

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Kvalita života onkologických pacientů s chronickou bolestí

Bc. Petra Zielonková

Vedoucí práce:

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Praha 2015

Prague College of Psychosocial Studies



The quality of life in cancer patients with chronic pain

Bc. Petra Zielonková

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Prague 2015

ANOTACE

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života u onkologických pacientů s chronickou bolestí. Práce je rozdělená do dvou částí, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se autorka zabývá kvalitou života, jejími nástroji měření, výzkumy a vztahem mezi kvalitou života a bolestí. Druhá kapitola definuje chronickou bolest a její fyziologické a psychologické aspekty, popisuje diagnostiku chronické bolesti a její léčbu. Poslední kapitola se zaměřuje na psychoonkologii, vymezuje základní charakteristiky onkologického onemocnění, zabývá se psychologickou intervencí, zvládacími strategiemi a možnostmi psychoterapie. V empirické části diplomové práce jsou popsány cíle výzkumu, problémové okruhy, výzkumný soubor a použité metody, sběr dat a jejich zpracování a výsledky a závěr výzkumu. Cílem této práce bylo zjistit, jak onkologičtí pacienti s bolestmi hodnotí svou kvalitu života.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, onkologické onemocnění, onkologický pacient, chronická bolest.

ABSTRACT

This thesis deals with the quality of life of cancer patients with chronic pain. The work is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, the author deals with the quality of life, its measurement tools, research and the relationship between quality of life and pain. The second chapter defines chronic pain and its physiological and psychological aspects, describes the diagnosis of chronic pain and its treatment. The last chapter focuses on psycho-oncology, defines the basic characteristics of cancer, dealing with psychological interventions, coping strategies and possibilities of psychotherapy. The empirical part of the thesis describes the research objectives, problem areas, research sample and the methods used, data collection and processing, and the results and conclusions of research. The aim of this study was to determine how cancer patients with pain evaluate their quality of life.

KEYWORDS

Quality of life, cancer, cancer patient, chronic pain.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze, dne 27. 7. 2015

.....

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Jaroslavě Raudenské, Ph.D. za její vedení a pomoc při vytváření této diplomové práce, za její cenné rady, připomínky, odbornost a vstřícnost. Dále Mgr. Lívii Mayerové, které rovněž patří mé díky za veškerou péči, kterou mi věnovala, a taktéž sestřičkám a lékařům jednotlivých oddělení, jež mi umožnili tuto práci uskutečnit. V neposlední řadě patří mé poděkování všem pacientům, kteří byli ochotni se zúčastnit mého výzkumného šetření a umožnili mi tak zrealizovat mou diplomovou práci.

Obsah

ÚVOD	9
1 KVALITA ŽIVOTA	11
1.1 Nástroje pro měření kvality života a bolesti	13
1.2 Kvalita života u onkologických pacientů.....	15
1.3 Výzkumy v ČR a zahraničí	16
1.4 Bolest a kvalita života	18
2 CHRONICKÁ BOLEST	20
2.1 Fyziologické aspekty chronické bolesti	21
2.2 Psychologické aspekty chronické bolesti.....	22
2.3 Bolest u onkologických nemocných	23
2.3.1 Diagnostika chronické bolesti.....	24
2.4 Léčba	25
2.4.1 Farmakologické přístupy	26
2.4.2 Nefarmakologické přístupy	27
3 PSYCHOONKOLOGIE	29
3.1 Onkologické onemocnění a onkologický pacient	30
3.2 Psychologická intervence a zvládací strategie	34
3.3 Psychoterapie	37
4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	41
4.1 Cíle a záměr výzkumu.....	41
4.2 Problémové okruhy	41
4.3 Výzkumný soubor	43
4.4 Použité metody.....	45
4.5 Sběr dat a jejich zpracování	47
4.6 Výsledky výzkumu.....	48
4.6.1 Obecná charakteristika výzkumného vzorku.....	49

4.6.2 Domény WHOQOL-BREF a celková kvalita života	56
4.6.3 BAI – úzkost u výzkumného vzorku	75
4.6.4 BDI – deprese u výzkumného vzorku	77
4.7 Analýza	78
4.8 Závěr výzkumu.....	81
ZÁVĚR.....	83
SEZNAM LITERATURY	85

ÚVOD

Dnešní svět je jedna velká nabídka možností a cest, po kterých se člověk může vydat. Existující touha po tom mít vše, být nejlepší, s tím související stres a život v běhu, fenomény jako kouření, alkohol a pak i nešetrnost k životnímu prostředí mají vliv na zdraví člověka a jeho kvalitu žití. I přesto, že se lékařství stále rozvíjí a roste ve své dokonalosti, stále přibývá pacientů, jež bojují s tak zákeřnou nemocí jako je rakovina. Onkologičtí pacienti musí podstupovat maratón, do kterého patří různá vyšetření, odběry, chemoterapie a pak také psychické stavy, které s tímto onemocněním také souvisí. Tato práce se soustřeďuje ovšem ještě na jeden velký pojem a tím je chronická bolest. Výzkumy jak v zahraničí tak také u nás se zabývaly zjišťováním kvality života u onkologických pacientů hojně, ovšem ve spojitosti s dalším onemocněním, jak bývá samostatně chronická bolest označovaná, již minimálně.

Zabývání se tímto tématem je důležité jak pro lékaře, psychology a další odborníky, tak také pro samotné pacienty a jejich rodiny. Jeden z důvodů, proč jsem si vybrala právě tohle téma jeho možnost uplatnění v praxi a to mi přijde důležité. Také jsem chtěla zjistit, jak moc pacienti využívají psychologickou péči, která se mi jeví u zjišťování a zkvalitňování jejich života poměrně podstatná. Téma jsem si tedy vybrala proto, že je stále více aktuální a ve spojitosti s bolestí o to psychicky i fyzicky náročnější. Také je to oblast, ze které jsem ve své praxi měla největší obavy a díky této práci jsem se jí mohla hlouběji zabývat a lépe do ní proniknout.

Diplomová práce je rozdělená na dvě části a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První je věnována kvalitě života obecně i specificky u onkologických pacientů, dále popisuje

nástroje měření kvality života užívané u nás i v zahraničí, zabývá se výzkumy a také vztahem kvality života a bolesti, což je nedílná součást této tematiky. Druhá kapitola definuje chronickou bolest a její fyziologické a psychologické aspekty, popisuje diagnostiku chronické bolesti a její léčbu, kde je věnována pozornost jak farmakologickému přístupu, tak nefarmakologickému, kde patří metody psychologické a psychotherapeutické. Třetí kapitola se zaměřuje na psychoonkologii. Vymezuje základní charakteristiky onkologického onemocnění, zabývá se psychologickou intervencí, zvládacími strategiemi a možnostmi psychotherapie.

V druhé části práce, tedy části praktické, jsou popsány cíle výzkumu, problémové okruhy, výzkumný soubor a použité metody. Dále sběr dat a jejich zpracování, výsledky i závěr celého výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak onkologičtí pacienti s bolestmi hodnotí svou kvalitu života.

1 KVALITA ŽIVOTA

Přirozeností člověka a zdravým chováním je mít se dobře a toužit po štěstí. Lidé od pradávna usilují o růst, zdokonalování se, o pocit zadostiučinění a tedy spokojenosti se sebou samými. Již v řecké a římské mytologii najdeme koncepci kvality života a první práce zabývající se touto oblastí náleží už Aristotelovi. Pojem kvalita života byl poprvé v historii zmíněn ve 20. letech v souvislosti s ekonomickým rozvojem a materiální podporou státu nižších společenských vrstev a koncem 30. let byl pak zaveden Thordinkem také do psychologie (cit. dle Heřmanové, 2012).

Termín kvalita života má již dnes uplatnění v širokém spektru oblastí jako je např. psychologie, sociologie, antropologie, právo či lékařství. Každou danou sférou je také definován k jejímu obrazu. Obecně lze kvalitu života definovat jako vyjádření pocitu životního „štěstí“. Za nejobecnější znaky se pak považují soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost (Hartl a Hartlová, 2009).

Psychologické pojetí kvality života se snaží postihnout subjektivně prožívanou pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V sociologickém pojetí jsou naopak zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako např. status, majetek, vzdělání či životní úroveň speciálních skupin. Od 70. let je termín kvalita života užíván i v medicíně. Tento přístup je aktuální především při léčení onkologických pacientů a pacientů psychiatrických (Payne a cit. dle kol., 2005).

