Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

Kvalita života u pacientů s tracheostomií

Bakalářská práce

Vypracovala: Ivana Čiháková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.,
MUDr. Petr Čelakovský, PhD.

Hradec Králové, 2006

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 18. dubna 2006 …….

Děkuji Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc.; MUDr. Petrovi Čelakovskému, PhD. za odborné vedení při vypracování bakalářské práce. Poděkování patří také kolegyním a samozřejmě pacientům, kteří byli ochotni se na výzkumu podílet.

Motto:

„Quam bene vivas, refert, non quam diu“.

„Báseň i život se nehodnotí podle délky, ale podle kvality“.

(Seneca Mladší, Listy Luciliovi)

Obsah práce

Úvod……8

1. Cíle bakalářské práce……...9

Teoretická část……...10

2. Poznámky k anatomii a funkci hrtanu……...10

2. 1 Anatomie hrtanu……10

2. 2 Funkce hrtanu a dolních cest dýchacích……10

3. Tracheostomie……12

3. 1 Vymezení pojmů……...12

3. 2 Definice tracheostomie……..12

3. 3 Historie chirurgie hrtanu a průdušnice……..12

3. 3. 1 Vlastní tracheostomie……...13

3. 3. 2 Totální laryngektomie……...13

3. 4 Indikace k tracheostomii……...13

3. 4. 1 Karcinom hrtanu……...14

3. 4. 2 Symptomatologie a léčba karcinomu hrtanu……....14

3. 5 Komplikace tracheostomie……15

3. 5. 1 Peroperační komplikace……...16

3. 5. 2 Pooperační komplikace……16

3. 5. 3 Prevence komplikací……17

3. 6 Vliv tracheostomie na fyziologické funkce……...17

3. 6. 1 Možnosti náhradních hlasových mechanismů……..18

3. 7 Tracheostomická kanyla……18

3. 7. 1 Zavádění a výměna tracheostomické kanyly……19

3. 7. 2 Hodnocení průchodnosti tracheostomické kanyly……19

3. 8 Pomůcky pro nemocné s tracheostomickou kanylou……20

4. Ošetřovatelská péče o nemocné s tracheostomií……...21

4. 1 Ošetřovatelská péče před urgentní tracheostomií……..21

4. 1. 1 Ošetřovatelská diagnóza……...21

4. 2 Ošetřovatelská péče před plánovanou tracheostomií……21

4. 2. 1 Ošetřovatelská diagnóza……...22

4. 3 Časná ošetřovatelská péče po tracheostomii……22

4. 3. 1 Ošetřovatelské diagnózy……...22

4. 4 Následná a dlouhodobá ošetřovatelská péče…….23
4. 4. 1 Ošetřovatelské diagnózy……...23
5. Edukace……25
5. 1 Vymezení pojmů……...25
5. 1. 1 Edukace……25
5. 1. 2 Edukační procesy……..25
5. 1. 3 Edukační prostředí……25
5. 1. 4 Edukace pacientů……..26
5. 2 Edukace pacientů s tracheostomií…….26
5. 2. 1 Praktické zkušenosti s edukací u tracheostomovaných pacientů……..29
5. 2. 2 Péče o tracheostomickou kanylu……..31
5. 2. 3 Péče o operační ránu…….31
5. 2. 4 Opatření k náhradě ztráty funkce horních cest dýchacích……32
5. 3 Význam edukace……...32
6. Kvalita života……...33
6. 1 Definování pojmu……..33
6. 2 Činitelé ovlivňující kvalitu života…….36
6. 2. 1 Vnější činitelé……...36
6. 2. 2 Vnitřní činitelé……..37
6. 3 Diagnostika kvality života…….38
6. 4 Metody měření kvality života……39
7. Kvalita života nemocných rakovinou hlavy a krku po rozsáhlých chirurgických výkonech……..41
Empirická část……...44
8. Cíle výzkumu……...44
9. Hypotézy výzkumu……..45
10. Organizace výzkumu……46
10. 1 Metodika výzkumu……..46
10. 1. 1 Volba metody……46
10. 1. 2 Metoda SEIQoL……..46
10. 2 Charakteristika sledovaného souboru……..48
10. 3 Vlastní výzkum……...49
10. 3. 1 Aplikace použité metody……49

10. 3. 2 Aplikace metody v rámci vlastního výzkumu……49
11. Výsledky výzkumu a analýza zjištěných výsledků…….51
11. 1 Charakteristiky sledovaného souboru, etiopatogeneze základního onemocnění……51
11. 1. 1 Odstup od operace……..51
11. 1. 2 Příčiny, pro které byla provedena tracheostomie……...52
11. 1. 3 Výskyt zhoubného onemocnění v rodině……...52
11. 1. 4 Kouření……...53
11. 1. 5 Alkohol……...54
11. 2 Hodnocení kvality života (metoda SEIQoL)……...55
11. 2. 1 Životní témata (životní cíle – cues)……55
11. 2. 2 Životní témata uvedená v závislosti na pohlaví……..56
11. 2. 3 Důležitost životního tématu……58
11. 2. 4 Spokojenost s životními tématy……..60
11. 3 Celková a subjektivní spokojenost se životem……62
11. 3. 1 Srovnání celkové a subjektivní míry spokojenosti se životem……...64
11. 3. 2 Subjektivní míra spokojenosti se životem……..65
11. 3. 3 Průměrná subjektivní míra spokojenosti se životem……..67
12. Diskuse……...68
Závěr……...72
Souhrn……74
Použitá literatura……76
Přílohy……..78

Úvod

Tracheostomie je výkon, který u celé řady nemocných zlepšuje komfort dýchání, umožňuje dlouhodobou arteficiální ventilaci a může být i život zachraňující. U nemocných s rakovinou hrtanu může být odstranění hrtanu se současným provedením trvalé tracheostomie jedinou šancí na dlouhodobé přežití.

I přes tyto pozitivní faktory je však tracheostomie výkonem, který výrazně zasahuje do sociální sféry života nemocných. Totální laryngektomie s permanentní tracheostomií je jedním z nejvíce mutilujících operačních výkonů vůbec. Nemocný přichází po operaci o hlasovou funkci a jeho další začlenění do společnosti je i při existenci náhradních hlasových mechanizmů značně obtížné a problematické.

Vzhledem k tomu, že již několik let pracuji na ORL klinice, péče o pacienty po tak závažných operacích se pro mě stala samozřejmostí. Přítomnost tracheostomie je velký handicap a naučit se s ním žít chce moc síly. Pro tracheostomovaného nemocného je důležitá pomoc nejen nás zdravotníků, ale hlavně rodiny, která mu je především psychickou oporou.

Často jsem přemýšlela o tom, kam by se ubíral můj život v případě takového výkonu. Zda bych měla dostatek sil pro další život a to především psychických. Proto jsem se rozhodla problematikou tracheostomovaných nemocných blíže zabývat. Vyhodnocením dotazníků se snad podaří lépe porozumět potřebám nemocných po tracheostomii, eventuelně vypracovat či navrhnout opatření, která ulehčí těmto pacientům život s tracheostomickou kanylou. Na myšlenku, věnovat se blíže kvalitě života nemocných po tracheostomii, mě přivedl i fakt, že dostupné literatury na toto téma je překvapivě málo. Zatímco otázkám, jako je rakovina hrtanu, technika provedení tracheostomie, event. výskyt komplikací po tracheostomii je v literatuře věnována značná pozornost, velice málo autorů se zabývá problematikou kvality života těchto nemocných.

Teoretická část má za úkol seznámit s vlastním pojmem tracheostomie. Srozumitelnou formou jsem se pokusila vyložit základní terminologii a popsat anatomii a funkci dolních cest dýchacích. Pozornost je věnována i historii tohoto výkonu, možným komplikacím a ošetřovatelské péči po tracheostomii. Jsou zmíněny základní informace o rakovině hrtanu, jakožto nejčastější indikaci k permanentní tracheostomii.

V empirické části jsem se rozhodla pro hodnocení kvality metodou SEIQoL, jelikož si předem neklade žádná kritéria, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité.

1. CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cíle teoretické části

1. Seznámit s anatomií a funkcí dolních cest dýchacích a hrtanu.

2. Seznámit s historií chirurgie dolních cest dýchacích a hrtanu.

3. Vymezení pojmu tracheotomie a totální laryngektomie, jejich indikace a možné komplikace, provedení.

4. Edukace nemocného s tracheotomií, praktické zkušenosti, pomůcky, ošetřovatelská péče.

5. Definovat pojem kvalita života.

6. Najít nejvhodnější způsoby hodnocení kvality života, uváděné v literatuře

Cíle empirické části

7. Určit etiologické faktory, které vedly ve svém důsledku k provedení tracheostomie u dotázaných pacientů.

8. Určit životní priority u vybraných pacientů před a po provedení tracheostomie.

9. Stanovit, zdali se mění tímto výrazným zásahem do života člověka žebříček životních hodnot.

10. Za použití dotazníku SEIQoL zjistit, nakolik se tracheostomií změní kvalita života oproti předoperačnímu stavu.

11. Porovnat životní priority a kvalitu života po tracheotomii mezi pohlavími.

12 Vyhodnotit vhodnost dotazníků metodou SEIQoL pro hodnocení dané skupiny pacientů.

Teoretická část

2. POZNÁMKY K ANATOMII A FUNKCI HRTANU

2. 1 Anatomie hrtanu

Larynx je nepárový dutý orgán, který slouží k dýchání, uzávěru průdušnice a tvorbě hlasu. ***Embryologicky, anatomicky a funkčně je součástí dolních cest dýchacích*** *(Hybášek, 1999, str. 26).* Je složen z chrupavčité kostry, spojené klouby, svaly a vazy. Hrtan je uložen ve střední části krku a za ním probíhá polykací trubice (hltan). U dospělých se v klidu nachází mezi horním okrajem třetího a dolním okrajem čtvrtého krčního obratle. Na každé laterální straně hrtanu leží lalok štítné žlázy a nervově cévní svazek *(a. carotis communis, v. jugularis interna, n. vagus).*

Kraniálně jsou uloženy kořen jazyka a jazylka, kaudálně přechází hrtan v průdušnici. Novorozenci mají hrtan podstatně výše, staří lidé níže. Velikost hrtanu v dospělosti je u muže na výšku 7 cm, u ženy 5 cm. Závěs na jazylce a volné spojení hrtanu s okolím pomocí prelaryngeální svaloviny a dolního svěrače hltanu umožňuje všestrannou pohyblivost ústrojí při polykání, fonaci a pohybech krku *(Hybášek, 1999, str. 27, Chrobok a kol., 2004).*

Kostru hrtanu tvoří 9 chrupavek, z nichž tři jsou velké nepárové a tři menší párové. ***Prstencová chrupavka*** tvoří základ**,** na který je postavena ***chrupavka štítná*** a do ní je vpředu vsazena ***chrupavka příklopky.*** U mužů je patrný ohryzek, jenž vytváří chrupavka štítná. U žen je zřejmější oblouk prstencové chrupavky, který lze lépe palpovat při záklonu hlavy. Tyto dva body jsou důležité pro vyhledání krikotyroidního vazu, místa koniotomie. *(Hybášek, 1999)*

2. 2 Funkce hrtanu a dolních cest dýchacích

Podle Thackera je v literatuře popsáno více než padesát funkcí hrtanu *(Černý, 1995, str. 110).* Z klinického hlediska jsou významné:

- **Dýchací funkce.** Při dýchání je hlasivková štěrbina volná. Má tvar trojúhelníku. Hlasivky vykonávají kolem této polohy mírné dýchací pohyby: při vdechu se štěrbina rozšiřuje, při výdechu zužuje. Epiglotis je při dýchání ve střední poloze, vchod do hrtanu otevřen.
- **Ochrana dýchacích cest.** Slouží k zamezení vniknutí cizích těles do hrtanu během polykání. Kromě anatomického uspořádání se na ochranných mechanismech podílí

i reflexní funkce. Patří k nim kašel s expektorací, laryngospasmus a reflexní uzávěr hlasivkové štěrbiny. Tyto funkce zprostředkovává 10. hlavový nerv (n. vagus).

- **Tvorba hlasu (fonace).** Při fonaci jsou hlasivky ve fonačním postavení. Hlasivková štěrbina je uzavřena, hlasivky stojí mediálně a navzájem se dotýkají. Hlas vzniká rozechvíváním hlasivek proudem vydechovaného vzduchu. Zvuk řeči je ovlivňován rychlostí proudu vzduchu, napětím hlasových vazů, tvarem štěrbiny a tvarem rezonanční dutiny.
- **Obranná funkce.** V hrtanu je podobně jako v hltanu vytvořen systém lymfatické a žlázové tkáně. Má za úkol ochraňovat hrtan před proniknutím infekce a před toxickými látkami.
- **Účast na polykání.** Jedná se především o funkci zevních hrtanových svalů. *(Hybášek, 1999)*

3. TRACHEOSTOMIE

3. 1 Vymezení pojmů

- **Tracheotomie** – chirurgický výkon, při kterém je vytvořen otvor do průdušnice.
- **Tracheostomie** – stav, kdy je průdušnice spojena vytvořeným otvorem s povrchem těla *(Chrobok a kol., 2004, str. 16).*

3. 2 Definice tracheostomie

Tracheostomie je chirurgický výkon nebo stav po chirurgickém výkonu, kdy je průdušnice uměle vyústěna na kůži povrchu těla. Účelem je zajištění průchodnosti dýchacích cest, nejčastěji s cílem umožnění ventilace (spontánní nebo pomocí přístroje). Z praktického hlediska rozlišujeme:

- **Trvalou (permanentní) tracheostomii -** např. po totální laryngektomii
- **Dočasnou tracheostomii** *(Chrobok a kol., 2004, str. 18)*

Cílem tracheostomie je:

• Zajistit přístup vzduchu (kyslíku) do plic.

• Obnovit (či zlepšit) dýchání.

• Umožnit lepší toaletu dolních dýchacích cest.

• Zmenšit mrtvý prostor u ventilovaných nemocných. *(Astl, 2002)*

3. 3 Historie chirurgie hrtanu a průdušnice

Nejstarší dochované písemnosti s popisem chirurgického otevření dýchacích cest pocházejí od řeckého lékaře Pavla z Aeginy, který žil v letech 600 až 650 n. l.. Postup uvádí pod názvem „faryngotomie“, který převzal od Alexandrijské školy, z díla připisovaného jinému řeckému lékaři Antyllovi, žijícímu okolo roku 100 n. l.

Obdobný popis otevření průdušnice nacházíme v Talmudu a v práci Asklépiada z Bithýnie v prvním století před naším letopočtem. Aretaios z Kappadokie popisuje výkon „řez průdušnice“ v druhém století našeho letopočtu. V téže době popisuje otevření průdušnice ve své práci také Galénos z Pergama.

Ve starém Řecku a Římě byla již známa intubace za pomoci primitivních nástrojů pro léčbu obstrukce dýchacích cest. Celá řada autorit té doby však výkon kritizovala (Celsus, Areteus, Rhasis) a nedoporučovala ho provádět pro vysoké riziko komplikací, často smrtelných. *(Ferlito, 1993)*

I tyto záznamy svědčí pro to, že v období starověku a středověku neexistovala jasná koncepce léčby obstrukce dýchacích cest. Celá řada nemocných s onemocněním dolních cest dýchacích tedy zřejmě umírala v důsledku asfyxie.

K výraznějšímu rozvoji chirurgie hrtanu a průdušnice dochází až v souvislosti s výraznějším nárůstem výskytu rakoviny hrtanu. Neexistuje větší množství záznamů o výskytu a léčbě rakoviny hrtanu ze starověku, event. středověku. Rakovina hrtanu je a byla onemocněním vyššího věku. Dle historiků se však průměrná délka života v období říše Římské pohybovala mezi 20 – 30 lety, a ještě v roce 1850 v USA okolo 40 let.

K významnému prodlužování délky života dochází až ve 20. století. Nejdůležitějším etiologickým faktorem vzniku rakoviny hrtanu je kouření. Tabák však byl přivezen do Evropy až po objevení Ameriky Kolumbem – tj. koncem 16. století. Nízký průměrný věk dožití a absence kouření byly hlavní příčinou nízkého výskytu rakoviny hrtanu až do 19. století.

Dalším faktorem, který z větší části znemožňoval rozvoj chirurgie hrtanu a průdušnice, byly chybějící diagnostické možnosti. Jedinou možností vyšetření hrtanu ve starověku a středověku byla transorální palpace. Ještě Trousseau uvádí, že: „Vizualizace hrtanu u živého člověka je nemožná“. *(Ferlito, 1993)*

3. 3. 1 Vlastní tracheostomie

První popis tracheostomie pochází z r. 1601, kdy Giulio Casserius popsal výkon ve své práci o řeči a sluchu. Dnes je však název tracheostomie spojován především se jmény Lorenze Heistera a Pierra Josepha Desaulta v 18. století. O zavedení tracheostomie v lékařství se zasloužil francouzský lékař Armand Trousseau, který v roce 1833 publikoval práci o 200 provedených operacích *(Chrobok a kol., 2004, str. 23).*

3. 3. 2 Totální laryngektomie

Úplné odstranění hrtanu, které je nutně provázeno trvalou tracheostomií, bylo poprvé popsáno Watsonem r. 1866, a to pro syfilis dolních cest dýchacích. Totální laryngektomii pro rakovinu hrtanu provedl poprvé Billroth r. 1874. *(Ferlito, 1993)*

3. 4 Indikace k tracheostomii

Chrobok (2004) uvádí ve své monografii o tracheostomii tyto základní skupiny onemocnění:

- **Obstrukce dýchacích cest** – rozsáhlé tumory, vrozené anomálie, těžká traumata, zánětlivé otoky krku, objemná cizí tělesa v hltanu nebo hrtanu, vybrané formy syndromu spánkové apnoe, pooperační stavy po rozsáhlých ORL a stomatologických výkonech.
- **Umělá plicní ventilace** – nemocní, u kterých se předpokládá, že bude nutností dlouhodobá ventilační podpora bez reálného předpokladu časné extubace.
- **Zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory** – u nemocných, kteří nemají možnost vlastní kontroly a toalety dýchacích cest (např. trvající porucha vědomí, nízká svalová síla, riziko aspirace apod.) *(Chrobok a kol., 2004)*

3. 4. 1 Karcinom hrtanu

Mezi nejčastější indikace k tracheostomii patří rakovina hrtanu. V našich zemích se jedná o nejčastější malignitu ORL oblasti, u mužů pak o jeden z nádorů s nejvyšší incidencí vůbec (kromě rakoviny plic a tlustého střeva). Incidence rakoviny hrtanu však podléhá značným geografickým rozdílům. Nejvyšší je v Brazílii, na jihu Evropy a též mezi černošskou částí populace v USA. V těchto zemích se pohybuje mezi 15 – 18 nově vzniklými onemocněními na 100 000 a rok. *(Ferlito, 1993)* V ČR postihuje v 95% muže s incidencí 9,4 onemocnění na 100 000 a rok. Vůbec nejnižší výskyt je udáván v Japonsku (0,5 na 100 000 a rok). Vzniká obvykle po 40. roce, maximum výskytu je kolem 60 let věku. Rakovina hrtanu postihuje u nás muže 15x častěji než ženy, v některých zemích se však tento poměr v posledních letech výrazně zmenšuje. V USA byl poměr výskytu v r. 1956 15:1, v roce 1975 již jen 4:1. V nižších deceniích se tento poměr ještě dále mění – ve věku do 35 let na 2:1. *(Hybášek, 1993)* Na rozdíl od Slovenska, řady států Evropy a Ameriky u nás za posledních 20 let rakoviny hrtanu u mužů nepřibývá, nepatrně narůstá u žen. Mírně se snižuje průměrný věk nemocných a narůstají počty supraglotických rakovin. Asi 10% rakovin vzniká na podkladě dříve zjištěné prekancerózy, většina vzniká náhlým zvratem s krátkou anamnézou. U mužů tvoří 95% nemocných kuřáci, zpravidla silní (nad 20 cigaret denně déle než 20 let). Na vzniku supraglotických karcinomů se podílí také konzumace tvrdého alkoholu, nemocní jsou často sociálně deprivovaní a své obtíže dlouhodobě přehlížejí. *(Hybášek, 1999).*

3. 4. 2 Symptomatologie a léčba karcinomu hrtanu

Příznaky nádorů hrtanu závisí na tom, jedná-li se o karcinom glotický (postihující hlasivky), supraglotický (vyrůstající nad hlasivkami) nebo subglotický (vzniká pod hlasivkami a často se šíří i do průdušnice). U glotického karcinomu je hlavním příznakem

chrapot, který vzniká již v časných stádiích choroby. Příznaky ostatních dvou typů nádorů však bývají spíše pozdní. U supraglotického nádoru to bývají polykací obtíže, někdy však může být prvním projevem onemocnění i zduření na krku (metastázy v uzlinách). Nádory subglotické rostou v úzkém prostoru pod hlasivkami a při jejich růstu dochází ke stenózám dýchacích cest s projevy dušností.

V léčbě karcinomu se užívá v současnosti tří léčebných modalit: chirurgické, radioterapeutické či kombinace těchto metod. Cílem léčby je úplné vyléčení pacienta. Pakliže onemocnění není již radikálně léčitelné, následuje léčba paliativní, jejímž cílem je zabránit rychlé progresi onemocnění, utlumit bolest nemocného a zajistit co nejvyšší možný komfort pacienta. V počátečních stádiích onemocnění se volí po domluvě s nemocným většinou monoterapie – tj. buď chirurgickou léčbu, nebo ozařování. Pro pokročilejší stádia bývá vhodnější léčba kombinovaná.

