

**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. 41 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.....	18
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 Léčba nádorových onemocnění.....	23
2.4.1 Typy léčby nádorových onemocnění.....	23
2.4.2 Prostředky protinádorové léčby.....	23
2.4.2.1 Prevence a včasná diagnostika.....	24
2.4.2.2 Onkochirurgie a její nežádoucí účinky.....	25
2.4.2.3 Radioterapie a její nežádoucí účinky.....	25
2.4.2.4 Chemoterapie a její nežádoucí účinky.....	26
2.4.2.5 Hormonální terapie a její nežádoucí účinky.....	27
2.4.2.6 Cílená léčba.....	27
2.4.2.7 Imunoterapie.....	27
2.4.2.8 Psychosociální podpora.....	27
2.4.3 Výsledky léčby v onkologii.....	28
2.5 Rehabilitace u pacientů s nádorovým onemocněním.....	30
2.5.1 Vymezení pojmu rehabilitace.....	30
2.5.2 Obecné principy rehabilitace v onkologii.....	30
2.5.3 Faktory ovlivňující rehabilitační postupy v onkologii.....	31
2.5.4 Rehabilitační metody a techniky používané v onkologii.....	32
2.5.4.1 Metody založené na neurofyziologickém podkladu.....	32
2.5.4.2 Techniky měkkých tkání.....	33
2.5.4.3 Manuální lymfodrenáž.....	33
2.5.4.4 Relaxační metody.....	33

2.5.4.5	Fyzikální terapie.....	33
2.5.5	Specifické kontraindikace rehabilitačních postupů v onkologii.....	33
2.5.6	Lázeňská péče v onkologii.....	34
2.6	Ergoterapie u pacientů s nádorovým onemocněním.....	35
2.6.1	Vymezení pojmu ergoterapie.....	35
2.6.2	Ergoterapeutický proces.....	36
2.6.3	Obecné principy vytváření ergoterapeutického plánu.....	36
2.6.4	Ergoterapeutická intervence a její specifika v onkologii.....	37
2.6.4.1	Hlavní rysy ergoterapie v onkologii.....	37
2.6.4.2	Ergoterapeutické intervence v jednotlivých fázích protinádorové léčby.....	37
2.6.4.3	Možnosti ergoterapeutické intervence v onkologii podle AOTA.....	38
2.6.4.4	Časové rozvržení aktivit během intenzivní protinádorové léčby.....	39
2.6.4.5	Přetrvávající potíže po skončení intenzivní protinádorové léčby a možnosti ergoterapeutické intervence.....	40
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
3.1	Cíle bakalářské práce a základní otázka.....	41
3.2	Postup bakalářské práce.....	41
3.2.1	Postup teoretické části bakalářské práce.....	41
3.2.2	Postup praktické části bakalářské práce.....	42
3.2.2.1	Výběr respondentů.....	42
3.2.2.2	Sběr a analýza dat.....	43
3.2.2.3	Výroba informačního materiálu o ergoterapii.....	46
4	DISKUZE.....	47
5	ZÁVĚR.....	51
6	SEZNAM LITERATURY.....	53
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

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

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 vzhledu 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 nejčtenější 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 LÉČBA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

2.4.1 Typy léčby nádorových onemocnění

Protinádorová léčba 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 nevyléčitelným onemocněním, je poskytována v posledních fázích života (Adam, 2003).

2.4.2 Prostředky protinádorové léčby

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 chirurgii, 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 nitrobuněčné 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).

2.4.2.1 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).

2.4.2.2 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 odebírá 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 odebírání 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 mízních uzlin v axile se často objevuje **bolestivost** příslušné končetiny spojená s otokem (**lymfedém**) (Klener, 2011).

2.4.2.3 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).

2.4.2.4 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).

2.4.2.5 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 stimulující 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).

2.4.2.6 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).

2.4.2.7 Imunoterapie

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

2.4.2.8 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 náviku 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).

2.4.3 Výsledky léčby v onkologii

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 zjistitelné běžným vyšetřením.

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

2.5 REHABILITACE U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

2.5.1 Vymezení pojmu rehabilitace

„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 Svěcená, 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).

2.5.2 Obecné principy rehabilitace v onkologii

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 potkávají 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).

Onkologické 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).

2.5.3 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:

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

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).

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).

2.5.4 Rehabilitační metody a techniky používané v onkologii

2.5.4.1 Metody založené na neurofyzilogickém podkladu

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

2.5.4.2 Techniky měkkých tkání

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

2.5.4.3 Manuální lymfodrenáž

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

2.5.4.4 Relaxační metody

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

2.5.4.5 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).