Světová zdravotnická organizace WHO popisuje kvalitu života ve vztahu ke zdraví jako vnímání lidí a jejich životních pozic v kontextu kultury hodnotových systémů, v nichž lidé žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám (Kebza, 2005). Ve kvalitě života se promítá výrazně úroveň osobní pohody (well-being),

úroveň schopnosti postarat se o sebe, úroveň mobility a schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života.

V rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze - a to subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne a kol., 2005). Zejména v poslední době, se lze již ale setkat s tím, že jsou ve výzkumech obě dimenze propojovány, objektivní podmínky života s jejich subjektivním nebo sociálně psychologicky podmíněným hodnocením. Individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl.

Zjišťování a měření kvality života jak u zdravých lidí, tak u pacientů je dnes již poměrně známým úkonem, který by měl být součástí lékařských vyšetření. Kvalita života pacientů s chronickými chorobami je do určité míry závislá na intenzitě a trvání symptomů onemocnění, jednotlivé symptomy zase závisí na aktivitě onemocnění, jeho formách, lokalizaci a rozsahu jako i na případných komplikacích. Rovněž je významně determinována psychickými a sociálními faktory (Gurková, 2011). Spokojenost se zdravím po psychické stránce a schopnost přijmout a zpracovat těžkost onemocnění, v tomto případě onkologického typu, a s ním související dané náležitosti je potřeba zachytit a k tomu patří psychologická intervence a psychologické a psychoterapeutické metody, které by se měly podílet na zvyšování kvality léčby a tím na zvyšování kvality života onkologických pacientů.

1.1 Nástroje pro měření kvality života a bolesti

Skutečnou výzvou v hodnocení kvality života je identifikování nástrojů, které je možné použít v konkrétní situaci a pro určitou zájmovou skupinu pacientů (Bonomi et al., 2000). Dosavadní výzkumy kvality života pacientů s chronickými chorobami se zaměřovaly na subjektivní vnímání onemocnění v jednotlivých oblastech života pacientů, na interní a externí determinanty kvality života těchto pacientů a hodnocení efektivnosti konkrétní terapeutické intervence v rámci klinických prospektivních studií (Gurková, 2011). Měření kvality života musí zachytit především hodnotící obraz této kvality respondenta samého a v případě pokročilejších postupů též zajistit možnost objektivizace a vzájemné srovnatelnosti těchto individuálních pohledů (Kebza, 2005).

Dnes máme k dispozici více než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života, které se liší počtem otázek, i počtem zkoumaných oblastí. Ještě předtím, než je měření započato, je potřeba si ujasnit odpověď na to, proč je u daných pacientů měření kvality života zapotřebí. Klasickým důvodem je komplexní hodnocení účinku určitého léčebného postupu, jeho dopadu na tělesný, psychický a funkční stav nemocného. I přestože ne vždy je užívání složitých dotazníků úplně vhodné kvůli jejich náročnosti či nesrozumitelnosti, mohou posloužit jako určitá strukturovaná osnova k rozhovoru, který by mohl být pro pacienta významný.

Nástroje měřící kvalitu života obsahující položky související s bolestí byly ve většině případů zrealizovány na širokém vzorku, jsou tedy spolehlivé a platné a citlivé na změny kvality života. Zmíním zde několik typů, jež se užívají především v zahraničí, ale jejich použití není výjimečné ani u nás. Patří sem:

- **Short Form-36** je snad nejpoužívanějším nástrojem pro zdravotní

vyšetření ve Spojených státech. Zkoumá všeobecný zdravotní stav a rozlišuje mezi různými typy bolestí. Z dotazníku Short Form-36 byla odvozena verze Short Form-12 vyvinutá pro použití ve velkých průzkumech celkové a specifické populace (Bonomi et. al., 2000).

- **Nottingham Health Profile** je standardní dvoudílný nástroj vyvinutý pro hodnocení různých forem intervence onemocnění. Jeho rozsah bolesti, energie a spánku vysoce koreluje s nepříjemností a vlivem bolesti na činnost a dávek analgetik (Bonomi et. al., 2000).
- **Sickness Impact Profile** byl vyvinut jako behaviorální základ pro posouzení dopadu nemoci na každodenní činnost (Bonomi et. al., 2000).
- **Utility Instruments**, dotazník měření užitečnosti, se stal populární v posledních deseti letech a to především v analýze efektivity nákladů a rozdělování zdrojů. Zahrnuje výsledky v oblasti zdraví vzhledem ke smrti a kompletnímu zdraví (Bonomi et. al., 2000).
- **World Health Organization Quality of Life Instruments** byl vytvořen ve dvou podobách a to WHOQOL-100 a WHOQOL-Bref. Užívá se k posouzení kvality života v rámci různých onemocnění, různé vážnosti nemoci a je použitelný v rámci kulturních rozdílů. Byl testován nejméně v 15 zemích po celém světě. WHOQOL-100 ačkoli je komplexní, jeho délka může znemožňovat jeho použití v klinických studiích. Je zaměřen na šest oblastí, což jsou tělesné zdraví, psychické funkce, sociální vztahy, prostředí, úroveň nezávislosti a spiritualita. WHOQOL-Bref byl zkrácen o dvě

poslední domény (Bonomi et al., 2000; Kebza, 2005).

1.2 Kvalita života u onkologických pacientů

Kvalita života je dána člověkem, jeho nadějemi, ambicemi, zkušenostmi. Je to stav pohody, který se skládá ze dvou komponent a to schopnosti provádět každodenní aktivity, které odráží fyzickou, psychickou, psychologickou a sociální pohodu a uspokojení pacienta s kontrolou symptomů spojených s nemocí anebo s léčbou (Vodvářka, 2004). Význam kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním je jak výzkumníky, tak lékaři dobře znám. Stav či podmínky, které totiž následují jak během léčby, tak ve většině případů také po léčbě, představují bolest, únavu, sexuální problémy, vzhled a problémy s představou vlastního těla. Kromě různých tělesných obtíží prodělává pacient také často velmi dramatický proces psychické a existenciální adaptace z důvodů ztrát nebo malých i velkých vítězství. Novější problémy, které mají vliv na kvalitu života těchto pacientů, je také stav jejich pojištění, strach o zdraví dětí a starosti o budoucnost rodiny v případě recidivy, také možnosti opětovného výskytu nádoru (Avis et al., 2005).

Hodnocení kvality života u onkologických pacientů je jedním z důležitých ukazatelů úspěšnosti léčby a může pomoci určit dlouholeté následky, kterým je potřeba věnovat pozornost, a snažit se jim předcházet (Avis et al., 2005). Pravidelné hodnocení kvality života související se zdravotní péčí u dospělých, ale také u dětí, může usnadnit komunikaci pacienta s lékařem, zlepšit spokojenost pacienta, identifikovat skryté komorbidity a pomáhat při klinickém rozhodování (Vetter, 2010). Tate uvádí, „že jen málo pacientů, a to i v zemích s vynikající úrovní výzkumu, je léčeno podle přesně dodržovaných protokolů“ (cit. dle Dostálové, 1996, s. 224).

Sledování kvality života v medicíně bylo nejdříve započato právě u onkologických nemocných pacientů. Terapie, která se snaží o prodloužení života těchto pacientů, totiž často svojí agresivitou kvalitu života těchto nemocných zhoršuje více než nemoc samotná. Proto je potřeba nejen tyto léčebné postupy posuzovat jak podle jejich klinických výsledků, tak ale i z hlediska kvality přežití nemocných. Monitoruje se tedy dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života. Každou z těchto domén můžeme také uvažovat samostatně, kdy stupeň uspokojení, nebo naopak frustrace v jednotlivých doménách může být velmi různý. Strádání v jedné oblasti nemusí vždy znamenat nedostatek v jiných oblastech (Payne a kol., 2005).

Za první pokus systematicky ohodnotit vliv onkologické léčby na kvalitu života bývá označována práce Karnofského z roku 1948. Užil měřítko od 0 % do 100 % k posouzení celkové funkční zdatnosti a to z pohledu lékaře (Payne a cit. dle kol., 2005). Dalším významným nástrojem ke stejnému typu hodnocení byl Spitzerův index kvality života, kde byly opět všechny parametry posuzovány z pohledu lékaře anebo sestry. To, jak pacient své onemocnění prožívá, se stává zásadně důležitým faktorem v moderní onkologické péči (Payne a kol., 2005). Není třeba zvlášť zdůrazňovat, jak by bádání v české psycho-onkologii prospěly standardizované nástroje k měření bolesti, únavy a kvality života (Hnilica, 2004).