Totální laryngektomie, neboli úplné odstranění hrtanu, patří k nejradikálnějším operačním postupům užívaným v chirurgii karcinomu hrtanu. Je společně s aktinoterapií používána pro léčbu pokročilejších nádorů, které již nelze postihnout částečnou (parciální) laryngektomií. V souvislosti s tímto výkonem se pacientům trvale provede vyústění průdušnice navenek, tzv. tracheostoma, a zavede se tracheostomická kanyla. Logickým důsledkem je samozřejmě i trvalá ztráta hlasové funkce. *(Lindovská, 2003)*

3. 5 Komplikace tracheostomie

Jako každý chirurgický výkon, tak i tracheostomie je spojena s určitými riziky vzniku komplikací. Ty lze rozdělit podle různých hledisek

- Komplikace z **hlediska časového** dělíme na časné (do 24 hodin od vlastního výkonu) a pozdní (po 24 hodinách od výkonu).
- Komplikace z **hlediska vztahu k prováděnému výkonu,** kdy je tracheostomie prováděna či provedena (peroperační, pooperační).
- Komplikace z **hlediska vztahu k dekanylaci** (před dekanylací, po dekanylaci).
- Komplikace **ošetřování** tracheostomie *(Chrobok a kol., 2004, str. 95-96).*

Uvedené komplikace se v mnohých případech překrývají a řadě z nich nelze účinně zabránit..

Faktory ovlivňující výskyt komplikací tracheostomie:

- Indikace a načasování operace.
- Kvalita přípravy a operační technika
- Kvalita ošetřovatelské péče o tracheostomii (*Chrobok a kol., 2004, str. 95)*

3. 5. 1 Peroperační komplikace

- Aspirace
- Poškození těsnící manžety tracheální rourky či tracheostomické kanyly
- Vzplanutí tracheální rourky
- Chybné zavedení punkční jehly, zavaděčů či dilatátorů mimo průdušnici u technik PDT (punkční dilatační tracheostomie)
- Obtížnost či nemožnost zavedení tracheostomické kanyly
- Krvácení
- Poranění průdušnice, hrtanu
- Poranění polykacích cest
- Pneumothorax, pneumomediastinum
- Vzduchová embolie
- Bakteriemie
- Respirační insuficience (dislokace či obstrukce tracheální rourky, bronchospasmus, krvácení do dýchacích cest)
- Smrt v průběhu výkonu *(Chrobok a kol., 2004, str. 96)*

3. 5. 2 Pooperační komplikace

Mnohé komplikace pooperační se shodují s komplikacemi peroperačními

- Komplikace spojené s použitím tracheostomické kanyly, mezi které nejčastěji patří *obstrukce kanyly zasychajícím sekretem nebo krevním koagulem, tracheoezofageální píštěl a vytvoření „falešného" tracheostomického kanálu.* K obstrukci tracheostomické kanyly dochází především u kanyl menšího průměru a při nedostatečné ošetřovatelské péči. Prvním příznakem bývá dušnost.
- Obtížná výměna tracheostomické kanyly
- Krvácení
- Poruchy polykání
- Aspirace potravy nebo žaludečního obsahu a nebezpečí vzniku tzv. aspirační pneumonie

• Respirační insuficience
• Pneumothorax, pneumomediastinum
• Podkožní a mediastinální emfyzém
• Infekce v okolí tracheostomatu
• Zánět průdušnice
• Tracheomalacie
• Paréza zvratného nervu
• Tracheoezofageální píštěl
• Tracheoarteriální píštěl *(Chrobok a kol., 2004)*

3. 5. 3 Prevence komplikací spojených s tracheostomií

• Dostatečná erudice a zkušenost operatéra.
• Chirurgická tracheostomie a punkční dilatační tracheostomie by měly být prováděny jako řádné chirurgické výkony.
• Pečlivá příprava operačního týmu a dostupnost všech potřebných pomůcek, nástrojů.
• Pečlivá příprava pacienta.
• Výkon prováděný mimo operační sál („na lůžku“) musí být prováděn za standardních podmínek (sterilita, nástroje a pomůcky obdobně jako na operačním sále).
• Správná pooperační a dlouhodobá ošetřovatelská péče, která je významnou a nedílnou součástí tracheostomie *(Chrobok a kol., 2004, str. 105).*

3. 6 Vliv tracheostomie na fyziologické funkce

Tracheostomií je ovlivňována řada fyziologických funkcí. Horní dýchací cesty a jejich funkce jsou vyřazeny – především klimatizační (nosní sliznice dokáže upravit teplotu vzduchu na 34 °C při venkovní teplotě vzduchu od –10 °C do +42 °C), filtrační a obranná. *(Hybášek 1989)* V důsledku tracheostomie je dále znemožněno smrkání a výrazně limitován čich. Pacient s tracheostomií by měl být upozorněn na to, že nemusí cítit „nebezpečné signály“, např. kouř, zápach plynu nebo výpary. Jelikož je chuť ovlivňována čichem, znamená to rovněž snížení schopnosti vnímat chuť. Doporučuje se tzv. „ochutnávat vzduch“, tj. nemocný si nechá projít vzduch ústy a hltanem a poté jej vyfoukne nosem, nebo „prudce nadechnout (zívnout) vzduch“, který se tak dostane ve větším množství do úst a do nosu. Při konzumaci teplého jídla mohou nemocní s tracheostomií vnímat o něco bohatší chuť, protože výpary z ohřátého jídla přímo stoupají do nosu. Tracheostomie je rovněž spojena s poruchou

funkce břišního lisu, při kterém se za fyziologického stavu uzavírá glotis, a někteří nemocní mohou mít potíže při stolici nebo zvedání těžkých břemen *(Chrobok a kol., 2004, str. 108).* Narušení tvorby hlasu je další poruchou, přičemž nejzávažnější je u pacientů po totální laryngektomii, kdy dochází k úplné ztrátě hlasu. *(Chrobok a kol., 2004)*

3. 6. 1 Možnosti náhradních hlasových mechanismů po totální laryngektomii

Rehabilitace je zaměřena na tvorbu hlasu, dýchání a polykání. V současnosti existují tři hlavní možnosti pro vytváření řeči. Chirurgicky utvářené „fonační píštěle", kdy se vytvoří kanálek přes stěnu mezi průdušnicí a jícnem. Pacienti si při výdechu zakryjí tracheostoma a vzduch vycházející z plic je vtlačen přes tento kanálek do jícnu, kde vytváří ***jícnový hlas*.** K zabránění průchodu potravy a tekutin do plic přes píštěl se vkládá hlasová protéza. Další možností je ***jícnová řeč,*** kdy se hlas vytváří přesunem určité části vzduchu z úst do jícnu. Při tomto postupu vznikají tóny obdobné říhání, které mohou být zformovány do jícnové řečí. Své místo má v rehabilitaci i ***elektrolarynx,*** budící vibrace spodiny úst s monotónním hlasem. Tento přístroj se vkládá pod bradu a v ústech vytváří slyšitelné vibrace, které mohou být formovány do řeči. *(Hybášek, 1999)*

3. 7 Tracheostomická kanyla

K udržení průchodnosti tracheostomatu je určena **tracheostomická kanyla.** Tato nezbytná pomůcka má za cíl zajistit vstup do dýchacích cest, nebo umožnit realizaci umělé plicní ventilace. Tyto kanyly jsou vyráběny v různých tvarech, velikostech a délkách.

Tracheostomické kanyly se dělí na dvě velké skupiny:

- **Kanyly z plastických materiálů (PVC, silikon, teflon aj.)** Tyto kanyly jsou dvojího typu: *Kanyly opatřené těsnící manžetou* (tzv. „balónkové" kanyly, které se v některých indikacích plní vzduchem, např. prevence aspirací)) a *kanyly bez těsnící manžety.* Jejich použití je vhodné během aktinoterapie.
- **Kovové (rigidní) kanyly**

Oba typy kanyl mají límec, na kterém zpravidla bývají otvory k upevnění tkalounů, jenž se uvazují kolem krku a tím fixují kanylu v tracheostomatu. Obvykle ve středu límce je ústí kanyly, kde je vložen zavaděč, který má na konci olivku a bývá delší než kanyla. To umožňuje snadnější a bezpečnější zavádění kanyly. U kovových kanyl bývá po zavedení kanyly zavaděč nahrazen vložkou. Jedná se o tzv. ***dvouplášťové tracheostomické kanyly.*** Límec je opatřen zámkem, bránící nechtěnému vysunutí zavaděče nebo vložky při kašli.

Některé kanyly jsou ***perforované (fenestrované***) a umožňují při výdechu přirozenými dýchacími cestami redukovat dechový odpor. V případě, že je zachován hrtan a nehrozí-li riziko aspirace, lze perforované kanyly použít také k fonaci. *(Chrobok a kol., 2004)*

3. 7. 1 Zavádění a výměna tracheostomické kanyly

Při zavádění tracheostomické kanyly je třeba velké šetrnosti, zvláště při prvních výměnách je doporučeno použít zavaděče. Pravidla asepse a antisepse při zavádění, resp. výměně tracheostomické kanyly, jsou samozřejmostí. Zavádění je snadnější s použitím lubrikačního prostředku (olej, mast, gel), který by měl být sterilní. Než dojde k vlastnímu zavedení, vyzveme nemocného k nádechu a mírnému záklonu hlavy, což vede k rozšíření tracheostomického otvoru. Tracheostomická kanyla se zavádí pomalu, kruhovým pohybem ve střední čáře do průdušnice tak, aby nedošlo k poranění stěny průdušnice.

U nemocných, kteří mají zachovanou spontánní ventilaci a jsou bez rizika aspirace, je plastová kanyla s těsnící manžetou vyměněna za kovovou již první nebo druhý pooperační den. U pacientů s umělou plicní ventilací se kanyla mění nejčastěji v intervalu přibližně 4-5 dní, intervaly se liší podle pracoviště. Pacienti s kovovou tracheostomickou kanylou ji mají měněnou denně (v případě nadměrné sekrece dýchacích cest i častěji), vnitřní plášť měníme podle potřeby. *(Chrobok a kol., 2004)*

Pod kanylu se podkládá mulový čtverec, který současně kryje ránu. Zevně od mulu se přikládá igelitová rouška, bránící zatékání sputa do rány. Přes otvor kanyly se dává jemná mulová zástěrka, kterou smáčíme sterilní vodou ke zvlhčování vdechovaného vzduchu. Při výměně kanyly v prvních dnech po tracheostomii rychle dochází ke stahování jejího ústí, proto výměna musí být bezprostřední a v případě nutnosti má být připravena kanyla o jedno číslo menší. (*Hybášek, 1999)*

3. 7. 2 Hodnocení průchodnosti tracheostomické kanyly

Základní součástí péče o pacienty s tracheostomií je pravidelná kontrola klinického stavu a tracheostomické kanyly.

Průchodnost tracheostomické kanyly lze hodnotit:

- **Sluchem**
- **Pohledem**
- **Pohmatem**

Zasychající sekret dýchacích cest bývá nejčastěji příčinou obstrukce tracheostomické kanyly, méně často pak krevní koagulum. Někdy může být obstrukce mimo lumen

tracheostomické kanyly, těsně pod jejím distálním koncem. Pokud obstrukce horních dýchacích cest přetrvává i po vynětí kanyly, je nutno myslet i na tuto příčinu. *(Chrobok a kol., 2004)*

3. 8 Pomůcky pro nemocné s tracheostomií

Kromě kanyly existuje řada pomůcek určených pacientům s tracheostomií, kterými musí být vybaveni i v domácím prostředí. Nutností je druhá kanyla na výměnu. Mezi další důležité pomůcky patří:

- Příslušenství k tracheostomické kanyle – čistící kartáčky, podložky pod tracheostomickou kanylu, fixační pomůcky, filtry apod.
- Mistabron injekce (ředí se s Vincentkou v poměru 1:10, zabraňuje vzniku krust).
- Parafinový olej k snadnějšímu zavedení kanyly.
- Pityolová mast zabraňující maceraci kůže v okolí tracheostomie.
- Roztok 0,5% Persterilu k dezinfekci tracheostomické kanyly, 1-2 hodiny.
- Zvlhčovače vzduchu (lze použít i vlhké roušky umístěné v blízkosti zdroje tepla).
- Inhalátory (umožňují podávání zvlhčené směsi a aplikaci léků do dolních dýchacích cest).
- Odsávací přístroje.
- Zařízení umožňující terapii ve vodě.
- Tzv. Tracheofix (nálepky nahrazující šátky) chrání tracheostoma a je prodyšný.
- K ochraně tracheostomatu proti dešti slouží kryty proti dešti, šátky aj.

(Chrobok a kol., 2004)

4. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S TRACHEOSTOMIÍ

Ošetřovatelská péče o pacienty s tracheostomií a její kvalita jsou faktory, které mohou významně ovlivnit počet pooperačních komplikací, morbiditu i celkový klinický výsledek léčby nemocných.

Ošetřovatelský proces zahrnuje čtyři základní oblasti:

- medicínsko-ošetřovatelskou
- psychosociální
- organizační
- edukační *(Chrobok a kol., 2004, str. 123)*

Jednotlivé oblasti se v rámci ošetřovatelského procesu prolínají a v praxi není možné jejich oddělení. Pořadí i důležitost závisí na celkovém stavu nemocného, akutnosti dušení či provedené tracheostomie, ale také na osobnosti nemocného a dalších faktorech. Do ošetřovatelské péče o pacienty s tracheostomií je zahrnuta rovněž předoperační péče. Tato se dělí na ošetřovatelskou péči před urgentní tracheostomií a ošetřovatelskou péči před plánovanou tracheostomií. Při bezprostřední přípravě pacienta před provedením tracheostomie je nutná spolupráce s operačním týmem a udržení stability klinického stavu pacienta do doby jeho převzetí zdravotnickým pracovníkem na operačním sále. *(Chrobok a kol., 2004)*

4. 1 Ošetřovatelská péče před urgentní tracheostomií (nebo koniotomií)

V případě, že dojde k akutní obstrukci dýchacích cest, je nutné provést urgentní výkon, který zabrání udušení pacienta.

Klinická symptomatologie: těžce dušný nemocný s cyanózou či popelavou šedí, psychomotorický neklid či ztráta vědomí, tachykardie, arytmie, hypertenze.

4. 1. 1 *Ošetřovatelská diagnóza: dušení s bezprostředním rizikem ohrožení života, omezená průchodnost dýchacích cest*

Cílem celého zdravotnického týmu je zabránit selhání životních funkcí.

(Chrobok a kol., 2004)

4. 2 Ošetřovatelská péče před plánovanou tracheostomií

Stav nemocného zpravidla umožňuje zdravotnickému týmu (lékařům i sestrám) přípravu k operačnímu výkonu.

Klinická symptomatologie: úzkost z pocitu dušnosti, obava z operace, obava z tracheostomické kanyly, strach z přechodné či trvalé ztráty hlasu, neklid, namáhavé dýchání se zapojením pomocných dýchacích svalů, zvýšení dechové frekvence, stridor různého stupně, tachykardie, arytmie, hypertenze.

4. 2. 1 ***Ošetřovatelská diagnóza: úzkost z operačního výkonu, z udušení***

Operační výkon, jehož výsledkem je tracheostomie, je závažným zásahem do organismu a každý pacient má tudíž oprávněné obavy. Proto se snažíme před operací zmírnit nebo úplně odstranit úzkost. Důležitá je také aktivní spolupráce nemocného před operačním výkonem. *(Chrobok a kol., 2004)*

4. 3 Časná ošetřovatelská péče po tracheostomii

Pacient je z operačního sálu přeložen na oddělení či jednotku intenzivní pooperační péče zpravidla s balónkovou tracheostomickou kanylou, obvazem na krku, podtlakovou drenáží dle Redona – Josta. (*Astl, 2002)* Má obvykle zavedený periferní žilní katétr, případně permanentní močový katétr nebo i nazogastrickou sondu. Stav vědomí a možnost navázání kontaktu s okolím závisí na více faktorech (stav před operací, způsob a délka anestézie, analgosedace, atd.), i na způsobu ventilace (spontánní dýchání, podpůrné dýchání, řízená ventilace). U pacienta je třeba vyloučit krvácení do měkkých tkání, do tracheostomatu a dolních cest dýchacích. *(Chrobok a kol., 2004)*

4. 3. 1 ***Ošetřovatelské diagnózy v časné pooperační péči***

Snížení objemu tělesných tekutin v souvislosti s chirurgickým výkonem

Vzhledem k tomu, že tracheostomie je výkon dlouhodobý a také proto, že bezprostředně po výkonu nemohou pacienti přijímat nic per os, je nutné zamezit snížení objemu tělesných tekutin.

Omezení průchodnosti dýchacích cest

Udržení volných dýchacích cest je jedním z nejdůležitějších cílů této diagnózy, což obnáší zajištění toalety dýchacích cest a samozřejmě i snadného odkašlávání.

Porucha v péči o sebe sama v souvislosti s operačním výkonem

V operační den je samozřejmostí, že veškeré potřeby pacienta zajišťuje ošetřující personál. V následujících dnech vše záleží na schopnostech pacienta. Zpočátku si zajišťuje potřeby s dopomocí, ale vzhledem k tomu, že každá hospitalizace směřuje k dimisi, je nutné, aby pacient dosáhl soběstačnosti.

Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem

Jelikož je tracheostomie nadmíru bolestivý výkon, je důležité bolest účelně tlumit a zajistit pacientovi alespoň takový komfort, jakým je pro něj v dané chvíli omezení, v nejlepším případě pak úplné vymizení bolesti. *(Chrobok a kol., 2004)*

4. 4 Následná a dlouhodobá ošetřovatelská péče

Provedením tracheostomie dochází nejenom k narušení hrtanových funkcí, ale k řadě dalších somatických i psychických obtíží (obavy z operace event. z ohrožení života, z následného ošetřování, z trvalého nošení tracheální kanyly, ztráty rodinného zázemí či zaměstnání), které závisí na řadě faktorů (základní a přidružené diagnózy, vlastní příčina dušnosti, věk a osobnost nemocného atd.). Vlastní ošetřovatelská péče se liší podle toho, zda jsou nemocní schopni spolupráce nebo zda mají poruchu vědomí.

Klinická symptomatologie: přechodná či omezená ztráta hlasu, zhoršená schopnost toalety dýchacích cest a expektorace, polykací obtíže, patologie tvorby a transportu sekretu dýchacích cest, různý stupeň dušnosti, častější výskyt gastroezofageálního refluxu (zvláště u nemocných v bezvědomí), bolesti a nepříjemné pocity při výměně kanyly a při odsávání, macerace kůže v okolí stomatu, narušení břišního lisu (možné obtíže s vyprazdňováním), ztráta nosního dýchání a fyziologických funkcí nosu (především čichu, ale nezřídka i subjektivní pocit „ucpaného nosu“), psychické a psychosociální obtíže *(Chrobok a kol., 2004, str. 129).*

4. 4. 1 *Ošetřovatelské diagnózy v následné a dlouhodobé péči*

Riziko dušnosti v důsledku neprůchodnosti tracheostomické kanyly v dlouhodobé pooperační péči

Neprůchodná tracheostomická kanyla je komplikace, která může mít smrtelné následky. Proto musí být kanyla i průdušnice průchodná, bez zasychajícího sekretu a tvorby krust.

Potenciální riziko infekce z důvodu tracheostomie

Aby operační rána byla klidná a kůže v okolí tracheostomatu byla bez známek zánětu, je nutný takový přístup, aby se zamezilo vzniku infekce, která je nepříjemnou komplikací, která hojení prodlužuje

Změněné dýchání v souvislosti s vyřazením horních dýchacích cest z funkce

Pacienti si musí zvyknout na to, že horní dýchací cesty již neplní funkci, kterou plnily před operací a dýchaní zajišťuje tracheostoma. Proto je nutné, aby bylo zajištěné dostatečné dýchání průchodnou tracheostomickou kanylou a samostatnost v péči o ni byla pro pacienta

samozřejmostí. Dýchání tracheostomií musí být bez pocitu dušnosti a neméně důležitá je prevence aspirace.

Porucha verbální komunikace z důvodu zavedení tracheostomické kanyly

Pro pacienty s tracheostomií je ztráta verbální komunikace velkým handicapem, proto je u nich nutné zmírnit obavy z poruchy komunikace. Navíc se musí zajistit nácvik a osvojení náhradního způsobu komunikace.

Porucha polykání

U pacientů s tracheostomií dochází k větším či menším polykacím obtížím. Proto je potřebné dosažení dostatečného příjmu hodnotné stravy a tekutin.

Porucha soběstačnosti – hygienických návyků v souvislosti s tracheostomií

V následujících dnech po operaci provádějí pacienti hygienu s menší či větší pomocí sami. Imobilním pacientům ji zajišťuje samozřejmě ošetřovatelský personál. Důležité je zajistit hygienu v okolí tracheostomie a hygienu dutiny ústní včetně chrupu.

Porucha přijetí vzhledu vlastního těla jako důsledek tracheostomie

Po provedeném výkonu se u mnoha nemocných objevují negativní reakce, které vyplývají ze zklamání nad provedenou operací, strach z ošetřování tracheostomie, strach z udušení, obava ze ztráty verbální komunikace, obava ze ztráty soběstačnosti, obava z narušení rodinných vztahů, obava z narušení sociálních kontaktů a ztráty zaměstnání apod. To vše může vést ke změnám chování, neurotickým reakcím různého typu (deprese, úzkostné poruchy, panické stavy) nebo i k poruchám osobnosti. Optimální je přijetí tracheostomie jako nedílné součásti dalšího života, smíření se s omezeními, která tracheostomie přináší, dosažení psychické vyrovnanosti, dosažení maximálního stupně soběstačnosti v péči o tracheostomii a co nejvyšší možné kvality života. *(Chrobok a kol., 2004)*

5. EDUKACE

5. 1 Vymezení pojmů

5. 1. 1 Edukace

V nejobecnějším významu označuje jakékoliv situace za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký **edukační proces**, tj. dochází k nějakému druhu učení. *Ve filozofii výchovy* znamená edukace proces celkové **výchovy,** vztahující se jen na člověka. Termín je odvozován z latinského ***educatio*** (vychovávání). *V obecné pedagogice a didaktice* se výraz edukace používá jako synonymum termínu vzdělávání *(Průcha a kol., 2003, str. 53).* Edukace *v ošetřovatelství* si klade za cíl informovat pacienty o jejich zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a především krocích, potřebných k prevenci komplikací.

5. 1. 2 Edukační procesy

Edukační procesy jsou takové činnosti, při nichž se nějaký subjekt učí, obvykle za působení (přímého nebo zprostředkovaného) jiného subjektu, který vyučuje či instruuje. Mohou být různého druhu podle toho, jaký stupeň intencionality (záměrnosti) a řízení se v nich uplatňuje *(Průcha a kol., 2003, str. 53).* Edukaci můžeme rozdělit na obecnou či specializovanou.

