyplývá, že požadované cíle musí být dostatečně specifické, jejich naplnění by mělo být reálné a to v konkrétním čase a výsledek by měl být měřitelný. Terapie je vždy nastavena individuálně tak, aby maximálně zohledňovala potřeby konkrétního klienta. Nezbytností úspěšné terapie je pacientova motivace (Švestková a Svěcená, 2013).

2.5.4 Obecné rehabilitační principy v onkologii

„Rehabilitace je podle WHO (WHO, 2001) obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu či nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu na život a práci (aktivitu) člověka. Nezbytné je zajistit důstojný život i pro člověka s těžkou a velmi těžkou disabilitou“ (Švestková a Svěčená, 2013).

Pod pojmem rehabilitace je zahrnuta: rehabilitace ve zdravotnictví, rehabilitace sociální, pedagogickovýchovná, předpracovní a pracovní. Rehabilitační péče by měla být nastavena podle individuálních potřeb klienta, měla by probíhat plynule a komplexně. **Smyslem rehabilitace ve zdravotnictví je obnova nebo substituce porušené funkce.** Využívá veškeré dostupné metody a postupy tak, aby byly osobě se zdravotním postižením vytvořeny předpoklady pro její inkluzi případně integraci do společnosti. Nedílnou součástí rehabilitace ve zdravotnictví je ergoterapie (Švestková, 2008).

Rehabilitační péče pro onkologicky nemocné není rozšířena v takové míře jako v některých jiných oborech. S rozvojem protinádorové léčby se ale výrazně zlepšuje prognóza pacientů s nádorovým onemocněním a je proto potřebné věnovat větší pozornost v oblasti rehabilitace této skupině onemocnění. U onkologických nemocných by rehabilitace měla být nedílnou součástí preventivní i léčebné péče (Kolář, 2009; Trávníčková-Kittlerová, 2004).

Dnes je poměrně běžné, že se například v ortopedii využívají rehabilitační techniky ještě před plánovaným operačním zákrokem. Pacienti, kteří tyto terapie podstoupí ještě před zákrokem, dosahují po operaci obvykle lepší výsledky a mohou dříve opustit nemocnici. Takzvaná „**předrehabilitace**“ (**Prehabilitation**) je využitelná i u osob s různými typy zhoubných nádorů. U pacientů s kolorektálním karcinomem, kteří před chirurgickým zákrokem absolvovali fyzický trénink, se v menší míře objevují pooperační komplikace a po operaci se rychleji zotavují (Waltke, 2014).

Základním přístupem v léčbě je **komplexní týmová spolupráce**. V onkologii se setkávají tyto profese: onkolog, radioterapeut, chirurg, neurolog, ortoped, protetik, psychiatr, psycholog, lékař pro choroby z povolání, foniatr, rehabilitační tým včetně ergoterapeuta. Důležitá je spolupráce se sociálním pracovníkem, domácí péčí popřípadě s duchovním. Nezastupitelné místo v procesu léčby zastává rodina (Trávníčková-Kittlerová, 2004).

Onkologická léčba je často spojena s bolestí, únavou, celkovým snížením kvality života i jeho délky. Jako **prevence nepříznivých vlivů protinádorové léčby** může být s úspěchem využíváno metod **fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie a logopedie**. Tyto terapie mají příznivý vliv na snižování míry funkčního omezení, způsobeného intenzivní protinádorovou léčbou. Přesto nejsou rehabilitační techniky v onkologii poskytovány v dostatečné míře. Dlouholetými výzkumy je dokázáno, že rehabilitace je bezpečná a prospěšná, pokud je prováděna školeným rehabilitačním terapeutem (Waltke, 2014).

2.5.5 Faktory ovlivňující rehabilitační postupy v onkologii

Volba možných rehabilitačních postupů závisí na řadě faktorů. V onkologii je vždy důležité respektovat okamžitý stav pacienta a přizpůsobit terapii jeho momentálním možnostem.

Možné rehabilitační postupy v onkologii jsou závislé na:

- postižené anatomické oblasti pacienta,
- histologickém typu nádoru,
- stadiu onemocnění,
- použité onkologické léčbě a její nežádoucích účincích,
- věku pacienta,
- prognóze,
- psychickém stavu pacienta,
- sociálním zázemí pacienta (Kolář, 2009).

Podle tělesné výkonnosti a celkového stavu pacienta se stanovují cíle terapie. Mezi dlouhodobé cíle patří maximální možné zlepšení a udržení kvality života, soběstačnosti a návrat do zaměstnání. Mezi krátkodobé cíle ředíme například nácvik aktivit vedoucích k soběstačnosti, nácvik vertikalizace, nácvik chůze, zlepšení koordinace a rozsahu pohybu, zvýšení svalové síly (Juhaňáková, 2014; Trávníčková-Kittlerová, 2004).

Zdravotní stav pacienta určuje do jaké míry, je schopen vykonávat dané

aktivity. Pro posouzení tělesné výkonnosti se v onkologii často používá škála podle Karnofskyho nebo také klasifikace podle WHO.

Stupeň (WHO)	Odpovídající stav tělesné aktivity	Karnofsky (%)
0	Schopen normální tělesné aktivity bez omezení	90 – 100
1	Neschopen těžké fyzické námahy, ale může vykonávat lehčí práci	70 – 80
2	Soběstačný, ale neschopen práce, tráví více než 50% denní doby mimo lůžko	50 – 60
3	Omezeně soběstačný, upoután na lůžko více než 50% denní doby	30 – 40
4	Odkázán na cizí péči, trvale upoután na lůžko	20 – 30
-	Moribundní nemocný	0 - 20

Tabulka 1. Posuzování tělesné výkonnosti podle bodovací škály WHO ve srovnání s hodnocením výkonnosti podle Karnofskyho (podle Klener, 2006; in Kolář, 2009).

2.5.6 Používané metody a techniky

Metody založené na neurofyziologickém podkladu

Onkologickým pacientům jsou s úspěchem aplikovány metody založené na neurofyziologickém podkladu. Tyto metody se využívají k **obnovení základních pohybových návyků, zlepšení držení těla, stabilizaci trupu, koordinaci, návniku ADL**. Jedná se například o Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF), Bobath koncept, senzomotorická cvičení.

Techniky měkkých tkání

Techniky měkkých tkání se využívají k **obnovení normální funkce pohybového aparátu, ovlivňují reflexní změny ve svalech a podkoží**.

Manuální lymfodrenáž

Pomocí manuální lymfodrenáže se pracuje se **zmírněním otoků (lymfedémů)** souvisejících s vyjmutím mízních uzlin.

Relaxační metody

Relaxační techniky zklidňují a celkově pomáhají ke zlepšení **psychického stavu**

nemocného.

Fyzikální terapie

Pro použití fyzikální terapie v onkologii platí přísná pravidla, která je nutno dodržovat. Fyzikální terapii je možné aplikovat jen na vzdálených místech od primárního nádoru, vždy je nutná spolupráce s onkologem a respektování kontraindikace (Kolář 2009, Juhaňáková, 2014).

Lázeňská péče v onkologii

Pro rekonvalescenci onkologických pacientů má nezanedbatelný význam lázeňská péče. Poskytované procedury mají pozitivní vliv na **zlepšení fyzického i psychického** stavu nemocných. Pobyt v lázních má také velký sociální přesah. Nabízí se zde dostatek možností pro volnočasové aktivity a společenské vyžití klientů. Během lázeňského pobytu se vytvářejí **sociální vazby a návyky**, které pomáhají klientům k návratu do běžného života (Vrbíková, 2011).

2.5.7 Specifické kontraindikace rehabilitačních postupů v onkologii

Obecně jsou v onkologii kontraindikovány všechny postupy zvyšující buněčný metabolismus. Nepoužívají se techniky, které mohou poškodit kůži v místě nádoru.

Kontraindikované metody

- ultrazvuk,
- diatermie,
- pozitivní termoterapie v místě nádoru,
- fototerapie infračerveným zářením,
- vodoléčba s teplotou nad 37°C,
- magnetoterapie,
- elektroterapie v blízkosti nádoru, výjimkou je transkutánní elektrická neurostimulace (TENS),
- stimulace a masáže v místě nádoru a spádových uzlin,
- manipulační a rázové techniky v místě postižení skeletu metastázemi (Kolář, 2009).

2.5.8 Specifika ergoterapeutické intervence v onkologii

2.5.8.1 Hlavní rysy ergoterapie v onkologii

V onkologické léčbě se setkáváme s celou škálou nežádoucích projevů nádorového onemocnění, které mohou být zmírněny vhodnou rehabilitační péčí. Ergoterapeuté jako členové multidisciplinárního týmu mohou prostřednictvím své intervence výrazně zmírnit mnohé funkční a psychosociální důsledky nemoci. Hlavním cílem ergoterapie v onkologii je dosažení maximální úrovně nezávislosti klienta a co nejvíce zlepšit a zachovat kvalitu jeho života. Nicméně v současné době stále ještě není ergoterapie v onkologii plně využívána. Ergoterapie v onkologii může být nápomocna v řešení následujících potíží: bolest, lymfedém, chemoterapií indukovaná periferní neuropatie (CIPN), kognitivní a percepční deficity, snížený rozsah pohybu, slabost, únava, deprese a úzkosti (Buckland a Mackenzie 2014).

2.5.8.2 Ergoterapeutická intervence v jednotlivých fázích protinádorové léčby

Ergoterapeutické postupy u pacientů s onkologickým onemocněním jsou podobné těm, které se používají i u ostatních klientů. Nicméně, některé aspekty péče jsou jedinečné. Nejprve je třeba znát v jaké fázi onkologické léčby se pacient nachází. Ergoterapie pak má podle toho charakter **preventivní**, **rekonvalescenční**, **podpůrný**, nebo **paliativní** (Campbell, 2010).

V rámci protinádorové léčby se potřeby pacientů neustále proměňují. Ergoterapie je nastavena vždy ryze individuálně a podřizuje se momentálnímu stavu nemocného. Ergoterapeutický plán se průběžně upravuje tak, aby vyhovoval dané situaci (Campbell, 2010).

Čtyři základní období onkologické léčby:

– **Období před zahájením léčby**

Terapie má charakter především **preventivní**. Pokud pomineme primární prevenci předcházení vzniku nádoru, jedná se především o přípravu pacienta na nadcházející léčbu. Ergoterapeutická intervence zahrnuje pohybovou aktivitu k udržení fyzické

kondice, edukaci pacienta o možných omezeních, psychickou podporu, spolupráci s rodinnými příslušníky, podává informace o možné sociální podpoře.

– **Období intenzivní protinádorové terapie**

V této fázi léčby převažuje **podpůrný** charakter ergoterapie. Volbou smysluplných činností ergoterapeut aktivizuje klienta, přesouvá jeho pozornost od onemocnění jinými směry. Probíhá nácvik ADL. Edukuje pacienta o vhodných energií šetřících strategiích, nacvičuje relaxaci. Pomocí adaptačních a kompenzačních mechanismů dosahuje maximální možné kvality života.

– **Období po ukončení léčby – zotavování**

Toto období je ve znamení **rekonvalescence**. Ergoterapeut podporuje klienta k návratu do běžného života, postupnou aktivizací od méně náročných úkolů k složitějším. Provádí předpracovní a pracovní rehabilitaci.

– **Období terminálního stádia nemoci**

V této fázi hovoříme o **paliativní péči**. Hlavním posláním ergoterapie v tomto období je co nejdéle udržet maximální možnou kvalitu života. Ergoterapeut úzce spolupracuje s rodinnými příslušníky, edukuje je o vhodných opatřeních a aktivitách. (Campbell, 2010; Buckland a Mackenzie, 2014).

2.5.8.3 Možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii podle AOTA

(AOTA - The American Occupational therapy Association – Americká asociace ergoterapeutů)

– **Management aktivit každodenního života (ADL)**

Ergoterapeut provádí nácvik činností běžného denního života jako je například koupání a oblékání prostřednictvím adaptace aktivity nebo prostředí. Může k tomu využívat různé podpůrné technologie.

– **Udržování zdravého životního stylu**

Ergoterapeut působí na zdravotní prevenci u klientů, dodržování vhodné životosprávy a

pohybového režimu. To zahrnuje vzdělávání klienta s důrazem na osobní sílu a pozitivní myšlení, což umožňuje kontrolu nad životním stylem.

– **Spánek a odpočinek, předcházení únavě**

Ergoterapeut učí klienta hospodařit s energií. Navrhuje vhodné strategie konzervace energie. Představuje relaxační techniky a podporuje schopnosti klienta zapojit se do smysluplných aktivit.

– **Kognitivní strategie pro trénink paměti, organizování deficitu exekutivních funkcí**

Ergoterapeut zadává nenáročné úkoly, které se zaměřují na obnovu zapojení do každodenních aktivit jako je například sezení v parku, čtení novin nebo hovory s přáteli.

– **Terapeutická cvičení a polohování k udržení funkčního rozsahu pohybu, mobility, a síly**

Ergoterapeut učí klienta cvičební programy, které může provádět sám v domácím prostředí. Ergoterapeut se dále zabývá dlahováním, výběrem invalidního vozíku, polohovací postele a jiných pomůcek, které nemocnému poskytují podporu a pohodlí.

– **Péče o lymfedém**

Ergoterapeut provádí techniky, které vedou ke snížení otoku končetiny. Lymfedém může omezovat rozsah pohybu, schopnost vykonávat fyzickou aktivitu a tím může snižovat míru soběstačnosti (Longpré a Newman, 2011).

2.5.8.4 Časové rozvržení aktivit během intenzivní protinádorové léčby

Během intenzivní onkologické léčby většina nemocných věnuje převážnou část svého času péči o sebe, do pozadí ustupují pracovní povinnosti. V následující tabulce je přehled denních aktivit pacienta podstupujícího intenzivní protinádorovou léčbu a procentuálně vyjádřený čas, který jednotlivým činnostem v průběhu dne věnuje (La Cour, 2008).

Aktivita	Časová náročnost
Péče o sebe	61 %
Volný čas	22 %
Péče o domácnost	6 %
Příprava jídla	4 %
Transport	4 %
Péče o druhé	2%
Pracovní povinnosti	1%

Tabulka 2. Časová náročnost běžných denních aktivit pacienta podstupujícího intenzivní protinádorovou léčbu (La Cour, 2008)

2.5.8.5 Ergoterapie po skončení intenzivní protinádorové léčby

Během onkologické léčby je pacient nucen své životní návyky. Příkladně pokračování v pracovních povinnostech může být pro pacienty velice zatěžující a může se negativně odrazit na celkové zdravotním stavu. Ale ani návrat do zaměstnání po prodělané protinádorové léčbě není pro mnohé jednoduchý. Po skončení onkologické léčby u pacientů stále přetrvávají některé obtíže. Nejčastější bývá **snížená imunita, únava, chronická bolest, psychické změny, dušnost, omezená funkce končetin, poruchy spánku, poruchy paměti**. To vše se odrazí na pracovním výkonu a nezdá se stává, že osoba po onkologické léčbě už nemůže vykonávat svou původní profesi ve stejném rozsahu jako před onemocněním (Chrdlová, 2013).

Ergoterapeut se může podílet na **vytváření vhodných strategií, které usnadní nemocnému návrat k běžnému životu včetně zaměstnání**. Ergoterapeut pomáhá klientovi nastavit režim dne tak, aby mohl šetřit energií a zbytečně se nevysiloval. Společně mohou stanovit priority v životě a klient si ujasní, které činnosti jsou důležité, aby dělal a které nikoli. Během ergoterapie se pacient pomocí vhodně zvolených smysluplných činností postupně aktivizuje (Cooper, 1998).

K pozvolnému návratu do pracovního procesu mohou sloužit také některé kreativní činnosti. Jejich využitím jako terapeutických technik se pacient aktivizuje, trénuje jemnou motoriku a zvyká si na lehčí pracovní zátěž. Nejrůznější výtvarné techniky, ruční práce, společenské nebo počítačové hry zpříjemňují klientovi volný čas.

Odvádějí myšlenky od problémů, které onemocnění přináší. Onkologičtí pacienti během léčby často trpí bolestí ale i jinými potížemi a jednoduché tvoření jim přináší úlevu. Je také možné nabídnout nemocnému vhodné **edukační programy k rozvoji jeho osobnosti**. Zvolené aktivity vždy musí odpovídat typu onemocnění, pohybovým a pracovním schopnostem pacienta, případně i závislosti na jiné osobě (Klusoňová, 2011; Raven, 1986).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A ZÁKLADNÍ OTÁZKA

Hlavním cílem celé práce je přiblížit problematiku onkologicky nemocných a představit možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii.

Dalším cílem je vytvořit informační materiál, který představuje možnosti ergoterapie v onkologii.

Základní otázkou bakalářské práce je: „Jak je možné využít ergoterapii v onkologii?“

3.2 POSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

3.2.1 Postup teoretické části bakalářské práce

Při realizaci bakalářské práce jsem vycházela ze stanoveného cíle. Hlavním cílem práce je přiblížit problematiku osob s nádorovým onemocněním a na základě toho představit možnosti ergoterapie. Pro zodpovězení základní otázky „Jak je možné využít ergoterapii v onkologii?“ jsem považovala za podstatné širěji osvětlit problematiku onkologické medicíny.

Nejprve jsem pracovala na teoretické části bakalářské práce. Z počátku jsem studovala dostupné informace z oblasti onkologie. K tomu mi sloužily odborné knihy a časopisy zabývající se nádorovým onemocněním. Další údaje jsem zjišťovala z internetových zdrojů, především ze stránek České onkologické společnosti. Vzhledem k rozsahu tématu jsem pečlivě vybírala materiál, který by co nejlépe dokázal vystihnout tuto oblast. Velkou část práce jsem záměrně věnovala pouze onkologii proto, abych z dostupných zdrojů vytvořila základní přehled o tom, co vše tento obor obnáší. Jsou zde rozebrány jednotlivé kategorie nádorových onemocnění, typy protinádorové terapie i nepříznivé účinky, které protinádorová léčba způsobuje.