1.3 Výzkumy v ČR a zahraničí

V ČR proběhlo nespočet výzkumu a bakalářských a diplomových prací, které se zabývaly zjišťováním kvality života u onkologických pacientů. Jejich hlavní cíl šetření se lišil např. druhem karcinomu, zaměřením se na konkrétní oblast našeho území, na věk nebo rozdílností dotazníků měřících

kvalitu života. Hlavní výzkumy, které jsou i pro tuto práci zásadní a to především z důvodu soustředění pozornosti jejich autorů také na psychické tenze a na bolesti, jsou práce docenta Hnilicy a Brychty zkoumající kvalitu života onkologických pacientů, a ze zahraničních autorů je to např. Elliott a další, kteří se pak zaměřují na chronickou bolest, depresi a kvalitu života.

Výzkum, který se zabýval vlivem únavy na kvalitu života onkologických pacientů na území České republiky, udává pořadí psychosomatických faktorů, které komplikují onkologickým pacientům život. Základním vliv připisuje únavě, po ní následuje bolest a psychická tenze. Pacienti si tedy v porovnání únavy a bolesti stěžovali signifikantně více na únavu, která bývala ovšem většinou důsledkem bolesti. Co se týče léčby analgetik, byla kladná odpověď navozena u 55 – 74 % pacientů, což je uspokojivé, vzhledem k tomu, že literatura udává 50 - 80 % nádorové bolesti jako nedostatečně léčenou. Pacienti léčení neopioidními analgetiky a slabými opioidy udávali přítomnost bolesti v 48,9 %, pacienti léčení silnými opioidy měli přítomnou bolest v 67,8 %. Zůstává otázkou, proč je u těchto pacientů bolest nedostatečně tlumená, když se udává, že až 90 % onkologicky nemocných s bolestí může být efektivně léčeno (Brychta a Hnilica, 2004).

Šetření zabývající se chronickou bolestí, depresí a kvalitou života vychází ze zkoumání plnoletých pacientů na klinickém zdravotnickém zařízení Panny Marie v Duluthu za použití dotazníku Short Form-36. Lékař a psycholog nezávisle na sobě použili polostrukturované rozhovory pro depresi, načež zařadili pacienty do jedné ze tří skupin: bez deprese, depresivní porucha, mírná deprese. Nikdo z pacientů neměl bolesti související s rakovinou. Výsledkem bylo, že pacienti s chronickou bolestí a depresí měli výrazně nižší skóre, než ti s nízkou depresí nebo nedepresivní, což znamená, že existuje významná korelace mezi depresí

a chronickou bolestí, jejichž závažnost nelze přehlížet (Elliott et al., 2003).

1.4 Bolest a kvalita života

Nejenom rakovina jako nemoc a její léčba má rozpoznatelný vliv na tělesný a psychický stav, na celkovou funkční zdatnost v oblasti společenského, pracovního i rodinného života, ale také síla bolesti a její chronicita, která neblaze působí na kvalitu života a proto je zapotřebí jí včas diagnostikovat a stále sledovat její intenzitu, dobu trvání, úlevu a interferenci s každodenním fungováním. Zahrnuje to nejen užívání léků, ale i fyzikální terapie, povzbuzení a zvýšení aktivity, psychosociální rehabilitace a terapii rodinnou (Moinpour et. al., 1993).

Zkušenost z prodělané bolesti má často škodlivý dopad na kvalitu života jednotlivců, omezuje totiž schopnost pracovat, udržovat sociální vztahy a vést produktivní život. I přestože má bolest značný vliv na kvalitu života, zaměření se soustřeďuje velmi často pouze na její zmírnění, spíše než aby se použil holistický přístup, který zahrnuje vyšetření všech životních oblastí zasažené bolestí. Je tedy potřeba pochopit nejen vlastnosti samotné bolesti, ale také její vliv na kvalitu života – to znamená, že je potřeba zapojit všechny jednotlivce a zkoumat obvyklé činnosti (Bonomi et. al., 2000). Většina nástrojů na kvalitu života byla ovšem navržena tak, aby posoudila dopad nemoci na pacienta, ale nejsou již speciálně vytvořena pro měření a výzkum bolesti (Moinpour et. al., 1993).

Mezi oblasti života nejčastěji postižené bolestí při nádorovém onemocnění patří fyzická, psychická a sociální pohoda (Bonomi et. al., 2000). Při hodnocení bolesti v klinických studiích je zapotřebí identifikovat šest základních domén, které je třeba zvážit pro efektivní léčbu chronické bolesti. Jsou to: bolest, fyzická funkce, emoční funkce, pacientem zhodnocené celkové zlepšení, symptomy a nežádoucí účinky a pacientův

temperament (Vetter, 2010).

Bolest jako samotnou lze definovat jako zhoršení kvality života. Lee a Rowlingston (cit. dle Moinpour et. al., 1993) tvrdili, že chronická bolest zhoršuje životní styl pacienta do té míry, že z pohledu pacienta se jeho kvalita života zhoršuje. Lékaři častokrát podceňují míru kvality života pacientů, uvádějí ji jako méně důležitou než pacienti a totéž se děje také u posuzování citlivosti na bolest. Zpráva pacienta o bolesti a úlevě od bolesti, také však informovanost o fungování pacienta v každodenním životě je zapotřebí ke komplexní strategii hodnocení, do jaké míry úspěšná léčba bolesti chrání a udržuje kvalitu života pacienta (Moinpour et. al., 1993).

2 CHRONICKÁ BOLEST

I přestože moderní medicína našla odpovědi na mnoho závažných otázek, problém bolesti nadále trvá. V minulém století vycházeli vědci z teorie bolesti, kterou navrhl René Descartes, jež se zakládá na tom, že poškození tělesných tkání podráždí specifická činidla a vlákna pro bolest pak vedou bolestivé impulzy míchou do ústředí mozku. Názor, že bolest však může být více než pouhým symptomem, už vyslovil v roce 1937 René Leriche (cit. dle Rokyty, ed., 2006). O něco později popsali krutou bolest Melzack s Loeserem ve fantomu a ukázali tak na možnou schopnost mozku vyvolat jakýkoliv zážitek, včetně bolesti, bez účasti zevního podnětu (Melzack, 1978).

Bolest lze definovat jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek vyplývající ze skutečného nebo potenciálního poškození tkáně nebo průvodních jevů takového poškození (Bonomi et. al, 2000). „*Bolest nás upozorňuje, že v našem těle probíhá chorobný proces*“ (Melzack, 1978, s. 9).

Bolest lze považovat za chronickou při době trvající déle než 3 - 6 měsíců. Stejně tak můžeme považovat za chronickou bolest také bolest kratšího trvání, pokud přesahuje dobu obvyklou pro dané onemocnění či poruchu (Rokyta, ed., 2009). Na rozdíl od akutní bolesti, kdy jde o přirozenou reakci organismu na poškození mající důležitý význam jako závažný varovný signál, nemá chronická bolest tuto varovnou funkci, ale nabývá sama o sobě charakteru nemoci (Vorlíček a Šefčík, 2010). Neexistuje lineární vztah mezi fyziologickým poškozením a intenzitou chronické bolesti nebo bolestivým chováním klienta.

Etiologie bolesti je mnohostranná. Bolest je velmi osobní záležitost

a její vnímání ovlivňuje celá řada genetických, fyzických, duševních, duchovních etnických i kulturních faktorů. Na vnímání bolesti mají také vliv dřívější zkušenosti a znalosti, jak bolest zmírnit a také vliv a podpora blízkých a rodiny pacienta.

2.1 Fyziologické aspekty chronické bolesti

Bolest je nepříjemný pocit, vyvolaný drážděním volných nervových zakončení – receptorů bolesti. Jsou umístěny hlavně v kůži (90 %), pak také ve sliznici, okostici, pohrudnici, pobřišnici, v zubní dřeni, v mozkových obalech a v některých velkých cévách (Dušová, 2007). Bolest vnímanou na periferii těla nazýváme nociceptivní a je vnímána receptory zvanými nocisenzory. Jsou to vysokoprahové mechanoreceptory, polymodální receptory Ruffiniho a Krauseho tělíska reagující na zvýšení nebo snížení teploty a vlastní receptory bolesti, které jsou za normálních okolností mlčící a uplatňují se pouze, když nastane bolest. Bolest nociceptivní může být také chronická. Další typ bolesti je psychogenní a je vnímán pouze centrálně, na úrovni limbického systému, který je určen pro percepci a řízení našich emocí, v mozkové kůře, kde může vzniknout i centrální neuropatická bolest. Psychogenní bolest se vyskytuje pouze u psychiatricky nemocných lidí, především u schizofrenie a deprese (Rokyta, ed., 2009; Kozák, ed., 2010).