Cílem edukačního procesu v ošetřovatelství je předání takových informací pacientovi, které podpoří jeho aktivity a chování tak, aby dosáhl co nejlepšího fyzického a duševního zdraví v nejkratší možné době. Cílem je tedy dosažení co nejvyšší kvality života v co nejkratší době a následně udržení daného stavu. Součástí edukačního procesu je samozřejmě i zjištění konkrétních potřeb jednotlivých nemocných, jejich vyhodnocení a doporučení vhodného zajištění, či řešení. Vlastní poučení nemocného má probíhat ve vhodném čase a prostředí, vhodná je účast dalších členů rodiny.

5. 1. 3 Edukační prostředí

Edukačním prostředím rozumíme jakékoli prostředí, v němž probíhá nějaký řízený proces *učení (Průcha a kol., 2003, str. 54).*

Budeme-li edukaci provádět v nemocnici, měli bychom zajistit klidnou, uzavíratelnou místnost, která není průchodná. Vhodná je knihovna nebo jiná místnost, nacházející se alespoň částečně mimo vlastní oddělení. Vybavení a uspořádání místnosti, teplota v místnosti, stejně jako veškeré edukační prostředky a metody by měly být přizpůsobeny konkrétním potřebám nemocného.

5. 1. 4 Edukace pacientů

Jedná se o komunikační proces, který sníží nebo eliminuje úzkosti a obavy pacienta a podporuje proces jeho uzdravení. Tento proces je nedílnou součástí plánu péče o každého pacienta vyjma těch, jejichž kritický stav výuce zabraňuje. Do edukace se snažíme zapojit nejen pacienta samotného, ale v případě potřeby i jeho rodinné příslušníky. Na základě pěstovaného terapeutického důvěryhodného vztahu dochází mezi sestrou a pacientem ke smysluplnému dialogu o jeho nemoci, o pocitech, které v něm nemoc vyvolává a také o problémech, které jsou důsledkem jeho onemocnění. Cílem tohoto dialogu je pochopení a akceptování vlastního stavu pacientem, stejně jako seznámení s plánovanými léčebnými procedurami, což podporuje uzdravující proces. Pacienti se seznamují s činnostmi a dovednostmi, které pro ně byly doposud zcela neznámé. Každý nemocný musí být řádně poučen o tom, co dělat, dojde-li k náhlému zhoršení stavu, či jiným nenadálým komplikacím. Pakliže není schopen danou situaci řešit sám, měl by vědět, kde mu může být poskytnuta adekvátní odborná pomoc.

Nejdůležitějšími osobami, které jsou schopny odborné edukace nemocných, byl historicky vždy zdravotní personál – a tedy i zdravotní sestry. Jaká byla kvalita těchto informací, záleželo na množství času, zkušeností a „pracovním nadšení“, kterými sestra disponovala. Bohužel výuka pacientů v ČR se ještě stále v mnoha zdravotnických zařízeních pokládá za určitý nadstandard. Někdy není na vině neochota cenné rady předávat, ale pouze nedostatek času, jenž bývá v důsledku velkého pracovního vytížení. Někdy bývá překážkou také to, že sami pacienti mají pocit, že sestra není dostatečně erudovaný odborník na to, aby jim tyto informace předávala a za jedinou autoritu považují lékaře. Tím samozřejmě může být zpětně ovlivněna ochota sester edukaci provádět. Proto je nutné, aby každý, kdo edukaci provádí, byl kvalitně a řádně proškolen, uplatňoval široké odborné znalosti a dovednosti a tím se zamezilo nejistotám ze stran pacientů. V neposlední řadě je důležité mít na paměti individualitu lidské osobnosti a nezapomínat, že úkolem edukujícího je pomoci člověku v těžké situaci. *(Intermed, 2002)*

5. 2 Edukace pacientů s tracheostomií

Edukace pacientů (případně rodinných příslušníků) je jednou z významných součástí celkové péče o nemocné s tracheostomií. Edukace probíhá nejen po operaci, ale i před výkonem samotným a také po celou dobu hospitalizace. Někdy je potřebná reedukace, probíhající do jisté míry individuálně, pouze na základě pokynů edukujícího. Vlastní průběh

edukace závisí nejen na zvyklostech konkrétního pracoviště, ale i přímo na osobě, která provádí edukaci.

Edukace pacienta na naší klinice začíná již předoperačně. Dříve než dojde k operačnímu zákroku, při kterém je zavedena tracheostomická kanyla, musí být pacient podrobně seznámen s tím, co takový výkon obnáší. V mnoha případech si pacienti nedovedou přesně představit, o co se vlastně jedná a jakým způsobem se změní jejich život. Pokud je nutná totální laryngektomie pro karcinom, je nutné vysvětlit, co je to vlastně totální laryngektomie a kdy se k ní přistupuje. Pacient by měl pochopit, proč je nutné mít otvor v krku i to, že tímto otvorem bude muset dýchat celý zbytek svého života. Vhodné je upozornit i na možné polykací obtíže. Toto poučení provádí většinou ošetřující lékař, event. operatér. Pakliže nemocný souhlasí, je vhodné, aby poučení o plánované léčbě a rozsahu operačního výkonu vyslechli i rodinní příslušníci. Poučení bývá provedeno s dostatečným předstihem před vlastním operačním výkonem, tak aby pacient měl dostatek času na rozmyšlenou. Měl by mít i možnost domluvy s nejbližšími členy rodiny a prostor k dotazům, na které by měl dostat od zdravotnického personálu dostatečně informativní odpovědi. Nemocný na závěr poučení podepisuje informovaný souhlas. Součástí poučení je nejen detailní vysvětlení operačního výkonu a jeho následků, ale i seznámení se všemi možnými komplikacemi.

Další poučení, které je nutné provést před plánovanou operací, provádí anesteziolog a týká se techniky celkové anestezie. Nemocný je seznámen se způsobem, jakým bude uspání probíhat, je seznámen s riziky celkové anestezie a opět podepisuje informovaný souhlas s podáním narkózy. Střední zdravotnický personál se na přípravě k operačnímu výkonu podílí především tím, že nemocného připraví co nejlépe na okolnosti operace a pomáhá mu překlenout stresující dobu, kterou čekání na operaci jistě je. K tomuto patří celkové uklidnění pacienta a podání uklidňujících prostředků, je-li toto nutné. Sestra poučuje nemocného i o možnostech příjmu stravy a tekutin před výkonem, podílí se na přípravě operačního pole (očista, vyholení a podobně), dbá i na to, aby pacient odešel na operační sál pokud možno vyprázdněný.

Důležitou součástí edukace před plánovanou tracheostomií je dokonalé vysvětlení nutnosti ztráty některých funkcí. Pacient si sám zcela neuvědomuje, jaké další obtíže plynou z nutnosti trvalého dýchání tracheostomatem. Měl by být připraven na to, že při odpadnutí funkce horních cest dýchacích ztratí čich a částečně i chuť, která s funkcí čichovou do jisté míry souvisí. Je nutno nemocného poučit o technice sprchování a o nutnosti udržování tracheostomatu pokud možno v suchu (pozor při koupání). Samozřejmostí by měl být zákaz kouření v průběhu dalšího života. Jedná-li se o nemocného po laryngektomii, musí být

dokonale poučen o možnostech komunikace a seznámen se všemi dostupnými náhradními hlasovými mechanizmy. Jelikož každého zajímá jeho další společenské uplatnění, je vhodné s pacientem probrat i otázku možnosti další práce a začlenění do společnosti. I na tyto faktory bývá nemocný upozorněn již před operačním výkonem. Konzultantem nemocného je v tomto případě nejen lékař, ale i zdravotní sestra, se kterou tráví nemocní podstatně více času než s lékařem.

Zatímco předoperační příprava je zaměřena více teoreticky, v pooperačním období je nemocný postaven před konkrétní důsledky operačního výkonu. V prvních pooperačních dnech se ošetřování omezuje především na zajištění základních tělesných funkcí. V případě nemocného po tracheostomii si nemocný musí psychicky i somaticky zvyknout na přítomnost tracheostomatu a přijmout ho jako novou součást vlastního těla. V dalších dnech je pak postupně seznamován s tracheostomickou kanylou a učí se manipulovat s jednotlivými částmi. Po zhojení stomatu a operační rány pak zkouší samostatně provést výměnu tracheostomické kanyly. Součástí péče o tracheostoma je však i dovednost umět odsát hleny z dýchacích cest, či dokázat si aplikovat mukolytika do stomatu, je-li toto nutné. Nemocný musí být poučen o technice mechanické očisty kanyly a o možnostech sterilizace a použitelných dezinfekčních roztocích.

Průběžně je pacientovi vysvětlována možnost mytí a koupání, nemocný musí vědět, že stoma musí být udržováno vždy v suchu a čistotě. Každý pacient je poučen i o ztrátě funkce horních cest dýchacích a o nutnosti odsávání hlenů z nosních dutin, jelikož ztrácí možnost smrkání. Důsledně je třeba upozornit na nevhodnost kouření. Jelikož karcinom hrtanu je onemocnění, na jehož etiopatogenezi se podílí kouření především, je nutné, aby nemocní byli schopni přestat kouřit alespoň pooperačně.

Celá řada nemocných však nezmění své návyky ani po tak rozsáhlých výkonech, jako je totální laryngektomie. Část takovýchto nemocných pak kouří dál, přičemž cigaretu si vkládají do úst, jak byli doposud zvyklí. Touto technikou pak samozřejmě nejsou schopni škodliviny vdechovat a zapálená cigareta v ústech je pro ně pouze jakýmsi psychickým stimulem. Horší je však skupina pacientů, kteří pokračují v kouření a naučí se kouřit přímo stomatem (drží zapálenou cigaretu před ústím tracheostomatu a kouř vdechují přímo do dolních cest dýchacích). Takovéto kouření je pak ještě rizikovější, především vzhledem k možnosti vzniku karcinomu plic.

Po úplné mobilizaci jsou pak s pacientem probrány další perspektivy – nutnost další onkologické léčby, možnosti fyzické a sociální aktivity. V neposlední řadě je nutné společně s nemocným zvážit možnosti dalšího pracovního zařazení, délky pracovní neschopnosti, popř.

nutnost částečného, či úplného invalidního důchodu. Poučení nemocných v tomto rozsahu není jistě jednorázovou záležitostí, ale otázkou dlouhodobější a často každodenní komunikace, na které se podílí veškerý zdravotnický personál.

Jednou z nejdůležitějších částí edukace u laryngektomovaných pacientů je poučení o náhradních mechanismech řeči. Toto poučení provádí foniatr. Zatímco obecné poučení je nutno provést již předoperačně, vlastní nácvik náhradních hlasových mechanizmů je dlouhodobou záležitostí. S praktickým nácvikem nelze začít dříve, nežli po úplném zhojení stomatu a operační rány. Pakliže následuje po operaci i pooperační aktinoterapie, je nutno počkat s hlasovým cvičením nejen po ukončení onkologické léčby, ale i po odeznění následků ozařování, jako jsou otoky a zánětlivé reakce sliznic v ozařované oblasti.

Částečně lze provádět edukaci nemocných i formou literatury, pomocí informativních brožurek či letáků. Jistě však platí, že lepší je možnost diskuse přímo se zdravotnickým personálem, než pouhé čtení letáku. Tento způsob poučení však může být vhodným doplňkem – tato forma informací je vhodná především pro převedení do domácí péče. Literatura s informacemi o tom, jak správně poučovat tracheostomovaného nemocného, je však prakticky nedostupná.

Nedílnou součástí komplexního přístupu k nemocným s tracheostomií je psychologická, sociální a často i duchovní péče. Tito pacienti mají řadu obtíží (kašel, vykašlávání sputa i do velké vzdálenosti, omezená schopnost řeči, obavy z udušení apod.), které mohou ovlivnit nejenom jejich psychiku, ale i schopnost začlenění zpět do rodiny a společnosti. Proto by měla být samozřejmostí psychologická podpora a maximální empatie ze strany rodiny a zdravotnického personálu. V některých případech je součástí přístupu i farmakologická terapie. V nedávné době byla také určitou pomocí existence tzv. klubu laryngektomovaných. *(Chrobok a kol., 2004)* Tento klub bohužel v dnešní době z finančních důvodů nefunguje. Pro některé pacienty to byla jediná šance, jak neztratit kontakt s okolním světem. Důležitá byla i možnost podělit se o své strasti a problémy s lidmi, kteří je dokáží pochopit nejlépe.

5. 2.1 Praktické zkušenosti s edukací u pacientů s tracheostomií

V případě, že je pacient před operací velmi důkladně seznámen s operačním výkonem a se všemi důsledky, které z ní vyplývají, je následná pooperační edukace snadnější. Přesto se občas stane, že i přes detailní poučení se pacienti s faktem trvalé tracheostomie špatně vyrovnávají. Mezi pacienty, kteří jsou trvalými nosiči tracheostomické kanyly, převažují lidé, u kterých důvodem k operaci byl karcinom hrtanu, ve většině případů způsobený alkoholem a cigaretovým kouřem. Jedná se tedy o specifickou sociální skupinu, často s negativním

přístupem k jakékoliv spolupráci a léčbě. Přesvědčit tyto nemocné o nutnosti léčení je v některých případech velice obtížné a vlastní edukace je pak samozřejmě o to těžší.

Prvním a největším problémem je uvědomění si a přijetí svého celoživotního handicapu, jakým je bezpochyby nosičství tracheostomické kanyly. Nejlépe tuto skutečnost přijímají právě lidé, kteří svůj život „promarnili“ v alkoholu. U těchto osob se však můžeme nezřídka setkat s abstinenčními příznaky, či dokonce se vznikem deliria v pooperačním období. Hůře snášejí tuto změnu lidé, kteří doposud žili plnohodnotným životem, i když s cigaretami.
Tito nemocní někdy reagují v pooperačním období negativismem a ztrátou zájmu o jakoukoliv spolupráci. Jsou pak nepřístupni jakékoliv komunikaci a jedině vlídné jednání a trpělivý, šetrný přístup je může dokázat přesvědčit o tom, že má cenu ještě žít.

Dalším problematickým aspektem bývá vlastní manipulace a výměna tracheostomické kanyly. Jelikož se jedná o nemocné ve vyšších věkových skupinách, často polymorbidní, někdy i s výrazným tremorem, tento úkon pro ně může být prakticky technicky neproveditelný. Situaci dále ztěžuje špatné sociální zázemí. Celá řada nemocných s rakovinou hrtanu nemá nikoho, kdo by mu doma byl schopen s péčí o kanylu pomoci. Obdobným technickým a někdy i psychologickým problémem se stává odsávání. Nemocní mívají strach ze zasunutí odsavače hlouběji do dýchacích cest, nezřídka se obávají bolesti či poranění.

Značným problémem po převedení nemocných do domácí péče je finanční a sociální aspekt. Jedná se o pacienty, kteří ani před diagnózou rakoviny hrtanu nepatří mezi ekonomicky silné jedince. Po výkonu často dochází k úplné invalidizaci, čímž se ekonomická situace ještě zhoršuje. V současné době vlastně neexistuje tracheostomická kanyla, která by byla v lékárně k dispozici bez doplatku. Nejjednodušší kanyly s menším doplatkem jsou navíc často nevyhovující, dražší kanyly jsou lepší, ale doplatek činí řádově i několik tisíc korun. Nemocný má nárok na dvě kanyly každé dva roky. Snadno se ale může dostat do situace, že kanyla se mu poškodí. Opakovaně k nám docházel nemocný, který kanylu dokonce několikrát ztratil. V případě, že pacient na další kanylu nemá finance, musí nutně získání jiné kanyly dotovat zdravotnické zařízení, které o pacienta pečuje, protože bez kanyly je nemocný ohrožen na životě. Již vůbec není jasné, jak řešit stav, kdy nemocný dostane na předpis tracheostomickou kanylu, která mu nevyhovuje (nesnášenlivost materiálu, špatné zakřivení, velikost). Použitou kanylu samozřejmě vrátit nemůže, od pojišťovny má ovšem nárok na novou až po dvou letech.

Nemalým problémem je i pokračování v dosavadním životním stylu. Kromě pokračování v příjmu alkoholu a kouření, což již bylo zmíněno, se jedná i o nedodržování základních hygienických návyků, neprovádění očisty a sterilizace kanyly, popř. úplná ignorace nutnosti

měnit kanylu. Tito nemocní se samozřejmě dostávají zpět k ošetřujícímu lékaři se závažnými problémy, jako je obstrukce dýchacích cest, infekce tracheostomatu, krustózní laryngitidy, pneumonie, či dokonce krvácení z dolních cest dýchacích.

5. 2. 2 Péče o vlastní tracheostomickou kanylu

V praktickém nácviku se pacienti učí nejen techniku výměny tracheostomické kanyly, ale i zásady péče o vlastní kanylu i o operační ránu a její okolí, to vše samozřejmě, jakmile to dovolí jejich zdravotní stav. Pro pacienty musí být samozřejmostí, že i v domácím prostředí je nutné udržovat tracheostomickou kanylu průchodnou, čistou a sterilní. Znamená to, že po každé výměně musí být původní kanyla mechanicky očištěna ve vlažné vodě. Poté by měla být ponořena do dezinfekčního roztoku na stanovenou dobu podle typu roztoku a následně opět řádně opláchnuta vlažnou vodou. U tzv. dvouplášťových kanyl je také důležitá péče o vnitřní vložku, která bývá znečištěna sekretem dýchacích cest*(Chrobok a kol., 2004, str. 110).* Součástí vybavení tracheostomovaných pacientů je minimálně jedna náhradní tracheostomická kanyla.

Častou otázkou nemocných bývá, jak často je nutno kanylu měnit a čistit. Každý nemocný by měl být poučen i o tom, jak řešit dlouhodobé zahlenění a jakým škodlivinám by se měl vyhnout, aby nedocházelo k podráždění sliznice dolních cest dýchacích.

Nemocný, popřípadě jeho rodinní příslušníci, musí před propuštěním zvládnout nejen výměnu kanyly a následnou péči o ni. Důležité je i poučení o vzniku možných komplikací, které musí nemocný znát a hlavně umět je řešit (obstrukce tracheostomické kanyly, krvácení ze stomatu).

5. 2. 3 Péče o operační ránu

U některých pacientů, zvláště u těch, kteří mají výraznou sekreci z dýchacích cest, dochází k maceraci kůže v okolí tracheostomatu. Proto je vhodné toto místo ošetřovat indiferentní mastí (Pityol, Menalind apod.) a podkládat tracheostomickou kanylu gázou či speciální podložkou. *(Chrobok a kol., 2004)*

5. 2. 4 Opatření k náhradě ztráty funkce horních cest dýchacích

Nedostatečná péče při ztrátě funkce horních dýchacích cest je spojena s výrazným rizikem vzniku komplikací a především v prvních dnech po operaci je třeba věnovat nemocným

s tracheostomií mimořádnou pozornost. Základním opatřením je udržování vlhkosti vdechované směsi (vzduchu), nejčastěji překrytím otvoru tracheostomie trvale zvlhčeným čtvercem gázy. Zvlhčování se nemá provádět při pobytu ve
venkovním prostředí za mrazu. Tvorbě krust lze ve většině případů předejít inhalací nebo přímým podáním roztoku mukolytika s minerální vodou (např. Mistabron s Vincentkou v poměru 1:10) do průdušnice. *(Chrobok a kol., 2004)*

5. 3 Význam edukace

Souhrnně lze říci, že adekvátní poučení pacienta (nosiče tracheostomické kanyly) je jedním z faktorů, který bude rozhodovat o kvalitě dalšího života nemocného, a také o ochotě k další spolupráci s ošetřujícím personálem. Dostatečná a adekvátně vedená edukace tedy do značné míry rozhoduje o tom, zdali se bude tracheostomovaný nemocný schopen postarat sám o sebe, či zda se alespoň částečně začlení do společenského života. Nezřídka se stává, že pacienti, kteří onemocněli díky svému nezřízenému životu, mají poněkud pozměněné myšlení a edukace v péči o tracheostoma probíhá velmi pomalu. Do této skupiny patří jednak lidé s minimálním vzděláním, ale také lidé, kteří mají z tracheostomie strach nebo se ji dokonce štítí.

Nedostatečná edukace vede pak často ke komplikacím, jako je infekce tracheostomatu, dušnost při obstrukci tracheostomické kanyly, krvácení do stomatu, vznik krustózní tracheitidy a podobně. Takovýto nemocný pak bude samozřejmě nespokojený s dosavadní péčí a důsledkem budou paradoxně další vynucené hospitalizace, a tedy vyšší náklady spojené s řešením komplikací.

6. KVALITA ŽIVOTA

Nemocného, který se podrobí onkologické, často velmi mutilující léčbě, nezajímá v dnešní době pouze úspěšnost léčby, hodnocená jako doba přežívání. Důležitá pro nemocného bude i kvalita jeho dalšího života. Z tohoto hlediska je kvalita života velmi důležitým ukazatelem úspěšnosti naší léčby.

6. 1 Definování pojmu

Co si představíme pod pojmem kvalita? Obvykle se hovoří o kvantitě, kterou lze vyjádřit jednoduše, číselně, například počtem let, ale nelze ji dávat do jakékoliv souvztažnosti s kvalitou v případě lidského života. Je-li tento termín naplněn konkrétní reálnou představou, má své nezastupitelné místo v lékařské klinické praxi. O kvalitě nám etymologický slovník uvádí, že slovo „kvalita" je odvozeno od latinského základu „qualitas" – kvalita – či „qualis" – jaký. Latinské „qualis" je odvozeno ještě od hlubšího kořene „qui" – „kdo", ve významu „kdo to je", případně „jaké to je"? Český kořen slova Kdo? – „k" nás vede ke slovům typu „kéž" či „kýžený", tj. žádoucí stav. V odpovědi na otázku „co znamená kvalita?" je možné si odpovědět sémanticky (významově). Pak se kvalitou rozumí „jakost, hodnota" – např. v souběhu s upřesněním typu dobrá, prvotřídní až výtečná či naopak špatná jakost. *(Křivohlavý, 2002, 2004, Prokop, 2005)*

Pojem „kvalita života" se objevil poprvé v 60. letech 20.století. Nejednalo se však o pojem vědecký. Byl použit v USA za vlády prezidenta Johnsona a jednalo se o pojem metaforický, který určoval obecné cíle americké administrativy. Později došlo k celosvětovému rozšíření tohoto pojmu, až se posléze ujal i ve vědeckých kruzích.