Další úsek teoretické části je věnován četnosti jednotlivých nádorů v České republice (ČR) a ve světě. Zde jsem vycházela ze statistik Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a World Cancer Research Fund International. Ze statistik vyplývá, že v celosvětovém měřítku se ČR dlouhodobě řadí na přední příčky ve výskytu nádorových onemocnění. Vzhledem k tomu, že se jedná o

velice závažné údaje, jsem považovala za důležité do teoretické části zařadit přehled výskytu nejčastějších nádorových onemocnění v ČR i s aktuálními počty zjištěných případů.

Pro další část teorie bakalářské práce jsem vyhledávala a zpracovávala informace jednak přímo z oblasti ergoterapie v onkologii a obecněji i rehabilitace v onkologii. V této fázi práce jsem narazila na omezené množství literárních zdrojů, především co se týče českých autorů. Potřebné informace jsem čerpala především z elektronické verze zahraničních časopisů. Zjišťovala jsem jaké jsou použitelné metody a postupy, jaké jsou specifika u pacientů s nádorovým onemocněním. Zabývala jsem se tím, jaké faktory ovlivňují volbu vhodné terapie a jaké léčebné postupy jsou při onkologickém onemocnění kontraindikovány. Z dostupných zdrojů jsem soustředila informace o tom, jaká jsou hlavní specifika ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných a jak může ergoterapie pomoci při nejčastějších onkologických potížích.

3.2.2 Postup praktické části bakalářské práce

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na vytvoření informačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii. Při vypracování tohoto materiálu jsem vycházela z teoretických poznatků a z údajů, které jsem získala přímo od onkologicky nemocných.

Proto abych mohla vytvořit informační materiál pro pacienty o ergoterapii v onkologii, jsem nejprve chtěla zjistit, zda onkologičtí pacienti vědí o možnostech ergoterapie a především, zda tento obor vůbec znají. Můj předpoklad byl, že mnozí nemocní se s ergoterapií pravděpodobně nikdy nesetkali. K potvrzení mé úvahy jsem vytvořila „**Průzkumný dotazník o obeznámenosti klienta s ergoterapií**“. Hned první otázkou jsem se snažila zjistit, zda nemocní o ergoterapii vůbec někdy slyšeli. Tuto otázku považuji za klíčovou. Při její volbě jsem brala v úvahu možnost, že velké množství odpovědí může být záporných a tudíž na další otázky již respondenti nebudou odpovídat. Následné otázky jsou pouze doplňující a slouží ke zjištění toho, jak ti, co o ergoterapii slyšeli, tento obor chápou.

Dalším krokem bylo vytvoření informačního materiálu o ergoterapii v onkologii, vzhledem k tomu, že v české literatuře, je k tomuto tématu velmi málo informací, rozhodla jsem se použít zahraniční zdroje. Chtěla jsem ergoterapeutům nabídnout určitý návod na to, jak pracovat s onkologicky nemocnými. Informace jsem čerpala z materiálu vytvořeného skupinou HOPE – the occupational therapy specialist section for HIV/AIDS, Oncology, Palliative Care and Education. HOPE je přidružená ke College of

Occupational Therapists, pracuje pod záštitou The British Association and College of Occupational Therapists. Získaný materiál jsem přeložila, uzpůsobila podmínkám českého zdravotnictví a doplnila údaji z internetových stránek České asociace ergoterapeutů. Návod je zařazen níže jako „**Ergoterapeutická intervence v onkologii - Návod pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými**“.

V další etapě mé práce jsem se snažila výše zmíněný návod zjednodušit tak, aby byl srozumitelný široké laické veřejnosti a odborníkům mohl poskytnout stručnou připomínku možností oboru ergoterapie. Je zařazen níže pod názvem „**Propagační leták – Ergoterapie v onkologii**“. Poté, co jsem zjistila, že pacienti ve většině případů o ergoterapii nic nevědí, jsem jej používala k informování onkologicky nemocných a jejich blízkých.

V závěru uvádím jednu **kazuistiku** onkologické pacientky, s kterou jsem pracovala na základě získaných teoretických poznatků. Tato kazuistika prakticky demonstruje, jaké ergoterapeutické intervence v onkologii jsou v konkrétním případě možné. S pacientkou jsem pracovala podle už zmíněného „Návodu pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými“. Zjistila jsem, že se doposud s ergoterapií nikdy nesešla ani o ní neslyšela. Proto jsem jí podala základní údaje o oboru a dále jsem využívala výše zmíněné informační a propagační materiály o ergoterapii v onkologii.

3.3 PRŮZKUMNÝ DOTAZNÍK

o obeznámenosti klienta s ergoterapií

Vzor dotazníku je součástí přílohy bakalářské práce

3.3.1 Výběr respondentů pro dotazník

Jako respondenty jsem zvolila pacienty Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN) a klienty občanského sdružení Amelie. Základním požadavkem pro výběr respondentů byla přítomnost onkologické diagnózy v jejich anamnéze.

Pacienty VFN jsem si vybrala během své praxe na tomto pracovišti. Odbornou praxi jsem zde absolvovala v období 1. 4. - 2. 5. 2014 pod vedením fyzioterapeutky Mgr. I. Heřmanové. Během praxe jsem spolu s fyzioterapeuty navštěvovala jednotlivé pacienty s onkologickou diagnózou. Konkrétní výběr pacientů jsem provedla tak, že jsem oslovila všechny onkologické pacienty, kterým byla indikována fyzioterapie v

průběhu mé praxe. Jedná se o 11 dospělých pacientů z toho 7 mužů a 4 ženy. Věkové rozmezí se pohybuje od 46 do 82 let, věkový průměr je 69 let. Většina pacientů je ve starobním důchodu, 1 muž je v dlouhodobé pracovní neschopnosti. Co se týče onkologických diagnóz je zastoupeno 7 zhoubných nádorů krve tvorné tkáně, 3 nádory trávicího ústrojí a 1 karcinom kůry nadledvin. Všichni pacienti jsou ve fázi intenzivní protinádorové léčby, všech 11 pacientů podstupuje chemoterapii, 2 z nich jsou navíc po chirurgickém zákroku, u 8 pacientů je předběžně plánovaná radioterapie.

Druhá skupina respondentů je vybrána z klientů Amelie, o.s.. Amelie, o.s. je nezisková organizace, která nabízí psychosociální podporu onkologicky nemocným a jejich blízkým. S občanským sdružením Amelie jsem několik let spolupracovala jako dobrovolník, vedla jsem zde některé skupinové aktivity zaměřené na relaxaci a meditaci. Pro svou bakalářskou práci jsem oslovila klientky, které se v Amelii, o.s. zúčastnily projektu: „Návrat do zaměstnání po onkologické nemoci“. Jedná se o 14 dospělých žen, které prodělaly onkologické onemocnění. Věkové rozmezí klientek se pohybuje od 36 – 57 let, věkový průměr je 45,2 let. Všechny klientky jsou bývalé onkologické pacientky s ukončenou léčbou ve stadiu remise. Doba od ukončení léčby je většinou 0,5 – 2 roky, 1 klientka je 5 let po léčbě a 1 klientka 10 let po léčbě. Složení onkologicky diagnóz je následující 9 karcinomů prsu, 3 zhoubné nádory krve tvorby, 1 karcinom dělohy, 1 karcinom tlustého střeva. Všechny klientky byly v době, kdy jsem se s nimi setkávala, v invalidním důchodu, bez zaměstnání. 6 žen mělo invalidní důchod prvního stupně, 3 ženy druhého stupně a 5 žen třetího stupně. S klientkami jsem spolupracovala v období listopad 2014 – březen 2015 v prostoru Amelie, o.s.

3.3.2 Vlastní sběr dat

V obou skupinách respondentů jsem zjišťovala nakolik jsou obeznámení s možnostmi ergoterapie. Pro snadnější třídění dat jsem si vytvořila jednoduchý dotazník, podle kterého jsem postupovala. Všem 25 respondentům jsem pokládala následující otázky:

PRŮZKUMNÝ DOTAZNÍK O OBEZNÁMENOSTI KLIENTA S ERGOTERAPIÍ

Jméno dotazovaného:

Datum narození:

Dotazník vyplnil/a:

Datum vyplnění:

1. Slyšel/a jste někdy o ergoterapii?

Ano, ne, nevím, jiná odpověď

Na tuto otázku odpovědělo 21 osob ne, 4 osoby ano.

Další otázky směřovaly již jen k těm respondentům, kteří odpověděli ano.

2. Pokud ano, kde nebo od koho jste o ergoterapii slyšel/a?

(např. od ergoterapeuta, lékaře, jiného odborníka, v nemocnici, v rehabilitačním zařízení, v médiích, od známého,.....)

Na tuto otázku shodně odpověděly 2 klientky Amelie a sice tak, že jsou obě dvě fyzioterapeutky a ergoterapeuty znají ze své praxe.

1 klientka Amelie odpověděla, že zná ergoterapii z rehabilitačního zařízení a 1 pacientka VFN zná ergoterapii z lázní.

3. Víte co termín ergoterapie znamená? Zkuste ho svými slovy definovat.

Tázaný dokáže uspokojivě vlastními slovy popsat co ergoterapie je.

Tázaný termín vysvětlil jen částečně.

Tázaný termín nedokáže vysvětlit vůbec.

Ergoterapii dokázaly uspokojivě definovat 2 osoby, 1 částečně a 1 vůbec.

4. Absolvoval/a jste někdy osobně ergoterapii.

Ano, ne, nevím, jiná odpověď

Na tuto otázku odpověděly 2 osoby ano a 2 osoby ne.

Další otázky pak byly směřovány pouze k osobám, které ergoterapii osobně absolvovaly.

5. Kde vám byla ergoterapie poskytnuta

(např. Nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných, rehabilitační zařízení, soukromá ordinace,)

1 osoba odpověděla, že v lázních, 1 osoba v lůžkovém rehabilitačním zařízení.

6. Byla tato ergoterapie zaměřená na problémy související s vaším onkologickým onemocněním?

Ano, ne, nevím, jiná odpověď

1 osoba odpověděla ano, 1 ne

7. Pokuste se stručně vlastními slovy shrnout na jaké potíže a jakým způsobem byla ergoterapie zaměřená.

Osoba, která byla v lázních, absolvovala skupinovou ergoterapii zaměřenou na kreativní techniky. V lázních byla ještě před onkologickým onemocněním z důvodu chronické bolesti zad.

Osoba, která byla v lůžkovém rehabilitačním zařízení, absolvovala ergoterapii po ukončení onkologické léčby. Její největší potíže způsobila pravděpodobně protinádorová léčba. Jednalo se o kompresivní fraktury páteře na základě osteoporozy. Ergoterapie byla zaměřená na nácvik soběstačnosti a poradenství ohledně kompenzačních pomůcek.

3.3.3 Shrnutí výsledků dotazníku

Pro přehlednost jsem nejdůležitější data z dotazníku vybrala do následující tabulky.

Celkový počet respondentů	Slyšel/a o ergoterapii (ET)	Dokáže ET definovat	Absolvoval/a ET	Kde ET absolvoval/a	ET souvisí s onko Dg.
25	21 ne	-	-	-	-
	4 ano	2 ano	1 ano	lázně	ne
		1 částečně	1 ano	rehabilitační zařízení	ano
		1 ne	-	-	-

Tabulka 3. Zjednodušený výběr výsledků dotazníku o obeznámenosti klienta s ergoterapií

Z dotazníku vyplývá, že z 25 respondentů pouze 4 někdy o ergoterapii slyšeli. Z toho 2 klientky Amelie znají ergoterapii ze své praxe (pracují jako fyzioterapeutky), 1 klientka Amelie odpověděla, že zná ergoterapii z rehabilitačního zařízení a 1 pacientka VFN zná ergoterapii z lázní. Z toho 2 osoby dokázaly ergoterapii uspokojivě definovat, 1 částečně. 2 osoby ergoterapii osobně absolvovaly, z toho 1 osoba odpověděla, že v lázních a 1 osoba v lůžkovém rehabilitačním zařízení.

Pouze 1 osoba ze všech 25 dotazovaných absolvovala ergoterapii z důvodů, které způsobila onkologická léčba. Tato osoba absolvovala ergoterapii v lůžkovém rehabilitačním zařízení po ukončení onkologické léčby. Utrpěla kompresivní fraktury

páteře na základě osteoporózy, která podle údajů od dotazované mohla být zapříčiněna nežádoucími účinky protinádorové léčby. Ergoterapie byla zaměřená na nácvik soběstačnosti a poradenství ohledně kompenzačních pomůcek.

Pokud respondenti odpověděli, že o ergoterapii ještě neslyšeli, tak jsem jim místo dalších otázek podala informace, které jim pomohly oblast ergoterapie vysvětlit. O možnostech ergoterapie jsem informovala všech 25 respondentů. Výsledek dotazníku potvrdil mou domněnku, že ergoterapie stále není příliš známým oborem. Na základě tohoto zjištění jsem následně přistoupila k vypracování propagačního letáku o ergoterapii v onkologii, jenž by mohl podat základní informace o tomto oboru i osobě, která o ergoterapii nikdy neslyšela.

Je zřejmé, že vzorek respondentů, který jsem si pro dotazník zvolila je poměrně malý a rovněž nezahrnuje široké spektrum onkologických diagnóz. Pravděpodobně kdybych stejné otázky pokládala pacientům se zhoubnými nádory CNS je dost možné, že by mezi nimi povědomí o ergoterapii bylo mnohem vyšší. Vhodné by také bylo zařazení otázek týkajících se problémových oblastí nemocných (především ADL, psychosociální oblasti, bariér apod.), což by přineslo další informace pro možné ergoterapeutické intervence. Toto vše už by však svým rozsahem přesahovalo záměr mé bakalářské práce, k tématu bych se proto chtěla v budoucnu vrátit.

3.4 ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE V ONKOLOGII

Návod pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými

Následující text je zpracován jako ucelený návod s vlastním obsahem i přehledem literárních zdrojů, které jsou pro větší přehlednost zařazeny na konci bakalářské práce v seznamu literatury. V textu jsou vysvětleny cíle návodu, jak je uspořádán, na jakou skupinu pacientů je zaměřen i to jakým způsobem byl vytvořen. Jsou zde sepsány možnosti ergoterapie v onkologii i to jaké ergoterapeutické intervence jsou vhodné pro specifické příznaky nádorových onemocnění.

Tento text záměrně příkládám k praktické části bakalářské práce, protože ho považuji za klíčový pro celou moji práci. Vystihuje podstatu mé bakalářské práce a zodpovídá na základní otázku „Jak je možné využít ergoterapii v onkologii?“

Návod plánuji vytisknout ještě samostatně jako volnou přílohu bakalářské práce.

Ergoterapeutická intervence v onkologii

Návod pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými

OBSAH

Úvod

- Cíle návodu
- Souvislosti a odborné odkazy

Kapitola 1 – Použití návodu

- Jak je návod uspořádán
- Na jaké skupiny pacientů je návod zaměřen
- Další důležité informace

Kapitola 2 – Ergoterapie v onkologii

- Co je ergoterapie
- Jakým způsobem ergoterapeuté pracují v onkologii
- Kde ergoterapeuté pracují v oblasti onkologie

Kapitola 3 – Všeobecné ergoterapeutické intervence

Kapitola 4 – Ergoterapeutické intervence pro specifické příznaky

- Bolest
- Únava
- Nevolnost / zvracení / zánět sliznice dutiny ústní / poruchy polykání
- Zácpa / průjem / močové problémy
- Dušnost a kašel
- Nespavost
- Porušená integrita kůže / otlaky
- Hubnutí (anorexie)
- Neurologické problémy

- Kognitivní deficity
- Úzkost a deprese
- Retence (zadržování) tekutin (lymfedém, edém, ascites)
- Vnímání těla (obraz těla) / včetně vypadávání vlasů, následků chirurgických zákroků, lymfedému atd.
- Kostní metastázy

Reference

Úvod

"Potřebuji být nezávislý. To je hlavní věc. Nemám někoho, kdo by přišel, myl mě a dělal podobné věci. Stále to pro sebe můžu udělat sám."

Cíle návodu

Tento informační materiál si klade za cíl odpovědět na to: Jaký je přínos ergoterapie v péči o osoby s nádorovým onemocněním? Materiál má za cíl demonstrovat potenciál ergoterapie.

Jde o návod – přehledný popis toho, co ergoterapeuté mohou nabídnout osobám s nádorovým onemocněním.

Souvislosti a odborné odkazy

Tento návod vychází z materiálu vytvořeného skupinou HOPE – the occupational therapy specialist section for HIV/AIDS, Oncology, Palliative Care and Education (ergoterapeutická odborná sekce pro HIV / AIDS, onkologii, paliativní péči a vzdělávání). HOPE je přidružená ke College of Occupational Therapists.

Pod názvem „Occupational therapy intervention in cancer“ byl tento materiál v tištěné podobě vydán v roce 2004 v Londýně pod záštitou The British Association and College of Occupational Therapists, v elektronické podobě je dostupný na <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/362/OT%20intervention%20in%20cancer.pdf>.

Informační materiál vytvořený odbornou skupinou HOPE vznikl, protože si ergoterapeuté a další rehabilitační odborníci již delší dobu byli vědomi toho, že mohou přispět ke zkvalitnění života osob s nádorovým onemocněním, jejich úloha ale stále nebyla plně doceněna.

Původní text „Occupational therapy intervention in cancer“ byl využit jako hlavní zdroj informací pro vytvoření tohoto návodu v českém jazyce. Pod názvem „Ergoterapeutická intervence v onkologii“ byl v roce 2015 přiřazen k praktické části bakalářské práce „Možnosti ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných“ (Bejdlová, 2015). Materiál byl přizpůsoben aktuální situaci českého zdravotnictví a byl

doplněn informacemi získanými na internetových stránkách České asociace ergoterapeutů (www.ergoterapie.cz).

V návodu jsou použity krátké výtažky z literatury, které doprovázejí nabídku ergoterapeutických intervencí pro různé příznaky. Doplnují odborné pozadí k jednotlivým bodům návodu. Nejedná se o přesné citace z článků, ale poskytují shrnutí příslušných postřehů obsažených v článku. Na konci tohoto informačního materiálu jsou uvedeny odkazy na citované články (převzato z anglického originálu).

Kurzívou jsou citováni pacienti s onkologickým onemocněním (převzato z anglického originálu).