Bolest začíná na periferii, je vedena z nocisenzorů do míchy pomalu vedoucími myelinizovanými nebo nemyelinizovanými vlákny. V míše se vede do Rexedových zón v šedé hmotě míšni. Chronická bolest je vedena jinými dráhami a to dráhou spinoretikulotalamickou, jež vede z míchy přes retikulární formaci v mozkovém kmeni do mediálních částí talamu, do limbického systému. Chronická bolest je doprovázená i emočně afektivní složkou, jejíž dráhy vedou do určitých oblastí prodloužené míchy a pak do hypotalamu a amygdaly (Rokyta ed., 2009; Kozák, ed., 2010).

Podrobné zkoumání mechanismů bolesti a zdokonalování jednotlivých hypotéz přispělo nejen k lepšímu přístupu k bolesti, ale také k pochopení původně záhadných bolestivých stavů jako je např. fantomová bolest, přispělo k rozvoji chirurgie bolesti a celkově k její léčbě.

2.2 Psychologické aspekty chronické bolesti

Bolest je signál nemoci nebo úrazu zpravidla při nějaké zátěži, např. při únavě, porodu. Je to psychický stav, jehož výsledkem je pocit, který odpovídá poškození tkáně, nebo pocit, který je trpícím takto hodnocen (Kozák, ed., 2010). Ve 30. a 40. letech 20. století se zvýšil zájem o psychické faktory u somatických nemocných. Stále trvající bolest, pro kterou nebylo možné nalézt vysvětlení, byla označována jako obrana proti psychickým konfliktům. Na základě její léčby, kde byly užívány psychoanalytické přístupy, vznikla psychosomatická medicína, která předpokládala, že somatické nemoci mohou mít i psychogenní základ (Dušová, 2007). Mezi faktory, které ovlivňují prožívání bolesti, patří kulturní a etnické faktory, faktory psychické a osobnost jedince, také věk a zkušenost, očekávání, charakter bolesti, její význam, lokalizace a v neposlední řadě také mezilidské vztahy.

U pacientů s chronickou bolestí se velmi často objevují depresivní poruchy, což má za následek u onemocnění ještě velkou zátěž. Deprese je heterogenní skupina afektivních poruch, od poruchy přizpůsobení s depresivními příznaky, k hlavní depresivní poruše. Její prevalence se u těchto nemocných pohybuje od 10 % – 90 %. Strang a Qvarner také zjistili, že intenzita bolesti související s rakovinou, souvisí i s úzkostí a depresí a narušuje tak oblasti fyzických a sociálních funkcí (cit. dle Moinspourea et al., 1993). Deprese je hlavní překážkou pro účinnou úlevu od bolesti, zesiluje i vnímání bolesti, a proto musí být diagnostikována.

Diagnóza depresivních poruch je závislá na různých klinických dotaznících, jako je např. Beckův inventář deprese, který byl využit i v této práci (cit. dle Elliotta et al., 2003).

2.3 Bolest u onkologických nemocných

Bolest lze dělit mnoha způsoby. Můžeme na ni pohlížet z časového hlediska a tak ji rozdělit na akutní bolest a chronickou. Další dělení je na základě jejích typů na bolest primární a sekundární, anebo z hlediska jejího umístění. Z praktického hlediska jde na bolest také nahlížet jako na nenádorovou a nádorovou. Jelikož se tato práce zabývá onkologickými pacienty, budu se dále zabývat pouze bolestí nádorovou.

Bolest u onkologických onemocnění přichází až u pokročilejšího onemocnění, zpočátku se nádor bolesti neprojevuje. Později má charakter chronické bolesti, která má obvykle tendenci k postupnému zvyšování intenzity. Bolest je hluboký negativní prožitek, který nepříznivě ovlivňuje pacienta, ruší jeho spánek a tím pacienta vysiluje. Bolest snižuje jeho schopnost se soustředit, aktivuje stresovou reakci a především připomíná přítomnost choroby, zvyšuje úzkost a ta opět zvyšuje vnímání bolesti. Chronická bolest je dále spojená se ztrátou chuti k jídlu, to spolu s imobilizací může přispět k atrofii svalů a k odvápnění kostí, při nesnadné pohyblivosti příslušné části těla pak zvyšuje pravděpodobnost žilních trombóz a embolií. Bolest v oblasti hrudníku zmenšuje dýchací pohyby a tím zvyšuje náchylnost k zánětům dýchacích cest a ke vzniku pneumonie. Vedlejší účinky léčby nádorové bolesti, jako je např. nevolnost a zvracení, mohou být stejně vysilující jako bolest způsobená samotnou rakovinou (Bonomi et al., 2000). Na základě výčtu těchto několika souvislostí mezi bolestí a zhoršováním celkového stavu nemocného je patrné, že je důležité udělat vše potřebné k odstranění nebo alespoň zmenšení intenzity

bolesti (Adam aj., 2003, s. 61).

Jak bylo už řečeno, je onkologických pacientů bolest příznakem spíše pozdním. Asi 1/3 pacientů přichází s bolestí, která signalizuje již rozvinuté onemocnění. V pokročilém stádiu trpí bolestí asi 70% pacientů a v konečném mívá chronické bolesti kolem 90% pacientů. U více jak 2/3 z nich je bolest zdůvodněná vlastním nádorovým onemocněním, u dalších je důsledkem náročné protinádorové léčby a jen asi 5% pacientů trpí chronickými bolestmi jiného přidruženého onemocnění (Dostálová, Kulhavý a Nouza, ed., 1996; Adam aj., 2003).

2.3.1 Diagnostika chronické bolesti

Při vyšetření chronické bolesti platí základní pravidlo a to, že se má nemocnému vždy při jeho výpovědi o bolesti důvěřovat. Jak říká McCaffery: „*Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká*“ (cit. Dle O'Connor a Aranda, 2005).

Objasnění příčiny bolesti je základním předpokladem úspěšné léčby. Onkologičtí nemocní mívají často více než jeden bolestivý problém. Proto u každé nové bolesti je třeba znovu provést analýzu, zda tuto bolest nelze řešit jinak než přidáním analgetik. Při diagnostice bolesti je zapotřebí zjistit místo bolesti, její vyzařování, změny v průběhu dne, charakter bolesti, sílu bolesti, její vliv na spánek atd. Z praktického hlediska je velmi významné rámcové zhodnocení pacientova psychického stavu a míry sociálního distresu (Vykazuje pacient známky úzkosti a deprese? Jaké má pacient rodinné a sociální zázemí?). Velmi významná je podrobná farmakologická anamnéza a cílené zjišťování případného abúzu a lékových závislostí. Vyšetření je potřeba provést na začátku léčby a poté při každé změně lokalizace, intenzity nebo charakteru bolesti (Adam aj., 2003; Vorlíček a Ševčík, 2009; Kozák, ed., 2010).

V každodenní léčebné péči se při rozhodování o dávce analgetik, případně jiné formy léčby, řídí především intenzitou bolesti jako hlavním faktorem rozhodujícím o celkovém vlivu bolesti na pacienta. Silnou bolest je nutné považovat za neodkladný klinický stav, který vyžaduje okamžité řešení. Zachytit a kvantifikovat pacientem udávanou intenzitu představuje ale z mnoha důvodů poměrně složitý metodologický problém. Výzkumy z posledních let ukazují, že např. emoční stav velmi významně spoluurčuje pacientův údaj o intenzitě bolesti. Nebo je určení intenzity obtížnější tam, kde je verbální komunikace s nemocným ztížená nebo nemožná. V těchto případech je velmi důležité doplnit celkové hodnocení bolesti o pečlivé pozorování projevů bolestivého chování (Vorlíček a Ševčík, 2009; Kozák, ed., 2010).

Pro hodnocení bolesti se používá řada stupnic. Jako příklad uvádím vizuální analogovou škálu, kterou jsem také uplatnila ve svém výzkumném šetření. Vizuální analogová škála je úsečka o délce 10 cm. Její levý konec je označen jako „žádná bolest“, tedy 0, a pravý konec jako „nehorší možná bolest, jakou si umíte představit“, tedy 10. Pacient na úsečce označí, za jak silnou považuje svou momentální bolest.

2.4 Léčba

Základem léčení onkologické bolesti je zlepšení kvality života snahou o zabezpečení nemocnému bezbolestného spánku, zajištění úlevy od bolesti v tělesném klidu i při tělesné aktivitě. Léčení bolesti u onkologicky nemocných je důležitou součástí podpůrné léčby, protože bolest doprovází pocity úzkosti, strachu a deprese (Dostálová, Kulhavý a Nouza, ed., 1996).