Kvalita života, jakožto pojem vědecký byl pak rozvíjen dvěma směry. Objektivní směr určoval životní podmínky v dané zemi, směr subjektivní vztahuje kvalitu života k individuálnímu jedinci. Z tohoto hlediska je obtížné najít jednotnou a všeobecně uznávanou definici kvality života. *(Mareš, 2004)*

Šolcová, Kebza uvádějí, že pojem kvalita života je často spojován s osobní pohodou a kvalita života je hodnocena jako celek. Přestože existuje pluralita názorů a přístupů k vymezení pojmu osobní pohoda (well-being), odborníci se shodují, že jde o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Dalším pojmem, který je spojován s kvalitou života je tělesná pohoda („wellness", či „fitness"), prožitek blaha („welfare"), dosažení a prožití úspěchu („success"), ale také komponenta přátelství („friendship") či štěstí („happiness"). V antické filozofii a psychologii osobní pohoda

představovala pojem blaženost (eudaimonía). Aristoteles reprezentoval tuto blaženost jako nejvyšší dobro pro člověka, které je uskutečnitelné lidským jednáním. *(Šolcová, Kebza, 2004)*

Jestliže kvantitu určíme jednoduše, nelze to říci o určení kvality života. Již Aristoteles řekl, že štěstí (a tím do určité míry i kvalita života) je něco, o čem mají různí lidé odlišné názory. Jeho výrok: „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze" znamená, že tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí v něčem jiném *(Křivohlavý, 2002, str. 162).* Z psychologického hlediska to znamená, že každý jedinec má svůj jedinečný pohled na kvalitu svého života, který mimo jiné závisí na minulých zkušenostech, aktuálním životním stylu, ale i ambicích a nadějích směrem do budoucnosti.

J. Bergsma, holandský psycholog uvádí, že otázkami kvality života se lidé zabývali odedávna a byli vždy schopni se zamýšlet a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení, ale také zdrojem inspirace toho, co dělali a změn, k nimž toto pojetí života vedlo. Pouze to, co my nazýváme kvalitou života nazývali jinak. Jedni se zabývali duchovním (náboženským) životem, kde šlo o otázky „dobrého života" či „moudrého života" v protikladu k životu řízenému chytrostí a vychytralostí. Druzí měli zájem o otázky filozofické, hlavně pak etické a antropologické, kde šlo o otázky „dobrého" v protikladu k „špatnému" životu. S těmito otázkami se setkáváme již v antice, kde byl formulován směr zvaný hedonismus (hedoné znamená slast, a v tomto smyslu pak i štěstí). Aristipos z Kyrény, který byl Sokratův žák, řekl, že dobře a šťastně si žije ten, kdo v bohaté míře užívá smysly přicházejících slastí. Epikurova antická škola zdůrazňovala pocit slasti pramenící z klidu. *(Křivohlavý, 2004)*

Skupina anglických filozofů se zařadila v průběhu dějin do směru *utilitarismus.* Směr hodnotí to, co je dobré z hlediska následků a hodnotí užitečnost toho či onoho konání. Cílem byla radost nebo štěstí z uspokojování potřeb a zájmů. Začali se dívat nejen na štěstí osobní, ale všímali si i toho, jak je druhým lidem.

Emanuel Kant vypracoval dle Sokrata pojetí, jenž nevychází ze smysly zprostředkovaných slastí, ale z rozumu. Kant odlišil vnímání od vlastní kognitivní činnosti – myšlení a to považoval za specifické. Znamená to, že si všiml toho, že člověk není jen empirickou bytostí, ale i myslící. Empirickou rovinu překračuje sféra duchovní a v tomto smyslu hovořil i o duši. *(Křivohlavý, 2004)*

Kvalita života v sobě zahrnuje více oblastí a každou z těchto oblastí můžeme posuzovat na základě objektivních i subjektivních indikátorů. Z pohledu psychologie Mareš uvádí psychologickou definici, kterou navrhla WHO Quality of Life Group, definující kvalitu života jako: „individuální vnímání své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot,

v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům… zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí… Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu… kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví", „životní spokojenost", „psychický stav" nebo „pohoda". Jde spíše o pojem multidimenzionální" *(Mareš, 2004, str. 217).*

O otázkách kvality života se začalo více mluvit v polovině 20. století a je možné se domnívat, že impulsem k tomu byly otázky stavu (kvality) života nemocného člověka (pacienta). Jednou z prvních monografií, zabývajících se kvalitou života, hodnotila život chronicky nemocných pacientů a starých lidí. *(Křivohlavý, 2002)*

V medicínské odborné literatuře jsme si zvykli používat pojem kvalita života v souvislosti s hodnocením u jednotlivých osob, většinou pacientů. Hodnocením kvality života se pak snažíme vyjádřit kvalitu léčby různých onemocnění. Jedná se však o široce používaný pojem, který bývá používán v různých rovinách. Např. Engel a Bergsma uvádějí rozdělení pojmu na tři rozlišné sféry.

1) Makrorovina – vyjadřuje hodnocení kvality života celých velkých společenských celků - např. jednotlivých zemí, či dokonce kontinentů. V této rovině je zvažována jednak životní úroveň daného společenstva, jednak obsahuje obecné úvahy o absolutním smyslu života.
2) Mezorovina - posuzuje kvalitu života v menších sociálních skupinách, jako je např. škola, nemocnice, továrna a podobně. Zahrnuje v sobě otázky mezilidských vztahů, sociální hierarchie dané společnosti i uspokojování potřeb jednotlivých členů společenstva.
3) Osobní (personální) rovina – hodnotí úroveň života jednotlivých osob, v medicíně většinou pacientů. Toto hodnocení je často subjektivní, protože hodnocení bývá ovlivněno subjektivním hodnocením nemocného.

Všechny uvedené roviny se navzájem prolínají a ovlivňují. Mezorovina i makrorovina – tj. úroveň života dané společnosti bude samozřejmě ovlivňovat individuální pohled daného jedince na kvalitu jeho života (jinak bude hodnotit individuální kvalitu života jedinec, žijící v zemi s hladomorem, jinak člověk, zvyklý na život v nejvyspělejší společnosti. *(Křivohlavý, 2002)*

Po takto rozděleném rozsahu pojmu *kvalita života jednotlivce,* vytvořili Bergsma a Engel definici tohoto pojmu. „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) – jde o subjektivní

soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. *Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí.* Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití.“ *(Křivohlavý, 2002, str. 164).*

Rozvojový program OSN vyjadřuje a hodnotí kvalitu života společnosti prostřednictvím indexu lidského rozvoje, který je souhrnným ukazatelem pro její měření. Tento index zahrnuje tři složky: žít dlouhý a zdravý život, získávat znalosti a mít přístup k prostředkům, které zajišťují důstojnou životní úroveň. *(Kotýnková, 2004)*

6. 2 Činitelé ovlivňující kvalitu života

Kvalita života pacienta je do jisté míry ukazatelem toho, jak zvládá svou obtížnou situaci. Rozlišujeme celou řadu faktorů, které kvalitu života nemocných ovlivňují.

6. 2. 1 Vnější činitelé

Externími faktory rozumíme vše, co se nachází mimo pacienta. Není to jenom materiální prostředí, ale především sociálně definované prostředí – lidé kolem pacienta.

Terapeutické aliance

Pod slovem aliance rozumíme spojenectví, např. vztah mezi dvěma přáteli. V terapeutické alianci jde o přátelství, jehož cílem je léčit. Takovým společenstvím se v klinické praxi označuje dobrý přátelský vztah mezi lékařem a pacientem.

Existence doprovazeče

Člověka, který se od pacienta neodvrátí ve chvílích, kdy je mu zle, nazývá klinická psychologie – doprovazeč. Takový člověk se může nazývat opravdovým přítelem. Základem vztahu mezi nemocným a doprovazečem je porozumění v základním životním zaměření, v harmonii hodnot, v tom co tvoří soubor přesvědčení jednoho i druhého. V některých chvílích je obtížné snášet utrpení blízkého člověka, ale pokud ho neopustí, má svou cenu - *zlata.*

Skupinová sociální opora

Každý člověk žije v určitých sociálních vztazích, které, pokud jsou dobré, člověka nesou. Pacient opuštěný rodinou či přáteli to má v období nemoci mnohem těžší.

Dobrá kvalita sociální komunikace

Pacient se potřebuje, více než kdo jiný, vypovídat ze svých těžkých myšlenek. Mnohdy nezáleží na tom, zda přijde za pacientem návštěva několikrát denně nebo jednou za týden. Jde však o možnost sdělovat a sdílet, ale i o soucítění – empatii – těch, kteří s pacientem hovoří.

Existence sociálního vzoru

Je to srovnání s druhými a může to být pacient, který je již v dobrém stavu. Pacient si toto srovnání nemusí ani uvědomovat a přece se to v něm někde takto zobrazí.

Kvalita odborné zdravotní a ošetřovatelské péče

Úroveň zdravotní a ošetřovatelské péče je u pacienta důležitá pro zlepšení zdravotního stavu i pro kvalitu jeho života. *(Křivohlavý, 1989)*

6. 2. 2 Vnitřní činitelé

Interní faktory ukazují to, co je v moci či osobnosti pacienta, co se děje v jeho organismu i v jeho psychice a co se poté objevuje v kvalitě jeho života. Tyto faktory lze rozdělit do dvou skupin. Jedna skupina se týká faktorů působících v daném okamžiku, druhá faktorů, které jsou trvalejšího rázu a působí tedy dlouhodobě.

Fyzický stav pacienta a jeho změny

Vzhledem k tomu, že pacient je něčeho schopen zcela, něčeho jen s určitým omezením a něco je pro něj zcela vyloučeno, určuje jeho kvalitu života do značné míry to, k jakým omezením došlo. Ztráta funkce některé části těla může být pro jednoho tragédií, pro druhého pouze nepříjemností, se kterou se dá žít. Kvalitu života ovlivňuje také schopnost sebeobsluhy, především při jídle, vyměšování, pohybu v prostoru atp. Čím výraznější je změna k horšímu, tím větší má vliv na kvalitu pacientova života. Kvalitu života ve velké míře ovlivňuje také bolest, emocionální stav, motivace a pacientovy představy a myšlenky.

Trvalejší charakteristiky pacienta

Kvalita života pacienta je ovlivněna znaky jeho osobnosti. Jinak bude prožívat nemoc člověk lítostivý, jinak člověk odolnější. Dojde-li k prudkému zhoršení zdravotního stavu, může se zhroutit i člověk, který nemá lítost jinak v povaze.

Hierarchie hodnot pacienta

Žebříček pacientových hodnot má svou důležitost pro kvalitu jeho života. Pokud patří vnější vzhled mezi nejdůležitější priority pacientova života, vyrovnávají se s tracheostomií hůře než ti, kteří mají na předních místech hodnoty, jež se za peníze nedají koupit. Také

mohou špatně působit na pacientův psychický stav tzv. falešné představy, že lékař zmůže vše. Pakliže zjistí, že tomu tak někdy nemusí být, působí to na něj mimořádně depresivně. Považuje-li svoji nemoc za něco osudového, působí to také na jeho psychiku.

Pacientovy zkušenosti a dovednosti zvládání obtíží

Pacient se do těžkých situací dostal obvykle již před tím a nějak je řešil. Způsoby řešení obtížných situací mu mohou být v případě nemoci vydatnou pomocí. *(Křivohlavý, 1989)*

6. 3 Diagnostika kvality života

Vedle mortality a morbidity se hodnocení kvality života zařadilo mezi základní sledované ukazatele ve zdravotnictví. Tento ukazatel je důležitý nejen pro nemocného, ale také pro lékaře: k porovnávání výsledků terapie, úrovně zdravotní péče a vztahu k nemocnému. *(Prokop, 2005)*

Kvalita života se obvykle posuzuje podle údajů získaných od daného nemocného a lze ji zjišťovat různými metodami. Pokud se rozhodneme hodnotit kvalitu života na základě ***objektivních nebo subjektivních přístupů,*** je samozřejmě podstatnější subjektivní hodnocení nemocného, jelikož je to vlastní vnímání jeho zdravotní situace. Metody měření můžeme také rozdělit z hlediska jejich podoby na: ***kvantitativní,*** které používají především dotazníky a posuzovací škály, a na ***kvalitativní,*** při kterých se využívá rozhovorů, kreseb apod. Co se týče použitelnosti, lze je rozdělit na metody obecně použitelné - ***generické*** a metody ***specifické,*** které jsou použitelné v jednom konkrétním kontextu (např. metody hodnotící kvalitu života i pacientů po určitém typu léčby či po určitém chirurgickém výkonu). Třetím typem jsou dnes hojně užívané metody, kdy se generický přístup doplňuje speciálním a hodnotí specifické problémy související s určitou nemocí či vadou. Z hlediska úrovně zkoumání problému lze metody rozdělit na ***globální,*** jež se zajímají o kvalitu života celé populace. Druhou skupinu tvoří metody ***regionální,*** které jsou použitelné v určité zeměpisné oblasti. U těchto metod chybí přesnost při posuzování výsledků specifických nemocí.

Dalším hlediskem je zdravotní stav daného člověka. Existují metody, které jsou použitelné jak u zdravých tak nemocných. Jejich cílem je porovnat kvalitu života nemocných osob se zdravou populací. Existují i metody, které zjišťují kvalitu života pouze u nemocných osob. Jejich odborný název tomu sice neodpovídá, ale jelikož se již vžil, je používán nadále. V angličtině má zkratku HRQL (Health-Related Quality of Life), tedy kvalita života související se zdravím. Slouží k tomu, aby bylo možné porovnat kvalitu života lidí s různým

onemocněním. Třetím typem jsou metody, které jsou určeny pro zjišťování kvality života pouze u jediného konkrétního onemocnění.

Nejčastěji jsou hodnoceny somatické, kognitivní, emoční, obecně sociální, behaviorální aspekty kvality života. *(Mareš, 2004, Slováček a kol., 2004)*

Jestliže se zvýší subjektivní hodnocení kvality celkového žití pacienta, znamená to obvykle zvýšení kvality života. *(Prokop, 2005)*

6. 4 Metody měření kvality života

Jestliže chceme zjistit, co si různí autoři představují pod pojmem „kvalita života“, musíme se nejdříve seznámit s jejich pojetím měření tohoto jevu. Metod na měření kvality života je velké množství a Křivohlavý je ve své publikaci Psychologie nemoci rozdělil do tří skupin:

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

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

III. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.“ *(Křivohlavý, 2002, str. 165)*

Metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba

Pokud hodnotí kvalitu života lidé, kteří jsou pacientovi blízcí (lékaři, zdravotní sestry, rodinní příslušníci atp.), má to své nesporné výhody. Těmito tzv. *externími* přístupy se sleduje chování či jednání pacientů, které je objektivně (či téměř objektivně) měřitelné. Používají tzv. model „obecného pacienta“, a tak mají možnost srovnávat kvalitu života u pacientů na různých odděleních, v různém stadiu nemoci, nejen při zhoršování zdravotního stavu, ale také při jeho zlepšování.

Hodnocení kvality života druhou osobou má také řadu nedostatků. Patrik a Erickson (1993) upozornili, že kritéria a dimenze kvality života hodnocené jinou osobou, nemusí být v souladu s tím, jak pacient sám hodnotí svůj stav. Bohužel, při měření tímto způsobem byly zjištěny značné rozdíly oproti tomu, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. Také byly zjištěny rozdíly v hodnocení kvality života různými hodnotiteli, ale i v hodnocení v různých časových úsecích či různých situacích. Proto bylo nutné hledat jiných cest k hodnocení a zaznamenávání často až výrazně měnící se kvality života. *(Křivohlavý, 2002)*

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

Pokud hodnotí osoba sama sebe, je zcela nezávislá na vnějším pozorovateli, který může být pacientovi pouze pomocníkem. *(Prokop, 2005)*

Jak již bylo výše řečeno, hodnocení druhou osobou mělo i řadu nedostatků. Proto Patrick a Erickson navrhli zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života jen ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější. Tento pohled znamená radikální změnu v měření kvality života.

Skupina irských psychologů poukázala na to, že jednotlivé dimenze kvality zdraví, zjištěné metodou Patricka a Ericksona, mají odlišnou závažnost pro daného pacienta. Dále upozornili, že se mění hierarchie dimenzí kvality života v průběhu času a situací.

Psychologové často při definování kvality života kladou důraz na spokojenost. „Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen“*(Křivohlavý, 2002, str. 169).* Ale kdy je se svým životem spokojen? Pokud se mu daří dosahovat cílů, jenž si předsevzal. Křivohlavý na toto téma cituje Echtelda: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji“ *(Křivohlavý, 2002, str. 169).* Jestliže tomu tak je, pak by bylo možné podle Echtelda definovat kvalitu života jako „prožívání životního uspokojování a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu“ *(Křivohlavý, 2002, str. 170).* Ed Diener vyvinul metodu, která přistupuje k otázkám kvality života ze širokého pojetí kvality života. Je to metoda zvaná *Stupnice spokojenosti se životem* a zjišťuje spokojenost se životem jako jednotlivým celkem. Tímto přístupem se zjistilo, že se rozšířil rozsah oblastí, zjišťujících míru spokojenosti daného člověka a ponechává na jeho vůli, kterou oblast si zvolí pro hodnocení míry spokojenosti ve svém životě.

Z filozofického pozadí nového přístupu ke kvalitě života uvádí Křivohlavý výrok Karla Rogerse, jenž říká: „Nejlepším bodem, z něhož je možné porozumět chování určitého člověka, je jeho vlastní vnitřní vztahový rámec“ *(Křivohlavý, 2002, str. 170).* Z tohoto hlediska je člověk chápán jako aktivní bytost, která hledá smysl svého života. *Hledání smyslu života* se může projevovat například tím, že si člověk neustále staví plány a cíle, ke kterým se snaží dospět. Tyto plány a cíle jsou nesourodé a heterogenní a nejsou na sobě závislé. Cohen k tomu řekl, že tyto plány jsou koherentní (souvisejí spolu v rámci tzv. generálního plánu života). Tyto cíle a plány dávají smysl životu člověka a jednotnost jeho přerůzným životním aktivitám. Pokud se daří člověku realizovat vlastní subjektivní plány, je spokojen a míra spokojenosti je úzce spjata s osobním pojetím kvality života. Na pojetí kvality života se projeví, když se do realizace plánů postaví nemoc, zranění, bolest, obavy a jiné nepříjemné překážky, což následně ovlivní i *definování kvality života.*

Calman definoval kvalitu života jako: „*rozdíl mezi nadějemi a očekáváními tohoto člověka a současným stavem jeho života“ (Křivohlavý, 2002, str. 171).* Při nemoci se může tento

rozdíl zvětšovat, ale také zmenšovat. Skupina irských psychologů zveřejnila definici, které se blíží definice Calmana: ***„Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec“*** *(Křivohlavý, 2002, str. 170).*

Palys a Little zjišťovali osobní cíle, které měly naznačit cesty, kterými se k realizaci osobních cílů snaží dojít. Pokusili se zjistit závažnost jednotlivých osobních cílů a těchto zkušeností využili při navrhování dnes nejrozšířenější metody diagnostikování kvality života, tzv. SEIQoL. *(Křivohlavý, 2002)*

7. KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH RAKOVINOU HLAVY A KRKU PO ROZSÁHLÝCH CHIRURGICKÝCH VÝKONECH

Přestože existují různé pokusy, jak definovat a zjistit kvalitu života nemocných, všeobecně přijaté a spolehlivé posouzení kvality života nemocných zatím neexistuje. Je to jistě dáno individuální rozdílností jednotlivých pacientů, subjektivitou vnímání, rozdílnými životními zkušenostmi a odlišným systémem hodnot.

Ideální dotazník by měl poskytovat co nejvíce informací z oblasti **somatické** (dýchání, polykání, řeč, suchost v ústech, zrak, sluch, hybnost, fyzická kondice), **psychické** (strach z onemocnění, deprese vázané na vzhled a snížení tělesné výkonnosti), **sociální a duchovní** (životní hodnoty, společenské uplatnění, komunikace ve společnosti, apod.). Měl by však být pokud možno stručný a jasně srozumitelný. *(Smilek, 2004)*

Nejčastěji používaný dotazník, zabývající se kvalitou života u nemocných po onkologických výkonech v oblasti hlavy a krku je dotazník QLQ (Quality of life questionnary) v různých modifikacích QLQ C30, používaný Smilkem, obsahuje 28 otázek, týkajících se obecně zdraví. Nemocný má srovnávat současný zdravotní stav se stavem před stanovením diagnózy. Obsahuje otázky na somatické, psychické a sociální obtíže a otázky, zda fyzický stav překáží rodinnému životu či způsobuje finanční obtíže. Na závěr má nemocný označit kvalitu života uplynulého týdne.

Smith používá dotazník UW-QOL-R (University of Washington Quality of Life Questionnaire-Revised) a PSS-HN (Performance Status Scale for Head and Neck Patients). V dotazníku UW-QOL-R hodnotí nemocní následující faktory: Bolest, vzhled, aktivita, možnosti, polykání, žvýkání, řeč, pohyblivost končetin, chuť, slinění a nejdůležitější obtíže za poslední týden. Každý příznak je hodnocen pěti-stupňovou škálou od A, které označuje absenci příznaků až po E - výrazná intenzita. Poslední tři otázky jsou věnovány celkovému

stavu a úrovni života. Dotazník PSS-HN hodnotí především schopnost příjmu stravy, každý faktor je hodnocen škálou 0-100 bodů.

V literatuře prakticky nelze nalézt práce, týkající se kvality života nemocných s tracheostomií. Existuje však celá řada prací, které hodnotí kvalitu života u nemocných po onkologické, často komplexní léčbě pro karcinom v oblasti hlavy a krku. Část těchto nemocných jsou samozřejmě i trvalými nosiči tracheostomické kanyly.