Kapitola 1 – Použití návodu

"Je to pro mě dobrý pocit, skutečně vnímám, že jsem něčeho dosáhl. Víte, jen proto, že máte nemoc, neznamená, že jste omezeni na řekněme sezení a čtení knihy. Líbí se mi být schopen používat své ruce tak nejvíce, jak to jen jde."

Jak je návod uspořádán

V kapitole 2 je vymezen pojem ergoterapie. Dále je zde nastíněno, kde a jakým způsobem ergoterapeuté pracují v oblasti onkologie.

Kapitola 3 představuje přehled ergoterapeutických intervencí pro osoby s nádorovým onemocněním – odpovídají klíčovým principům ergoterapie, které se uplatňují bez ohledu na příznaky, bez ohledu na nastavení.

Kapitola 4 ukazuje, jak může ergoterapie pracovat se specifickými příznaky spojenými s nádorovým onemocněním. Existuje mnoho možných způsobů, jak zdokumentovat přínos ergoterapie v této oblasti. Alternativním uspořádáním by bylo nejprve objasnit obecné možnosti ergoterapie a poté poskytnout seznam, jak mohou být použity při péči o onkologicky nemocné. Tento informační materiál si klade za cíl ukázat, jak ergoterapeuté reagují na skutečné potřeby pacientů. To znamená, že v seznamech dochází k překrývání a opakování toho, čím ergoterapeuté mohou přispět. Množství ergoterapeutických intervencí např. pro dušnost, bude velmi podobné těm pro únavu. Ve skutečnosti je v některých ohledech umělé rozepsat všechny příznaky

odděleně tak jako tak, protože lidé s nádorovým onemocněním nejsou jen jeden příznak, ale mají příznaků mnoho. Způsob, jakým ergoterapeut reaguje, závisí na komplexním souhrnu příznaků a tom, jak ovlivňují kvalitu života jedince.

Návod je uspořádán tak, aby nabídl snadnou orientaci. Na první pohled ukazuje, jak mohou ergoterapeuté přispívat k řešení široké škály příznaků.

Vhodné by bylo vytvořit celou sérii informačních listů, které by se zabývaly jednotlivými typy nádorových onemocnění. Obsahovaly by specifické intervence pro konkrétní klinické problémy pro daný typ nemoci a relativní důležitost a souhrn příznaků, které mohou být obzvláště důležité.

Na jaké skupiny pacientů je návod zaměřen

Tento dokument zahrnuje osoby se všemi typy nádorových onemocnění a v celém průběhu protinádorové léčby – od diagnózy, intenzivní léčby, ukončení léčby, přes dlouhodobé sledování a následná opatření, při relapsu, paliativní a terminální péči. Pokrývá také různé pozice, v nichž ergoterapeuté pracují – ve zdravotnických zařízeních, hospicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, domech s pečovatelskou službou a vlastních domovech pacientů.

Další důležité informace

Podstatná věc, která musí být zmíněna o tomto návodu, je, že ergoterapeut nemůže dělat nic, co není v plné shodě s nemocným. Je snadné vytvořit dojem návodu, jako je tento, kdy má ergoterapeut stanovený program – seznam věcí, které se očekává, že bude dělat, a kterým by se měl onkologicky nemocný přizpůsobit. Nic nemůže být více vzdálenější od pravdy. Pro ergoterapeuty by vždy měly být výchozím bodem zkušenosti lidí, kteří pracují s osobami s nádorovým onemocněním, jejich rodin a pečovateli. Na základě volby a prioritách nemocného a jeho blízkých jsou zvoleny veškeré intervence, které ergoterapeuté vykonávají. Ergoterapeuté pracují s nemocnými v partnerství, pomáhají jim najít nové možnosti ke zlepšení kvality jejich života.

Kapitola 2 – Ergoterapie v onkologii

"Ergoterapeut mě povzbuzoval, k provádění věcí, které bych sám neudělal. Opravdu nemusíte jen sedět a myslet na to "Nemůžu nic dělat." Je to abyste pociťovali víc celou svou osobu namísto přemýšlení o svém ... nádoru. Víte, co mám na mysli? To obohacuje váš život. "

Co je ergoterapie

Ergoterapie je definována Českou asociací ergoterapeutů (ČAE) takto: „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.

Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které je pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Ergoterapeut používá specifických aktivit k omezení dopadů zdravotního postižení a podpoře nezávislosti jedince ve všech aspektech každodenního života.

Jakým způsobem ergoterapeuté pracují v onkologii

Ergoterapeuté mohou být součástí specializovaných týmů pracujících v onkologických centrech, na onkologických odděleních, ve zdravotnických zařízeních a v komunitní péči. Další mohou pracovat v oblasti paliativní péče, to znamená, že jsou zapojeni do komplexní péče o osoby, jejichž nádorové onemocnění nereaguje na kurativní léčbu.

Podobně jako ostatní profesionálové pracující v oboru rehabilitace, mají

ergoterapeuté za cíl zlepšit kvalitu života osoby tak, že život jedince bude podle možností komfortní a produktivní, což mu umožní žít co nejvíce nezávisle. Toto platí i v případě, že očekávaná délka života je krátká. Protože osoby s nádorovým onemocněním mohou zažívat velmi rychlé změny ve svém zdravotním stavu, ergoterapeuté operativně pracují se vzniklou situací, zejména reagují na proměňující se potřeby pacientů. Vždy zohledňují aktuální stav jedince a při plánování berou v úvahu možné zhoršení.

Ergoterapeuté mají svou úlohu ve všech fázích nádorového onemocnění – od diagnostikování až po paliativní a terminální péči, včetně péče preventivní. Mnoho zdravotnických pracovníků v onkologii dnes k posuzování funkčního stavu svých pacientů užívá výkonnostních měřítek, která pomáhají posoudit, jaké procedury jsou v určité době vhodné. Ergoterapeuté mají jiný důraz, vidí míru schopností jako proměnlivou, pracující s pacienty tak, aby jim umožnili v maximální míře využít jejich možnosti. To je podstata toho, čím ergoterapeuté přispívají.

Kde ergoterapeuté pracují v oblasti onkologie

Kde mohou ergoterapeuté pracovat s onkologicky nemocnými? Ergoterapeuté podporují pohodu a nezávislost života osob s nádorovým onemocněním v různých prostředích:

- v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních
- v léčebnách pro dlouhodobě nemocné
- v denních stacionářích
- v hospicích
- v domovech s pečovatelskou službou
- v rámci sociálně aktivizačních služeb
- v domácím prostředí

V průběhu onkologického onemocnění se pacienti pohybují mezi domovem, lékařským zařízením a specializovanou péčí. Po celou dobu léčby by měli mít přístup ke službám ergoterapie, která je svým holistickým přístupem ke člověku vhodným prostředkem protinádorové léčby.

Kapitola 3 – Všeobecné ergoterapeutické intervence

"Je to povzbuzení vyzkoušet věci. Jinak bych byla v takové depresi, protože nemohu použít ruku. I když nemůžu dělat všechno tak, jak jsem zvyklá, je to stále velmi uspokojující. Znovu mě to nastartovalo vykonávat doma nejrůznější úkony. Předtím jsem se cítila tak frustrovaná. "

Zjednodušeně je klíčovým výsledkem ergoterapeutické intervence kvalita života klienta. Mnoha osobám s nádorovým onemocněním pomáhá ergoterapeut získat nezávislost. Nicméně pro osoby v paliativní péči to nemusí být vždy na prvním místě. Kvalita života může mít mnohem více co do činění s potvrzením života, poskytnutím fyzické, sociální a emoční příležitosti a dosažením pocitu kontroly nad vlastním životem. Veškeré ergoterapeutické intervence jsou používány k naplnění těchto cílů. Toto platí stejně pro onkologické jako jiné onemocnění. Ergoterapeuté využívají své dovednosti k dosažení osobně přijatelného životního stylu nemocných a maximalizaci jejich zdraví.

Cílem ergoterapie je:

- „podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity / zaměstnávání
- pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
- umožnit osobě naplňovat její sociální role
- napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity
- uplatňovat terapii zacílenou na klienta/ pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie
- posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládnání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí)
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění“ (Česká asociace ergoterapeutů)

Dovednosti ergoterapeuta

Ergoterapeut je schopen:

- umožňovat osobám maximálně využívat jejich fyzický, emocionální, kognitivní, sociální a funkční potenciál
- předcházet dopadům postižení prostřednictvím vzdělávání a terapeutické intervence
- umožňovat nemocným, aby dosáhli co možná nejvyšší kvality života
- připravovat jedince na návrat do práce, nebo vytvářet příležitosti pro volnočasové aktivity, vzdělávání, odborné přípravy a dobrovolné práce
- poskytovat praktické rady a podporu rodině a pečovatелům
- vysvětlit nemocným význam použitého přístupu
- měnit svůj přístup podle toho, jak se proměňují potřeby pacientů
- spolupracovat s ostatními při rozvoji služeb pro klienty

Co ergoterapeut dělá?

- „provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení senzomotoriky, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL)
- provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) personálních (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a instrumentálních (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) pomocí standardizovaných testů a hodnocení v nemocničním i domácím prostředí klienta
- provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí
- na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie
- aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii
- ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností
- doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, členy rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat,
- poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracují v tomto směru s

ošetřovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta

- zabývá se poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí (v rámci individuálních domácích návštěv indikovaných lékařem)
- podílí se na ergodiagnostickém vyšetření (analýza pracovních činností a pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci (tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.) a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění osob se zdravotním postižením“ (Česká asociace ergoterapeutů)

Výchozím bodem pro ergoterapii bude vždy volba a priorita onkologicky nemocného. Toto bude řídit všechny intervence a rozhodnutí. Při řešení všech těchto problémů je vždy využíván **ergoterapeutický proces**.

Ergoterapeutický proces probíhá v následující posloupnosti:

1. sběr informací
2. vstupní hodnocení
3. určení silných a slabých stránek
4. stanovení cílů
5. plánování terapie
6. vlastní terapie
7. průběžné hodnocení
8. revize terapie
9. měření výsledku
10. ukončení terapie
11. závěrečná hodnocení

U veškerých intervencí u osob s nádorovým onemocněním musí ergoterapeuté při plánování dopředu předvídat možné změny ve stavu nebo situaci dané osoby. Někdy změna nebo zhoršení situace může nastat rychle a nečekaně a ergoterapeuté musejí být schopni na to reagovat. Průběžné hodnocení je nezbytné k zajištění toho, aby ergoterapeut stále pracoval na prioritách jedince a ověřil, že priority jsou stále reálné a dosažitelné.

Existují i další podprocesy, které prostupují celou prací ergoterapeuta s onkologicky nemocnými.

Následující tři oblasti mají mimořádný význam pro ergoterapii v onkologii a budou dále rozvedeny v průběhu následující kapitoly o přístupu ergoterapie ke specifickým příznakům.

Vedení životního stylu

Ergoterapeut může:

- pracovat s onkologicky nemocnými a jejich blízkými na nalezení rovnováhy v životě
- pomoci nemocným posoudit, jaké priority jsou pro ně nejdůležitější, včetně sociálních a duchovních hodnot
- pomoci klientům najít zaměstnání, které je pro ně smysluplné
- brát v úvahu vliv kultury
- poskytovat klíčové spojení mezi péčí ve zdravotnickém zařízení a životem doma

Řízení únavy

Ergoterapeut může:

- rozpoznat, jak únava postihuje lidskou schopnost fungovat a být nezávislý
- poskytovat informace a poradenství onkologicky nemocným a jejich blízkým o strategiích jak řídit únavu a konzervovat energii
- pomoci nemocným porozumět tomu, jak je potřeba se přizpůsobit změně a přijmout určitou závislost a výkyvy zdravotního stavu
- pomoci nastavit realistická očekávání a cíle
- využít snížené energetické hladiny u pacientů jako příležitosti ke stanovení toho, co je pro ně důležité a jaké by mohly být jejich priority
- pomoci přizpůsobit životní styl tak, aby odpovídal snížené hladině energie
- doporučit kompenzační pomůcky a adaptace prostředí tam, kde je to nutné

Sebevědomí

Ergoterapeut může:

- rozpoznat, jak vnitřní pocit vlastní hodnoty ovlivňuje motivaci nemocného
- rozpoznat, jak účast v cílevědomé činnosti ovlivňuje pocit vlastní hodnoty

- pomoci osobám zkoumat jejich pocity, poznat, kdo jsou a co je pro ně důležité
- pomoci osobám uznat jejich hodnotu a jejich roli v rámci své rodiny a komunity
- pomoci přizpůsobit se změnám v těchto rolích
- pomoci nemocným přemýšlet o současných a minulých úspěších pro podporu jejich vlastní hodnoty

Je zde další bod, který stojí za zmínku. Na zcela pragmatické úrovni veškeré ergoterapeutické intervence ve svém důsledku usilují o to učinit osoby více nezávislými a mají tedy potenciál přinést úspory nákladů na zdravotní péči.

- Tím, že ergoterapeut poskytuje poradenství a preventivní péči, může odvrátit komplikace, které by mohly vyžadovat další léčbu a hospitalizaci.
- Tím, že se nemocní stanou více fyzicky kompetentní, se může snížit potřeba služeb lékařské pohotovosti – například jedinec s lymfedémem se naučí pečovat o své končetiny a tak předejde riziku zranění nebo osoba s dýchacími obtížemi bude umět zvládat záchvaty paniky.

Ergoterapeuté zlepšují kvalitu života osob s nádorovým onemocněním tak, aby během doby přežití byli schopni vést samostatný produktivní život s maximální možnou úrovní nezávislosti, bez ohledu na délku jejich života (Dietz, 1981).

Vědečtí a kliničtí pracovníci by měli věnovat dostatek pozornosti rozvoji a udržování psychické pohody tváří v tvář vážné nemoci, jako je tomu při etiologii a léčbě psychiatrických symptomů (Folkman and Greer, 2000).

Praxe zaměřená na klienta je přístup poskytování ergoterapie, který zahrnuje celou filozofii respektu a partnerství s osobami přijímajícími služby (Law et al., 1995).

Při práci s lidmi, kteří jsou nevléčitelně nemocní, dávají ergoterapeuté hodnotu životu, který klientovi zbývá. Pomáhají mu žít v přítomnosti, uznávají jeho právo na sebeurčení, uvědomění a přípravu na blížící se smrt (Bye, 1998).

Ergoterapeutická intervence ve fázích podpůrné a paliativní péče je soustředěna na zlepšení kvality života prostřednictvím nápravy narušené role. Zapojení se do smysluplných aktivit, ať už se jedná o dovednost, rekreaci nebo činnost vztahující se k práci, pomáhá zlepšit sebepojetí a zvládnout dosažení úkolů. Ergoterapeut je schopen používat vyvíjející se terapeutický vztah k podpoře osoby s nádorovým onemocněním a její rodiny tak, aby se přizpůsobili změnám rolí (Strong, 1987).

Při smrtelné chorobě musí být fyzické a sociální prostředí dané osoby

přizpůsobeno podle měnících se schopností, potřeb a možností. Jednou z dominantních rolí ergoterapeuta je pomoci osobě udržet nezávislost, integritu a určitou kontrolu prostředí (American Occupational Therapy Association, 1986).

Ergoterapeuté mají jedinečnou roli při udržování a zvyšování nezávislosti. Ergoterapeuté také pomáhají lidem získat větší autonomii a kontrolu nad jejich prostředím prostřednictvím poskytování podpor a terapeutických skupin (Dawson, 1982).

Ergoterapeuté mají možnosti provádět průběžné kontroly a hodnocení. Mohou být flexibilní na proměňující se léčbu a cíle a zajistit tak smysluplný život jedince (Flanigan, 1982).

Jedinec může těžit z ergoterapeutické intervence v jakékoli fázi nemoci, od základní diagnózy, v průběhu kurativní i paliativní léčby a nakonec v terminálním stadiu choroby (Penfold, 1996).

Osobám s obavami o funkční propad může být ergoterapeut nápomocen s terapeutickými cíli a rehabilitací v celém průběhu maligního onemocnění. Ergoterapie umožňuje lidem vykonávat úkony jemné motoriky požadované pro sebeobsluhu a návrací samostatnost v domácím prostředí (Cheville, 2001).

Kapitola 4 – Ergoterapeutické intervence pro specifické symptomy

"Když dostanete rakovinu, je to jako být na špatné straně, jako pád z kopce dolů. Víte, lidé jsou velmi nemocní a to může být velmi deprimující. Fyzioterapie a ergoterapie nabízí trochu více jak k tomu přistupovat – víte, dostat se z toho ven a něco udělat."

Tato kapitola je jádrem celého návodu, rozepisuje přínos ergoterapie v pomoci lidem se specifickými příznaky nádorového onemocnění. Rozdělení mezi jednotlivé symptomy je navrženo tak, aby poskytlo jednoduché srovnání, ale je také do jisté míry umělé. Osoby s nádorovým onemocněním zažívají celou škálu symptomů často současně. Při použití této kapitoly je dobré mít na paměti, že z průzkumu v nemocnicích a hospicích bylo zjištěno, že v průměru lidé trpí sedmi symptomy ve stejnou dobu. Mezi dvanáct nejčastějších symptomů v sestupném pořadí podle frekvence patří:

slabost, sucho v ústech, anorexie, deprese, nespavost, bolesti, oteklé nohy, nevolnost, zácpa, zvracení, zmatenost a dušnost.

Symptomy vyjmenované v této kapitole jsou nejčastější, se kterými se ergoterapeuté setkávají ve své práci s onkologicky nemocnými.

Nejčastější symptomy:

- Bolest
- Únava
- Nevolnost / zvracení / zánět sliznice dutiny ústní / poruchy polykání
- Zácpa / průjem / močové problémy
- Dušnost a kašel
- Nespavost
- Porušená integrita kůže / otlaky
- Ztráta hmotnosti (anorexie)
- Neurologické problémy
- Kognitivní deficity
- Úzkost a deprese
- Zadržování tekutin (lymfedém, otok, ascites)
- Vnímání těla (obraz těla) / včetně vypadávání vlasů, stavu po chirurgickém zákroku, lymfedému atd.