Světová zdravotnická organizace vypracovala v roce 1990 systém, který má pomoci zdravotnickým pracovníkům při léčbě nádorové bolesti. Doporučení k léčbě bolesti jsou „podle hodin“, což znamená pravidelné

podávání analgetik, „perorálně“, tedy snažit se podle možností vždy podat léky ústy a „podle žebříčku“. Většina doporučení pro léčbu bolesti vychází z rozdělení bolesti do 3 stupňů. Jestliže pacient popisuje na hodnotící stupnici bolest jako mírnou (stupeň 1 – 4), obvykle poměrně málo omezuje somatické nebo psychické funkce pacienta a k jejímu zmírnění obvykle stačí neopioidní analgetika. Důležitá je edukace pacienta. Když se bolest zhoršuje, přetrvává, nebo se zvyšuje i přes úpravu dávky, hovoříme o středně silné bolesti (stupeň 5 - 6), která již obvykle ovlivňuje některé oblasti pacientova života. Zde je potřeba již zahájit farmakologickou léčbu. Pokud bolest i nadále přetrvává, nebo se zhoršuje a pacientem je hodnocena jako silná (stupeň 7 - 10), je nutné rychle zahájit léčbu dostatečně účinnými analgetiky (O'Connor a Aranda, 2005; Rokyta, 2006).

Cílem léčby je úplná bezbolestnost. Nežádoucí účinky analgetik tento cíl ovšem limitují, a proto je optimální výrazné snížení bolesti. Při léčbě bolesti je nezbytný dobrý vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Mimořádně důležité je pochopení a spolupráce rodiny a přátel nemocného. Základním pilířem léčby chronické bolesti je medikamentózní léčba, vedle které je důležité zmínit také nefarmakologické možnosti práce s pacientem (Adam aj., 2003; Vorlíček a Ševčík, 2009).

2.4.1 Farmakologické přístupy

Analgetika jsou léčiva používaná k potlačení bolesti. Rozdělujeme je do dvou velkých skupin a to na neopioidní a opioidní. Neopioidní analgetika fungují tak, že snižují tvorbu látek, které zvyšují vnímání bolesti. Opioidní analgetika pak tlumí bolest aktivací opioidních receptorů v centrálním nervovém systému. Podle třístupňového žebříčku se u mírných bolestí doporučuje začínat s neopioidními analgetiky. Pokud to nestačí (u středně silné bolesti), mají se přidat slabší opioidní analgetika. A jestliže

nepostačuje ani toto, mají se slabé opioidy vyměnit za silné (Rokyta, ed., 2009; Kozák, ed., 2010; Vorlíček a Ševčík, 2009). Dávky silných opiátů, jako například morfinu, mohou být zvyšovány prakticky neomezeně, preferuje se perorální podávání léků. Je důležité sledovat vedlejší účinky analgetik a potřeba nezbytně kontrolovat účinnost analgetické léčby (Dostálová, Kulhavý a Nouza, ed. , 1996).

Při nádorových bolestech se k těmto základním lékům mohou přidávat další doplňující medikamenty nazývané též jako koanalgetika, kde jde např. o antidepresiva, anxiolytika atd.

2.4.2 Nefarmakologické přístupy

Léčbu chronické bolesti lze do jisté míry ovládnout svépomocnými psychologickými prostředky, které jsou velmi rozšířené již od 60. let v USA. Zde ve 20. stol. také vznikl psychologický směr nazývaný funkcionalismus, který je pokládán za nejvíce vhodný přístup k léčbě chronické bolesti. Soustřeďuje se především na léčbu bolesti a začlenění pacienta co nejdříve do jeho produktivní a smysluplné společenské role, uznává důležitost hodnocení a léčby nejenom biologických, ale také psychologických a sociálních faktorů, které totiž přispívají k chronické bolesti během pacientova onemocnění. Na rozdíl od studia abstraktních obsahů vědomí zdůrazňuje důležitost poznání, jak se psychika přizpůsobuje prostředí a tak se zaměřuje na praktické problémy (Vetter, 2010).

Techniky a postupy, které se využívají, jsou např. **terapie hudbou**, velmi účinné jsou sugestivní metody a **hypnóza**. Vhodné jsou také **relaxační metody** jako svalová relaxace, která je spjatá se zklidněním mysli. Díky relaxaci může docházet ke zvyšování odolnosti vůči bolesti nebo k jejímu sníženému vnímání či ovládnutí. Využívá se nácvik

autogenního tréninku dle Schulze, Jacobsonova progresivní relaxace či cvičení z jógy. **Biologická zpětná vazba** učí pacienta pomocí přístrojů regulovat svůj vegetativní systém. Dále **imaginativní techniky**, při kterých se pracuje s představami pacienta za jeho hluboké relaxace. Jak zacházet se strachem a najít strategie ke zvládnání bolesti pak učí **kognitivně-behaviorální terapie**. Přestože jsou tyto metody okrajové, měly by být součástí léčby a doplňovat tak farmakologické přístupy (Dostálová, 1986; O'Connor a Aranda, 2005).

3 PSYCHOONKOLOGIE

Psychoonkologický přístup k onkologicky nemocným se liší od medicínského tým, že vychází z multifaktoriálního chápání etiologie a to i v terapii, tedy z bio-psycho-sociálního modelu Engelova. Psychoonkologie je interdisciplinární obor, který se nalézá v průniku psychologie, psychoterapie a onkologie. Zkoumá psychogenní příčiny nádorových onemocnění a možnosti jejich léčby psychologickými prostředky, psychoterapií. V neposlední řadě se dále zabývá vyrovnáním se s nádorovým onemocněním (Dostálová, 1986; Tschuschke, 2004; Hartl a Hartlová, 2009, s. 486).

Tým pracující s lidmi s onkologickým onemocněním se skládá z onkologů, radioterapeutů, sester a dalších odborníků, mezi které patří také psychiatři a psychologové. Tito odborníci pracují nejenom s pacientem samotným, s jeho úzkostí, strachem, obavami, ale také s jeho rodinou. Psychiatři zabývající se o výzkum psychofyziologických a emočních faktorů, které souvisejí s rakovinou a její léčbou, dali základ oboru psychoonkologie. Psychoonkologická péče snaží obnovit schopnosti postiženého jedince, aby byl schopen se účastnit profesního a sociálního života.

Psychoonkologická péče by měla být poskytována všem pacientům s rakovinou a měla by zahrnovat především doprovázení pacienta po dobu léčebného procesu. Psychoonkologická léčba by měla být indikována tehdy, když pacient vyjádří přání psychologického doprovodu, případně pokud se v rámci nádorového onemocnění objeví tělesné nebo psychické obtíže, nejlépe co nejdříve po stanovení diagnózy. Je tedy důležité, aby byl pacient

o psychoonkologických terapeutických metodách informován. Tento druh péče by měli provádět psychologové nebo speciálně vyškolení lékaři.

Diagnóza rakoviny vyvolává zpravidla šok. I přesto se na ni již v dnešní době především z pohledu lékařů nahlíží spíše jako na chronické onemocnění, než na osudové znamení konce. I když stále stoupá pravděpodobnost tohoto onemocnění během let, úměrně tomu také roste počet lidí, kteří rakovinu přežijí. Psychoonkologie je poměrně novou metodou, která nabízí další možnosti a způsoby, které mohou být nápomocny jak nemocným, tak také rodinným příslušníkům. V mnoha případech je dokazatelné, že to, jak člověk danou situaci prožívá, do jaké míry cítí, že může ovlivňovat průběh nemoci, a dle toho, jaké podpory se mu dostává, má vliv na celkový průběh nemoci.

3.1 Onkologické onemocnění a onkologický pacient

Za obecným označením rakovina se neskryvá pouze jedno onemocnění, nýbrž přes 200 různých druhů chorob, které mají společné jedno a to nekontrolovatelný růst a kumulaci málo diferencovaných nebo zcela nediferencovaných buněk. Zájem o rakovinu je odedávna tak velký, jako o žádné jiné onemocnění. Je o ní psáno v mystickém duchu jako o symbolu zla. Lockhart rakovinu popisuje metaforicky stejně jako raka, většinou neviditelného nočního živočicha, který se svým nesmyslným pohybem vzad pohybuje vpřed. Toto označení poprvé použil Galen u žen s karcinomem prsu (cit. dle Tschuschke, 2004; cit. dle Nezu a kol., 2004).

Na základě statistických údajů poskytovaných Světovou zdravotnickou organizací bude onkologických pacientů přibývat. Odhaduje se, že incidence rakoviny do roku 2030 významně vzroste a úmrtí na rakovinu se zvýší ze 7,9 milionů na 13,1 milionů ve světě. V České republice zemře na zhoubné onemocnění každý čtvrtý obyvatel. Muže nejčastěji postihuje nádor

plic, kůže, žaludku, tlustého střeva, konečníku a prostaty. V ženské populaci je to nádor prsu, kůže, vaječníků, tlustého střeva, dělohy. Brzké odhalení a pokrok v medicíně ovšem znamená také navýšení přeživších, což představuje asi 25 milionů lidí na zemi.