Smilek (2004) hodnotil pomocí dotazníku QLQ – C 30 a WOL kvalitu života nemocných s karcinomem hlavy a krku jeden rok po ukončení primární léčby. Byla prokázána statisticky významně snížená kvalita života nemocných po resekci nádorů v oblasti spodiny dutiny ústní a orofaryngu ve srovnání s jinými lokalitami.

Terrell (2004) se snažil na souboru 570 nemocných identifikovat predikující faktory úrovně života u nemocných s rakovinou hlavy a krku. Použit byl dotazník SF – 36 a HN QoL. Dochází k závěru, že nejvíce zhoršují kvalitu života tyto faktory (v sestupné tendenci)

- umělá výživa (sonda, gastrostoma)
- přidružené choroby
- přítomnost tracheostomie
- chemoterapie
- krční disekce

Lidé déle než rok po léčbě hodnotili kvalitu života lépe, než nemocní kratší dobu po léčbě. Dalšími důležitými faktory byly i místo hospitalizace, věk, úroveň vzdělání, pohlaví a rodinný stav.

Hanna (2004) srovnával kvalitu života u nemocných s karcinomem hrtanu po chirurgické léčbě s kvalitou života pacientů po aktino-chemoterapii. Jednalo se o 42 nemocných se třetím nebo čtvrtým stádiem onemocnění. Zatímco ve skupině operovaných udávali pacienti horší společenské uplatnění, poruchu chuti a vyšší spotřebu analgetik, u nemocných léčených aktino-chemoterapií byla zjištěna výraznější slizniční reakce polykacích cest.

Obdobné srovnání provedl i *Terrell,* který na souboru 46 nemocných s pokročilým stádiem rakoviny hrtanu dochází k závěru, že po aktino-chemoterapii je kvalita života nemocných výrazně vyšší, než po totální laryngektomii. Udává, že uchování hrtanu vede k lepší kvalitě života, snižuje míru bolesti, zlepšuje prožívání emocí a snižuje úroveň depresí.

Taylor (2004) sledoval vliv rakoviny hlavy a krku a léčby tohoto onemocnění na schopnost pracovat. Ze 384 pacientů bylo schopno po ukončení léčby pracovat 52%. Statisticky významné vztahy byly prokázány mezi neschopností práce a chemoterapií, krční disekcí, úrovní bolesti a časem od stanovení diagnózy.

Souhrnný přehled prací, zabývající se kvalitou života u pacientů s rakovinou hlavy a krku, publikoval v r. *2001 Schwartz*. V letech 1989-1999 bylo publikováno celkem 445 článků. Autor hodnotí kvalitu u 61 z nich. Správná terminologie byla použita pouze u 34%, dodržení vědecké úrovně pak pouze u 18%, správná interpretace výsledků jen ve 26%. Tyto výsledky jistě dokumentují obtížnost správného posouzení těchto dotazníkových akcí a neexistenci jednotné metodiky hodnocení i srovnávání výsledků.

Mým cílem je hodnocení kvality života u nemocných s tracheostomií. Nejedná se tedy nutně o skupinu onkologicky nemocných, nicméně tato diagnóza bude jistě převládat i mezi našimi pacienty. K hodnocení používám dotazníku metodou SEIQoL, který zjišťuje subjektivně vnímanou kvalitu života pacienta.

Empirická část

8. CÍLE VÝZKUMU

1. Určit etiologické faktory, které vedly ve svém důsledku k provedení tracheostomie u dotázaných pacientů.

2. Určit životní priority u vybraných pacientů před a po provedení tracheostomie.

3. Stanovit, zdali se mění tímto výrazným zásahem do života žebříček životních hodnot.

4. Za použití dotazníku SEIQoL zjistit, nakolik se tracheostomií změní kvalita života oproti předoperačnímu stavu.

5. Porovnat životní priority a kvalitu života po tracheostomii mezi pohlavími.

6. Vyhodnotit vhodnost dotazníků metodou SEIQoL pro hodnocení dané skupiny pacientů.

9. HYPOTÉZY VÝZKUMU

H1 V indikacích k provedení tracheostomie bude dominovat karcinom hrtanu.

H2 Onemocnění vedoucí k provedení tracheostomie, se vyskytuje převážně u osob nad 50 let věku.

H3 U převážné většiny pacientů, byla tracheostomie důvodem k rozchodu s partnerem.

H4 Rodinná predispozice bude patrná u části nemocných s karcinomem hrtanu.

H5 Převážná většina pacientů s karcinomem hrtanu bude udávat kouření v anamnéze.

H6 Bude se lišit výběr životních témat u jednotlivých nemocných.

H7 Důležitost životních témat bude rozdílná mezi ženami a muži. Jejich význam bude ovlivněn provedením tracheostomie.

H8 Spokojenost respondentů s jednotlivými životními tématy se bude po tracheostomii měnit. Existuje rozdíl ve spokojenosti mezi pohlavími.

H9 Celková subjektivní a objektivní kvalita života bude jiná u mužů a žen.

H10 Po operaci dojde ke zhoršení kvality života všech pacientů.

10. ORGANIZACE VÝZKUMU

10. 1 Metodika výzkumu

10. 1. 1 Volba metody

Pacienti s tracheostomií patří mezi velmi specifickou skupinu a lze předpokládat, že tradiční dotazníky nepostihnou zvláštnosti kvality života u jednotlivých pacientů s tímto handicapem.

Proto jsem k měření kvality života u těchto pacientů zvolila metodu SEIQoL, kterou ve své publikaci Psychologie nemoci uvádí Křivohlavý. Hlavním důvodem pro volbu této metody byl fakt, že je adaptivní vůči hodnotám a aspektům kvality života, na kterých danému pacientovi nejvíce záleží. *(Křivohlavý, 2002)* Pro získání některých identifikačních údajů, ale také k zjištění některých informací, které jsem považovala za důležité, jsem samotnou metodu SEIQoL rozšířila o základní údaje o nemocném.

10. 1. 2 Metoda SEIQoL

Pod zkratkou SEIQoL se rozumí Schedule for the Evaluation on of Individual Quality of Life, což v překladu znamená – *Systém individuálního hodnocení kvality života.* Touto metodou se kvalita života zjišťuje bez předem daných kritérií, jenž by určovaly „co je správné, dobré, žádoucí atp.“ Všechny odpovědi vycházejí z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považují za důležité. *(Křivohlavý, 2002)*

Základní principy metody SEIQoL:

- Tato metoda chápe pojetí kvality života *individuálně.* Znamená to, že vychází z toho, jak kvalitu života definuje dotazovaná osoba a jak ji hodnotí. *Výpovědi* dané osoby jsou základními daty.
- Pojetí kvality života dané osoby proto závisí na jejím *vlastním systému hodnot* a ten je plně respektován při měření kvality života.
- *Aspekty života* podstatné pro danou osobu v dané situaci a chvíli sice daná osoba určuje, zvažuje a hodnotí jako závažné, ale v průběhu života se mohou měnit.
- Kriticky *závažné aspekty života* daného člověka se tato metoda snaží rozpoznat v rozhovoru (interview) s touto osobou.
- U každého aspektu kvality života se zjišťuje a měří relativní *důležitost* v dané situaci s využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení (judgement analysis). *(Křivohlavý, 2002)*

Další výklad je založen na publikaci Křivohlavého, str. 173 – 176.

Situační vlivy působící na kvalitu života

Různými druhy měření se zjistilo, že jakákoliv změna životní situace, a to nejen způsobená nemocí, ale také změnou sociálních, pracovních podmínek atp., se negativně projeví na kvalitě života. Lze předpokládat, že kvalitu života bude ovlivňovat také věk pacienta. Všechny vlivy, zhoršující kvalitu života, ovlivňují její celkovou výši, ale i složení a váhu jednotlivých složek, které se berou v úvahu při zjišťování celkové kvality života. V některých studiích bylo zjištěno, že v kvalitě života se odráží i odlišnost působení různých léků, přičemž byla léčena tatáž nemoc.

Vliv vlastních a nabídnutých podnětů

Předností metody SEIQoL je, že studovaná osoba si sama zvolí oblast zájmů, zaměření, hodnot – tzv. cílových podnětů (cues). Přestože druzí lidé mají určitou představu o podnětech, které mají být uváděny v souvislosti s určitou nemocí, nemusí se s nimi shodovat podněty udané zkoumanými pacienty.

Vztah hodnot kvality života ke zdravotnímu stavu pacienta

Předpoklad, že hodnoty kvality života jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav lidí lepší, stojí v pozadí mnoha pojetí kvality života i způsobů, jak je tato kvalita měřena. Výsledky šetření metodou SEIQoL, kdy při zhoršení zdravotního stavu klesaly i hodnoty kvality života, tomu nasvědčují. Je však nutno upozornit na to, že *pojetí kvality života* spojené s touto metodou je širší než klasický (biomedicínský) pojem *zdravotní stav* (health status). Nejedná se zde o stejně hodnotné (ekvivalentní) pojmy.

Souhrn studií o subjektivně měřené kvalitě života

Měření kvality života metodou SEIQoL má širší záběr než klasické metody, při kterých zdravotní stav pacienta hodnotí externí posuzovatel. Přitom se bere v úvahu celkový stav pacienta tak, jak jej vidí a hodnotí sám. Údaje o kvalitě pacientova života se proto mohou odchylovat od objektivních údajů popisující pacientův zdravotní stav (např. jen podle zdravotních údajů). Při tomto zjišťování kvality života se bere ohled také na údaje o psychickém stavu pacienta, dokonce i o míře jeho spokojenosti s tím, zda a jakým způsobem se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal.

Je možno říci, že kvalita života je tak měřena nepřímo a usuzuje se na ni z celkové míry spokojenosti dané osoby. Subjektivním měřením kvality života se ukazuje, že jde o dimenze kvality života, mající pro pacienta z jeho pohledu mimořádnou cenu.

10. 2 Charakteristika sledovaného souboru

Mezi zkoumané osoby byli začleněni pacienti, léčení na ORL klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, u nichž bylo nutno z důvodu základního onemocnění vytvořit permanentní tracheostomii. Do souboru byli zařazeni všichni nemocní bez ohledu na délku nosičství tracheostomické kanyly. U většiny nemocných se jednalo o karcinom hrtanu – 24 nemocných (77%) v zastoupení 8 žen a 16 mužů. U zbylých 7 nemocných (23%) se jednalo o oboustrannou obrnu zvratného nervu po operaci štítné žlázy.

Největší část oslovených nemocných byla hospitalizovaná na lůžkovém oddělení, další skupinu tvořily pacienti přicházející na pravidelné ambulantní kontroly. Výzkum probíhal od listopadu 2005 do března 2006, osloveno bylo 49 pacientů. Zkoumaný soubor zahrnuje 31 osob a byl vybrán na základě dostupnosti pacientů v daném období a jejich ochoty spolupracovat.

Věková a sociální charakteristika

Zkoumaný soubor tvořilo 31 respondentů, z toho bylo 12 (39%) žen a 19 mužů (61%). Nejmladšímu pacientovi bylo 40 let, nejstaršímu 80 let. Nejvíce pacientů bylo zastoupeno v sedmém decenniu a to 15 (48%), v šestém decenniu to bylo o 3 pacienty méně – 12 (39%). Co se týká rodinného stavu, byli 4 muži svobodní, 9 vdaných žen a 11 ženatých mužů, 2 vdovy a 1 vdovec, 4 respondenti byli rozvedení, z toho byla 1 žena. Vzhledem k tomu, že se jednalo ve většině případů o starší osoby, žily ve společné domácnosti už pouze s manželem/kou a to ve 13 případech, 7 jich žilo navíc ještě s dětmi, 2 s přítelem/kyní, 1 muž žil s rodiči, 7 samostatně a 1 se sestrou. Ze všech respondentů bylo 7 zaměstnáno na plný úvazek, 2 na částečný úvazek, 1 měl částečný invalidní důchod, 5 plný invalidní důchod, 16 pacientů bylo ve starobním důchodu. U velké většiny pacientů činila doba od operace méně než 3 roky (25 nemocných). Pět nemocných bylo nosičem kanyly v rozmezí 4 – 6 let, 1 pacientka měla tracheostomickou kanylu déle než 11 let.

Zhoubné onemocnění v rodině uvedli pouze 3 respondenti, z nichž ani jedno nebylo v oblasti krku. Z celkového počtu 24 onkologicky nemocných 21 (88%) respondentů uvádělo kouření a 14 (58%) pití alkoholu v různě velkém množství a kvalitě.

Nemocní po operaci pro karcinom hrtanu patří ke specifické, sociálně slabší skupině, často bez adekvátního rodinného, ekonomického a sociálního zázemí. Též spolupráce při vyplňování dotazníků s těmito nemocnými nebyla ideální, což by mohlo vysvětlovat i nižší procento návratnosti dotazníků.

10. 3 Vlastní výzkum

10. 3. 1 Aplikace použité metody

Vlastní dotazník měl tři části, prvá část byla tvořena identifikačními údaji a informacemi, u kterých se předpokládalo, že mají vztah k vlastnímu onemocnění, jež bylo důvodem k provedení tracheostomie. Druhou a třetí část tvoří metoda SEIQoL, jejíž základem je strukturovaný rozhovor, jehož cílem bylo zjistit kvalitu života s tracheostomií a v době, která tomuto stavu předcházela. Pacienti byli důkladně seznámeni s danou metodou a poté bylo jejich úkolem zapsat pro něj **pět nejdůležitějších témat** (životních cílů tzv. cues), tj. o co mu v životě nejvíce jde. Každou oblast zájmů napíše pacient na jeden řádek heslovitě a následně toto heslo rozvine do podrobnější formy tak, jak jej chápe konkrétněji. Druhým krokem, který pacient učiní, je uvedení **míry spokojenosti** u každého tématu, tj. jak se mu daří uskutečňovat to, čeho chtěl v dané oblasti zájmu dosáhnout. Tuto spokojenost uvádí v procentech od nuly do 100%, kde 0% znamená naprostou nespokojenost a 100% maximální spokojenost. Třetím krokem je **důležitost** této oblasti zájmu. Zde má k dispozici pouze 100% pro všech pět řádků, které musí rozdělit podle toho, jak moc je pro něj to či ono důležité. Na závěr pacient udělá křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměrem pacientovi životní spokojenosti“. *(Křivohlavý, 2002)*

10. 3. 2 Aplikace metody v rámci vlastního výzkumu

Mým cílem bylo zjistit kvalitu života u co největšího počtu tracheostomovaných pacientů. Vzhledem k tomu, že takový počet nelze zajistit pouze mezi hospitalizovanými, požádala jsem o spolupráci kolegyně z ambulantního provozu, kam tito pacienti docházejí na pravidelné kontroly. Ambulantní sestry předaly dotazník s písemnými i slovními instrukcemi. Několik málo pacientů dotazník vyplnilo ihned na místě, většina si ho odnesla domů s tím, že při další kontrole jej přinesou. V ambulanci bylo rozdáno 19 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 9. Dalším mým krokem bylo vyhledání dotyčných pacientů v kartotéce, včetně telefonního čísla. Deset pacientů jsem telefonicky kontaktovala, následně odeslala dotazník poštou a bylo mi přislíbeno navrácení opět poštou nebo při nejbližší kontrole. Z takto odeslaných dotazníků

se mi vrátil 1 poštou a 1 při hospitalizaci dané pacientky. Vše bylo na mé vlastní náklady a návratnost byla 20%. Tudíž jsem se mohla spolehnout pouze na pacienty hospitalizované, kterých jsem oslovila 20. Výsledkem bylo 31 vyplněných dotazníků z celkového počtu 49 oslovených nemocných, návratnost tedy činila více než 50%.

Na oddělení jsem se snažila s pacienty vyplňovat dotazníky sama, což občas také nebylo možné a kolegyně mi byly opět nápomocny, i když vzhledem k náročnosti pouze ve výjimečném případě. Právě osobním kontaktem s těmito lidmi při vyplňování dotazníku jsem pochopila, že tento typ dotazníku je něco, na co nestačí. Toto byl také nejspíše hlavní důvod malé návratnosti od pacientů, se kterými dotazník neměl možnost nikdo podrobně probrat.

Dříve než jsem započala rozhovor s nemocnými, předala jsem jim dotazník i s instrukcemi, aby si ho sami v klidu prostudovali. Poté jsme společně odešli do klidné části oddělení, jakým je výuková místnost pro studenty. Pouze v případě, že pacient obýval pokoj sám, mohli jsme využít tento pokoj. Nejdříve jsem si chtěla ověřit, zda pacient pochopil dané instrukce a překvapením pro mě bylo, že téměř 2/3 oslovených vůbec požadavky dotazníku nepochopilo. Pro lepší pochopení metody tedy bylo nutné vysvětlit přesně o jakou metodu se jedná a jakým způsobem dotazník vyplnit**.**

Dotazník se skládal ze tří částí. V prvé části byly základní informace o nemocném, kde bylo 10 otázek. Jelikož šlo pouze o zakřížkování do rámečku, byli pacienti schopni ve většině případů tyto otázky vyplnit sami. Pouze jsem dle lékařského záznamu doplnila diagnózu, kterou si také mnohdy nebyli jistí. Ve druhé části měli pacienti uvést pět životních cílů, které jsou pro ně nyní nejdůležitější. Přestože měli některé cíle uvedené v instrukcích a některé jsem jim sama napověděla, stále na mě hleděli s nedůvěrou a s pocitem, že po nich žádám nemožné. Sami od sebe nebyli schopni žádný cíl vymyslet a po dlouhém rozmýšlení si vybrali ty, které byly uvedeny v instrukcích. Třetí část měla obsahovat cíle, které pro ně byly důležité v době, kdy byly bez tracheostomie. Ve většině případů se cíle opakovaly jako v době nemoci, pouze bylo lehce pozměněno procentuální hodnocení. Často se procenta i během rozhovoru měnila, takže dotazník vypadal občas dost nepřehledně. Problém nastal také v komunikaci. Jelikož ve většině případů není nemocný s tracheostomií schopný normální komunikace, byla domluva s nimi ještě o to složitější. Jedni měli snahu vyplnit dotazník sami, dalším jsem musela odpovědi zapisovat já podle vzoru v instrukcích nebo toho, co mi předepsali na zvláštní papír. Vyplňování dotazníku metodou SEIQoL u této skupiny nemocných bylo velmi náročné jak psychicky, tak časově. Nejkratší doba rozhovoru činila 30 minut, ale obvykle jsem s pacientem strávila 1 hodinu.

11. VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ

V této kapitole se nejdříve seznámíme s několika základními informacemi, které se týkají pacientů, jež byly zjišťovány v první části dotazníku. Další část tvoří metoda SEIQoL, zkoumající kvalitu života před operací a po operaci.

11. 1 Charakteristiky sledovaného souboru, etiopatogeneze základního onemocnění

11. 1. 1 Odstup od operace

Tabulka č. 1 ukazuje období, které mají pacienti za sebou od operace, tj. celkovou dobu, po kterou žijí s tracheostomií.

Tabulka č. 1

Odstup od operace	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
0 – 3 roky	8	25,5%	17	54,5%	25	80%
7 – 10 let	0	0%	0	0%	0	0%
4 – 6 let	3	10%	2	7%	5	17%
> 11 let	1	3%	0	0%	1	3%

- v období 0 – 3 roků bylo 25 respondentů, 8 žen a 17 mužů
- žádný respondent nebyl zastoupen v období 7 – 10 let
- 5 respondentů, 3 ženy a 2 muži zastupovali období 4 – 6 let
- 1 žena měla tracheostomii > 11 let

11. 1. 2 Příčiny, pro které byla provedena tracheostomie (tabulka č. 2)

Tabulka č. 2

Důvod tracheostomie	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Karcinom hrtanu	8	26%	16	51%	24	77%
Obrna zvratného nervu	3	10%	4	13%	7	23%

- karcinom hrtanu uvedlo 24 respondentů, z toho 8 žen a 16 mužů
- o obrnu zvratného nervu se jednalo u 7 respondentů, 3 žen a 4 mužů

Při vyhodnocení základního onemocnění, které si vyžádalo nutnost tracheostomie, se potvrdila hypotéza č. 1, že hlavním důvodem tracheostomie u našich nemocných byl karcinom hrtanu (77% souboru). V menším procentu (23%) se jednalo o nemocné s oboustrannou obrnou zvratného nervu.

11. 1. 3 Výskyt zhoubného onemocnění v rodině (tabulka č. 3)

Tabulka č. 3

Výskyt zhoubného onemocnění v rodině	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Ano	1	3%	2	7%	3	10%
Ne	11	35%	17	55%	28	90%

- výskyt zhoubného onemocnění v rodině uvedli 3 respondenti, (10% souboru), 1 žena a 2 muži, ani v jednom případě se nejednalo o karcinom oblasti hlavy a krku
- 28 respondentů, 11 žen a 17 mužů uvedlo, že v rodině se nevyskytlo žádné zhoubné onemocnění

Nebyla potvrzena hypotéza č. 4, že karcinom hrtanu může být do jisté míry dědičným onemocněním.

11. 1. 4 Kouření

Tabulka č. 4 hodnotí výskyt kuřáků u skupiny dvaceti čtyř onkologicky nemocných před operačním výkonem. Tabulka č. 5 ukazuje počty nemocných, pokračujících v abúzu tabáku i po provedení tracheostomie.

Tabulka č. 4 – Kouření před operací

Kouření	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Ano	7	29%	14	59%	21	88%
Ne	1	4%	2	8%	3	12%

- před operací uvedlo kouření 21 respondentů, 7 žen a 14 mužů
- pouze 3 respondenti nekouřili, 1 žena a 2 muži

Vysoké procento (88%) kuřáků v souboru svědčí pro hypotézu č. 5, že kouření je hlavním etiologickým faktorem vzniku karcinomu hrtanu.