2.5.5 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).

2.5.6 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).

2.6 ERGOTERAPIE U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM

2.6.1 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 neoddělitelnou 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).

2.6.2 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).

2.6.3 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 Svěčená, 2013).

2.6.4 Ergoterapeutická intervence a její specifika v onkologii

2.6.4.1 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).

2.6.4.2 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.

Čtyři základní období onkologické léčby:

– **Období před zahájením léčby**

Terapie má charakter především **preventivní**. Pokud pomíneme 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).

2.6.4.3 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, 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).

2.6.4.4 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 (Cour la, 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 (Cour la, 2008)

2.6.4.5 Přetrvávající potíže po skončení intenzivní protinádorové léčby a možnosti ergoterapeutické intervence

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: Je možné využít ergoterapeutickou intervenci 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, jestli je možné využít ergoterapii v onkologii, jsem považovala za podstatné šířeji 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.

Nejprve jsem se zabývala obecnou podobou možností rehabilitace u onkologicky nemocných. 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. Závěr teoretické části je pak již plně věnován ergoterapii. 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 poznatků shromážděných v teoretické části a z údajů, které jsem získala přímo od onkologicky nemocných.

3.2.2.1 Výběr respondentů

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 se 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.

3.2.2.2 Sběr a analýza 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 KLIANTA 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.

(Vzor dotazníku je součástí přílohy bakalářské práce)

Výsledky dotazování:

Na otázku „**1. Slyšel/a jste někdy o ergoterapii?**“

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?

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.

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

4. Absolvoval/a jste někdy osobně ergoterapii.

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

1 osoba odpověděla, že v lázních,

1 osoba v lůžkovém rehabilitačním zařízení.

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

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.

Z výsledků dotazníku vyplývá, že z 25 respondentů pouze 4 někdy o ergoterapii slyšeli. Z toho 2 osoby dokázaly uspokojivě ergoterapii definovat.

2 osoby ergoterapii osobně absolvovaly, ale jen jedna z důvodů, které způsobila onkologická léčba.

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.

3.2.2.3 Výroba informačního materiálu o ergoterapii

Pro vytvoření informačního materiálu o možnostech ergoterapie v onkologii jsem se rozhodla na základě mé dlouhodobé zkušenosti s tím, 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 použít i v jiné velikosti (A3 nebo A5) a nijak se nezmění parametry. Šlo mi o to vytvořit takový materiál, který se dá ve větším měřítku umístit například na nástěnku, a v menším je 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 dosavadních získaných informací a dále 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.

Leták je umístěn do přílohy této bakalářské práce, stejně tak i dotazník o obeznámenosti klienta s ergoterapií.

4 DIZKUZE

Jako jeden z cílů své bakalářské práce jsem si zvolila širěji přiblížit problematiku osob s nádorovým onemocněním. Proto smyslem části mé práce je 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. Za problematické považuji vybrat takové literární zdroje, které jsou dostatečně přesné a aktuální.

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.

V další části se zabývám typy nádorů. Vorlíček (2006) vyděluje nádory podle způsobu růstu, Adam (2003) podle toho z jaké tkáně pocházejí. Dalším pohledem je rozdělení podle stádií (Petruželka a Konopásek, 2003) a systém TNM (Klener, 2011). Myslím, že autoři se vhodně doplňují a rozšiřují pohled na danou problematiku. To, že je nádorové onemocnění celosvětovým problémem, dokazují statistiky Světového fondu pro výzkum rakoviny (WCFR, 2015), i data 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 na druhou stranu ukazuje, že vzroste počet osob s

nádorovým onemocněním a tím i potencionálních klientů ergoterapie. Vzhledem k tomu, že ČR je dlouhodobě na předních místech výskytu zhoubných nádorů, lze předpokládat, že i v ČR se bude zvyšovat počet možných ergoterapeutických intervencí.

V další kapitole se obsáhle zabývám různými postupy protinádorové terapie. 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. Domnívám se, 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.

Dalším druhem léčby v onkologii je chirurgie. Klener (2011) hovoří o častých nežádoucích účincích, které způsobuje. U žen s karcinomem prsu se kromě zákroku na prsu také odebírají mízní uzliny v axile, to má za následek bolestivost končetiny a lymfedém. Možnou terapii lymfedému uvádějí Kolář (2009) a Juhaňáková (2014). Hovoří však o tomto problému spíše z obecného pohledu rehabilitace. Z ergoterapeutického pohledu se lymfedémem zaobírají Buckland a Mackenzie (2014). Označují ho za jednu z možných oblastí ergoterapeutické intervence v onkologii. Na toto téma je také zpracována bakalářská práce v češtině. Kladivová (2003) ve své práci podrobněji zpracovává možnosti ergoterapie u žen po ablaci prsu.