Při studiu nepříznivých životních událostí v anamnéze osob studovaných v nejrůznějších souvislostech se ukázaly jako důležité vztahy psychosociální zátěže v anamnéze a vzniku nebo průběhu později diagnostikovaného onkologického onemocnění (Dostálová, Kulhavý a Nouza, ed., 1996). Tyto faktory shrnul Horne s Picardem a zařadili zde: psychosociální zátěž v dětství jako alkoholismus, rozvody nebo úmrtí rodičů, opakovaná stěhování a psychosociální zátěž v dospělosti, kam zařadili ztrátu a časté střídání zaměstnání, chronické stresy v zaměstnání, krizi a nestabilitu v manželství, chybění plánů do budoucna a významné ztráty blízkých lidí (cit. dle Adama aj., 2003).

Rizikové faktory, které mohou rozvoj rakoviny ovlivňovat, spadají do několika kategorií. Mohou zde hrát roli genetické dispozice, kdy hovoříme o tzv. familiárním výskytu, což znamená, že určitý typ nádoru se vyskytl vícekrát v rámci jedné rodiny (rodinná anamnéza). Nebo může k rozvoji rakoviny vést vystavení určitým virům. Další ohrožující faktory jsou tvořeny proměnnými životního stylu jako je kouření, konzumace alkoholu, nedostatečná fyzická aktivita, stravovací návyky či sexuální chování. Také zaměstnání a životní prostředí se podílejí na možné souvislosti se vznikem tohoto onemocnění (Nezu a kol., 2004, Vorlíček aj., 2006). V souladu s dnešními vědeckými poznatky tedy hovoříme o multifaktorovém vzniku rakoviny.

Výsledky léčby lidských zhoubných nádorů jsou přímo závislé na včasné diagnóze, kterou determinují tři podstatné faktory: nádor, pacient a lékař. Nádor lze chápat jako rozsah změn, které jsou už schopné vyvolat

první symptomy a těžkosti. Informovanost společnosti o základních a alarmujících příznacích a uvědomění si takových příznaků vede k vyhledávání včasné léčby a tedy větší šance na uzdravení (Maňka aj., 1979). Nádorová onemocnění jsou charakterizovaná nekontrolovatelným růstem a rozsahem abnormálních buněk. Příčinou takového růstu je porucha regulace buněčného cyklu, což způsobuje, že se mechanismus dělení buněk nezastaví a tak vznikají další nezralé buňky se stejnou chybou v genetické informaci, které nejsou schopné vykonávat svou původní funkci a rozrušují buňky zdravé do té doby, než vznikne kompaktní masa nového tkaniva a vytvoří nádor (Heretik aj., 2007).

Léčení onkologických onemocnění se liší od léčby jiných chorob především svou zátěží, kterou pro pacienta představuje, neboť je zaměřená proti části člověka, jeho nádorovým buňkám, ale tím se nelze vyhnout také buňkám zdravým. S tím souvisí výskyt nežádoucích účinků a zhoršování kvality života. Léčba rakoviny se obecně člení do čtyř hlavních bodů: operace, ozařování, chemoterapie a biologická terapie. Léčba je kombinací různých postupů, je multimodální, a primárně se využívá jeden z těchto postupů, a ten je pak pro daný typ rakoviny hlavní léčbou.

- **Chirurgická léčba** je nejstarší formou léčby rakoviny a má stále klíčovou roli v komplexní léčbě lokalizovaných nádorů (Bauer, 1994). Jejím hlavním cílem je odstranit primární nádor, ale také i sousední zdravé tkáně, anebo v druhé řadě reziduální nádory, které už byly před tím jinak léčeny, aby se zmenšil jejich objem. Operací se vyléčí více než jakoukoli jinou formou. Operace se užívá i k tomu, aby podpořila ostatní způsoby léčby jako chemoterapii nebo ozařování. Na druhé straně je to pouze lokální zásah, který řeší pouze určité místo postižené nádorem.

Pokud vznikla druhotná ložiska – metastázy – ztrácí tento způsob původní opodstatnění.

- **Chemoterapie** je léčba synteticky vyrobenými látkami, které zasahují do buněčného cyklu rychle se dělících abnormálních buněk tak, že jim brání v dalším dělení. Používá se k léčbě rakoviny u hematologických a pevných nádorů. Je to léčba celková, systémová (Bauer, 1994). K nepříjemné součásti této léčby patří vedlejší účinky jako ztráta vlasů, snížení počtu bílých krvinek a krevních destiček, nevolnost, zvracení, průjem a bolesti především v oblasti úst. Její nevýhodou je, že se musí v cyklech opakovat po dobu několika měsíců, čímž se zhoršuje kvalita života pacientů, kteří se jí podrobují.

- **Radioterapie** se také používá k léčbě zhoubných nádorů. Radikální radioterapie je *„lékařské ozáření, jehož cílem je dosažení vysokého stupně lokální kontroly nádoru a vyléčení pacienta“* (Šlampa a kol., 2014, s. 23). Ozařování působí na buněčné úrovni tak, že využívá vlnění nebo částic s vysokou energií, které buňky ničí. Poškozuje sice také normální buňky, ale ty jsou odolnější a - pokud je zacílení na nádor přesné, je postiženo zářením pouze bezprostřední okolí nádoru. Zdravé buňky v okolí pak časem postiženou tkáň nahrazují.

Nejcitlivější na radioterapii jsou nádory nezralé, dediferencované. Čím je nádor zralější, tím je na radioterapii méně citlivý. Vhodné k této léčbě jsou např. maligní kožní nádory, rakovina děložního hrdla a počáteční stadium rakoviny varlat. Nejobvyklejším vedlejším účinkem mimo průjem, ztráty

vlasů je únava. Dříve u méně energetických zdrojů záření se objevovala i velmi nepříjemná lokální reakce v místě ozáření, což u vysokoenergetických přístrojů používaných v současnosti už nevzniká. Technické parametry v přístupu k radioterapii jsou dnes velmi složité a vyžadují dlouhodobé školení odborníků, jak dokladují vysoce odborné publikace v této oblasti (Šlampa a kol., 2014).

- **Biologická terapie** je novější typ léčby rakoviny, který využívá modifikátorů biologické odpovědi stimulujících k boji proti nádorovým buňkám pacientův vlastní imunitní systém tak, aby sám vytvořil reakci na terapii. Jeho využití je ale poněkud problematické, protože imunitní systém ne vždy identifikuje rakovinné buňky jako cizí. Používá se u specifických nádorů, jakými jsou některé leukemie, melanom nebo zhoubný nádor ledviny.

Cílem terapie je tedy léčba, která je možná jen u některých nádorů jako např. rakoviny varlete, nebo kůže. Dále je terapie zaměřená na kontrolu, čímž je míněno omezení či ohraničení nádoru, když možnost léčby neexistuje. Paliativní péče je pak zaměřená na zmírnění symptomů tam, kde radikální léčba již možná není (Nezu a kol., 2004).

3.2 Psychologická intervence a zvládací strategie

V efektivní léčbě rakoviny tedy došlo k velkému pokroku. Ačkoli je u pacientů možné pečovat o jejich rozsáhlé léčebné potřeby, často se ale stále přehlíží jejich potřeby psychosociální a emoční. Psychické stavy, které je možné pozorovat u nemocných s nádorovou chorobou, jsou úzkost,

pocity samoty a opuštěnosti, deprese a kognitivní a organické duševní poruchy a emocionální stres, který nepříznivě koreluje s průběhem nemoci. S tímto pak souvisí následující práce s pacientem, ve které je důležité zmínit psychologickou intervenci a copingové strategie, a také práci s rodinou, jejíž podpora je víc než důležitá.

Koncept zvládání se dá nejlépe popsat výrazem zvládání nemoci, což znamená zvládnout ji, vypořádat se. Častou otázkou pacientů je, zda určité zvládací chování nebo určité vnitřní nastavení zvyšuje šance na přežití. Na toto nelze jednoznačně odpovědět, platí však, že psychická zátěž spojená s diagnózou a průběhem onemocnění způsobuje obrovskou nejistotu a strach, které na pacienta působí a mají vliv. Z různých zkoumání vyplývá, že postižení využívající aktivní a nápomocné zvládací strategie, jako je kupříkladu hledání informací, aktivní snaha o vhodnou léčbu, hledání podpory, bojové nastavení, žijí život výrazně vyšší kvality. Pacientovi, který není dostatečně psychicky stabilní a nemá k dispozici zdroje pro zvládání nemoci, by měla být opatřena profesionální pomoc (Tschuschke, 2004; Angenendt aj., 2010).