Tabulka č. 5 – Kouření po operaci

Kouření	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Ano	1	4%	2	8%	3	12%
Ne	7	29%	14	59%	21	88%

- po operaci kouření uvedli pouze 3 respondenti, 1 žena a 2 muži
- 21 respondentů s kouřením přestalo, 7 žen 14 mužů

Přestože existují nemocní, kteří pokračují v kouření cigaret i pooperačně, z výsledků je zřejmé, že se jedná o nevelké procento pacientů (12%). Lze tedy říci, že náhlá změna zdravotního stavu s nutností onkologické léčby vede u velké části respondentů k přehodnocení přístupu k životu. Tito nemocní jsou schopni zříci se svých návyků i přesto, že v době před stanovením diagnózy často nebyli vlastními silami schopni s kouřením přestat.

11. 1. 5 Alkohol

Alkohol je považován za spolupůsobícího činitele, který se na vzniku karcinomu hrtanu podílí většinou společně s kouřením. Vliv těchto faktorů na vznik karcinomu bývá synergický. Konzumaci alkoholu v souboru 24 onkologicky nemocných uvádím v tabulkách č. 6. a 7.

Tabulka č. 6 – Alkohol před operací

Alkohol	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Ano	4	16%	10	42%	14	58%
Ne	5	21%	5	21%	10	42%

- celkem 14 respondentů, 4 ženy a 10 mužů uvedlo požívání alkoholu v různém množství a kvalitě
- 10 respondentů, 5 žen a 5 mužů alkohol neudávalo

Je patrné, že alkohol se mohl spolupodílet na vzniku rakoviny hrtanu u více než poloviny případů (58%).

Tabulka č. 7 – Alkohol po operaci

Alkohol	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Ano	2	8%	6	25%	8	33%
Ne	6	25%	10	42%	16	67%

- 8 respondentů uvedlo po operaci konzumaci alkoholu, 2 ženy a 6 mužů
- absenci alkoholu uvedlo 16 respondentů, 6 žen a 10 mužů

Ze 14 osob, uvádějících pravidelnou konzumaci alkoholu předoperačně, bylo tedy schopno přestat 6 osob.

11. 2 Hodnocení kvality života (metoda SEIQoL)

V této kapitole byly vyhodnoceny informace zjištěné metodou SEIQoL. Byla zkoumána kvalita života u pacientů s tracheostomií před operací a po operaci.

11. 2. 1 Životní témata (životní cíle – cues)

Tabulka č. 8 shrnuje výčet všech životních cílů (cues), které během rozhovoru pacienti udávali. Celkem se objevilo 11 různých pojmů. Jsou hodnoceny počty nemocných, kteří uvedli daný životní cíl mezi svými prioritami. Předoperační stav je srovnáván se stavem po operaci. Jedná se o celkový přehled, bez hodnocení jednotlivých pohlaví. V posledním sloupečku je uveden rozdíl, který vznikl po operaci. Znaménko (+) znamená vzestup významu životního cíle pro respondenta, znaménko (-) naopak pokles důležitosti. Je-li hodnota stejná, nemění se pohled respondenta na daný životní cíl.

Tabulka č. 8

Životní téma	Celkové zastoupení (žen a mužů)					
	Před operací		Po operaci		Rozdíl	
Rodina	27	87%	27	87%	0	0%
Zdraví	26	84%	26	84%	0	0%
Vztahy mezi lidmi	20	64%	22	71%	+2	+7%
Koníčky	19	77%	25	80%	+6	+3%
Duševní pohoda	15	48%	17	54%	+2	+6%
Sport	13	42%	13	42%	0	0%
Zaměstnání	10	32%	5	16%	-5	-16%
Duchovní život	7	23%	10	32%	+3	+9%
Sebevzdělávání	6	20%	5	16%	-1	-4%
Kultura	5	16%	4	13%	-1	-3%
Alkohol	1	3%	1	3%	0	0%

Je zřejmé, že nejdůležitější životní priority – rodina a zdraví zůstali změnou zdravotního stavu neovlivněny. Po léčbě uvádějí nemocní častěji faktory nemateriální povahy, jako je duchovní život, mezilidské vztahy a duševní pohoda. Naopak logicky po operaci dochází ke ztrátě některých hlavních životních cílů. Jedná se především o zaměstnání, sebevzdělávání a kulturu.

11. 2. 2 Životní témata uvedená v závislosti na pohlaví

V následujících dvou tabulkách je uvedené zastoupení životních témat před operací a po operaci u žen a mužů zvlášť.

Tabulka č. 9 – Ženy

Životní téma	Ženy					
	Před operací		Po operaci		Rozdíl	
Rodina	12	100%	12	100%	0	0%
Koníčky	10	83%	10	83%	0	0%
Zdraví	9	75%	9	75%	0	0%
Vztahy mezi lidmi	8	67%	9	75%	+1	+8%
Duševní pohoda	4	33%	6	50%	+2	+17%
Duchovní život	4	33%	6	50%	+2	+17%
Zaměstnání	4	33%	1	8%	-3	-25%
Sebevzdělávání	3	25%	3	25%	0	0%
Sport	3	25%	2	17%	-1	-8%
Kultura	2	17%	1	8%	-1	-8%

Nejčastěji uváděným životním tématem u žen jsou rodina (100%), koníčky (83%) a zdraví (75%). Význam těchto cílů se operací nemění.

Operace zvyšuje význam duchovních hodnot, jako je duševní pohoda a duchovní život. Tyto cíle jsou uváděny o 17% častěji než před provedením tracheostomie.

Naopak zaměstnání pokládá za jeden z hlavních cílů před operací 33% žen, po tracheostomii však pouze 8%.

Tabulka č. 10 – Muži

Životní téma	Muži					
	Před operací		Po operaci		Rozdíl	
Zdraví	17	85%	17	85%	0	0%
Rodina	15	75%	15	75%	0	0%
Koníčky	14	70%	15	75%	+1	+5%
Vztahy mezi lidmi	12	60%	13	65%	+1	+5%
Duševní pohoda	11	55%	11	55%	0	0%
Sport	10	50%	11	55%	+1	+5%
Zaměstnání	6	30%	4	20%	-2	-10%
Kultura	3	15%	3	15%	0	0%
Sebevzdělávání	3	15%	2	10%	-1	-5%
Duchovní život	3	15%	4	20%	+1	+5%
Alkohol	1	5%	1	5%	0	0%

Nejdůležitější cíle u mužů jsou stejné jako u žen, pouze v mírně pozměněném pořadí – zdraví (85%), rodina (75%), koníčky (70%).

Zastoupení životních cílů se po tracheostomii u mužů mění minimálně. Největší změna je patrná u zaměstnání – snížení významu u 10% mužů.

11. 2. 3 Důležitost životního tématu

V této části je uvedena důležitost jednotlivých životních témat, které si pacienti sami zvolili. Jsou hodnoceny ženy a muži zvlášť, aby bylo možné posoudit, existují-li rozdíly mezi pohlavími. Opět porovnávám důležitost témat před operací a po operaci.

Tabulka č. 11 – Ženy

Životní téma	Důležitost životního tématu u žen				
	Před operací		Po operaci		Rozdíl %
	Rozmezí % zastoupení	Průměr %	Rozmezí % zastoupení	Průměr %	
Rodina	20 - 50	38	10 - 50	36	- 2
Zdraví	15 - 45	29	10 - 45	39	+10
Duchovní život	5 - 40	24	5 - 35	21	-3
Koníčky	5 - 30	13	5 - 10	8	-5
Zaměstnání	5 - 20	13	40	40	+ 27
Sport	5 - 20	12	5	5	-7
Vztahy mezi lidmi	5 - 20	10	5 - 20	10	0
Duševní pohoda	5 - 10	9	10 - 40	19	+10
Sebevzdělávání	5 - 15	10	5 - 10	8	-2
Kultura	5	5	10	10	+5

Asi není překvapujícím faktem, že největší důležitost ženy přikládají rodině a zdraví. Pooperačně je patrno zvýšení důležitosti zdraví a duševní pohody pro část respondentek. Do jisté míry překvapením je nárůst důležitosti zaměstnání po tracheostomii o celých 27% (toto je v kontradikci s hodnocením zastoupení jednotlivých témat). Mírné snížení důležitosti cílů, jako je sport či koníčky naopak nelze považovat za překvapivé.

Tabulka č. 12 - Muži

Životní téma	Důležitost životního tématu u mužů				
	Před operací		Po operaci		Rozdíl %
	Rozmezí % zastoupení	Průměr %	Rozmezí % zastoupení	Průměr	
Rodina	10 - 60	33	20 - 60	35	+2
Zdraví	10 - 40	26	10 - 60	31	+5
Duševní pohoda	10 - 20	19	10 - 35	16	-3
Koníčky	5 - 45	18	5 - 20	14	-4
Zaměstnání	15 - 20	18	10 - 20	10	-8
Alkohol	40	40	60	60	+20
Duchovní život	10 - 20	17	10 - 20	15	-2
Kultura	10 - 20	15	10 - 20	15	0
Sebevzdělávání	5 - 20	13	10 - 20	15	+2
Vztahy mezi lidmi	1 - 20	12	1 - 25	12	0
Sport	5 - 20	12	5 - 20	14	+2

Ve shodě se ženami, většina mužů přikládá největší důležitost rodině a zdraví. Pooperačně dochází u mužů pouze k nepatrným změnám důležitosti jednotlivých témat s výjimkou alkoholu, jehož důležitost narůstá o celých 20%. Jedná se však o chybu malých čísel – alkohol uváděl mezi hlavními životními cíly jediný pacient.

11. 2. 4 Spokojenost s životními tématy

V tabulce č. 13 jsou uvedeny hodnoty, vyjadřující spokojenost s jednotlivými životními tématy. Tzn. jak se jim daří uskutečňovat to, čeho chtěli v dané oblasti zájmu dosáhnout. Opět je srovnáván před a pooperační stav, zvlášť jsou hodnoceni muži a ženy pro lepší porovnání.

Tabulka č. 13 - Ženy

Životní téma	Spokojenost s životním tématem u žen				
	Před operací		Po operaci		Rozdíl %
	Rozmezí %	Průměr %	Rozmezí %	Průměr %	
Duchovní život	60 - 100	90	40 - 100	80	-10
Duševní pohoda	50 - 100	85	5 - 100	40	-45
Rodina	60 - 100	83	10 - 100	71	-12
Koníčky	40 - 100	78	40 - 100	69	-9
Zaměstnání	50 - 100	78	80	80	+2
Vztahy mezi lidmi	40 - 100	75	3 - 100	52	-23
Sebevzdělávání	50 - 80	68	40 - 80	57	-11
Sport	50 - 85	65	30	30	-35
Zdraví	20 - 100	60	5 - 80	46	-14
Kultura	20 - 70	45	50	50	+5

Nejvyšší spokojenost s naplňováním jednotlivých cílů panovala předoperačně ve skupině žen u duchovního života, duševní pohody a rodiny. K největšímu poklesu po tracheostomii dochází u duševní pohody, sportu a zdraví. Naopak k nepatrnému průměrnému zlepšení u kultury.

Tabulka č. 14 – Muži

Životní téma	Spokojenost s životním tématem u mužů				
	Před operací		Po operaci		Rozdíl %
	Rozmezí %	Průměr %	Rozmezí %	Průměr %	
Duchovní život	80 - 95	85	50 - 80	65	-20
Rodina	40 - 100	80	0 - 100	65	-15
Koníčky	25 - 100	77	5 -100	58	-19
Zdraví	40 - 100	72	10 - 80	40	-32
Sport	35 - 100	69	5 - 100	42	-27
Vztahy mezi lidmi	30 - 100	67	30 - 75	59	-8
Kultura	50 - 80	67	60 - 70	63	-4
Zaměstnání	50 - 100	62	0 - 80	43	-19
Duševní pohoda	40 - 80	60	20 - 90	47	-13
Sebevzdělávání	25 - 80	45	35 - 80	58	+13
Alkohol	100	100	50	50	-50

U mužů dochází, obdobně jako u žen, po tracheostomii k poklesu spokojenosti s naplňováním většiny životních témat. Po operaci se snižuje spokojenost především se zdravím, sportem, duchovním životem a koníčky. K mírnému zlepšení dochází u sebevzdělávání. U alkoholu došlo k poklesu o 50%, což je opět ovlivněno malým číslem.

11. 3 Celková a subjektivní míra spokojenosti se životem

V této části je srovnávána subjektivní míra spokojenosti se životem, udaná pacientem a celková míra spokojenosti, která je vypočítaná.

Rozdíl označen jako plusová hodnota (+) znamená, že pacient udává vyšší subjektivní míru spokojenosti se životem než je hodnota vypočítaná. Minus (-) naopak udává nižší subjektivní míru spokojenosti než je hodnota vypočítané celkové míry spokojenosti pacientova života. Zvlášť je hodnocena míra spokojenosti předoperační a pooperační u žen (tabulka č. 15) a mužů (tabulka č. 16).

Tabulka č. 15 – Ženy

Pacientka	Celková a subjektivní míra spokojenosti se životem u žen					
	Před operací			Po operaci		
	Subjektivní míra spokojenosti udaná respondentem	Celková míra spokojenosti se životem (vypočítaná hodnota)	Rozdíl	Subjektivní míra spokojenosti udaná respondentem	Celková míra spokojenosti se životem (vypočítaná hodnota)	Rozdíl
Č. 1	85	82	+3	55	57	-2
Č. 2	90	60	+30	80	69	+11
Č. 3	92	98	-6	68	76	-8
Č. 4	85	53	+32	65	32	+33
Č. 5	85	87	-2	80	82	-2
Č. 6	100	100	0	80	53	+27
Č. 7	80	66	+14	60	61	-1
Č. 8	88	75	+13	70	74	-4
Č. 9	80	69	+11	60	49	+11
Č. 10	100	100	0	10	40	-30
Č. 11	95	90	+5	80	67	+13
Č. 12	90	72	+18	75	70	+5

U žen jednoznačně převládá předoperační subjektivní míra spokojenosti nad spokojeností vypočítanou (u 9 pacientek).

Horší subjektivní hodnocení udává pouze jediná nemocná.

Po operaci dochází k vyrovnání mezi subjektivní mírou a objektivním hodnocením. U 6 pacientek byla zjištěna vyšší subjektivní míra spokojenosti, u 6 míra objektivní.

Tabulka č. 16 – Muži

Pacient	**Celková a subjektivní míra spokojenosti se životem u mužů**					
	Před operací			**Po operaci**		
	Subjektivní míra spokojenosti udaná respondentem	**Celková míra spokojenosti se životem (vypočítaná hodnota)**	**Rozdíl**	**Subjektivní míra spokojenosti udaná respondentem**	**Celková míra spokojenosti se životem (vypočítaná hodnota)**	**Rozdíl**
Č. 1	90	67	+23	60	56	+4
Č. 2	50	73	-23	50	47	+3
Č. 3	90	86	+4	90	89	+1
Č. 4	80	65	+15	50	33	+17
Č. 5	90	82	+8	90	82	+8
Č. 6	80	88	-8	45	57	-12
Č. 7	80	58	+22	55	43	+12
Č. 8	95	74	+21	45	51	-6
Č. 9	75	40	+35	75	18	+57
Č. 10	100	100	0	70	54	+16
Č. 11	90	83	+7	55	56	-1
Č. 12	80	70	+10	50	33	+17
Č. 13	80	80	0	80	80	0
Č. 14	70	84	-14	45	61	-16
Č. 15	100	100	0	70	57	+13
Č. 16	70	63	+7	70	64	+6
Č. 17	80	86	-6	50	97	-47
Č. 18	90	65	+25	80	57	+23
Č. 19	60	67	-7	60	45	+15

Muži mají tendenci uvádět vyšší subjektivní hodnocení, než je vypočítaná objektivní hodnota (12 mužů). Tento rozdíl se však po provedení tracheostomie prakticky nemění.

11. 3. 1 Srovnání celkové a subjektivní míry spokojenosti se životem

V této tabulce je uveden přehled o tom, kolik respondentů uvedlo vyšší, nižší nebo stejnou subjektivní míru spokojenosti než-li je hodnota vypočítané celkové míry spokojenosti se životem.

Tabulka č. 17

	Celková a subjektivní míra spokojenosti se životem											
	Vyšší subjektivní míra spokojenosti udaná pacientem než-li je hodnota vypočítané celkové míry spokojenosti pacienta se životem				**Nižší subjektivní míra spokojenosti udaná pacientem než-li je hodnota vypočítané celkové míry spokojenosti pacienta se životem**				**Stejná subjektivní míra spokojenosti udaná pacientem než-li je hodnota vypočítané celkové míry spokojenosti pacienta se životem**			
	Před operací (+)		**Po operaci (+)**		**Před operací (-)**		**Po operaci (-)**		**Před operací (+)**		**Po operaci (-)**	
Ženy	9	29%	6	19,5%	1	3%	6	19,5%	2	6%	0	0%
Muži	12	39%	13	42%	4	13%	5	16%	3	10%	1	3%
Celkem (ženy a muži)	21	68%	19	61,5%	5	16%	11	35,5%	5	16%	1	3%

- celkem 68% respondentů uvedlo vyšší subjektivní míru spokojenosti se životem před operací než je hodnota vypočítané míry spokojenosti se životem
- 16% uvedlo před operací nižší subjektivní míru spokojenosti se životem než je vypočítaná hodnota a u 5% byla hodnota stejná
- po operaci uvedlo 61,5% vyšší subjektivní míru spokojenosti než-li je vypočítaná, 35,5% udalo nižší a 3% stejnou míru spokojenosti oproti vypočítané hodnotě

11. 3. 2 Subjektivní míra spokojenosti se životem

Tabulka č. 18 a 19 srovnává subjektivní míry spokojenosti u jednotlivých pacientů před operací a po operaci.

Tabulka č. 18 – Ženy

Pacientka	Subjektivní míra spokojenosti se životem u žen		
	Před operací %	**Po operaci %**	**Rozdíl %**
Č. 1	80	55	-25
Č. 2	90	80	-10
Č. 3	92	68	-24
Č. 4	85	65	-20
Č. 5	85	80	-5
Č. 6	100	80	-20
Č. 7	80	60	-20
Č. 8	88	70	-18
Č. 9	80	60	-20
Č. 10	100	10	-90
Č. 11	95	80	-15
Č. 12	90	75	-15

Je jasně patrný rozdíl v hodnocení subjektivní míry spokojenosti se životem před operací a po operaci. U všech dvanácti pacientek (100%) došlo po operaci k zhoršení kvality života. U jedné z pacientek dokonce o 90%.

Tabulka č. 19 – Muži

Pacient	Subjektivní míra spokojenosti se životem u mužů		
	Před operací	**Po operaci**	**Rozdíl**
Č. 1	90	60	-30
Č. 2	50	50	0
Č. 3	90	90	0
Č. 4	80	50	-30
Č. 5	90	90	0
Č. 6	80	45	-35
Č. 7	80	55	-25
Č. 8	95	45	-50
Č. 9	75	75	0
Č. 10	100	70	-30
Č. 11	90	55	-35
Č. 12	80	50	-30
Č. 13	80	80	0
Č. 14	70	45	-25
Č. 15	100	70	-30
Č. 16	70	70	0
Č. 17	80	50	-30
Č. 18	90	80	-10
Č. 19	60	60	0

Z celkového počtu mužů, 64% hodnotilo subjektivní míru spokojenosti se životem po operaci horší než před operací, 36% uvádělo stejnou míru spokojenosti. Je patrný rozdíl mezi muži a ženami, u kterých bylo zhoršení ve 100%.

Zdá se tedy, že muži jsou schopni snáze se vyrovnat s takovým handicapem, jakým je tracheostomie.

11. 3. 3 Průměrná subjektivní míra spokojenosti se životem

V následující tabulce je uveden přehled o subjektivní míře spokojenosti se životem u žen i mužů, jak byla zjištěna.

Tabulka č. 20

	Průměrná hodnota subjektivní míry spokojenosti se životem (ženy a muži)		
	Před operací %	**Po operaci %**	**Rozdíl %**
Ženy	89	65	-24
Muži	82	63	-19
Celkem	84	64	-20

Na této tabulce je nejlépe vidět k jakému zhoršení kvality života došlo u zkoumaného souboru.

- Celkově došlo k průměrnému zhoršení subjektivní míry spokojenosti se životem o 20%

12. DISKUSE

V diskusi bych se ráda věnovala analýze zjištěných výsledků. Jsou podrobně zkoumány jednotlivé stanovené hypotézy a porovnávány s výsledkem zkoumaného souboru nemocných s tracheostomií a s literárními údaji.

Hypotéza 1

Ve zkoumaném souboru bylo 31 respondentů. Karcinom hrtanu byl příčinou tracheostomie u 24 pacientů, což představuje 77% souboru. Z tohoto počtu bylo 8 žen (26%) a 16 mužů (51%). Další část sledované skupiny – 23%, tvořili pacienti po operaci štítné žlázy, u nichž byl výkon komplikován vznikem oboustranné obrny zvratného nervu, která si vynutila provedení tracheostomie. Podařilo se tedy potvrdit hypotézu, že u převážné části zkoumaných pacientů vedla k nutnosti tracheostomie rakovina hrtanu.

Hypotéza 2

Průměrný věk nemocných s rakovinou hrtanu, uváděný v literatuře je 59 let (*Bhattacharyya, 2003).* V mé práci jsem se snažila prokázat, že nemocní ve věkové skupině nad 50 let věku převládají i mezi našimi pacienty s tracheostomií. Ze všech 31 respondentů bylo 27 (87%) ve věku 51 a více let. Z tohoto počtu mělo 21 (78%) karcinom hrtanu. Je tedy jednoznačně patrné, že velkou část zkoumaného souboru tvoří skutečně pacienti starší 50 let a tudíž, že i hypotéza č. 2 byla správná.

Hypotéza 3

Při hodnocení kvality života nemocných s tracheostomií jsem se domnívala, že většina těchto pacientů bude rozvedených, nebo budou žít z nějakého důvodu sami. Předpokládala jsem přitom, že chirurgický výkon bude alespoň u části nemocných příčinou rozpadu rodiny. Překvapením pro mě bylo, že 20 (64%) z celého počtu zkoumaných bylo vdaných nebo ženatých, což je více než polovina všech respondentů. Pouze 4 (13%) byli rozvedeni. Podíl vdaných žen a ženatých mužů byl v souboru prakticky stejný. Hypotézu č. 3 se tedy nepodařilo potvrdit. Ukazuje se, že to, co se může zdát na první pohled zřejmé, nemusí být vždy skutečností.