BOLEST

Bolest může ovlivnit schopnost člověka se o sebe postarat, pracovat nebo se účastnit různých aktivit. Může způsobit emocionální úzkost jak nemocného jedince tak i jeho blízkých, ovlivňuje jejich pohodu a vztahy. Hlavním prostředkem terapie bolesti je farmakologická léčba, ale ergoterapeuté také hrají důležitou roli v pomoci osobám vyrovnat se s dopady bolesti a hledáním řešení jejich emocionálních aspektů.

Ergoterapeut může:

- posoudit vliv bolesti na oblast sebeobsluhy, práce, volnočasových aktivit a sociálních rolí

- analyzovat problémy a navrhnout řešení
- pracovat s osobou a rodinou na adaptaci a nácviku sebeobsluhy, pracovních a volnočasových aktivit a sociálních rolích v rámci funkčních schopností dané osoby a podle parametrů bolesti
- pracovat s osobou na identifikaci cílů a priorit
- spolupracovat s osobou v ohledu vedení životního stylu, včetně stimulace, plánování a stanovení priorit, řízení úzkosti, schopnosti relaxovat, ergonomie, zvládání únavy a práce na toleranci bolesti
- posoudit, zda má nemocný vhodné vybavení a adaptaci prostředí podle svých potřeb
- spolupracovat s interprofesním týmem k zajištění optimálního řízení bolesti
- poskytovat pravidelné přehodnocení změny stavu a funkce.

Cílem je:

- zvýšit kontrolu osoby nad její bolestí
- maximalizovat nezávislost
- podporovat duševní pohodu a nastavení
- udržovat aktivity a role jedince
- podpořit rodinu a pečovatele
- usnadnit mezioborovou spolupráci
- zlepšit kvalitu života

Prostřednictvím koordinovaného úsilí všech členů onkologického týmu může být dosaženo úspěšného zvládnutí bolesti. Ergoterapie má zásadní význam při terapii bolesti a může pomoci změnit vnímání bolesti a životní styl jedinců (Lloyd and Coggles, 1988).

ÚNAVA

Únava může mít zničující vliv na schopnost osob udržet si normální život.

Únava může:

- ovlivnit schopnost člověka vykonávat běžné denní činnosti, sebeobsluhu a aktivity volného času

- způsobit emocionální a fyzické strádání nemocného i jeho blízkých
- snížit kognitivní schopnosti
- ovlivnit psychický stav
- ovlivnit vztahy

Ergoterapeut může:

- spolu s nemocným identifikovat faktory ovlivňující únavu
- posoudit sebeobsluhu, pracovní a volnočasové aktivity a role
- pracovat s osobou a rodinou na adaptaci a nácviku sebeobsluhy, pracovních a volnočasových aktivit a sociálních rolí v rámci funkčních schopností jedince
- pracovat s jedincem na identifikaci jeho cílů a priorit
- vzdělávat nemocného a jeho blízké ohledně stimulace, plánování, vyvážení a stanovení priorit v aktivitách a o technikách konzervace energie
- spolupracovat s komunitními a podpůrnými službami
- naučit relaxační techniky
- naučit asertivní techniky, aby se předešlo nadměrnému vyčerpání
- posoudit jaké vybavení a adaptace prostředí je potřebné, aby vyhovovalo požadavkům dané osoby (například invalidní vozík, pomůcky do koupelny,...).

Cílem je:

- podporovat duševní pohodu a nastavení
- zlepšit kvalitu života
- maximalizovat nezávislost
- zvýšit kontrolu osoby nad její únavou
- udržet aktivity a role jedince
- usnadnit úzkou spolupráci s interprofesním týmem
- umožnit jedinci a jeho blízkým porozumět účinkům únavy
- podpořit rodinu a pečovateli
- zlepšit porozumění příznakům choroby a snížení jejich podílu na neshody ve vztazích

Ergoterapie má roli ve vzdělávání jak pacienta tak pečovateli o konzervaci energie, změnách životního stylu, aktivitách volného času a alternativních způsobech provádění běžných denních činností (Lloyd and Coggles, 1988).

Pacient se zhoršujícím se stavem potřebuje mít situaci pod kontrolou a najít

smysl života. Měl by být podporován, aby šetřil energií pro aktivity, které jsou pro něj důležité v oblasti sebeobsluhy a volného času (Holland, 1984).

Již existující problémy s mobilitou zařazují onkologické pacienty do oblasti vysokého rizika únavy a slabosti. Slabost je závažný bezpečnostní problém a může mít vliv na schopnost vykonávat aktivity v práci i doma. Pacienti potřebují informace k plánování každodenních činností a stanovení priorit pro využívání energie. Ergoterapeuté mohou také pomoci s mobilitou a bezpečnostními pomůckami, úpravou prostředí a nalezením vhodných způsobů ke zvládnání běžných úkonů (Nail and Winningham, 1995).

NEVOLNOST / ZVRACENÍ / ZÁNĚT SLIZNICE DUTINY ÚSTNÍ / PORUCHA POLYKÁNÍ

Tyto příznaky mají mnoho sociálních, emocionálních a fyzických účinků.

- zapříčiňují poruchu jedení, pití a zažívání
- ovlivňují přípravu jídla a pití
- snižují sociální aspekt stravování a zapojení se do rodinného života
- narušují každodenní rutinu a spánek
- mění role v domácnosti

Ergoterapeut může:

- určit obtíže při přípravě jídla a nápojů a prozkoumat alternativy (například využití hotových jídel, aby se zabránilo dlouhé době vaření a omezily se pachy při vaření)
- doporučit vhodnou pozici při poruše polykání
- informovat o praktických důsledcích těchto příznaků (například na praní a hygienu)
- naučit relaxační techniky, které pomáhají snižovat nevolnost a zvracení
- spolupracovat s interprofesním týmem v oblasti péče o ústa
- poskytovat vzdělávání a podporu ke zvládnání psychologických aspektů těchto příznaků
- zvýšit chápání rodiny a pečovatelů, pro které může být obtížné nalézt běžnou rutinu stravování

Cílem je:

- snížit nevolnost a zvracení
- snížit hladinu úzkosti vyvolanou časem jídla
- usnadnit lepší vztahy a snížit stres týkající se přípravy jídla a sníženým příjmem potravy

Rozhovory s pracujícími ženami s rakovinou prsu odhalují význam zavedení každodenní pracovní rutiny, včetně domácích prací, jako je příprava jídel. Pokračování v jejich každodenní pracovní rutině slouží jako zdroj uspokojení a zdroj motivace, která odvádí pozornost od úzkosti spojené s jejich životem. V klinické praxi ergoterapeuté a klienti spolupracují na rozvoji cílů a plánů intervenční strategie s cílem usnadnit zapojení klientů do smysluplných činností (Vrkljan and Miller-Polgar, 2001).

ZÁCPA / PRŮJEM / MOČOVÉ PROBLÉMY

Tyto symptomy způsobují sociální izolaci, strach, problémy s oblékáním, hygienické potíže, únavu, psychické problémy. Léčba, jako je radioterapie, může způsobit těžký průjem.

Ergoterapeut může:

- posoudit schopnost osoby k přístupu na toaletu, při prohlédnutí příslušného zařízení zjistit možnosti přesunu, postupů atd.
- posoudit a přizpůsobit prostředí podle potřeby, řešení otázek hygieny a problémů únavy, které mohou doprovázet časté návštěvy toalety
- poradit s vhodným oblečením
- zjišťovat situaci domácího zařízení a zajistit, že je dostatečně zvládnuto praní a hygiena
- v případě potřeby odkazovat na finanční pomoc pro získání prostředků na adaptaci koupelny nebo vybavení na praní
- spolupracovat s interprofesním týmem, včetně zajištění konzultace o příčinách a faktorech podílejících se na možnostech a řízení léčby
- dávat rady o občanské vybavenosti, jaké je rozmístění toalet, podporovat zapojení a

zvýšení důvěry v běžných společenských aktivitách dané osoby.

Cílem je:

- zvýšit nezávislosti v chození na toaletu
- zvýšit jistotu pacienta a jeho blízkých ve zvládání problémů spojených s vyprazdňováním
- snížit úzkost a stres
- zvýšit jistotu v obnovení sociální aktivity

Ergoterapeut má důležitou úlohu v oblasti poskytování vybavení, adaptace a doporučení týkající se domácí péče, zejména tam, kde je potřeba kvalifikovaného posouzení (Pushpangadan and Burns, 1996).

DUŠNOST A KAŠEL

Stejně jako únava, dušnost (dyspnoe) a přetrvávající kašel může ovlivnit produktivitu člověka a jeho schopnost vykonávat aktivity sebeobsluhy a volného času. Může způsobovat emocionální a fyzické strádání jedince a jeho blízkých, odráží se ve vzájemných vztazích.

Ergoterapeut může:

- posoudit, jak dušnost ovlivňuje aktivity jedince
- zhodnotit a analyzovat běžné denní činnosti, prostředí, potřeby v oblasti mobility, polohování v posteli a při sezení
- prozkoumat řešení
- poskytovat poradenství v účinné komunikaci, například pomocí psaní
- dávat doporučení v oblasti vedení životního stylu a stimulujících činnostech
- dávat doporučení ve zvládání úzkosti a konzervace energie
- naučit relaxační cvičení a mechanismy zvládání epizod dušnosti
- doporučit nové vybavení a pomůcky, přizpůsobit stávající vybavení
- poskytovat poradenství rodinám a pečovatelům o manipulaci s nemocným a pomůckami

Cílem je:

- zlepšit kvalitu života jedince
- zlepšit nezávislost a schopnosti
- zlepšit jistotu a kontrolu
- snížit potřebu léků a závislost na kyslíkovém přístroji
- snížit strach a úzkost
- snížit psychickou závislost na rodině a pečovateli

Pacienti s respirační nedostatečností mají tendenci zažívat vysokou míru úzkosti. Přístup týmu pomáhá pacientům udržet tolik kontroly nad jejich prostředím, kolik je možné. Ergoterapie má v tomto týmu roli pomáhat pacientovi zachovat pocit kontroly, povzbuzovat schopnost poradit si, zvyšovat zapojení do smysluplného trávení volného času a poskytovat cvičební programy (Centers, 2001).

Je třeba řešit, aby pacienti a pečovatelé porozuměli dušnosti, úzkosti a depresi. Pacienti potřebují osobní cíle. Mohou se naučit techniky ke konzervaci energie, kontrolní techniky a strategie zvládnání dýchání (Corner, 1997).

Do interprofesního týmu zabývajícího se dušností patří také fyzioterapeut, ergoterapeut a zdravotní sestra. Ergoterapeut se zaměřuje na konzervaci energie a dává jasný popis cílů léčby a učeným technikám (Stent, 2001).

Vícedimenzionální posouzení je nezbytné. Některé symptomy reagují na farmakologickou intervenci, jiné jsou lépe zvládnuty podpůrným poradenstvím, ergoterapií a fyzioterapií. Intenzita dušnosti významně koreluje s úzkostí. Edukace pacientů a rodiny je potřebná k tomu, aby dokázali předvídat epizody zvýšené dušnosti (Roberts, 1999).

NESPAVOST

Špatná kvalita spánku může způsobit velké rozrušení a únavu nemocného, zhoršuje symptomy a je vyčerpávající pro rodinu a pečovatele. Někteří onkologicky nemocní se rozhodnou spát vzpřímeně na židli, protože, když si lehnou, je pro ně dýchání obtížnější. Jiní mohou mít narušený spánkový rytmus, protože si zdřímnou během dne. Dobrý noční spánek může přinést útěchu osobě s nádorovým onemocněním

i jeho blízkým.

Ergoterapeut může:

- prověřit každodenní rutinu a pomoci s vedením životního stylu
- zajistit, že je osoba aktivní po celý den
- pomoci s držetím těla a polohováním
- pomoci s mobilitou a přesuny
- poskytovat poradenství ohledně pomůcek umožňující mobilitu na lůžku a přesuny
- naučit relaxační techniky
- poskytnout rodině a pečujícím osobám poradenství o podpoře dobrého spánku a usínání
- určovat problémy prostředí, které mohou bránit spánku

Cílem je:

- zlepšit kvalitu života
- snížit úzkost
- zvýšit produktivitu
- snížit riziko pádu, které může být způsobeno nočním putování nebo nedostatkem spánku
- snížit pocit deprese a nízkého sebevědomí, které jsou spojeny s nedostatkem spánku

Vzhledem k tomu, že hypnotika mohou mít riziko závislosti, jsou pro poruchy spánku při onkologické léčbě voleny psychologické intervence, jako je kontrola stimulů a kognitivní terapie (Sarvard and Morin, 2001).

Ergoterapie jako celostní disciplína konfrontuje slabé stránky klientů s poznatkem, že činnosti by měly být smysluplné a mít význam, a proto zahrnuje také mysl a ducha (Brindle, 1999).

PORUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE / OTLAKY

Osoby s onkologickým onemocněním mohou zůstat po dlouhou dobu imobilní. To může způsobovat poškození kůže, což má vliv na pohodlné ležení i sezení. Také

určitý typ protinádorové léčby může činit kůži náchylnější k poškození. Ergoterapeuté mají roli v prevenci problémů spojených s otlaky pokožky a pomáhají osobám s těmito problémy zapojit se do běžných denních činností.

Ergoterapeut může:

- posoudit riziko vzniku otlaků a vyhodnotit aktuální problémy s poškozením kůže
- posoudit potřeby týkající se péče o osoby s otlaky v souvislosti s jejich činnostmi
- společně s dalšími členy týmu řešit problémy s otlaky se zaměřením na péči o ránu, léky a výživu
- poskytovat rady týkající se zmírnění působení tlaku při vhodné pozici těla a při správném sezení
- pomoci s mobilitou a přesuny na lůžku
- dávat doporučení v oblasti životního stylu, například podpůrné aktivity, správné držení těla, pozice sezení
- doporučit vhodné oblečení a jak ho vybírat

Cílem je:

- předcházet dekubitům
- zachovat nezávislost
- zlepšit kvalitu života a snížit emocionální úzkost nemocného a jeho blízkých
- ulevit od bolesti a zlepšit komfort
- snížit zátěž rodiny a pečovateli snížením frekvence praní, nároků na ruční manipulaci a nutnosti domácí intervence externími subjekty
- umožnit osobě, aby se účastnila požadovaných aktivit
- snížit náklady spojené s odbornou léčbou dekubitů

Ergoterapeuté mohou pozitivně přispět k péči o pacienta při poskytování pečovatelské podpory a vybavení, symptomatickou léčbou fyzických projevů, jako jsou otoky a bolest, podílejí se na programech denní péče. Ergoterapeutů se týká také prevence dekubitů a nemocničních pádů (Brandis, 2000).

Ergoterapeutické cíle zahrnují dosažení nezávislosti v sebeobsluze, funkčních přesunech, dovednostech samostatného života, zachování integrity kůže a další zvyšování nezávislosti. Nezbytná je také příprava jídla, úklid, praní prádla, konzervace energie a zjednodušení práce (Tuel et al., 1992).

HUBNUTÍ (ANOREXIE)

Ztráta hmotnosti se vyskytuje asi u 70% osob s pokročilým nádorovým onemocněním, nejčastější bývá u nádorů plic, střeva a vaječníků. Toto může nastat i přes přiměřený příjem potravy. Předchozí stravovací rutina nemocných nemusí být vhodná v době onemocnění, choroba také může znesnadnit nezávislé sebesycení. Hubnutí vede k souvisejícím problémům: únavě, slabosti a snížené schopnosti pohybu. Snižuje také schopnost osob vykonávat každodenní činnosti.

Ergoterapeut může:

- posoudit a řešit problémy související s jídlem, jeho načasováním a přípravou
- posoudit a řešit problémy související s vnímáním těla a sebevědomím
- posoudit a řešit přidruženou problematiku únavy, slabosti a otlaků (viz v předchozích částech)
- zajistit vybavení a případné pomůcky k sycení
- spolupracovat s lékaři a dietology na nejlepším způsobu pomoci nemocnému a jeho blízkým

Cílem je:

- podpořit nemocného, rodinu a pečovatele poskytnutím praktických strategií
- zlepšit kvalitu života a nezávislosti
- zvýšit sebevědomí
- pomoci snížit úzkost nemocného, rodiny a pečovatelů, kteří připravují jídlo

Ergoterapie má roli v oblasti vzdělávání pacienta a jeho blízkých o konzervaci energie, změně životního stylu, sebeobrazu, volnočasových aktivitách, péči o sebe, vedení domácnosti (Lloyd and Coggles, 1988).

Pracující ženy s rakovinou prsu byly dotazovány ohledně významu nastavení každodenní rutiny v průběhu a po ukončení léčby. Zavedení každodenní pracovní rutiny, včetně návštěvy přátel a vykonávání domácích prací, jako je příprava jídla, bylo pro ně životně důležité (Vrkljan and Miller-Polgar, 2001).

NEUROLOGICKÉ PROBLÉMY

Mozkové metastázy mohou způsobit obtíže ve vykonávání každodenních aktivit a zaměstnání. To představuje zhoršení a / nebo výkyvy ve schopnosti osob provádět činnosti jako je mytí, oblékání, sebesycení, chození na toaletu, což způsobuje zvláštní zátěž pro rodinu a pečovatele. Nádory, které ovlivňují míchu mají za následek širokou škálu příznaků.

Jedinec může zakoušet slabost nebo ochrnutí, změny ve funkci, závratě, senzorický deficit, frustraci, šok, vztek, úzkost, bolest, únavu, depresi, problémy s rovnováhou. Poškození nervů (neuropatie) může zapříčinit podobné problémy. (Viz také kognitivní deficity níže.)