Zvládání se snaží vyrovnat se situaci nemoci prostřednictvím vědomého zacházení s reálně danými fakty. Naproti tomu se u člověka objevuje i opačný druh vyrovnávání se s nemocí a to je obrana. Ta směřuje k tomu, aby vše ohrožující zůstalo v dostatečné vzdálenosti, a slouží tedy jako určitý nevědomý filtr pro příchozí informace týkající se onemocnění. Zvládání musí být v nejširším slova smyslu chápáno jako kognitivní a behaviorální reakce jedince na onemocnění a zpracování nemoci jako proces, který se postupem času mění.

Psychologická intervence je systematicky aplikovaná profesionálními psychology a psychoterapeuty a nabízí pacientům vedle standardní indikované onkologické léčby doplňující a podpůrné opatření. Stále více

studií ukazuje příznivý vliv psychosociálních opatření, které zajišťují také zvyšování kvality života. Sociální opora nebo cílená psychologická intervence mohou prodloužit dobu přežití bez recidivy, anebo zvýšit celkovou šanci nemocných rakovinou na přežití. Blake-Mortimer et al. uvádějí, že - pokud pacient trpí onemocněním ohrožujícím jeho život, je to pro něho i pro jeho okolí potenciální katastrofa a ukazatel vlastní smrtelnosti, což téměř pro každého znamená akutní psychický stres. Opakovaně je diagnostikována také posttraumatická porucha a objevují se také psychiatrické poruchy (cit. dle Tschuschke, 2004).

Diagnóza onkologického onemocnění se u člověka projevuje počátečním šokem následujícím duševním rozrušením, které se projevuje podrážděností, nechutenstvím a poruchami spánku, úzkostí a depresí. Tato přechodná reakce na krizovou situaci přechází do jednoho až dvou týdnů, obvykle v průběhu několika dnů (Dostálová, Kulhavý a Nouza, ed., 1996). Fawzy v souvislosti s možným využitím psychosociálních intervenčních metod u onkologických pacientů, rozlišuje pět fází „nádorového prožívání“ (cit. dle Angenendt aj., 2010, s. 102)

1. zjištění diagnózy,
2. léčba,
3. zotavování,
4. případný nástup recidivy,
5. terminálně-paliativní opatření.

O krizi hovoříme tehdy, pokud velmi zvýšená úroveň psychického a fyziologického vzruchu vzniklá na základě situačních požadavků překročí možnosti zvládnání jedince. Poradenská metoda, která s takovouto krizí pracuje, se nazývá krizová intervence. Je časově omezená a cílená

na překonání problému tady a teď. Jde jí o stabilizaci funkční úrovně jedince a jeho rodinných příslušníků do fáze před vypuknutím krize. Psychoterapeutická pomoc u pacientů s rakovinou má oproti tomu různé cíle, svou pozornost zaměřuje na onemocnění a jeho implikaci a zkoumá ty aspekty minulosti a současnosti, které ovlivňují přizpůsobení se nemoci (Tschuschke, 2004; Angenendt aj., 2010).

3.3 Psychoterapie

„Výraz psychoterapie pochází z řečtiny a je složen ze dvou slov: psyché a therapón. „Psyché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj v sobě samé, byla synonymem života a vyjadřovala u člověka i vztah k životu.“ (Vymětal a kol., 1997, s. 13). Dnes je chápána jako lidská subjektivita, o níž se zajímá především obor psychologie. „Therapón“ je výraz pro služebníka, průvodce a opatrovníka bohů a sloveso znamená sloužit či o někoho pečovat. Dnešní pojetí chápe terapii jako léčbu vědeckými postupy, jimiž se napomáhá uzdravě a tuto činnost vykonává terapeut (Vymětal a kol., 1997). Psychoterapie je léčba pomocí psychologických prostředků, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí.

Psychoterapie u pacientů s rakovinou je zaměřená především na psychosociální problémy související s onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Obecným cílem jako u paliativní somatické léčby je zlepšit kvalitu života přežití těchto nemocných. Potkává se také ve snaze o utlumení a zvládnutí bolesti, ve snaze o zmírnění vedlejších účinků po protinádorové léčbě a vyznačuje se společným zájmem o navrácení pacienta do jeho sociálního prostředí. *„Samostatným cílem psychoterapie je vyrovnávání se s faktem choroby a růst osobnosti nemocného“ (Dostálová, 1986, s. 66).*

Pacienti s onkologickým nemocněním se musejí vypořádávat se spoustou změn, které s sebou toto onemocnění přináší. Jistá zkoumání zjistila, že strach z rakoviny a ze smrti je podřízen strachu z opuštěnosti, z odmítnutí jinými lidmi a z izolace. Pacienti také řeší své tělo a jeho možné proměny, které jsou způsobeny chirurgickými zákroky či léčbou ozářením, z nichž má pacient již sám o sobě obavy. Chemoterapie jako jedna velká neznámá představuje další nejistotu jak v léčbě, tak také svými nežádoucími účinky. Největším psychickým šokem je pro většinu nemocných ztráta vlasů. I přesto, že je to z hlediska vedlejších účinků neškodný, nedůležitý a dočasný důsledek léčby, pacienti tento efekt hodnotí jako něco, co člověku připomíná a viditelně ukazuje přítomnost onemocnění rakoviny. Emoční rozladěnost, pocity beznaděje, zranitelnost a pocity bezmoci či agrese jsou projevy, se kterými je potřeba pracovat, aby tak mohla být léčba kompletní a určitým způsobem pro nemocného také uchopitelnější.

Další oblastí, ve které je psychoterapie a vůbec psychologická pomoc žádoucí, je návrat pacienta do rodiny a do společnosti. Většina zaměstnaných pacientů na základě určitého strachu přijímá zpravidla pracovní neschopnost. Výjimku tvoří ti, kteří jsou momentálně ve finanční tísní, nebo osoby ve vedoucím či jinak odpovědném postavení. Pacienti mají tedy na výběr a to se buďto vrátit do svého zaměstnání, anebo zvolit invalidní důchod. Co se týče návratu do rodiny, po delším pobytu v nemocnici je někdy spojen s obavami. Stává se, že již nalomené vztahy se z důvodu onemocnění rozpadnou úplně, nebo se pacient nedokáže v rodině, v partnerském vztahu prosadit a tak se s ním nevhodně manipuluje. V takovém případě je třeba cvičit se v sebeprosazování. Psychoterapeut by měl s pacientem pracovat tak, aby tento došel k rozumnému náhledu na věci, situace, vztahy kolem sebe a zjistil také, na co stačí a na co ne.

Dalším významným úkolem psychoterapie je pomoci nemocnému

využít doby, která mu zbývá k uskutečnění sebe sama, aby dovedl využít této doby k růstu své osobnosti. Podobně jako u jiných forem psychoterapie je i zde důležitý vztah mezi terapeutem a pacientem. Je dobré pacientovi zpočátku naslouchat. Tím ho máme příležitost lépe poznat a pacient se má možnost uvolnit. Až pak je vhodné začít hovor o jeho nemoci a tím se mu přiblížit. Na práci s pacientem se má podílet lékař i psycholog a lékař má uvést psychologa jako kolegu, aby nemocný viděl, že lékař psychologa uznává, a že jsou jeho techniky a psychologický přístup součástí komplexní léčby (Nezu aj., 2004; Dostálová, 1986).

Nejvíce používané psychoterapeutické přístupy u onkologicky nemocných pacientů jsou racionální a kognitivní psychoterapie, empatická psychoterapie, která by měla být v onkologii běžná. Dále náhledová psychoterapie, protože práce s náhledem je velmi důležitá, nemocný potřebuje získat náhled na svou chorobu. Skála definuje náhled jako „porozumění přeložené do konstruktivního jednání“ (cit. dle Dostálová, 1986). Je třeba zmínit také sugestivní psychoterapii a hypnózu a relaxační a imaginační psychoterapii, kam patří již zmiňovaná progresivní relaxace podle Jacobsona či autogenní trénink. V neposlední řadě sem patří techniky tréninkových a skupinových psychoterapií a aplikace jógy u onkologických pacientů. Skupinové terapie u onkologických pacientů vzbuzovaly z počátku obavu, aby se pacienti na základě příležitosti sledovat postupný odchod ze života ostatních, nedostali do dalšího stresu. Yalom a Greaves popisují stav, kdy se pacienti navzájem povzbuzují, jsou si oporou a mnohdy se díky této příležitosti dostanou mimo sociální izolaci, mohou zde vyjádřit své pocity a být zároveň nápomocní ostatním. Možnost verbalizace snížila jejich tenzi a působila do určité míry jako způsob očisty (cit. dle Dostálová, 1986).