Hypotéza 4

Jelikož u některých typů karcinomů existuje dědičná predispozice, domnívala jsem se, že i u rakoviny hrtanu by se mohla prokázat pozitivní rodinná anamnéza. Ověřit tuto hypotézu bylo jedním z cílů mé práce. Z celkového počtu 31 respondentů uvedli karcinom v rodině pouze 3 (10%) pacienti, 1 žena a 2 muži. Ani v jednom případě se však nejednalo o nádor

oblasti hlavy a krku. Hypotézu o možné dědičnosti rakoviny hrtanu lze tedy ve zkoumaném souboru zamítnout.

Hypotéza 5

Nejčastěji uváděným etiologickým faktorem pro vznik rakoviny hrtanu je kouření. Například *Hybášek (1989)* uvádí, že u mužů tvoří až 95% nemocných s rakovinou hrtanu kuřáci, a to zpravidla silní, kouřící mnoho let více než 20 cigaret denně. Mezi mými respondenty jsem předpokládala vliv kouření na vznik karcinomu hrtanu u 24 pacientů, kteří právě pro toto onemocnění prodělali operaci s nutností tracheostomie. Ze 24 onkologicky nemocných bylo 21 (88%), z toho 7 (29%) žen a 14 mužů (59%). Byli to silní kuřáci a v průměru kouřili 25 cigaret/den. Výsledek odpovídá literárním údajům a potvrzuje stanovenou hypotézu, že kouření se podílelo na vzniku karcinomu u převážné většiny zkoumaných nemocných. Tabulka č. 5 představuje počet pacientů, kteří se byli schopni po operaci svého zlozvyku vzdát. Poměrně velká část takto nemocných byla schopna přehodnotit svůj přístup k životu a s kouřením přestat. Avšak vzhledem k tomu, že většinu nemocných jsem měla možnost osobně poznat a vím, že se jedná o značně specifickou skupinu, nejsem si zcela jistá, že námi zjištěné údaje byly vždy pravdivé. Pro zajímavost uvádím i konzumaci alkoholu u těchto 24 onkologicky nemocných před operací a po operaci. Je zřejmé, že minimálně u části pacientů se na vzniku karcinomu mohla podílet i konzumace alkoholu.

Hypotéza 6

Výběr témat u jednotlivých nemocných se lišil pouze z části. Udaných životních témat, jak je respondenti uváděli, bylo pouze 11, z toho 10 bylo shodných u žen i mužů. V instrukcích byly uvedeny příklady životních témat, která respondenti mohli použít, ale tyto příklady měly být jen jakýmsi pomocníkem. Snažila jsem se sama pacienty navést na nějaké životní téma, ale bezvýsledně. Témata se často opakovala tak, jak byla předepsána v instrukcích, kromě jednoho (alkoholu), což udal pacient z velmi sociálně slabší společenské vrstvy. Pacient udával, že alkohol mu pomáhá v těžkých životních situacích. Věděl, že by měl přestat a občas se o to snažil, ale vždy s negativním výsledkem.

Nejčastěji udávaným životním tématem byla rodina (87%) a zdraví (84%). Obě témata zůstala změnou zdravotního stavu neovlivněna. Na třetím místě uváděli respondenti vztahy mezi lidmi (64% před operací a 71% po operaci). Poměrně velké procentuální zastoupení měly i koníčky (77% před operací a 80% po operaci), ale také duševní pohoda (48% před operací a 54% po operaci). Další životní témata byla uvedena v menším procentuálním zastoupení, sport uvedlo 42% respondentů shodně před operací i po operaci, zaměstnání 32% před operací, ale již 16% po operaci. Duchovní život byl před operací důležitý u 23%, po

operaci u 32% pacientů. Sebevzdělávání bylo před operací cílem pouze 20% a po operaci 16% pacientů, což mě moc nepřekvapilo, stejně tak jako u kultury, kterou uvedlo 16% před operací a 13% po operaci, vzhledem ke skladbě zkoumaných respondentů. Alkohol uvedl již jeden zmíněný muž, což činilo 3% ze všech respondentů.

Nepotvrdila se mi tedy hypotéza, že u jednotlivých nemocných se bude lišit výběr životních témat. Tento fakt je dán především neschopností nemocných v mém souboru, vymyslet vlastní životní cíle.

Hypotéza 7

Sedmá hypotéza předpokládala, že pacienti budou přikládat rozdílnou důležitost jednotlivým životním tématům před operací a po operaci. Při vyhodnocení zkoumaného souboru jsem došla k zjištění, že i tato hypotéza se potvrdila pouze z části. Ke změnám sice došlo, ale můj předpoklad byl, že změny budou mnohem větší. Nejdůležitějším životním tématem pro muže i ženy byla rodina a zdraví. U nejdůležitějšího životního tématu – rodiny, nedošlo po provedení tracheostomie prakticky k žádné změně důležitosti. Osobně jsem předpokládala, že zdraví bude patřit po operaci k nejvíce ovlivněným tématům. Avšak u žen se pohled na důležitost zdraví zvýšil pouze o10% a u mužů dokonce o pouhých 5%. U žen byl patrný největší nárůst důležitosti zaměstnání (+27%), což je v kontradikci s hodnocením zastoupení jednotlivých témat. U mužů byl zaznamenán nejvyšší nárůst alkoholu a to o celých 20%. Zde se však jedná o chybu malých čísel, jelikož alkohol udával mezi hlavními životními cíly pouze jediný pacient.

Hypotéza 8

K výraznějším změnám došlo po provedení tracheostomie v hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními tématy. U mnohých témat je zřejmé, že v souvislosti s operací dochází ke zhoršení, což jsem předpokládala. Určité rozdíly jsou patrné i mezi ženami a muži.

U žen došlo k výraznému zhoršení v oblasti duševní pohody – o celých 45%, zhoršila se i spokojenost se sportem (-35%) a vztahy mezi lidmi (-23%). Co se týká zdraví, očekávala bych výraznější snížení spokojenosti, než o 14%. Ke zhoršení dochází i u dalších cílů, nebylo však již tak výrazné. Zvýšení spokojenosti došlo pouze u zaměstnání (2%) a u kultury (5%), zjištěné rozdíly jsou však oproti předoperační úrovni nepatrné.

I u mužů dochází k poklesu spokojenosti s většinou životních témat. Zajímavé bylo zjištění, že zatímco u žen došlo u zdraví k poměrně malému zhoršení, u mužů činil rozdíl oproti předoperační úrovni celých 32%. Muži také hůře nesli omezení ve sportu (-27%). Snižuje se i spokojenost s duchovním životem, koníčky, zaměstnáním, ale i s rodinou. Ostatní cíle nejsou tak znatelně zhoršeny. K mírnému zlepšení dochází překvapivě u kultury. Lze tedy

potvrdit správnost hypotézy, že se po provedení tracheostomie spokojenost s životními tématy mění a existují rozdíly i mezi pohlavími.

Hypotéza 9

Tato hypotéza předpokládá, že kvalita života bude u žen a mužů rozdílná, a to jak před operací, tak po operaci. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože průměrná kvalita života před operací a po operaci byla ve zkoumaném souboru prakticky stejná u žen i mužů.

Hypotéza 10

Protože život s tracheostomií je pro každého nemocného jistě značným handicapem, předpokládala jsem, že u všech nemocných dojde k výraznému zhoršení celkové kvality života po provedení operace. Výsledky jsou v souladu s tímto předpokladem. U žen došlo k zhoršení kvality života o 24%, u mužů o 19%. Tracheostomie tedy jistě kvalitu života nemocných zhoršuje, ne však natolik, aby se život s tracheostomií stal neúnosným. Výjimkou byla jedna žena, která uváděla zhoršení o 90%. Tento fakt však nebyl dán vlastním zdravotním stavem, ale spíše vztahy v rodině. Došlo k tomu, že po tracheostomii nemocnou opustili všichni nejbližší příbuzní a zůstala osamocena. Což ovlivnilo její subjektivní hodnocení. Navíc z výsledků vyplývá, že muži se s přítomností tracheostomie vyrovnávají přece jen o něco snáze nežli ženy, což může být dáno nepříjemným kosmetickým důsledkem tracheostomatu pro ženy.

Doposud jsem se nezmínila o celkové míře spokojenosti se životem, což je vypočítaná hodnota a nebyla uváděná v žádné z hypotéz. Bylo to záměrné vzhledem k tomu, že důležitější pro mě bylo hodnocení subjektivní míry spokojenosti se životem, kterou respondenti udávali. Přesto bylo zajímavé zjištění, že shodná subjektivní a celková míra spokojenosti se objevila pouze v pěti případech před operací a u 1 osoby po operaci. U zkoumaných pacientů jednoznačně převládala vyšší subjektivní míra spokojenosti nad vypočtenou hodnotou – a to jak předoperačně, tak pooperačně. Nemocní měli tedy tendenci hodnotit svůj stav lépe, než by odpovídalo objektivním výpočtům. I tento fakt svědčí pro skutečnost, že život s tracheostomií by nemusel být tak velikým handicapem, jak jsem předpokládala.

Závěr

Protože se při svém povolání setkávám s nemocnými s tracheostomií a vím, že pro řadu pacientů musí být život po tomto chirurgickém výkonu velice obtížný, rozhodla jsem se touto problematikou blíže zabývat. Základním cílem mé práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s tracheostomií. Jelikož mě osobně zajímal především subjektivní názor nemocných na to, jakým způsobem se s tracheostomií změnil jejich život, rozhodla jsem se pro hodnocení kvality života použít metodu SEIQoL.

V teoretické části byly vysvětleny základní pojmy a indikace, vedoucí k provedení tracheostomie. Větší pozornost byla věnována i historii, jelikož vývoj chirurgických metod od starověku do současnosti mě velice zaujal. Protože nedílnou součástí péče o nemocného s tracheostomií je ošetřovatelská péče a především pak edukace těchto pacientů tak, aby byli v dalším životě zcela samostatní a nebyli odkázáni na péči zdravotníků, byla nemalá pozornost věnována i této problematice. V závěru teoretické části jsem se pokusila shromáždit dostupné literární údaje o hodnocení kvality života pacientů s tracheostomií. Bohužel jsem zjistila, že hodnocení této skupiny nemocných v literatuře prakticky chybí a tudíž dostupné literatury na toto téma je velmi málo.

Vlastní empirická část měla za cíl srovnat kvalitu života nemocných před a po tracheostomii. Zároveň jsem chtěla určit, existují-li výraznější rozdíly v tom, jak se s nosičstvím tracheostomické kanyly vyrovnávají muži a ženy. Myslím, že práce splnila základní cíl a odpověděla na otázky, které jsem si před vlastním hodnocením dotazníků položila. K poměrně výrazným změnám došlo po provedení tracheostomie v hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními tématy. U žen došlo k výraznému zhoršení v oblasti duševní pohody – o celých 45%, zhoršila se i spokojenost se sportem (-35%), se vztahy mezi lidmi (-23%) a zdravím (-14%). I u mužů dochází k poklesu spokojenosti s většinou životních témat. Zajímavé bylo zjištění, že zatímco u žen došlo u zdraví k poměrně malému zhoršení, u mužů činil rozdíl oproti předoperační úrovni celých 32%. Muži také hůře nesli omezení ve sportu (-27%). Po tracheostomii dochází především ke zhoršení celkové subjektivní kvality života – u žen o 24%, u mužů o 19%. Tracheostomie tedy jistě kvalitu života nemocných zhoršuje, ne však natolik, aby se život s tracheostomií stal neúnosným. Někteří nemocní jsou schopni žít i s tracheostomií společenským životem a pokračovat ve svém povolání.

Nicméně již při komunikaci s těmito nemocnými a vyplňování vlastních dotazníků jsem narazila na určitý problém. Jedná se o vhodnost metody SEIQoL pro hodnocení kvality života u této skupiny onemocnění. Jelikož se jedná o specifickou sociální skupinu, u které byl

důvodem k operaci ve většině případů karcinom hrtanu, jedná se z části o osoby, závislé na tabáku a alkoholu, často pouze se základním vzděláním. Životní postoje a rozhled těchto osob byl v některých případech velice omezený a spolupráce s respondenty byla proto velice náročná. Nejenže nepochopili instrukce, které jsem jim předložila k prostudování, ale ani po dlouhém vysvětlování jsem si nebyla jistá, zda mají ponětí, co se po nich žádá. Důkazem toho je pouze 11 zvolených životních témat, včetně alkoholu, které se ani za životní téma nedá považovat. Taktéž procentuální rozdělení činilo některým nemalé problémy a to i přes opakované vysvětlení a demonstraci na fiktivní osobě.

Jelikož někteří pacienti nebyli schopni samostatné práce s dotazníkem a při výběru témat a určení důležitosti se do velké míry museli řídit mými instrukcemi, je otázkou, zdali jsou mé měření a závěry u zkoumaných pacientů přesné. Jeden pacient dokonce udával, že je nucen při vyplňování dotazníku přemýšlet a to ho nebaví. Část pacientů zřejmě vůbec nepochopila důvod, proč se jich na tyto otázky ptám. Mezi těmito pacienty jistě byli i tací, u nichž se hierarchie potřeb dle Maslowova zastavila na fyziologických potřebách. Pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, jsou pak tito pacienti spokojeni. Tento fakt se pak mohl podílet na lepším subjektivním hodnocení kvality, než-li byla kvalita očekávaná, či vypočítaná.

Přes uvedené skutečnosti je tento výzkum jednou z prvních hlubších sond do kvality života nemocných po tracheostomii, který není postaven pouze na dotazníkové metodě s pevně danými a neměnnými otázkami. Zjištěná fakta jsou jistě velmi zajímavá a bližšího poznání této skupiny pacientů rozhodně nelze litovat. Pakliže bychom se v budoucnu problematikou života tracheostomovaných pacientů chtěli dále zabývat, naskýtá se otázka, zdali by pro hodnocení kvality života nebylo vhodnější použit jiný typ metody.

Souhrn

V bakalářské práci je hodnocena kvalita života u nemocných po tracheostomii na souboru 31 nemocných, léčených na ORL klinice FN v Hradci Králové. Převládali nemocní nad 50 let věku, většina nemocných (87%) byla v 6. či 7. decenniu. Základním onemocněním, které si vyžádalo nutnost tracheostomie byl u 24 nemocných karcinom hrtanu, u ostatních pacientů se jednalo o oboustrannou obrnu zvratného nervu po strumektomii.

Pro hodnocení kvality života byla zvolena metoda SEIQoL, při které je nejdůležitějším faktorem subjektivní hodnocení každého pacienta.

Nejdůležitějším životním tématem pro muže i ženy byla rodina a zdraví. Při posuzování těchto témat po provedení tracheostomie, nedošlo prakticky k žádné změně důležitosti.

K výraznějším změnám došlo po provedení tracheostomie v hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními tématy. U žen došlo k výraznému zhoršení v oblasti duševní pohody – o celých 45%, zhoršila se i spokojenost se sportem (- 35%), se vztahy mezi lidmi (-23%) a zdravím (-14%). I u mužů dochází k poklesu spokojenosti s většinou životních témat. Zajímavé bylo zjištění, že zatímco u žen došlo u zdraví k poměrně malému zhoršení, u mužů činil rozdíl oproti předoperační úrovni celých 32% Muži také hůře nesli omezení ve sportu (-27%). Snižuje se i spokojenost s duchovním životem, koníčky, zaměstnáním, ale i s rodinou.

V souladu s mým předpokladem dochází po tracheostomii ke zhoršení celkové kvality života. U žen došlo ke zhoršení kvality života o 24%, u mužů o 19%. Tracheostomie tedy jistě kvalitu života nemocných zhoršuje, ne však natolik, aby se život s tracheostomií stal neúnosným. Navíc z výsledků vyplývá, že muži se s přítomností tracheostomie vyrovnávají přece jen o něco snáze než-li ženy, což může být dáno nepříjemným kosmetickým důsledkem tracheostomatu pro ženy.

Klíčová slova: Tracheostomie, kvalita života, karcinom hrtanu.

Summary

In this bachelor´s work, the quality of life of tracheostomized patiens is evaluated within 31 patients treated and operated at the ENT department of Hradec Králové Faculty Hospital. The most of them werw older than 50 years, mostly within 6th and 7th decennium. The main reason to undergo tracheostomy was laryngeal cancer in 24 cases, in all the other cases the reason was bilateral paresis of recurrent laryngeal nerve due to strumectomia.

To evaluate the life quality, the SEIQoL method was used. The most important factor in this method is subjective feeling of each patient.

The most important life themes for men and women was their family and health. After the tracheostomy no changes of their importance were noticed.

More important changes have been refered after tracheostomy in other life qualities. Within women, their temper was deteriorated – obout 45%, their feeling of satisfaction in sport got worse (35%) as well as interpersonal relations (23%) and feeling of health (14%). The percentage of satisfaction with most of the life themes decreased also in men. The interesting conclusion was, that while in women the decrease of health feeling was not significant, in men this diference was about 32%. Men were also less tolerant for sport limitations (27%). The level of satisfaction with spiritual life, hobbies, profession and family life decreased as well.

According to our presumption, the general subjective quality of life got worsw for about 24% in women and 19% in men. It makes us sure, that tracheostomy deteriorates the life quality, but not so much, to make life insupportable. Another result is, that men, however, are more compensated with tracheostomy, compared with women, which could also be influeced by the unpleasant cosmetical consequences.

Keywords: Tracheostomy, life quality, laryngeal cancer.

Použitá literatura

• CHROBOK, Viktor, ASTL Jaromír, KOMÍNEK, Pavel a kol. *Tracheostomie a koniotomie, techniky, komplikace a ošetřovatelská péče.* Svazek 2. Praha: Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.

• ASTL, Jaromír. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, pro bakaláře obor ošetřovatelství.* 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2002. 138 s. ISBN 80-246-0325-X.

• HYBÁŠEK, Ivan. *Ušní, nosní a krční lékařství.* 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 1999. 220 s. ISBN 80-7184-949-9. Praha: Galén, 1999. 220 s. ISBN 80-7262-017-7.

• ČERNÝ, Ján. *Špeciálna chirurgia. 4 Chirurgia krku a hlavy.* Svazek 129. Martin: Osveta. 1995. 429 s. ISBN 80-217-0055-6.

• FERLITO, Alfio. *Neoplasms of the larynx.* Edinburgh London Madrid Melbourne New York And Tokyo: Churchill Livingstone. 1993. 618 s. ISBN 0-443-045-71-2.

• HYBÁŠEK, Ivan. Epidemiologická studie rakoviny horních cest dýchacích, hltanu a hrtanu v České a Slovenské republice. *Česko-Slovenská otorinolaryngologie a foniatrie.* 1993, roč. 42, č. 4, s. 225 – 228.

• LINDOVSKÁ, Marie. Problematika laryngektomovaných pacientů. *Sestra.* 2003, roč. 13, č. 12, s 40 – 42.

• HYBÁŠEK, Ivan. *Otorinolaryngologie.* Knižnice praktického lékaře. 1. vydání. Praha: Avicenum. 1998. 344 s.

• SMILEK, Pavel a kol. Kvalita života nemocných rakovinou hlavy a krku po rozsáhlých chirurgických výkonech – podklad pro rozhodnutí o léčebném postupu. *Otorinolaryngologie a foniatrie.* 2004, roč. 53, č. 4, s. 184 – 189.

• PROKOP, Jiří. Kvalita života v praxi. *Praktický lékař.* 2005, roč. 85, č. 1, s. 47 – 48.

• SMITH, J. C. a kol. Quality of Life, Functional Outcome, and Cista of Early Glottic Cancor. *Laryngoskope.* 2003, roč. 113, č. 1, s. 68 – 76.

• SCHWARTZ, Seth a kol. Quality-of-Life Outcomes in the Evaluation of Head and Neck Cancer Treatments. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001, roč. 127, č. 6, s. 673 – 678.

• TAYLOR, J. C. a kol. Disability in Patiens With Head and Neck Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004, roč. 130, č. 6, s. 764 – 769.

• KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi.* 1. vydání. Praha: Avicenum, 1989.108 s.