Ergoterapeut může:

- posoudit a analyzovat rizika pro bezpečí osoby
- posoudit a analyzovat, jak dobře jedinec vykonává běžné denní činnosti (ADL) a volnočasové aktivity
- pomoci nemocnému najít způsob, jak provádět ADL, volnočasové aktivity a maximalizovat samostatnost
- vyhodnotit prostředí jedince a přizpůsobit ho, aby vyhovovalo potřebám bezpečí
- poskytnout rehabilitaci
- poskytovat rady pro polohování a péči o otlaky
- poskytovat poradenství v oblasti ruční manipulace (vhodný handling), přesunů a mobility
- poskytovat poradenství při výběru kompenzačních pomůcek a vybavení
- poskytovat poradenství při výběru invalidního vozíku a správného sedu
- poskytovat pomoc ve vedení životního stylu a učit adaptivní techniky
- poskytovat poradenství, vzdělávání a podporu pro rodiny a pečovatele
- zajistit pravidelnou kontrolu, brát v úvahu výkyvy ve stavu jedince a pomoci osobě vyrovnat se se zhoršením stavu
- pomoci v komunikaci mezi nemocným, rodinou, pečovateli a odborníky prostřednictvím společných setkání
- pomoci nemocným a jejich blízkým upravit a nastavit realistické cíle
- využít dlahování ruky např. u neuropatie

Cílem je:

- udržet bezpečí osoby
- maximalizovat nezávislost a kvalitu života osoby
- udržet předchozí životní styl nemocného
- udržet jedince doma co nejdéle
- usnadnit propuštění do domácího prostředí a snížit nutnost opětovné hospitalizace
- snížit riziko komplikací, jako jsou dekubity, vadné držení těla, pády atd.
- snížit náklady na péči související s komplikacemi
- pomoci nemocnému a jeho blízkým poradit si s adaptací na aktuální zdravotní stav a vyrovnat se s možným zhoršením

Ergoterapie je nedílnou součástí léčebného plánu pro pacienty s metastatickým onemocněním. Intervence zahrnují běžné denní dovednosti, přizpůsobení se zdravotnímu postižení, konzervaci energie a adaptaci prostředí. Funkční perspektiva ergoterapie může být jednoduše odlišena od pracovního rámce jiných profesí. U chronického onemocnění, jako je metastazující nádorové onemocnění, ergoterapie významně rozšiřuje možnosti péče (Romsaas and Rosa, 1985).

Onkologická diagnóza a její léčba může mít hluboký vliv na funkci ruky, což představuje výzvu pro ergoterapeuty, kteří se specializují na onkologii nebo terapii ruky. Návrat nebo zlepšení funkce ruky je po léčbě rakoviny běžné, což znamená, že v léčbě ruky jsou často vhodné terapie posilující obnovu funkcí. Intervence pro terapii ruky zahrnuje citlivé udržování aktivního rozsahu pohybu, polohování a dlahování pro zajištění pohodlí, dále pak instrukce pro vykonávání každodenních činností jednou rukou (Cook and Burkhardt, 1994).

Hodnocení běžných denních činností bylo použito ve studii zabývající se posuzováním kvality života u pacientů s nádory mozku. Pacienti dosáhli významného zlepšení funkčního stavu během rehabilitace (Huang et al., 2001).

Prostřednictvím odstupňovaného cvičení a adaptace prostředí a aktivity má ergoterapie významnou úlohu ve zlepšování rovnováhy a zvládnání závratí. U pacientů došlo k výraznému zlepšení ve funkčních oblastech poté, co podstoupili ergoterapii. Ergoterapeuté mají roli při úpravách zařízení a pracují na zjednodušení technik k řešení vestibulárních symptomů pozorovaných u těchto pacientů (Cohen, 1994).

KOGNITIVNÍ DEFICITY

Pacienti s kognitivními deficity, jež jsou zapříčiněny mozkovými nádory nebo metastázemi, mají potíže se zvládnutím každodenních činností a zaměstnání. Mohou mít problémy s pamětí a stanovením posloupnosti a se zhoršujícími se nebo kolísajícími schopnostmi. To může způsobit zvláštní zátěž pro rodinu a pečovatele. (Viz také neurologické problémy výše.)

Ergoterapeut může:

- posoudit rizika pro bezpečí nemocného
- posoudit, jak dobře osoba vykonává každodenní činnosti (ADL) a volnočasové aktivity
- pomoci jedinci najít způsob, jak provádět ADL, volnočasové aktivity a maximalizovat samostatnost
- posoudit prostředí jedince a přizpůsobit ho podle jeho potřeb
- posoudit kognitivní funkce osoby, trénovat kognitivní funkce
- pomoci nemocnému a jeho blízkým používat paměťové pomůcky
- poskytovat poradenství, vzdělávání a podporu pro rodiny a pečovatele
- zajistit pravidelnou kontrolu, brát v úvahu výkyvy ve stavu osoby a pomoci osobě vyrovnat se zhoršením stavu
- pomoci nemocnému a jeho blízkým porozumět a mít důvěru v cíle léčby

Cílem je:

- udržovat bezpečí jedince
- maximalizovat nezávislost jedince
- udržet nemocného co nejdéle v domácím prostředí
- předcházet nebo omezit opětovnou hospitalizaci
- pomoci rodině a pečovateli poradit si s osobou, jejíž kognitivní schopnost se zhoršuje

V průběhu rehabilitace se u pacientů s mozkovým nádorem dostavuje funkční zlepšování a významné změny ve funkčním stavu (Huang et al., 2001).

Lidé s pokročilým onemocněním mají obavy v souvislosti s poklesem funkcí.

Léčebné cíle a rehabilitace mají hodnotu v celé trajektorii maligního onemocnění, přičemž je zvláštní pozornost kladena na motorické a senzorické výpadky v mozečku a kognitivní dysfunkce. Vhodné techniky fyzikální terapie a ergoterapie je třeba zvážit u všech pacientů s nádorovým onemocněním, kteří zažívají pokročilý funkční pokles (Cheville,2001).

Ergoterapeuté mají dovednosti v oblasti průběžné kontroly a hodnocení a mohou tak být flexibilní v nastavení léčby a cílů, které mají zajistit smysluplný život až do konce. Součástí role ergoterapeutů ve zdravotní péči o nevléčitelně nemocné je pomáhat osobám připravit se na smrt a přizpůsobit se ztrátě funkce (Flanigan, 1982).

Ergoterapeuté jsou nepostradatelní při plánování péče pro pacienty s metastatickým onemocněním. Jejich funkční perspektiva rozšiřuje zaměření péče. Hodnocení a léčba související s nezávislým životem, senzomotorickými komponenty, terapeutickou adaptací, mohou účinně řešit mnoho problémů zdokumentovaných při metastazujícím onkologickém onemocnění (Romsaas and Rosa, 1985).

ÚZKOST A DEPRESE

Nádorové onemocnění a jeho léčba může vyvolat pocity beznaděje, bezcennosti a paniky. Čtvrtina onkologicky nemocných má zkušenost s depresí v některé fázi své nemoci. Nádorové onemocnění může snížit sebevědomí osob a přimět je, aby pochybovaly o svém systému víry.

Na druhé straně mohou úzkost a deprese snížit koncentraci, schopnost vstřebávat informace a motivaci k provádění činností.

Ergoterapeut může:

- prozkoumat úzkost a posoudit její dopad na každodenní činnosti a volný čas
- identifikovat cíle, které zvyšují nemocnému pocit kontroly
- realizovat program pro zvládání úzkosti
- realizovat program pro řízení únavy
- realizovat program pro vedení životního stylu
- zapojit osobu do smysluplných aktivit
- v případě potřeby odkázat nemocného k jiným odborníkům

- pomoci nemocnému a jeho blízkým porozumět a mít důvěru v cíle léčby

Cílem je:

- snížit úzkost
- dát nemocnému kontrolu a volbu
- pomoci jedinci obnovit jeho normální role
- zlepšit pocit pohody a kvality života
- zlepšit vztahy

Pacienti s nádorovým onemocněním se cítili znovu lidsky, když se zabývali sebou jako úplnou osobou – zahrnující tělo, mysl a ducha. Mnozí z nich se obávali hospitalizace a přijetí role pacienta. Důraz byl kladen na opětovné převzetí odpovědnosti za vlastní život a nalezení způsobů vyrovnání se s nemocí, které jsou individuální a mohou být pro každého značně odlišné (Oldham, 1989).

Pacienti se zhoršující se kondicí potřebují i nadále uplatňovat kontrolu a najít smysl života. Mohou se cítit izolovaní a potřebují socializaci a verbální i neverbální komunikaci (Holland, 1984).

RETENCE (ZADRŽOVÁNÍ) TEKUTIN (LYMFEDÉM, EDÉM, ASCITES)

Otok a bolest spojená s retencí tekutin způsobuje problémy s mobilitou a v aktivitách v oblasti oblékání. Má vliv na flexibilitu, rovnováhu, toleranci zátěže a vnímání těla. Nalezení vhodného oblečení, které je dostatečně velké a dobře se zapíná, může být problém. Některé typy retence tekutin mohou také způsobovat senzorycké deficity.

Ergoterapeut může:

- vyhodnotit mobilitu, přesuny, sebeobsluhu, oblékání, přípravu jídla, vnímání těla, volnočasové a pracovní role, problémy s otlaky, únavu, vztahy, sexualitu
- řešit problémy vyplývající z hodnocení
- naučit techniky, které pomáhají nemocnému přizpůsobit jeho životní styl – v oblasti

práce, volného času, sociálních rolí, vztahů, každodenních činností

- poskytovat poradenství v otázkách bezpečnosti
- poskytovat poradenství v oblasti konzervace energie
- pomoci nemocnému brát v úvahu výkyvy v jeho kondici
- pomoci komunikaci mezi nemocným, rodinou, pečovateli a odborníky prostřednictvím společných setkání

Cílem je:

- udržet nebo zlepšit kvalitu života
- pomoci nemocnému být nezávislý a dávat smysl jeho funkčním omezením
- zvýšit u nemocného pocit vlastní hodnoty
- pomoci osobě obnovit normální role
- pomoci osobě minimalizovat poškození končetin, například při přípravě jídla
- usnadnit návrat do práce

Celkový zdravotní stav, postoj a životní styl ovlivňují lymfedém a jeho reakci na léčbu (Dennis, 1993).

VNÍMÁNÍ TĚLA (OBRAZ TĚLA) / VČETNĚ VYPADÁVÁNÍ VLASŮ, NÁSLEDKŮ CHIRURGICKÝCH ZÁKROKŮ, LYMFEDÉMU atd.

Onkologické onemocnění a jeho léčba může způsobit fyzickou změnu proporcí lidského těla, jednak vlivem chirurgického zákroku, ale také vypadáváním vlasů, lymfedému, úbytku hmotnosti a jiných změn. Ty mohou mít vliv na vnímání těla jedince a snížit jeho pocit sebedůvěry a duševní pohody. To zase může vést k sociální izolaci a ztrátě rolí ve společnosti.

Ergoterapeut může:

- zvýšit sebevědomí
- řešit problémy sebeobsluhy
- v případě potřeby doporučit vybavení

- poskytnout poradenství týkající se oblečení a jeho přizpůsobení
- pomoci osobě tréninkem asertivního přístupu a kognitivně behaviorální terapií
- naučit relaxační postupy a techniky pro zvládnání úzkosti
- nastavit realistické cíle a používat odstupňované sociální aktivity k maximalizování nezávislosti
- odkázat na jiné zařízení, profesionály nebo podpůrné skupiny
- pomoci komunikaci mezi nemocným, jeho rodinou, pečovateli a odborníky prostřednictvím společných setkání

Cílem je:

- zlepšit kvalitu života
- zvýšit sebejistotu
- zvýšit zapojení do požadovaných rolí
- snížit stres
- pomoci osobě obnovit normální role

Ergoterapie má roli ve vzdělávání nemocného i jeho blízkých v oblasti vlastního vnímání, konzervace energie (např. využití alternativních prostředků k provádění ADL), poradenství, podporuje pacienta v aktivitách volného času, péče o sebe, vedení domova a společenského života (Lloyd and Coggles, 1988).

KOSTNÍ METASTÁZY

Kostní metastázy (sekundární nádory v kostech) způsobují bolest a omezují mobilitu a rozsah pohybu. Mohou také zvýšit pravděpodobnost posturálních problémů a neurologických potíží. Mohou způsobovat, že se nemocný více bojí aktivit, což má dopad na všechny oblasti výkonu.

Ergoterapeut může:

- poskytovat předběžné opatření a preventivní informace pro ochranu zranitelných kostí
- posoudit rizika a zajistit bezpečnostní poradenství doma
- pomoci plánovat změny životního stylu pro ochranu kostí a zlepšení mobility

- poskytovat poradenství při výběru invalidního vozíku a dalšího zařízení (například ke koupání jako preventivní opatření proti zlomeninám)
- poskytovat poradenství nemocnému, rodině a pečovateli v otázkách ruční manipulace (vhodný handling)
- poskytovat psychologickou podporu
- dávat doporučení ohledně správného držení těla, sezení, polohování a péče o otlaky
- dávat doporučení v otázkách konzervace energie
- pomoci komunikaci mezi nemocným, jeho rodinou, pečovateli a odborníky prostřednictvím společných setkání

Cílem je:

- pomoci osobám přizpůsobit se a vrátit se do normální rutiny
- zlepšit kvalitu života
- zlepšit vztahy
- dát lidem větší kontrolu nad jejich životy
- snížit úzkost a depresi

Ergoterapie je nedílnou součástí léčebného plánu pro pacienty s metastatickým onemocněním. Intervence zahrnují běžné denní dovednosti, přizpůsobení se zdravotnímu postižením, konzervaci energie a adaptaci prostředí. Funkční perspektiva ergoterapie může být jednoduše odlišena od pracovního rámce jiných profesí. U chronického onemocnění, jako je metastazující nádorové onemocnění, hledisko ergoterapie významně rozšiřuje možnosti péče (Romsaas and Rosa,1985).

Ergoterapeuté pracující na jednotce paliativní péče mohou pozorovat, poslouchat a pracovat s lidmi s rakovinou plic a metastazujícím karcinomem prsu na dosažení konkrétních cílů tak, aby byla zajištěna optimální kvalita jejich života (Armitage and Crowther, 1999).

Reference

Na tomto místě návodu následují odkazy na literární zdroje. Pro větší přehlednost jsem je v této podobě přiřadila k seznamu literatury na konci bakalářské práce.

3.5 PROPAGAČNÍ LETÁK – ERGOTERAPIE V ONKOLOGII

Propagační leták je v mnou navržené podobě umístěn v příloze bakalářské práce.

Pro vytvoření informačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii jsem se rozhodla z toho důvodu, že ergoterapie je většinou mezi veřejností málo známá. To ostatně potvrdil i výsledek mého dotazníku. Osobně se domnívám, že vhodně zvolená ergoterapie může onkologicky nemocným výrazně pomoci v dosažení uspokojivé kvality života.

Jako formu propagačního materiálu jsem zvolila jednostranný leták v základní velikosti A4. Zvažovala jsem i vytvoření skládací brožury, kde by mohly být jednotlivé oblasti více rozděleny po jednotlivých listech. Tuto variantu jsem však neuskutečnila. K účelu, pro který jsem leták vytvářela, mi přišla vhodnější jednostranná verze. Takto koncipovaný informační materiál lze jednoduše umístit například na nástěnku onkologického oddělení a je rovněž i snadno distribuovatelný mezi pacienty.

Leták nemá za cíl zahrnout celou šíři ergoterapie, ani zde nejsou vypsány všechny možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii. Jeho hlavním smyslem je seznámit osoby s ergoterapií a poskytnout jim základní informace a náhled na tento obor. Při vlastním zpracování textu jsem vycházela jednak z výše uvedeného „Návodu pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými“ a také jsem se inspirovala na internetových stránkách Jewish General Hospital. V letáku jsou použity obrázky od dcery onkologické pacientky (se souhlasem matky). Tyto kresby jsem do letáku umístila z toho důvodu, že odrážejí pohled jedenáctiletého dítěte na život rodiče se zhoubným nádorem.

3.6 KAZUISTIKA

Pro zpracování kazuistiky jsem zvolila pacientku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN). Základním požadavkem pro výběr byla přítomnost onkologické diagnózy v její anamnéze. Pacientku jsem oslovila během své odborné praxe ve VFN (v období 1. 4. - 2. 5. 2014), kterou jsem absolvovala pod dohledem fyzioterapeutky Mgr. I. Heřmanové. Pacientce byla základně indikována fyzioterapie, postupy mé ergoterapeutické intervence jsem v rámci interprofesního týmu konzultovala s určenou fyzioterapeutkou. Pacientka byla seznámena s účelem mé práce a před zahájením

spolupráce stvrdila tuto skutečnost podepsáním informovaného souhlasu.

Kazuistika je zpracována na základě údajů z pacientčiny dokumentace, dat získaných během individuální ergoterapie, společných setkání a také z informací poskytnutých členy interprofesního týmu. Od pacientky jsem získávala informace prostřednictvím rozhovoru, pozorování a vlastním vyšetřením. Využila jsem materiály z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN pro hodnocení ADL, Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE) a Dotazník kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním EORTC QLQ-C30 (dostupný na <http://groups.eortc.be/qol/> viz příloha). S pacientkou jsem rovněž zpracovala mnou navržený dotazník o obeznámenosti klienta s ergoterapií. Pacientka odpověděla, že o ergoterapii ještě nikdy neslyšela, proto jsem jí hned při prvním setkání podala informace, které jim pomohly oblast ergoterapie vysvětlit.

S pacientkou jsem pracovala celkem jedenáctkrát, třikrát týdně v průběhu jednoho měsíce, vždy po dobu 40 – 60 min. První setkání bylo věnováno představení možností ergoterapie, vstupnímu vyšetření a stanovení cílů terapie. Během dalších 10 setkání probíhala vlastní terapie podle předem stanoveného plánu tak, aby vedla k naplnění cílů klientky. Následkem onkologického onemocnění došlo u pacientky ke zhoršení zdravotního stavu a bylo v průběhu setkávání nutné přehodnotit cíle a plány terapie. Při vstupním hodnocení ADL pacientka neustále trvala na tom, že všechny položky zvládne, protože před hospitalizací byla ve všech položkách ADL plně soběstačná. Nebylo reálné všechny položky objektivně posoudit, toto by bylo možné až po propuštění pacientky do domácího léčení.

KAZUISTIKA

Anamnéza

Základní údaje o pacientovi:

Jméno: M. N.