Časté nežádoucí účinky provázejí i chemoterapii. Kromě toho, že ovlivňuje fyzickou kondici má i velký zatěžující vliv na psychiku. Pacienti většinou ztrácejí vlasy, což je hlavně u žen značně stresující. Chrdlová (2012) hovoří o důležitosti nabídnout pacientům vhodné volnočasové aktivit především v období mezi léčbou. Domnívám se, že v této oblasti by bylo žádoucí spolupracovat s ergoterapeutem. Ergoterapeut může nemocnému nabídnout smysluplné činnosti, které ho rozptýlí od nemoci. Cour la (2008) se zabývá časovým uspořádáním života onkologicky nemocného a z výzkumů vyplývá, že nemocní 60 % času věnují péči o sebe. To jsem si zkoušela ověřit i při své praxi ve Všeobecné fakultní nemocnici. Bylo velice zajímavé pozorovat pacienty v průběhu léčby a to, jak podání chemoterapie výrazně naruší jejich životní rytmus. Několik dnů před podáním cytostatik se poměrně aktivně pohybovali po nemocnici. Se začátkem léčby byly během dne na několik hodin upoutáni na lůžko. S postupující léčbou se prodlužovala doba, kterou na lůžku trávili. Znatelně jim poklesla celková fyzická kondice. Vedlo toho se i proměnily aktivity, které provozovali mezi aplikací jednotlivých dávek terapie. Činnosti jako procházka, četba byly nahrazeny pasivnějším způsobem jako je sledování televize. Pacienty v akutní léčbě jsem sledovala pouhých 5 týdnů, tak nedokáži objektivně posoudit, jak se jejich stav proměňoval během celé léčby. Domnívám se ale, že v tomto období je důležité podporovat pacienta k větší aktivitě. Ostatně o tom, že je potřeba pacienty aktivizovat hovoří i Klusoňová (2011) a Raven (1986). Různé kreativní techniky přinášejí pacientům úlevu od bolesti a psychické uvolnění.

Nedílnou součástí onkologie je radioterapie. Tato léčba působí především lokální nežádoucí účinky v oblasti, ve které je aplikovaná. Jak uvádí Klener (2011) jedná se často o poškození kůže, potních nebo slinných žláz. Z toho vyplývá, že když jako ergoterapeuté budeme pracovat s člověkem, který podstupuje radioterapii, je důležité znát místo ozařování a volit takové aktivity, aby nedošlo ke zbytečnému porušení pokožky. Podle Petery (2014) mohou pacienti často pociťovat zvýšenou únavu nebo letargii a mluvíme o tak zvaném postradiačním syndromu. Takto nemocné během ergoterapie učíme strategie šetřící energii. Cooper (1998) zdůrazňuje, že je pro nemocného důležité ujasnit si priority, vybrat si ty činnosti, které dělat chce.

Jak jsem se v úvodu této kapitoly zmínila existuje dostatek literatury o onkologii. Při zpracování své práce jsem, ale narazila na nedostatek materiálu o ergoterapie v onkologii. Především v českém jazyce je zatím k dispozici jen velice málo textu o této problematice. Rozhodla jsem se proto hledat informace i v širším okruhu a

to sice rehabilitace v onkologii. Tomuto tématu se podrobněji věnuje Trávníčková – Kittlerová (2004) a Kolář (2009). Metody a techniky, které navrhuji může ve své práci s onkologicky nemocnými využít i ergoterapeut.

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.

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 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: „Je možné využít ergoterapeutickou intervenci v onkologii?“ přinesly výsledky mé práce odpověď, že ano. To ale neznamená, že je ergoterapie využívána v té míře, jaké by mohla.

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-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/5317/>

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

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/WhatIsOT/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.slovníky.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 ergoterapie <http://www.ergoterapie.cz>

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

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

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Průzkumný dotazník o obeznámenosti klienta s ergoterapií

Příloha 2 – Vzor textu propagačního letáku

Příloha 3 – Foto propagačního letáku

Příloha 4 – Propagační leták – Ergoterapie v onkologii

(volně vložený v deskách bakalářské práce)

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, 2010, www.ohca.ca sbrázky: Adéla Kubcová, 2010