• TERRELL, J. E. a kol. Long-term Duality of Life After Treatment of Laryngeal Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998, roč. 124, č. 9, s. 964 – 971.
• TERREL, J. E. a kol. Clinical Predictors of Quality of Life in Patiens With Head and Neck Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004, roč. 130, č. 4, s. 401 – 408.
• HANNA, Ehab a kol. Quality of Life for Patiens Following Total Laryngectomy vs Chemoradiation for Laryngeal Preservation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004, roč. 130, č. 7, s. 875 – 879.
• BHATTACHARYYA, Neil. A Matched Survival Analysis for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck in the Elderly. *Laryngoscope.* 2003, roč. 113, s. 368 – 371.
• KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
• KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
• MAREŠ, Jiří, MAREŠOVÁ, Jana. Bolest a kvalita života u dětí. *Bolest.* 2004, roč. 7, č. 4, s. 215 – 223.
• SLOVÁČEK, Ladislav a kol. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy.* 2004, roč. 73, č. 1, s. 6 – 9.
• INTERMED: Základy edukační činnosti sestry, 2002.
Dostupné na: **www.intermed.cz/index.php?p=preview**
• ČERMÁK, Josef, ČERMÁKOVÁ, Kristina. *Slovník latinských citátů.* Praha: Euromedia Group k. s. v edici Universum, 2005. 544 s. ISBN 80-242-1372-9.
• KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplinách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni.* Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
• ŠOLCOVÁ, Iva, KEBZA, Vladimír. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni.* Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
• KOTÝNKOVÁ, Magdalena. Zmírňování chudoby a sociálního vyloučení jako předpoklad pro zvýšení kvality života. *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni.* Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
• PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník.* 4. vydání. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

Přílohy

Příloha č. 1 – Fotografie tracheostomických kanyl

Příloha č. 2 – Fotografie pacientů s tracheostomickou kanylou

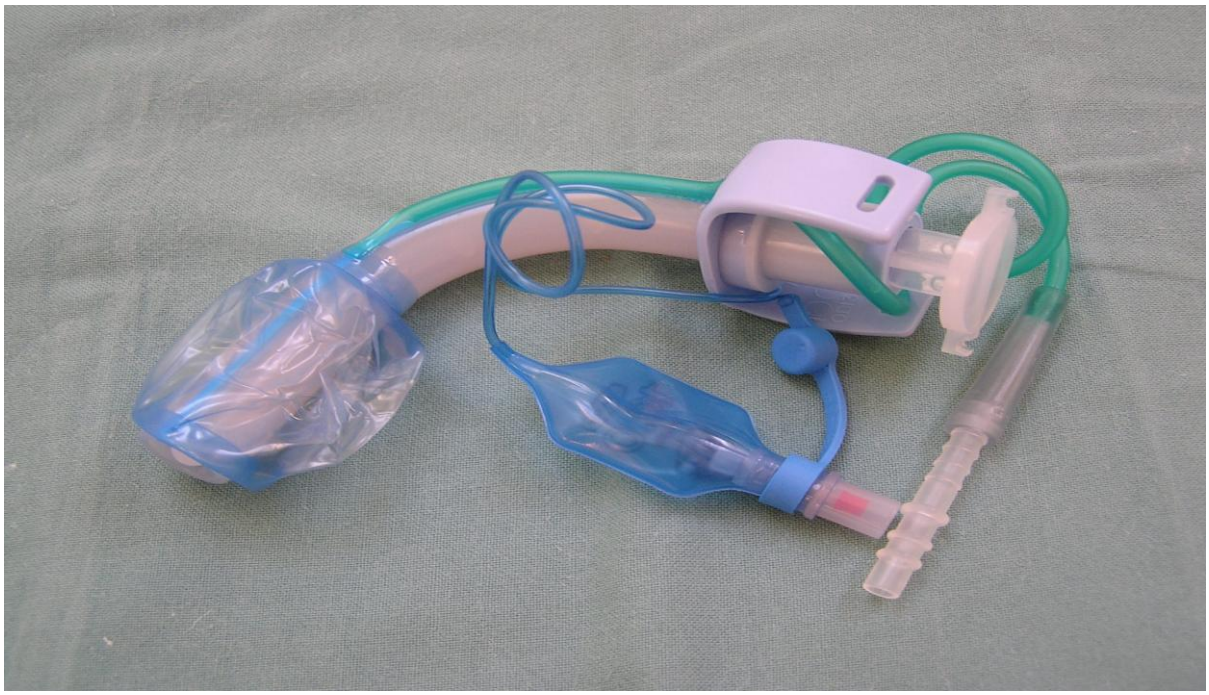
Příloha č. 3 – Tabulky s identifikačními údaji zkoumaných pacientů

Příloha č. 4 – Instrukce pro zjišťování kvality života nemocných s tracheostomií strukturovaným rozhovorem – metodou SEIQoL

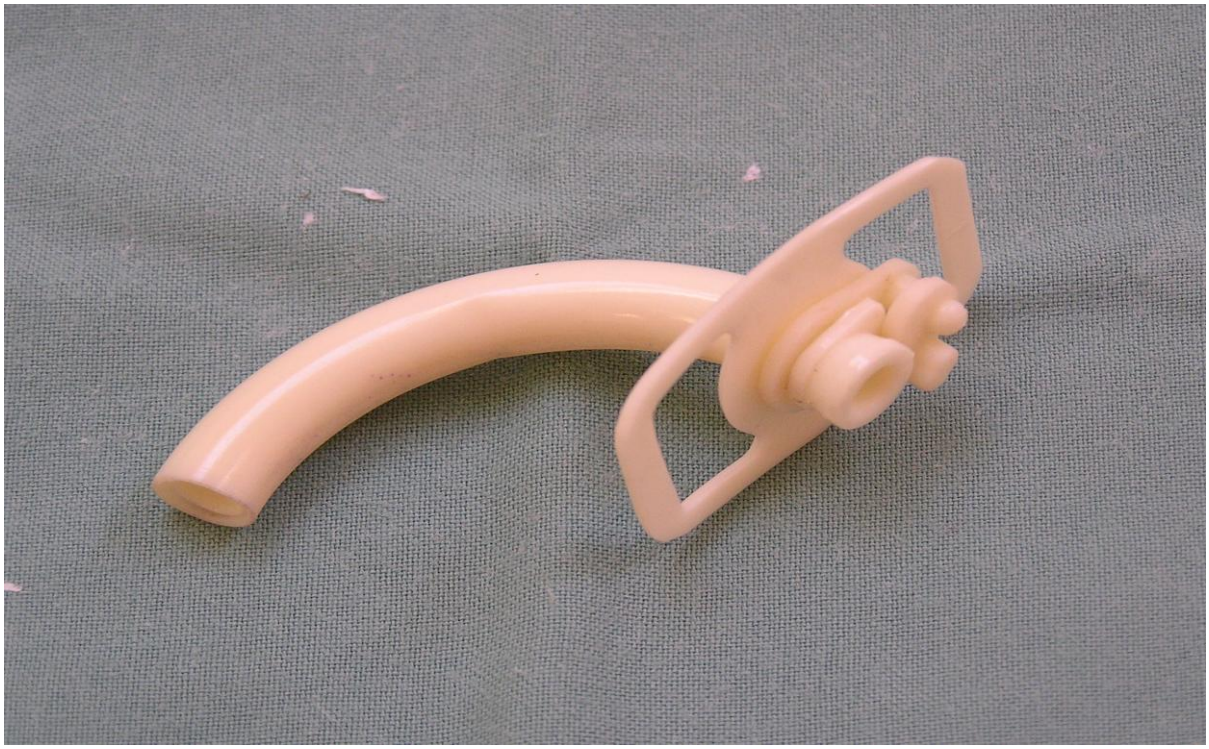
Příloha č. 5 – Formuláře pro zjišťování kvality života pacientů s tracheostomií

Příloha č. 1 – Fotografie tracheostomických kanyl

Tracheostomická kanyla s nafukovací manžetou – firma Portex



Plastová tracheostomická kanyla bez nafukovací manžety (balónku)

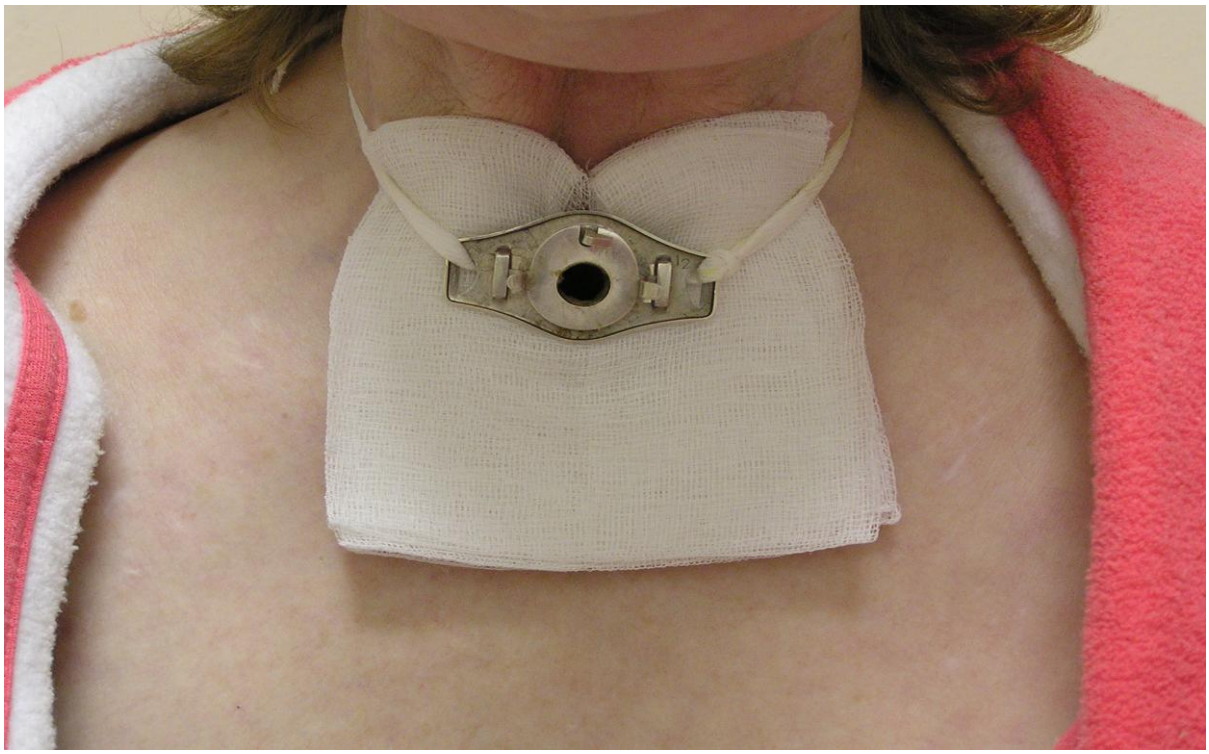


Kovová dvouplášťová tracheostomická kanyla

Příloha č. 2 – Fotografie pacientů s tracheostomickou kanylou

Pacient 5 dní po totální laryngektomii s kovovou tracheostomickou kanylou

Pacientka 2 roky po operaci s kovovou dvouplášťovou kanylou



Příloha č. 3 – Tabulky s identifikačními údaji

Tabulky č. 21 – 25, informují o identifikačních údajích u zkoumaných pacientů, jež byly obsaženy v první části formuláře.

Tabulka č. 21 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Zastoupení	
Ženy	12	39%
Muži	19	61%

- Mezi respondenty bylo 12 (39%) žen a 19 (61%) mužů

Tabulka č. 22 – Věková období

Věková období	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
< 40 let	0	0%	1	3%	1	3%
41 – 50 let	1	3%	2	7%	3	10%
51 – 60 let	4	13%	8	26%	12	39%
> 61 let	6	19%	9	29%	15	48%

V jednotlivých věkových obdobích bylo následující zastoupení:

- ve věkovém období < 40 let byl 1 muž
- v období 41 – 50 let byli celkem 3 respondenti, 1 žena a 2 muži
- 12 respondentů zastupovalo věkové období 51 – 60 let, z toho byly 4 ženy a 8 mužů
- ve věkovém období > 61 let bylo zastoupeno 15 respondentů, 6 žen a 9 mužů

Tabulka č. 23 – Rodinný stav

Rodinný stav	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Svobodná/ý	0	0%	4	13%	4	13%
Vdaná/ženatý	9	29%	11	35%	20	64%
Rozvedená/ý	1	3%	3	10%	4	13%
Vdova/vdovec	2	7%	1	3%	3	10%

V tomto případě se nepotvrdila hypotéza č. 3, že převážná část tracheostomovaných žije samostatně.

- 4 muži byli svobodní
- celkem 20 respondentů bylo vdaných/ženatých, 9 žen a 11 mužů
- rozvedení respondenti byli 4, 1 žena a 3 muži
- vdovy byly 2 a 1 vdovec

Tabulka č. 24 – Životní podmínky

Žijí	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Pouze s manželem/kou	5	16%	8	26%	13	42%
S manželem/kou a dětmi	4	13%	3	10%	7	23%
S přítelem/kyní	1	3%	1	3%	2	6%
S dětmi	0	0%	0	0%	0	0%
S rodiči	0	0%	1	3%	1	3%
Sama/sám	2	7%	5	16%	7	23%
Jinak /se sestrou/	0	0%	1	3%	1	3%

- pouze s manželem/kou žije 13 respondentů, 5 žen a 8 mužů
- s manželkou a dětmi je 7 respondentů, 4 ženy a 3 muži
- 2 respondenti, 1 žena a 1 muž žijí s přítelem/kyní
- s dětmi není žádný respondent
- s rodiči žije 1 muž
- samostatný život uvedlo 7 respondentů, 2 ženy a 5 mužů
- 1 muž žije u sestry

Tabulka č. 25 – Zaměstnání

Zaměstnání	Ženy		Muži		Celkové zastoupení (žen a mužů)	
Zaměstnaná/ý na plný úvazek	2	7%	5	16%	7	23%
Zaměstnaná/ý na částečný úvazek	2	7%	0	0%	2	7%
Plný invalidní důchod	0	0%	5	16%	5	16%
Částečný invalidní důchod	0	0%	1	3%	1	3%
Starobní důchod	8	25,5%	8	25,5%	16	51%

- na plný úvazek bylo zaměstnáno 7 respondentů, 2 ženy a 5 mužů
- částečný úvazek uvedly 2 ženy
- v plném invalidním důchodu bylo 5 mužů
- v částečném invalidním důchodu byl 1 muž
- starobní důchod uvedlo 16 respondentů, 8 žen a 8 mužů

Příloha č. 4 - Instrukce pro vyplnění dotazníků metodou SEIQoL, zjišťující kvalitu života u pacientů s tracheostomií

Vážená paní, vážený pane,

Dovoluji si Vám předložit dotazník, prostřednictvím kterého bych ráda zjistila kvalitu Vašeho života. Ten se pravděpodobně od propuknutí onemocnění zásadním způsobem změnil a následnou tracheostomií i zkomplikoval. Jak se vyrovnáváte s tímto handicapem a jaká je kvalita Vašeho života nyní, ale také jaká byla před objevením se nemoci.

Tento dotazník je anonymní a všechny informace, které sdělíte, jsou důvěrné a budou použity pro vypracování mé bakalářské práce na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. Její téma zní „Kvalita života u pacientů s tracheostomií".

Dříve než začnete vyplňovat formuláře, bych se Vás ráda zeptala na několik základních údajů o Vaší osobě. Tyto otázky jsou zaznamenány na formuláři označeném **č.I** a Vaším úkolem je odpovědi zaznamenat.

Druhou část tvoří úkol, který je označen písmeny QL. Tato písmena znamenají quality of life (kvalita života). Na tuto kvalitu Vašeho vlastního života se Vás chci zeptat. V této části vyplníte dva formuláře. Ten, který je označený **č.II**, bude vyjadřovat kvalitu Vašeho nynějšího života. Ve formuláři s **č.III,** uvedete kvalitu Vašeho života před propuknutím onemocnění. Tímto bych ráda zjistila, zda se změnily Vaše životní hodnoty a jak.

Co tedy máte udělat?

Instrukce metody SEQoL uvedené Křivohlavým

Před vámi stojí celkem čtyři úkoly:

1. Vyjmenujte a napište celkem pět pro vás, tedy ve vašem vlastním životě a pro vás osobně ***nejdůležitějších témat,*** tj. oblastí vašich základních životních zájmů – životních cílů. Každou oblast zájmů napište na jednu řádku ve sloupečku označeném **č. 1.** Nepište jich více a nepište jich méně – jen přesně pět. Napište nejprve heslovitě hlavní téma, např. rodina, a potom toto téma rozveďte konkrétněji – oč vám speciálně v rodině jde.

2. Uveďte u každého tématu do sloupečku označeného **č. 2,** jak se vám podle vašeho zdání daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli v dané oblasti zájmu dosáhnout, tj. jak jste s daným tématem ***spokojeni.*** Uveďte to v procentech od nuly do 100%, kde 0% je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojen/a) a 100% znamená, že jsem zcela spokojen/a s daným zaměřením života (daří se mi dokonale).

3. Uveďte u každé oblasti zájmu do sloupečku ozn. **č. 3,** jak moc je tato oblast zájmů pro vás ***důležitá.*** To napište také v procentech. Představte si, že pro všech pět témat (řádek), které jste uvedl/a, máte k dispozici celkem 100%. Vašim úkolem je rozdělit těchto 100% mezi vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma důležité. Součet všech pěti čísel v prvém sloupečku musí dávat dohromady 100%.

4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti".

Příklady životních cílů, hodnot, oblastí zájmů či životních témat

- ***Rodina, manželství –*** otázky dětí a vnuků, případně i širší rodiny; jde o otázky lásky, porozumění, péče, starosti, otázky spokojenosti, soudržnosti a vzájemné pohody v rodině.
- ***Zdraví (tělesné) –*** jeho udržování, případně zlepšování; jde o úspěšné bojování se zdravotními těžkostmi – např. „abych nebyla druhým lidem na obtíž, abych byla soběstačná".
- ***Duševní pohoda –*** duševní zdraví, udržování paměti v dobrém stavu, péče o citlivé vnímání, rozumné myšlení, o to mít dobrou náladu, nebýt necitlivý, ale empatický neboli soucítící, neztratit chuť do života, zachovat si dobrou mysl, nepropadnout depresi, nevyhořet.
- ***Duchovní život –*** mít pro co žít, nacházet smysl života, nežít nesmyslně, ale naopak snažit se žít smysluplně, umět odlišovat důležité hodnoty od těch, které tak důležité pro život nejsou, hledat a poznávat to, co je v životě podstatné, prohlubovat modlitební i meditativní život, poznávat Boha a hlouběji chápat sebe, zachovávat si dobré svědomí.
- ***Vztahy mezi lidmi –*** ohled na druhé lidi – udržování přátelských vztahů, zlepšování vzájemných vztahů s druhými lidmi, zvětšování tolerance, rozvíjení altruismu, tj. pomoci druhým lidem, např. starým a postiženým.
- ***Práce na sobě –*** sebevzdělávání – studovat, číst, učit se cizí jazyky, zvyšovat si kvalifikaci, získávat nové dovednosti (např. naučit se pracovat s počítačem, hrát na hudební nástroj).
- ***Kultura –*** návštěvy divadel, koncertů, výstav, četba beletrie, básní.
- ***Sport –*** tělesná cvičení, pohyb, turistika, jóga.

- ***Ruční práce*** **–** šití, vaření, udržování chalupy v provozním stavu, úprava domova, úklid bytu.
- ***Koníčky*** **–** hobby – zahrádka, hraní v amatérském orchestru, malování, kreslení, zpěv, zahradničení, cestování, psaní rodinné kroniky apod.

V prvé řadě bych si přála, abyste se zamysleli nad tím, *oč vám v životě jde.* Jde o to, co má pro vás v životě cenu, co se stává cílem vašeho života, oč se v životě snažíte, co vás k něčemu vybízí, ba co žene, co je ve vašem životě motivační (hnací) silou. Jde o sdělení vašich vlastních životních úkolů a cílů, vašeho vlastního zaměření. Jde mi o zjištění vaší odpovědi na otázku „mít pro co žít" – pro co žijete? Nechci úplný výčet vašich životních cílů, ale jen uvedení pěti životních cílů, které jsou pro vás osobně nejdůležitějších. K záznamu těchto pěti životních cílů slouží pět na formuláři vyznačených řádek.

Druhým krokem je u každého životního cíle vyznačení toho, jak moc se vám daří vámi uvedeného cíle dosahovat, jak moc jste spokojeni s dosahováním tohoto cíle. Míru uspokojení s daným cílem máte vyjádřit v procentech, tj. číslem od nuly do sta, kde nula říká, že nejste vůbec spokojeni s tím, oč se snažíte v dané oblasti, a sto naopak říká, že jste navýsost spokojeni s tím, jak se vám to daří. Tento číselný údaj zapište napravo do rubriky označené nadpisem „míra spokojenosti".

Třetím krokem je vyjádření důležitosti každého životního cíle – přesněji v rámci vámi uvedených pěti životních cílů. Představte si, že těchto pět úkolů tvoří dohromady 100% vašich snah. Těchto 100% snah máte rozdělit na uvedených pět životních cílů tak, aby dal dohromady stovku. Procenta pro jednotlivé životní cíle máte vepsat do levé kolonky u každé z pěti rubrik pro jednotlivé životní úkoly. Nakonec máte zkontrolovat, zda součet těchto pěti čísel (v pěti řádcích v levém sloupečku pod sebou) skutečně dává dohromady sto. To je vše co po vás chci.

To poslední, oč vás požádám, je označení příslušného místa křížkem na stupnici, která je na formuláři úplně dole. Můžete si představit, že jde o jakýsi teploměr, který měří spokojenost s vaším vlastním životem. Mezi vyznačenými extrémy (póly) udělejte křížek tam, kde se domníváte, že asi leží výše vaší spokojenosti s vaším životem. Děkuji vám. *(Křivohlavý, 2001, str. 245-247)*

Příloha č. 5 – Formuláře pro zjišťování kvality života u pacientů s tracheostomií

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

1) Pohlaví

□ žena □ muž

2) Věk

□ méně než 40 let □ 51 – 60 let
□ 41 – 50 let □ 61 a více let

3) Rodinný stav

□ svobodná/ý □ vdova/vdovec
□ vdaná/ženatý □ rozvedená/ý

4) Žijete

□ jen s manželem/kou □ s manželem/kou, dětmi
□ s přítelem/kyní □ jen s dětmi
□ s rodiči □ sám/sama
□ jinak…….

5) Zaměstnání

□ zaměstnaná/ý na plný úvazek □ zaměstnaná/ý na částečný úvazek
□ částečný invalidní důchod □ plný invalidní důchod
□ starobní důchod

6) Odstup od operace

□ 0 – 3 roky □ 7 – 10 let
□ 4 – 6 let □ 11 a více let

7) Onemocnění, které u vás vedlo k provedení tracheostomie?

……

8) Vyskytlo se toto onemocnění ve vaší rodině?

□ ne
□ ano /u koho?/…….

9) Kouření

■ před operací: □ ano /počet cig./den/…….. □ ne
■ po operaci: □ ano /počet cig./den/…….. □ ne

10) Alkohol

■ před operací: □ ano /množství/týden/…….
□ ne
■ po operaci: □ ano /množství/týden/…….
□ **ne**

[1]II. Metoda SEIQoL

3. Důležitost daného tématu v %	**1**. Životní téma - oč Vám v životě jde a oč Vám jde především (nejvíce)		**2**. Míra spokoje-nosti v %	Výpočty
	Heslovité vyjádření	Zpřesňující komentář		

[3] Součet % ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100% [2.] Možnost vyjádřit se v každém řádku pravého sloupečku od 0 do 100%

4. Míra spokojenosti se životem

◄----------►

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Celková hodnota ☐ QL:

◄----------►

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Celková míra spokojenosti se životem:

(Křivohlavý, 2001)

[1] Zkratka SEIQoL znamená „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life“ Program hodnocení individuální kvality života.