Rok narození: 1941 (73 let)

Pohlaví: žena

Hlavní diagnóza: Mnohočetný myelom IgG kappa (diagnostikován 3/2014)

Oddělení: Hematoonkologie, I. interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Ergoterapeutická intervence v období: duben 2014

Jméno terapeuta (student): Dagmar Bejdlová

RA: otec zemřel v 87 letech, matka zemřela v 72 letech (karcinom štítné žlázy), bratr 68 let – zdrav, syn 45 let – zdrav

OA: běžné dětské nemoci, hepatitida A

hypertenze na terapii – sledována na kardiologii, hraniční hodnoty TSH – sledována na endokrinologii, bilaterálně glaukom (od roku 2007), astma bronchiale (od 2/2014), zápal plic (2/2014)

GA: menstruace od 12 do 54 let, 1 porod

úrazy: fraktura levého zápěstí (rok 2009)

operace: cysta vaječníku (rok 1971), cholecystektomie (rok 1978), extirpace fibroadenomu levého prsu (rok 1996)

AA: tetracykliny, codein

Abuzus: nekouří, alkohol pije příležitostně (pivo)

FA: Prestance 5mg tbl ½-0-0, Timoloc occ.gtt. 1-0-1

ŠA: vystudovala VŠ pedagogickou

PA: 54 let pracovala jako učitelka na 1. stupni ZŠ, nyní je ve starobním důchodu a zároveň učí na částečný úvazek (v současné době v pracovní neschopnosti)

SA: rozvedená, bydlí sama, navštěvuje ji bratr a neteř, syn s rodinou bydlí mimo Prahu

bydlení: bezbarierový byt v nájemném domě – garsoniéra, 2. patro s výtahem, do domu dva vchody – jeden beze schodů

Praha 9 – Čakovice – Třeboradice, dobrá dostupnost veřejnou dopravou, zastávka autobusu 10 minut od domu

zájmy: péče o kočku, četba, návštěva divadla, návštěvy kamarádek

režim dne: v současné době je v nemocnici, plně podřízen provozu zdravotnického zařízení (dopoledne – vyšetření, léčba, odpoledne – přijímá návštěvy, ve volných chvílích čte, sleduje televizi, luští křížovky)

NO: pacientka v únoru 2014 prodělala pravostrannou bronchopneumonii, léčeno ambulantně (Biseptol, Klacid). Na začátku března 2014 hospitalizována v Nemocnici na Bulovce pro dušnost a bolest na hrudi. Pacientka popisovala silné bolesti, které ji znemožňovaly spánek. Bolest byla lokalizována za hrudní kostí, v oblasti hrudní páteře, dále pod levou lopatkou vystřelující do levého ramene, zhoršující se při pohybu.

Pacientka podstoupila vyšetření RTG, CT, MRI, ELFO, což prokázalo diagnózu Mnohočetný myelom IgG lambda s mnohočetným postižením skeletu (téměř všechna obratlová těla, kompresivní fr. Th7-9 a L5, kalva, manubrium sterni, žebra, fr. colli

chirurgici humeri l.sin.). Pro léčbu fraktury humeru byl využit konzervativní postup – na 4 týdny fixováno Dessaultovou ortézou.

8. 4. 2014 pacientka přeložena na oddělení Hematoonkologie I. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze v souvislosti s dovyšetřením a zahájením protinádorové terapie. Pacientce byla ošetřujícím lékařem doporučena fyzioterapie s důrazem na kondiční cvičení, vertikalizaci, zapojování levé horní končetiny do činností, dechovou a cévní gymnastiku. Ergoterapie nebyla přímo pacientce navržena, ale po dohodě s fyzioterapeutkou jsem na případu spolupracovala v rámci odborné praxe jako studentka ergoterapie.

Vstupní ergoterapeutické vyšetření 9. 4. 2014

Antropometrie

hmotnost: 81 kg, výška: 158 cm, BMI: 32,45 (mírná obezita)

Vyšetření mobility a lokomoce

- mobilita na lůžku: otočí se samostatně na pravý bok i na břicho, nezvládne se otočit na levý bok pro bolest levého ramene – stav po zlomenině humeru, zvládne bridging
- posadí se sama na okraj postele s oporou o horní končetiny (HKK) – především o pravou (PHK)
- stoj: postaví se sama s mírnou oporou o postel, stoj nejistý o širší bázi („cítí se slabá“)
- chůze po rovině v interiéru – nejistá, potřebuje doprovod druhého člověka, sama cítí výrazné zhoršení oproti době před hospitalizací, obává se pádu, dojde s doprovodem na toaletu a zpět (10 m), chůze na delší vzdálenost se obává
- chůze v exteriéru a do/ze schodů: od začátku hospitalizace nezkoušela, během vyšetření se na to cítí unavená a nechce vyzkoušet, před hospitalizací udává, že zvládla (3/2014)

Hodnocení všedních denních činností (ADL)/soběstačnost

Pacientka udává, že před hospitalizací v 3/2014 zvládla veškeré personální (pADL) i instrumentální (iADL) sama.

Současný stav ke dni 9. 4. 2014 zjišťováno během hospitalizace ve VFN.

pADL:

Přesuny: zvládá s částečnou oporou o židli, stůl, stěnu, pro větší jistotu vyžaduje

přítomnost další osoby (mírná dopomoc, opora PHK), především vlézání a vylézání do sprchového koutu (vyvýšený okraj 8cm), na WC se přesune samostatně, přidržuje se madla, z lůžka na židli se přesune samostatně, přidržuje se o kraje postele

Osobní hygiena: ranní hygienu (mytí rukou obličej, čištění zubů, česání) provádí sama na lůžku, ošetřující personál jí přináší umyvadlo s vodou, stříhání nehtů na rukou i nohou zvládá sama

Koupání: sama si umyje celé tělo ve sprchovém koutě, sedí na sedačce, snaží se zapojovat i levou horní končetinu, potřebuje dopomoc při mytí a sušení vlasů

Oblékání: pacientka udává, že zvládne obléknout veškeré oblečení sama, v době hospitalizace byla vyzkoušena noční košile, spodní prádlo, rozpínací svetr – zapne, rozezne knoflíky, ponožky, pantofle (zvládla sama bez dopomoci druhé osoby)

Použití WC: pacientka je plně kontinentní, vše zvládá sama bez obtíží

Sebesycení: zvládá se najíst i napít sama bez pomoci, jí v sedě na lůžku příborem je schopná zapojit obě HKK, ale preferuje PHK

I ADL:

Pacientka udává, že do doby před hospitalizací vše zvládla sama, nyní se obává, že nezvládne některé domácí práce (např. mytí oken), vaření, větší nákup

Oblast iADL nelze v tuto chvíli objektivně posoudit, je nutné brát v úvahu nově diagnostikované onemocnění, na základě kterého lze předpokládat, že pacientka bude při propuštění do domácího prostředí potřebovat dopomoc druhé osoby.

Na základě vyšetření je možné domnívat se, že by pacientka při současném zdravotním stavu byla schopna připravit jednoduché jídlo, případně si ohřát jídlo hotové. Z domácích prací může zvládat drobný úklid domácnosti, mytí nádobí, utírání prachu, vynášení koše, drobné praní. Při dalších činnostech by pravděpodobně potřebovala dopomoc. Drobný nákup by byl možný s doprovodem. K transportu využívala MHD, nyní si toto lze představit s doprovodem, bratr pacientky vlastní auto a je schopen jí vozit podle jejích potřeb. Pacientka má přehled o lécích, které v nemocnici dostává a lze předpokládat, že bude schopna si je brát i sama doma. Dokáže manipulovat s penězi, spravovat finance i vést domácnost, případně tím pověřit svého bratra.

Funkční komunikace: verbální komunikace bez patologického nálezu, aktivně používá mobilní telefon i PC.

Péče o druhé: má kočku, o kterou se před hospitalizací starala.

Kompenzační pomůcky

Pacientka v současné době nemá žádné kompenzační pomůcky, pouze brýle na dálku.

Funkční hodnocení horních končetin (HKK)

HKK jsou bez kožních změn, bez otoků. Na hřbetu levé ruky zavedena periferní žilní kanyla.

Dominance: pravák

Pravá horní končetina (PHK) je bez funkčního omezení.

Patologie: Levá horní končetina (LHK). Motorika: Aktivní pohyb omezen pouze v ramenním kloubu, dáno stavem po fraktuře humeru (omezení flexe v cca 130°, abdukce v 90°, vnitřní rotace v 60°) pasivně lze pohyb provést v plném rozsahu, krajní poloha je spojená s bolestí. Ostatní pohyb je možný pasivně i aktivně v plném rozsahu.

Bolestivost: bolest v ramenním kloubu v krajních polohách především při flexi, při o poře o LHK. Úchop: oběma HKK zvládne všechny typy úchopů ve všech fázích. Taxe: přesná obě HKK. Čítí povrchové i hluboké: obě HKK bez patologického nálezu. Svalový tonus: přiměřený. Svalová síla: odpovídá věku, na LHK nepatrně snížena.

Hodnocení dolních končetin (DKK)

DKK bez varixů, bez otoků, lýtka měkká. Pasivní i aktivní pohyb možný ve všech kloubech v plném rozsahu. Bez zjevné patologie, projevuje se ale problém s chůzí. Chůze o širší bázi, nejistá, dáno pravděpodobně celkovou slabostí související s onemocněním pacientky.

Vyšetření kognitivních a psychosociálních funkcí

Pacientka je plně orientována místem, časem i osobou, psychomotorické tempo je normální, pozornost udrží, velmi dobře chápe i vícestupňové instrukce, krátkodobá paměť velmi dobrá, adekvátně spolupracuje.

- Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE) – z materiálu KRL

Pacientka dosáhla maximálního počtu bodů (30)

Hodnocení kvality života dotazník EORTC QLQ-C30

Pacientka se cítí omezena ve vykonávání ADL, má potíže při oblékání, jídle, mytí, cítí se slabá, unavená. Celkovou kvalitu života hodnotí číslem 3 na stupnici od 1 do 7 (při čemž 1 je velmi špatná a 7 je vynikající)

Silné stránky pacientky:

pacientka je orientovaná a kognitivně v dobré kondici, komunikativní, ochotná spolupracovat, optimisticky naladěná, má podporu rodiny, před onemocněním zvládla všechny ADL sama a má velkou motivaci se k tomuto stavu vrátit

Slabé stránky pacientky:

závažné nádorové onemocnění s nejistou prognózou, vyšší věk pacientky, žije sama, je předpokládatelné omezení ve vykonávání ADL (především instrumentálních) během protinádorové léčby, možné zhoršování zdravotního stavu

Cíle terapie:

Krátkodobý: pacientka bude schopna se během pobytu v nemocnici (3 – 4 týdny) sama pohybovat po pokoji, do doby konce hospitalizace sama bez doprovodu přejde nemocniční chodbu (cca 40 m), do 3 týdnů bude schopna plně zapojovat LHK při provádění pADL (mytí a sušení vlasů, sebesycení)

Dlouhodobý: pacientka se bude schopna navrátit do domácího prostředí, bude schopna během probíhající protinádorové léčby použít naučené strategie pro šetření energie, zvládání únavy a bolesti

Plán terapie:

Krátkodobý: lehké kondiční cvičení na lůžku, cévní gymnastika, dechová cvičení, udržování kondice, edukace ohledně kompenzačních pomůcek, nácvik chůze v interiéru, nácvik vykonávání pADL s větším zapojováním LHK

Dlouhodobý: edukace pacientky a rodiny o vhodných postupech podporujících ADL při zvládání dlouhodobé nemoci, nácvik strategií ke zvládání únavy a bolesti, edukace o postupech vedoucí k šetření energie, nácvik relaxačních technik, doporučení potřebných úprav bytu a kompenzačních pomůcek

Průběh terapie:

S pacientkou jsem pracovala celkem 11x.

První návštěva (9.4.) byla věnována vstupnímu vyšetření, představení ergoterapie a možnostem intervencí, které jsou pro pacientku vhodné. Následné 3 terapie probíhaly podle předem stanoveného plánu. Pacientka ochotně spolupracovala.

Při první terapii (11.4.) nacvičovala chůzi bez opory po pokoji, cítila se jistěji. S pacientkou jsem trénovala vhodný stereotyp chůze. Doporučila jsem jí vhodnější obuv.

Při druhé terapii (14.4.) se odvážíla jít na chodbu, ušla přibližně 30m a potřebovala si sednout, poté ušla dalších 30m. Pacientka začala více využívat LHK především při jídle, udává, že bolest je menší. S pacientkou jsem i nadále prováděla aktivní a pasivní pohyby (návčik mytí vlasů).

Při třetí terapii (16.4.) si pacientka stěžuje na bolest zad v oblasti přechodu hrudní a bederní páteře. Terapie proto probíhá na lůžku, jedná se především o kondiční cvičení, cviky pro zvýšení rozsahu a svalové síly HKK.

Při čtvrté terapii (18.4.) se dozvídám, že pacientka pravděpodobně prodělala kompresivní fraktury páteře (blíže neurčené hrudní a bederní obratle, čeká na další vyšetření). Lékařem je indikován klid na lůžku v leže ve vodorovné pozici, je kontraindikováno sezení, vstávání z lůžka a stání. Pacientka je v době mého příchodu depresivně naladěná, dostává léky na bolest (infuze), má zaveden permanentní močový katetr. Terapie je zaměřena na cévní a dechovou gymnastiku.

Při páté terapii (21.4.) je pacientka stále upoutána k lůžku, má doporučeno pouze ležet, je možné aby střídala leh na zádech, na boku a na bříše. Pacientka čeká na dodání trupové ortézy, která jí umožní vstávat. S pacientkou provádím návčik šetrného přetáčení tak, aby nedocházelo k nežádoucím pohybům a možnému poškození páteře. Provádím průběžné hodnocení pomocí dotazníku kvality života (výsledky shrnuty v závěru kazuistiky v tabulce). Na základě vývoje zdravotního stavu jsou revidovány cíle a plány terapie (především krátkodobé), nově zaměřené na mobilitu na lůžku, manipulaci s kompenzačními pomůckami tak, aby pacientka znovu získala co nejvyšší míru soběstačnosti.

Při šesté terapii (23.4.) pacientka stále nemá trupovou ortézu a nesmí vstávat z lůžka. Provádíme znovu návčik přetáčení a dále návčik oblékání ponožek za pomoci ručníku a švédského podavače. Pacientka je depresivní, nálada se jí zlepšuje poté, co si byla sama schopna obléci ponožky.

Při sedmé terapii (25.4.) provádím s pacientkou návčik nandávání trupové ortézy, návčik vstávání z lůžka a chůze na WC s oporou o druhou osobu. Pacientka působí optimisticky. Pacientku informuji o možnostech pro šetření energie, jaké jsou možnosti pro zvládnání únavy a bolesti a jaká relaxační cvičení jsou pro ni vhodná.

Při osmé terapii (28.4.) pokračujeme v návčiku nandávání trupové ortézy a chůze, pacientka je mnohem jistější.

Při deváté terapii (30.4.) pacientku edukuji o vhodných pomůckách a možnostech pro úpravu bytu pro návrat do domácího prostředí. Především doporučuji použít sedačku do

sprchy, nástavec na WC, madla a protiskluzné podložky.

Desátá terapie – jedenácté setkání (2.5.) bylo věnováno závěrečnému zhodnocení. Proběhlo setkání s klientkou a jejím bratrem, byly znovu shrnuty vhodné postupy podporující soběstačnost pacientky v ADL v průběhu zvládnání dlouhodobé nemoci, nácvik strategií ke zvládnání únavy a bolesti, edukace o postupech vedoucí k šetření energie, nácvik relaxačních technik, doporučení potřebných úprav bytu a kompenzačních pomůcek.

Závěr:

Pacientka s mnohočetným myelomem s metastatickým postižením skeletu na počátku protinádorové léčby, po fraktuře humeru LHK. Absolvovala první cyklus chemoterapie, nově byly zjištěny kompresivní fraktury obratlových těl (Th, L) a zajištěna trupová ortéza. Z hlediska ergoterapie byl prováděn nácvik ADL (sebesycení se zapojením LHK, mytí, sušení vlasů) a nácvik chůze bez opory. U pacientky došlo ke zlepšení hybnosti LHK, končetinu začala více zapojovat do vykonávání ADL. Po zjištění nových patologických fraktur páteře bylo zařazen nácvik přetáčení na lůžko, nasazování ortézy, nazouvání ponožek. Vlivem upoutání pacientky na lůžko došlo ke zhoršení výkonu ADL (ve většině položek potřebovala dopomoc druhé osoby – především osobní hygiena, mytí, použití WC, oblékání, přesuny, chůze). Poté co pacientka obdržela trupovou ortézu se stela opět více nezávislou ve vykonávání ADL, v rámci ergoterapie se naučila samostatně nasazovat ortézu, navlékat ponožky pomocí ručníku a švédského podavače. Díky ortéze dokáže sama vstávat z lůžka a samostatně dojít na WC a do sprchy. Doporučila jsem jí kompenzační pomůcky do koupelny a na WC (sedačku do sprchy, nástavec na WC, madla a protiskluzné podložky).

Pacientka a její bratr byli edukováni o vhodných postupech podporující soběstačnost pacientky v ADL v průběhu zvládnání dlouhodobé nemoci, nácvik strategií ke zvládnání únavy a bolesti, edukace o postupech vedoucí k šetření energie, nácvik relaxačních technik, doporučení potřebných úprav bytu a kompenzačních pomůcek.

Další ergoterapeutická intervence se bude odvíjet od průběhu protinádorové léčby.

Celý průběh mé ergoterapeutické intervence byl do značné míry ovlivňován vývojem nádorového onemocnění. To jak nemoc působí na kvalitu života pacientky ukazují výsledky dotazníku EORTC QLQ-C30.

Výsledky dotazníku kvality života EORTC QLQ-C30

Hodnocená položka		Datum hodnocení		
		9. 4.	21.4.	2. 5.
1	Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru?	3	4	3
2	Míváte potíže při dlouhé procházce?	3	4	3
3	Míváte potíže při krátké procházce venku?	2	4	3
4	Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne?	2	4	3
5	Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?	2	4	3
6	Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?	2	4	3
7	Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?	3	4	4
8	Nedostávalo se Vám dechu?	1	2	2
9	Měl/a jste bolesti?	2	4	3
10	Potřeboval/a jste si odpočinout?	2	3	3
11	Měl/a jste potíže se spaním?	1	2	2
12	Cítil/a jste se slabý/á?	3	4	4
13	Chyběla Vám chuť k jídlu?	1	2	2
14	Měl/a jste žaludeční potíže?	1	1	1
15	Zvracel/a jste?	1	1	1
16	Měl/a jste zácpu?	1	2	1
17	Měl/a jste průjem?	1	2	1
18	Byl/a jste unaven/a?	3	4	4
19	Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?	3	4	4
20	Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	1	2	2
21	Cítil/a jste napětí?	2	3	2
22	Cítil/a jste obavy?	3	4	4
23	Cítil/a jste podráždění?	1	2	2
24	Cítil/a jste se být deprimován/a?	2	4	3
25	Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	1	1	1
26	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho rodinného života?	3	4	4
27	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší společenské aktivity?	4	4	4
28	Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?	1	2	2
Součet položek (1 – 28)		55	85	74
29	Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zdraví v průběhu minulého týdne?	3	1	2
30	Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?	3	1	2

Tabulka 4. Dotazník EORTC QLQ-C30 (shrnutí výsledků měření)

Hodnocení u otázek 1 – 28 odpovídá: 1 – Vůbec ne, 2 – Trochu, 3 – Dost, 4 – Velmi hodně; otázky 29 a 30 jsou hodnoceny na stupnici od 1 do 7, při čemž 1 je Velmi špatné a 7 je Vynikající

Z výsledků vyplývá, že při prvním měření nádorové onemocnění částečně ovlivňovalo kvalitu života pacientky. Při druhém měření, kdy se u pacientky objevily komplikace v podobě patologických fraktur páteře, se kvalita života výrazně zhoršila. Při třetím měření, kdy pacientka obdržela kompenzační pomůcky, došlo k částečnému zlepšení kvality života.

Sama pacientka vnímá, že absolvovaná ergoterapie, měla výrazně pozitivní vliv na zlepšení kvality jejího života.

4 DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce je přiblížit problematiku onkologicky nemocných a představit možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii. Téma považuji za velice aktuální vzhledem ke stále rostoucímu počtu osob se zhoubnými nádory. To, že je nádorové onemocnění celosvětovým problémem, dokazují statistiky Světového fondu pro výzkum rakoviny (WCFR, 2015) i Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2014). Očekává se, že v roce 2035 bude ve světě diagnostikováno 24 milionů případů. Toto číslo je více než alarmující, ale zároveň ukazuje, jak neustále vzrůstá počet osob s nádorovým onemocněním a tím i potencionálních klientů ergoterapie. Vzhledem k tomu, že Česká republika (ČR) je dlouhodobě na předních místech ve výskytu zhoubných nádorů, lze předpokládat, že se i v ČR bude zvyšovat počet možných ergoterapeutických intervencí v onkologii. Proto jsem si jako základní otázku bakalářské práce stanovila: „Jak je možné využít ergoterapii v onkologii?“

Při zkoumání této otázky jsem narazila na množství odborných termínů z oblasti onkologie, se kterými jsem se běžně při studiu ergoterapie nesešla. Rozhodla jsem se proto v teoretické části poskytnout přehled problematiky onkologicky nemocných tak, aby z něj mohli ergoterapeuté čerpat při svých intervencích. Při zpracovávání oblasti onkologie jsem narazila na velké množství materiálu, ze kterého jsem mohla vycházet. Na druhé straně jsem našla jen velmi málo odborných publikací, které by se věnovaly přímo ergoterapii v onkologii. Na základě toho jsem si stanovila jako další cíl své práce vytvořit informační materiál, který představuje možnosti ergoterapie v onkologii.

Pro vymezení základních termínů v onkologii jsem zvolila internetový slovník České onkologické společnosti (ČOS ČLS JEP, 2015). Nejvíce na něm oceňuji, že je pro uživatele přehledný, rychlý a umožňuje jednoduché vyhledávání. Je určený pacientům, ale zároveň odkazuje i na odborné články. Myslím si, že může být hodně nápomocný pro ergoterapeuta pracujícího v onkologii. Ovšem je nutné říct, že některé termíny, se kterými jsem se v onkologii setkala, jsem v tomto slovníku nenašla, například výraz „Carcinoma in situ“. Proto jsem použila Velký lékařský slovník v jeho on-line podobě (Velký lékařský slovník, 2008). Vyhledávání na něm je rovněž jednoduché, ale na rozdíl od slovníku České onkologické společnosti nenabízí přímé odkazy na další odborné články.

Pro stručné shrnutí systému onkologické péče v České republice jsem použila

rovněž internetové odkazy a to on-line stránky Národního onkologického programu (NOP, 2015) a Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR 2014, 2015). Ty zdroje považuji za aktuální a dobře popisující situaci. Myslím, že informace mohou dobře sloužit pro představu o systému zdravotní péče v ČR. Za důležité považuji zjištění, že jedním z kritérií pro ustanovení KOC je přítomnost fyzioterapeuta v interprofesním týmu. Vidím zde do budoucna šanci i pro větší zapojení ergoterapeutů v onkologii. Buckland a Mackenzie (2014) uvádí, že ergoterapeuté mohou jako členové multidisciplinárního týmu prostřednictvím své intervence výrazně zmírnit mnohé funkční a psychosociální důsledky onkologické nemoci.

Během své odborné praxe ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze jsem se setkala s tím, že značná část pacientů s nádorovým onemocněním o ergoterapii nikdy neslyšela. Podobnou zkušenost jsem zažila i ve své práci dobrovolníka v občanském sdružení Amelie. To do jaké míry znají ergoterapii samotní pacienti jsem se snažila zjistit pomocí dotazníku, který jsem pro tento účel sestavila. Výsledek dotazníku potvrdil mou domněnku, že ergoterapie je pro mnohé neznámý obor. Z 25 dotázaných pouze 4 o ergoterapii někdy slyšeli. Vzorek respondentů, který jsem si pro dotazník zvolila byl poměrně malý a rovněž nezahrnuje široké spektrum onkologických diagnóz. Otázkou je, kdybych stejné dotazy pokládala jiné skupině pacientů, např. se zhoubnými nádory CNS, jestli by jejich povědomí o ergoterapii bylo vyšší. Lze se domnívat, že ano. Nádory mozku a míchy se sice neřadí mezi nejčastější onkologické onemocnění, ale jak udávají Romsaas a Rosa (1985) ergoterapeuté často pracují s osobami s nádory CNS. Vhodné by také bylo, kdybych do dotazníku zařadila ještě další otázky týkající se problémových oblastí nemocných (především ADL, psychosociální oblasti, bariér apod.), což by přineslo další informace pro možné ergoterapeutické intervence. Buckland a Mackenzie (2014) uvádějí, že ergoterapie může být nápomocna v řešení řady potíží: bolest, lymfedém, chemoterapií indukovaná periferní neuropatie (CIPN), kognitivní a percepční deficity, snížený rozsah pohybu, slabost, únava, deprese a úzkosti.

Pro praktické ověření možností ergoterapie v onkologii jsem zvolila kazuistiku. Oslovila jsem pacientku ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Jedná se o pacientku s mnohočetným myelomem s metastatickým postižením skeletu na počátku intenzivní protinádorové léčby po prvním cyklu chemoterapie. Jak uvádí Campbell (2010) a Buckland a Mackenzie (2014) v této fázi léčby má ergoterapie především podpůrný charakter, volbou smysluplných činností klienta aktivizuje, probíhá nácvik ADL,

pacient je edukován o vhodných energiích šetřících strategiích, nacvičuje relaxaci. Pomocí adaptačních a kompenzačních mechanismů dosahuje maximální možné kvality života. Stejně jsem postupovala i u své pacientky. Situace byla, ale už od počátku komplikovaná stavem po fraktuře humeru LHK, proto jsem do terapie zařadila i cviky na zvýšení funkční schopnosti LHK, zvyšování hybnosti a síly. Pacientka se také sama obávala chodit, proto byl zařazen trénink chůze. S pacientkou jsem pracovala třikrát týdně po dobu jednoho měsíce. V průběhu měsíce došlo u pacientky k náhlým změnám ve zdravotním stavu. Byly zjištěny kompresivní fraktury páteře, které zapříčinily upoutání pacientky na lůžku. Důsledkem toho jsem byla nucena přizpůsobit plán terapie nově nastalé situaci. Na neustále se proměňující potřeby pacientů v rámci protinádorové léčby upozorňuje i Campbell (2010). Udává, že ergoterapie by měla být nastavena podle momentálního stavu nemocného a ergoterapeutický plán upraven tak, aby vyhovoval dané situaci. Celý průběh mé ergoterapeutické intervence byl do značné míry ovlivňován vývojem nádorového onemocnění. To jak samotný vývoj nemoci působí na kvalitu života pacientky ostatně ukázaly i výsledky dotazníku EORTC QLQ-C30. Sama pacientka vnímá, že absolvovaná ergoterapie, měla výrazně pozitivní vliv na zlepšení kvality jejího života.

Jak už jsem psala výše o možnostech ergoterapeutické intervence v onkologii jsem našla jen velmi málo odborných publikací ve většině případů se jednalo o zahraniční zdroje, na jejich základě jsem vytvořila informační materiál o ergoterapii v onkologii. To bylo i dalším cílem mé práce. Tento materiál jsem použila při práci s pacientkou. Nemocné jsem dala informační leták o ergoterapii v onkologii vypracovaný podle stránek Occupational Therapy and Oncology, Jewish General Hospital (www.jgh.ca, 2015). Pacientka leták ohodnotila jako nápomocný k pochopení toho, co je ergoterapie a jaké nabízí možnosti. Jednotlivé položky se jí zdály srozumitelné, se zájmem se mnou o všem hovořila. Domnívám se tedy, že by tento leták mohl být dobře použitelný i pro další onkologicky nemocné.

Vedle informačního „Propagačního letáku“ jsem do bakalářské práce zařadila také „Návod pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými“, který jsem vytvořila na základě materiálu vydaného v Londýně pod záštitou The British Association and College of Occupational Therapists v roce 2004 pod názvem „Occupational therapy intervention in cancer“. Tento návod mi byl velmi nápomocný při práci s pacientkou z výše zmíněné kazuistiky. Domnívám se, že v této podobě může být užitečný i pro jiné ergoterapeuty, kteří budou pracovat s onkologicky nemocnými.

Poskytuje přehled možných ergoterapeutických intervencí pro nejčastější příznaky nádorového onemocnění. Podle mého názoru by tento materiál také mohl být vzat jako základ pro další odbornou práci. Bylo by užitečné, kdyby jednotlivé typy ergoterapeutické intervence byly rozepsány pro různé skupiny nádorových onemocnění s konkrétními příklady řešení problematických oblastí.

Nejčastější nežádoucí účinky protinádorové léčby jsem se také vedle „Návodu...“ pokusila sepsat již v teoretické části bakalářské práce. Především Klener (2011) a Vorlíček (2006, 2013) uvádějí mnohé komplikace, které přináší onkologická léčba. Toto považuji za důležité, aby se ergoterapeut zorientoval v možnostech onkologické léčby a jejích dopadů na pacienta. Ergoterapeut jako platný člen interprofesního týmu, může výrazně pomoci zmírnit dopad intenzivní protinádorové léčby. Ostatně o interdisciplinárním přístupu hovoří i Adam (2003), přímo o ergoterapii se však nezmiňuje. Myslím si, že ergoterapii bychom mohli nejlépe zařadit do oblasti podpůrné péče. To znamená, že může pomoci zmírňovat obtíže způsobené onkologickou léčbou.

Klener (2010) zdůrazňuje význam protinádorové prevence, považuje ji za neúčinnější metodu v boji s onkologickým onemocněním. Myslím si, že v této oblasti mají ergoterapeuté široké pole možností. Mohou působit již v primární prevenci na zdraví životní styl klienta a předcházet tak možnému vzniku onemocnění. Velký význam hraje intervence ergoterapeuta také v oblasti, kterou Klener (2011) označuje jako kvarterní prevenci, kdy se jedná o klienty s progredujícím onemocněním v paliativní péči. Klener (2011) poukazuje na udržení maximální kvality života. O ergoterapii se sice nezmiňuje, ale i přes to, tato oblast je pro ergoterapii více než vhodná. Campbell (2010), Buckland a Mackenzie (2014) vnímají roli ergoterapeuta v paliativní péči jako velice významnou. Původně jsem ve své bakalářské práci chtěla více zpracovat i období terminálního stádia onkologické nemoci. Jedná se však o velice specifickou oblast, která je příliš rozsáhlá nad rámec této práce. Domnívám se, že intervence ergoterapeuta v této oblasti mohou být pacientům i jejich blízkým značně nápomocné.

Při bližším zkoumání jednotlivých oblastí onkologie jsem dospěla k závěru, že je velice komplikované zobecňovat vlivy protinádorové léčby na pacienta. V onkologii se setkáváme s širokým spektrem diagnóz každá se projevuje jinak a každý pacient je také jiný, takže s největší pravděpodobností ani dvě osoby se stejnou diagnózou a stejnou léčbou nebudou reagovat stejně. Vždy je velmi podstatným elementem sám člověk jeho

vnitřní prostředí a vnější prostředí, ve kterém žije. Snáze se bude vyrovnávat s chorobou ten jenž má oporu v rodině a přátelích. Ergoterapeut proto vždy pracuje nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou.

Důležitost práce s rodinou klienta mi potvrdila i Chrdlová (2012). Kromě toho, že doporučuje spolupracovat s rodinou během jednotlivých fází léčby, také upozorňuje na fakt, že péči nepotřebuje pouze nemocný, ale i jeho blízcí. Jedná se především o psychosociální poradenství a podporu. Této oblasti se věnuje občanské sdružení Amelie, které nabízí bezplatnou pomoc nemocným i jejich blízkým. Při práci s klientkami Amelie jsem si uvědomila, jak důležitou roli v léčbě pro ně jejich rodina představuje. A jak zásadní význam na výsledek terapie může mít přístup ergoterapeuta k rodině klienta. Z tohoto důvodu jsem se také rozhodla při vypracování informačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii použít obrázky dcery jedné z klientek. Se zveřejněním obrázků souhlasí matka dítěte.

Podobně jako Buckland a Mackenzie (2014) se domnívám, že hlavním cílem ergoterapie v onkologii je dosažení maximální úrovně nezávislosti klienta a co nejvíce zlepšit a zachovat kvalitu jeho života. Nicméně v současné době stále ještě není ergoterapie v onkologii plně využívána.

5 ZÁVĚR

Téma „Možnosti ergoterapeutické intervence u onkologicky nemocných“ jsem si zvolila z toho důvodu, že ho považuji za velice aktuální. Nádorové onemocnění každoročně postihuje velkou část populace. A jak je zřejmé z celosvětových statistik, počet nově zjištěných případů zhoubných nádorů stále stoupá.

Hlavním cílem celé práce je přiblížit problematiku onkologicky nemocných a představit možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii. Vzhledem k šíři oboru jsem se rozhodla věnovat značný díl mé práce teoretické části. V prvním úseku se zabývám přímo onkologií. Shromáždila jsem zde základní informace týkající se tohoto oboru. Vzniklý přehled je určen k tomu, aby pomohl ergoterapeutovi ke snadnějšímu se zorientování v problematice onkologicky nemocných. Jsou zde shrnuty nejčastější způsoby protinádorové léčby a také jaké přinášejí nežádoucí účinky.

Podrobně jsem zabývala i četností jednotlivých nádorových onemocnění u nás a ve světě. Ze statistik vyplývá, že v České republice bylo v roce 2011 nově hlášeno 83 581 případů zhoubných nádorů. 51% osob s nádorovým onemocněním jsou muži. Nejvíce zatíženou věkovou kategorií jsou jedinci nad 60 let. U mužů je nejčastějším zhoubným nádorem karcinom prostaty u žen karcinom prsu, u obou pohlaví je na druhém místě karcinom kolorekta. Mezi další značně rozšířené nádory v České republice patří zhoubný nádor průdušnice, průdušek a plic. Zhoubný nádor plic u mužů a karcinom prsu u žen jsou nejčastější příčiny smrti v rámci onkologických diagnóz. Z tohoto šetření lze odvozovat s jakým pacientem se teoreticky může ergoterapeut v onkologii nejčastěji setkat.

Dalším záměrem mé práce je nastínit jaké ergoterapeutické intervence jsou v onkologii využitelné. Při vyhledávání konkrétních materiálů o ergoterapii v onkologii jsem zjistila, že v České republice tomuto tématu bylo dosud věnováno jen velmi málo pozornosti. Začala jsem se tedy hlouběji zajímat o obecný pohled na téma rehabilitace v onkologii. Ze získaných informací jsem vytvořila přehled o všeobecných možnostech rehabilitační péče u pacientů s nádorovým onemocněním. V poslední části jsem shrnula poznatky o ergoterapeutické intervenci v onkologii. Domnívám se, že takto zpracované údaje, mohou být velice nápomocné pro práci ergoterapeuta s onkologicky nemocnými.

Hlavním smyslem praktické části bakalářské práce bylo vytvoření propagačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii. Před samotným realizováním jsem u

konkrétních onkologických pacientů zjišťovala nakolik jsou obeznámeni s možnostmi ergoterapie. Vzorek respondentů, kterých jsem se dotazovala, byl poměrně malý, jednalo se 25 osob, 11 v akutní fázi onemocnění podstupující intenzivní protinádorovou léčbu a 14 pacientů v remisi. Ze všech 25 osob 4 už někdy v minulosti slyšely o ergoterapii a 1 jedna z nich absolvovala ergoterapii na základě potíží způsobených onkologickým onemocněním.

Vzhledem k tomu, že povědomí onkologických pacientů o možnostech ergoterapie je takřka mizivé, zvolila jsem pro podobu informačního materiálu hodně jednoduchou podobu letáku. Inspiraci jsem čerpala ze stránek Jewish General Hospital, kde mají stručnou stránku věnovanou ergoterapii v onkologii. Myslím si, že v České republice je ergoterapie stále nedoceněna a byla bych ráda, kdyby materiál, který jsem vytvořila sloužil pro inspiraci dalším ergoterapeutů, k propagaci tohoto oboru.

Na základní otázku bakalářské práce: „Jak je možné využít ergoterapii v onkologii?“ přinesla odpověď především praktická část a to „Návod pro ergoterapeuty pro práci v onkologii“. Je zde věnován značný prostor ergoterapeutické intervenci u specifických příznaků nádorového onemocnění. Konkrétní ukázkou takovéto práce jsem nastínila v příložené kazuistice.

6 SEZNAM LITERATURY

ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jana KOPTÍKOVÁ. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003, 787 s. ISBN 80-247-0677-6.

BUCKLAND, Nicole a Lynette MACKENZIE. *Lynette. Exploring the Role of Occupational Therapy in Australian Cancer Care*. 2014. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/2123/10036>. PhD Thesis.

CAMPBELL, C. Occupational Therapy and Cancer: Not just End of Life Care. *OT Practice*, Jul 26, 2010, vol. 15, no. 13. pp. 19-21 ProQuest Central. ISSN 10844902.

Centra vysoce specializované onkologické péče v ČR, výzva MZ ČR k 1.8.2014 podle § 112 zákona č.372/2011 Sb. [online]. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/centra-vysoce-specializovane-onkologicke-pecevyzva-182014_3162_3.html

COOPER, Jill a Clephane HUME. *Occupational therapy in oncology and palliative care*. [1st ed., repr.]. London: Whurr Publishers, cop. 1998, 289 s. ISBN 1-86156-015-x.

CROMPTON, Simon. *Occupational therapy intervention in cancer: guidance for professionals, managers and decision-makers*. London: College of Occupational Therapists, [online] 2004 [cit. 2015-06-14]. ISBN 0954649117. Dostupné z: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/362/Appendix%20VI%20-%20Role%20of%20Occupational%20Therapy%20in%20Cancer%20Care%20-%20Specialist%20Group%20Information.pdf>

Česká republika v mezinárodním srovnání - 2014. *Český statistický úřad* [online]. 2015. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/skolstvi-kultura-zdravotnictvi8343>

Data for cancer frequency by country. *World Cancer Research Fund International* [online]. 2015. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts->

[figures/data-cancer-frequency-country](#)

DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ. *Onkologie pro laiky*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině, 2012, 127 s. ISBN 978-80-86031-65-1.

DUDA, Miloslav, Miroslav RYSKA a Jan ŽALOUDÍK. Onkochirurgie. Historie, definice, náplň a perspektivy. *Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy po chirurgii zahraniční* [online]. 2007, 86(3): 113-115 [cit. 2015-06-14]. ISSN 0035-9351. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkochirurgie.pdf>

CHRDLOVÁ, Michaela. Pracovní podmínky a zdravotní omezení. *Návrat do zaměstnání po onkologické nemoci*. [online]. 2013, : 36-40 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.amelie-os.cz/cz/psycho-socialni-pomoc-onkologicky-nemocni-rodina-rakovina/studijni-material-pro-lidi-navracejici-se-po-rakovine-do-prace-2>

CHRDLOVÁ, Michaela. Potřeby psychosociální péče onkologicky nemocných a jejich blízkých v jednotlivých fázích nemoci. In: *Edukační sborník: Edukační sborník XXXVI. Brněnské onkologické dny a XXVI. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2012. ISBN 978-80-86793-23-8. Dostupné také z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologicky-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/5317/>

JUHAŇÁKOVÁ, Lenka. Možnosti rehabilitace u onkologicky nemocných. In: *Sborník 2014 19. ročník sympóziium Onkologie v gynekologii a mammologii* [online]. 2014 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologicky-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/7215/>

KLADIVOVÁ, Jaroslava. *Ergoterapie u žen po ablaci prsu*. Praha, 2003. 50 s. Vedoucí práce Olga Švestková.

KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xxxvii, 686 s. ISBN 80-7262-151-3.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 96 s. ISBN 978-80-7262-716-5.

KLENER, Pavel a Pavel KLENER. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, vii, 209 s. ISBN 978-80-247-2808-7.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LA COUR, Karen. *Activities as resources when living with advanced cancer*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2008. ISBN 978-91-7409-080-2.

LINHARTOVÁ, Věra. *Historie ČOS. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2000 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/o-spolecnosti/historie-cos/>

LONGPRÉ, Sheila a Robin NEWMAN. *The Role of Occupational Therapy in Oncology. The American Occupational Therapy Association* [online]. 2011 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatsOT/RDP/Facts/Oncology%20fact%20sheet.pdf>

MKN-10, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – abecední seznam*, Desátá revize aktualizovaná 1.4.2014, World Health Organization Geneva 2008, překlad Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 2013, ISBN: 978-80-904259-1-0 [online]. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Národní onkologický program. *Oficiální portál Národního onkologického programu České republiky* [online]. ISSN 1802-887X. 2015 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.onconet.cz/>

Novotvary 2011 ČR, *Zdravotnická statistika*, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Národním onkologickým registrem ČR, 2015, ISBN 978-80-7472-097-0, [online]. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/novotvary-2011>

Occupational Therapy and Oncology. *Jewish General Hospital* [online]. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: http://www.jgh.ca/en/occupational-therapy-and-oncology?mid=ctl00_LeftMenu_ctl00_TheMenu-menuItem001

PETERA, Jiří. Zdroje a biologické účinky záření. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2014 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/radioterapie-1/zdroje-a-biologicke-ucinky-zareni/>

PETRUŽELKA, Luboš a Bohuslav KONOPÁSEK. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 274 s., [7] s. obrazových příloh. ISBN 80-246-0395-0.

PODZEMSKÁ, Anna. *Postavení ergoterapie u nádorových onemocnění dětí se zaměřením na nádory CNS: teorie, prognóza, ergoterapeutický proces*. Praha, 2001. Vedoucí práce Jan Pfeiffer.

RAVEN, Ronald W. *Rehabilitation and continuing care in cancer*. Carnforth, Lancashire, England ; Park Ridge, N.J., USA: Parthenon Pub, 1986. ISBN 1850701059.

Slovníček [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2015 [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/slovnicek/>

ŠVESTKOVÁ, Olga. *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka* [online]. PENTACOM, 2008, 54 s. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://esfdb.esfcr.cz/modules/products/detail.php?pid=102>

ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, [2013], 199 s. ISBN 978-80-260-4101-6.

TRÁVNÍČKOVÁ-KITTLEROVÁ, Olga, Vítězslav HRADIL a Jan VACEK. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004, 87 s. ISBN 80-7254-485-3.

Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf s.r.o., 2008 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: (www.lekarske.slovniky.cz)

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015, 32 s. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/ostatni/2015_vestnik_mzcr_04-15.pdf

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Lenka ŠMARDOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Chemoterapie a Vy.: Rady pro nemocné léčené chemoterapií* [online]. 5. Brno, Masarykův onkologický ústav: MEDICAL TRIBUNE, 2013 [cit. 2015-06-14]. ISBN 978-80-87135-51-8. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/farmakoterapie/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/>

VRBÍKOVÁ, Martina. *Význam lázeňské péče na rekonvalescenci pacientů u nádorových onemocnění*. Zlín, 2011. Dostupné také z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/17745>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Jiří Gatěk.

WALTKE, Leslie J. An overview of cancer rehabilitation and exercise in the literature: promoting increased referrals to improve oncology outcomes. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews* [online]. 2014, 1(3): 137-141 [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://digitalrepository.aurorahealthcare.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=jpcrr>

Zhoubné nádory v roce 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2015. [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2011>

Často používané internetové stránky:

Česká asociace ergoterapeutů <http://www.ergoterapie.cz>

Česká onkologická společnost ČLP JEP <http://www.linkos.cz/>

Amelie, o.s. <http://www.amelie-os.cz/>

Reference - literární zdroje použité v „Návodu pro ergoterapeuty pro práci s onkologicky nemocnými“:

CROMPTON, Simon. *Occupational therapy intervention in cancer: guidance for professionals, managers and decision-makers*. London: College of Occupational Therapists, [online] 2004 [cit. 2015-06-14]. ISBN 0954649117. Dostupné z:

www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/362/OT%20intervention%20in%20cancer.pdf

The British Association and College of Occupational Therapists www.cot.co.uk

www.cot.co.uk/publication/books-z-listing/occupational-therapy-intervention-cancer

Česká asociace ergoterapeutů www.ergoterapie.cz

Převzaté citace z „Occupational therapy intervention in cancer“:

American Occupational Therapy Association (1986) Occupational therapy and hospice (position paper). *American Journal of Occupational Therapy* 40(12): 839-840

Armitage K, Crowther L (1999) The role of the occupational therapist in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 6(5): 154-157

Brandis S (2000) The Australian Health Care Agreement 1998-2003: implications and strategic directions for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 47(2): 62

Brindle MJ (1999) Are doing and being dimensions of holism? *American Journal of Occupational Therapy* 53(6): 636-639

Bye R A (1998) When clients are dying: occupational therapists' perspectives. *Occupational Therapy Journal of Research* 18(1): 3-24

Centers L (2001) Beyond denial and despair: ALS and our heroic potential for hope. *Journal of Palliative Care* 17(4): 259-264

Cheville A (2001) Rehabilitation of patients with advanced cancer. *Cancer* 92(4 Suppl):

1039-1048

Cohen H (1994) Vestibular rehabilitation improves daily life function. *American Journal of Occupational Therapy* 48(10): 919-925

Cook A, Burkhardt A (1994) The effect of cancer diagnosis and treatment on hand function. *American Journal of Occupational Therapy* 48(9): 836-839

Corner J (1997) The palliation of breathlessness in patients with cancer. Conclusions from a consensus workshop. *European Congress for Palliative Care, London Dawson SS (1982) The role of occupational therapy in palliative care. Australian Occupational Therapy Journal* 29(3): 119-124

Dennis B (1993) Acquired lymphoedema: a chart review of nine women's responses to intervention. *American Journal of Occupational Therapy* 47(10): 891-899

Dietz J H (1981) *Rehabilitation Oncology*. New York, John Wiley & Sons

Flanigan K (1982) The art of the possible... occupational therapy in terminal care. *British Journal of Occupational Therapy* August: 274-276

Folkman S, Greer S (2000) Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9:11-19

Holland AE (1984) Occupational therapy and day care for the terminally ill. *British Journal of Occupational Therapy* November: 345-348

Huang ME, Wartella JE, Kreutzer JS (2001) Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminary report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82(11): 1540-1546

Law M, Baptiste S, Mills J (1995) Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy* 62(5): 250-257

Lloyd C, Coggles L (1988) Contribution of occupational therapy to pain management in cancer patients with metastatic breast disease. *American Journal of Hospice Care* 5(6): 36-38

Nail LM, Winningham ML (1995) Fatigue and weakness in cancer patients – the symptom experience. *Seminars in Oncology Nursing* 1(4): 272-278

Oldham J (1989) Psychological support for cancer patients. *British Journal of Occupational Therapy* 52(12): 463-465

Penfold S (1996) The role of occupational therapy in oncology. *Cancer Treatment Reviews* 22: 75-81

Pushpangadan M, Burns E (1996) Caring for older people: community services: health. *British Medical Journal* 313: 805-808

- Roberts C (1999) Management of dyspnoea in advanced cancer patients. *Support Cancer Care* 7: 233-243
- Romsaas EP, Rosa SA (1985) Occupational therapy intervention for cancer patients with metastatic disease. *American Journal of Occupational Therapy* 39(2): 79-83
- Sarvard J, Morin CM (2001) Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology* 19(3): 895-908
- Stent G (2001) A non-pharmacological approach to managing breathlessness. *Nursing Times* 97(34): 57-58
- Strong J (1987) Occupational therapy and cancer rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy* 50(1): 4-6
- Tuel SM, Cross LL, Meythaler JM, Faisant TE, Krajnik SR, Hogan P, Sewell L, Wilson B, Rodwell DW, Smith J (1992) Interdisciplinary management of hemiparaplegia after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 73(7): 669-673
- Vrkljan B, Miller-Polgar J (2001) Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 68(4): 237-246.
- Zislis JM (1970) Rehabilitation of the cancer patient. *Geriatrics* 25(3): 150-8

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Průzkumný dotazník o obeznámenosti klienta s ergoterapií

Příloha 2 – Vzor textu propagačního letáku

Příloha 3 – Propagační leták – Ergoterapie v onkologii

Příloha 4 – Dotazník kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním
EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

PRŮZKUMNÝ DOTAZNÍK O OBEZNÁMENOSTI KLIENTA S ERGOTERAPIÍ

Jméno dotazovaného:

Datum narození:

Dotazník vyplnil/a:

Datum vyplnění:

1. Slyšel/a jste někdy o ergoterapii?

Ano, ne, nevím, jiná odpověď

2. Pokud ano, kde nebo od koho jste o ergoterapii slyšel/a?

(např. od ergoterapeuta, lékaře, jiného odborníka, v nemocnici, v rehabilitačním zařízení, v médiích, od známého,.....)

3. Víte co termín ergoterapie znamená? Zkuste ho svými slovy definovat.

Tázaný dokáže uspokojivě vlastními slovy popsat co ergoterapie je.

Tázaný termín vysvětlil jen částečně.

Tázaný termín nedokáže vysvětlit vůbec.

4. Absolvoval/a jste někdy osobně ergoterapii.

Ano, ne, nevím, jiná odpověď

5. Kde vám byla ergoterapie poskytnuta

(např. Nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných, rehabilitační zařízení, soukromá ordinace,)

6. Byla tato ergoterapie zaměřená na problémy související s vaším onkologickým onemocněním?

Ano, ne, nevím, jiná odpověď

7. Pokuste se stručně vlastními slovy shrnout na jaké potíže a jakým způsobem byla ergoterapie zaměřená.

ERGOTERAPIE V ONKOLOGII

".....potvrzuje životy lidí bez ohledu na to, v jaké fázi nemoci jsou, poskytnutím fyzických, sociálních a emočních příležitostí a pocitu kontroly....."

(College of Occupational Therapists, 2004)

Ergoterapie využívá smysluplné aktivity na podporu nezávislosti jedince ve všech aspektech každodenního života

Ergoterapeuté pracují s osobami všech věkových kategorií, s fyzickým, psychickým, mentálním, smyslovým i sociální znevýhodněním.

Ergoterapeut problém řeší s klientem a nastavuje realistické cíle terapie tak, aby bylo dosaženo toho, co je pro klienta důležité.

Smyslem ergoterapie je zlepšit a udržet maximální možnou kvalitu života jedince.

Ergoterapie má za cíl podpořit a umožnit osobám dosáhnout co nejvyšší úrovně jejich nezávislosti v každodenních činnostech.

- V oblasti sebeobsluhy – zvládnout se umýt a obléknout, vyčistit si zuby a sám se najíst
- V péči o domácnost – příprava jídel, vykonání domácích prací a nákupy
- V aktivitách volného času – koníčky, zájmy, sporty a hry
- V zaměstnání – placená nebo neplacená práce

Onkologicky nemocní mohou zažívat náhlé změny v životě způsobené léčbou a průběhem choroby.

Ergoterapeut může nemocnému pomoci v těchto oblastech:

- zvyšování fyzické výkonnosti
- kompenzace periferní neuropatie
- zvládnání stresu a úzkosti
- zvládnání únavy, hospodaření s energií
- zvládnání bolesti
- organizace času
- procvičování pozornosti a paměti
- příprava na návrat do zaměstnání
- vzdělávání
- znovu se začlenění do společnosti
- úprava prostředí (bytu, pracovního místa)
- vybavení kompenzačními pomůckami
- vzdělávání rodinných příslušníků
- domácí návštěvy
- podpora v pokročilém stavu onemocnění a umírání

Užitečné odkazy:

České asociace ergoterapeutů www.ergoterapie.cz

Česká onkologická společnost www.linkos.cz/

Liga proti rakovině www.lpr.cz/

ERGOTERAPIE V ONKOLOGII

".....potvrzuje životy lidí bez ohledu na to, v jaké fázi nemoci jsou, poskytnutím fyzických, sociálních a emočních příležitostí a pocitu kontroly....." (College of Occupational Therapists, 2004)

Ergoterapie využívá smysluplné aktivity na podporu nezávislosti jedince ve všech aspektech každodenního života

Ergoterapeuté pracují s osobami všech věkových kategorií, s fyzickým, psychickým, mentálním, smyslovým i sociální znevýhodněním.

Ergoterapeut problém řeší s klientem a nastavuje realistické cíle terapie tak, aby bylo dosaženo toho, co je pro klienta důležité.

Smyslem ergoterapie je zlepšit a udržet maximální možnou kvalitu života jedince.

Ergoterapie má za cíl podpořit a umožnit osobám dosáhnout co nejvyšší úrovně jejich nezávislosti v každodenních činnostech.

- V oblasti sebeobsluhy – zvládnout se umýt a obléknout, vyčistit si zuby a sám se najíst
- V péči o domácnost – příprava jídel, vykonání domácích prací a nákupy
- V aktivitách volného času – koníčky, zájmy, sporty a hry
- V zaměstnání – placená nebo neplacená práce

Onkologicky nemocní mohou zažívat náhlé změny v životě způsobené léčbou a průběhem choroby.

Ergoterapeut může nemocnému pomoci v těchto oblastech:

- zvyšování fyzické výkonnosti
- kompenzace periferní neuropatie
- zvládání stresu a úzkosti
- zvládání únavy, hospodaření s energií
- zvládání bolesti
- organizace času
- procvičování pozornosti a paměti
- příprava na návrat do zaměstnání
- vzdělávání
- znovu se začlenění do společnosti
- úprava prostředí (bytu, pracovního místa)
- vybavení kompenzačními pomůckami
- vzdělávání rodinných příslušníků
- domácí návštěvy
- podpora v pokročilém stavu onemocnění a umírání

Užitečné odkazy:

České asociace ergoterapeutů www.ergoterapie.cz

Česká onkologická společnost www.linkos.cz/

Liga proti rakovině www.lpr.cz/

zdroj: Occupational Therapy and Oncology, Jewish General Hospital, 2015, www.jgh.ca; obrázky: Adéla Kubicová, 2015

Kresby použité v letáku vytvořila dcera onkologické pacientky. Odrážejí pohled jedenáctiletého dítěte na život rodiče se zhoubným nádorem.

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 hodí

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

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatné

Vynikající

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

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatná

Vynikající