V rámci paliativní léčby, kterou lze považovat za podpůrnou péči u pacientů v pokročilých a terminálních stádiích nevyléčitelných chorob,

se u onkologických pacientů užívá muzikoterapie, která v tomto případě působí obzvláště příznivě (Vorlíček aj., 2006). V paliativní medicíně a podpůrné péči získala na významu také duchovní dimenze kvality života, která tradičně hraje důležitou roli v antroposoficky orientované medicíně. (Wegberg, 1998).

4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíle a záměr výzkumu

Ve svém výzkumném šetření se zabývám kvalitou života u onkologických pacientů s bolestmi. Mým cílem bylo zjistit, jak v rámci onemocnění hodnotí tito pacienti svou kvalitu života a to v souvislosti s bolestí. Zjišťuji vliv bolesti na jednotlivé měřené domény, mezi které patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Hlavním důvodem, což také vyplývá z teoretické části, je snaha získat náhled na vztah bolesti s kvalitou života a taktéž na kvalitu léčby, která by měla obsahovat nejenom farmakologickou terapii, nýbrž také psychologickou a psychoterapeutickou pomoc. Spolu s bolestí je často spojována deprese a úzkost, které jsem také v této práci brala v úvahu a snažila se objasnit jejich působení i v mém šetření.

Kvalita života je již v dnešní době známým termínem a je zjišťována a uplatňována v různých sférách a pracovních oblastech, není cizí ani v onkologickém prostředí. Pacientů s onkologickým onemocněním přibývá, a tak se objevuje vícero nemocných s bolestivými stavy doprovázenými psychickými tensemi. Mým cílem bylo zjistit vztah bolesti a jejího vlivu na vznik úzkosti a deprese a tedy na celkové zhoršení kvality života.

4.2 Problémové okruhy

Jak jsem popsala výše, hlavním cílem této práce je objasnit, jaký vztah má intenzita bolesti a celková kvalita života.

Hypotézy pro tento výzkum tedy znějí:

H₁: Čím silnější bolesti, tím horší kvalita života.

Bolest je tedy v tomto případě hlavním faktorem, který negativně působí na kvalitu života pacienta a je tedy zapotřebí jí správně diagnostikovat a zahájit vhodnou léčbu. S tím souvisí i výskyt deprese a úzkostných stavů, které by se vzrůstající intenzitou bolesti měly také růst. Z důvodu nedostatečného tlumení bolesti a její kontrolovatelnosti se domnívám, že onkologičtí pacienti se středně silnými bolestmi budou více depresivní, než ti se slabými a silnými bolestmi.

H₂: Čím více nádorů bylo pacientům diagnostikováno současně, tím větší bolesti popisují a tím hůře hodnotí kvalitu života.

Již jeden karcinom je velmi náročný na zvládnání jak po fyzické stránce, tak psychické. V případě většího počtu nádorů najednou se stav komplikuje tím, že je bolest na více místech a na různá místa zabírají léky různou účinností. Proto je opět zapotřebí komplexní léčby. Farmakologické i psychologické.

H₃: Čím silnější bolesti, tím silnější sebevražedné sklony.

V tomto případě představuje již bolest nesnesitelný fyzický tlak na psychiku pacienta a i přesto, že se objevují „pouze“ myšlenky na sebevražedné jednání, je z tohoto patrné, že je potřeba pacienty podpořit a léčbu farmaky obohatit psychologickými metodami.

H₄: Čím horší fyzické zdraví, tím horší psychické prožívání.

Bolest je prožitkem jak fyzickým, tak také psychickým a v případě silné korelace v obou těchto dimenzích lze předpokládat silný vliv bolestivých stavů a jejich působení na náladu pacienta, na schopnost přijímat léčbu a zvládat onemocnění.

H₅: Informovanost o možnostech psychologické a psychoterapeutické

pomoci a následně její využití, snižuje úzkost a umožňuje lepší hodnocení kvality života.

Pacienti s onkologickým onemocněním a s chronickou bolestí jsou léčeni neopioidními analgetiky a opioidy, obohacené někdy také antidepresivy či anxiolytiky. I přesto, jak je již v dnešní době psychoterapie rozšířená, informovanost o ní v těchto nemocničních prostorách chybí. Veškeré knihy udávají důležitost kombinace farmakologie a psychologie, ale praxe toho již tak plná není.

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Motole. Týkalo se jak žen, tak mužů starších 18 let, s různými diagnózami nádoru a s bolestmi. S dotazníky jsem docházela po určitou dobu na ambulantní oddělení a na 1. a 2. lůžkovou část Onkologické kliniky FNM. Protože jsem každý dotazník vyplňovala v drtivé většině způsobem rozhovoru, z důvodu přijímání chemoterapie v průběhu šetření a tedy zhoršenou schopností se hýbat, byl tento sběr dat časově náročný. Celkem dotazníky vyplnilo 91 respondentů, z toho 52 žen a 39 mužů, ve věku 19 až 82 let. Průměrný věk respondentů byl 60,27 let. Poněvadž se jedná o výzkum pacientů trpících bolestmi, musím upozornit na ty, kteří bolesti v dobu administrace dotazníku nezaznamenali, a to se týkalo 34 respondentů. S bolestmi se ale také potýkali a pouze na základě dlouhodobého užívání léků se jim intenzita snížila či ustála. Výzkumu se odmítlo účastnit 16 dotázaných respondentů. Tabulka č. 1 zobrazuje rozložení dle pohlaví, tabulka č. 2 pak věk.

Tabulka č. 1: Četnost pohlaví

	Počet	Procenta
Muž	39	42,9
Žena	52	57,1
Celkem	91	100

Tabulka č. 2: Věkové rozložení

Věk	Četnost	Procenta
19	1	1,1
30	1	1,1
33	1	1,1
36	2	2,2
37	1	1,1
39	1	1,1
40	1	1,1
41	1	1,1
42	1	1,1
43	1	1,1
45	1	1,1
47	1	1,1
49	3	3,3
50	4	4,4
52	2	2,2
53	1	1,1
55	4	4,4
57	3	3,3
58	2	2,2
59	2	2,2
60	3	3,3
61	1	1,1
62	6	6,6
63	3	3,3
64	5	5,5
65	4	4,4
66	2	2,2
67	3	3,3
68	10	11
69	2	2,2
70	2	2,2

71	2	2,2
72	3	3,3
73	3	3,3
74	3	3,3
75	1	1,1
77	1	1,1
81	2	2,2
82	1	1,1
Celkem	91	100

Co se vzdělání týče, největší zastoupení mělo u respondentů středoškolské vzdělání, pak následovalo vysokoškolské a za ním těsně výuční list bez maturity. Vzdělání spolu s klesajícím věkem dobře korelovalo s doménou fyzického zdraví i s celkovým hodnocením kvality života, a tedy se schopnosti zvládat onemocnění.

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání u všech respondentů

Dosažené vzdělání	Četnost	Procenta
Nedokončené základní vzdělání	0	0
Základní	7	7,7
Vyučen(a) bez maturity	16	17,6
Vyučen(a) s maturitou	6	6,6
Ukončené středoškolské vzdělání	43	47,3
Ukončené vysokoškolské vzdělání	19	20,9
Celkem	91	100

4.4 Použité metody

Pro svou diplomovou práci jsem zvolila kvantitativní formu výzkumu a to pomocí dotazníkového šetření. Použila jsem dotazník obsahující otázky na základní informace o respondentovi, a dále 3 standardizované dotazníky, které se zaměřovaly na zjišťování kvality života, dále na úzkost a poslední

na zkoumání deprese. Součástí dotazníku jako celku byl také písemný souhlas respondentů o možnosti užití získaných dat do této práce. Veškeré dotazování bylo anonymní.

Informační dotazník obsahoval položky na zjišťování pohlaví, věku, dosaženého vzdělání a současného zaměstnání, dále otázky týkající se rodinného stavu a domácnosti. Také informace o užívaných lécích a vizuální analogovou škálu na zjišťování bolesti. V tomto úvodě je respondent také tázán na informovanost o možnosti psychologické pomoci či zapojení se do psychoterapeutické skupiny a posledním bodem je položka týkající se druhu nádoru, se kterým se pacient potýkal.

Následoval dotazník kvality života WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment), který je zkrácenou verzí WHOQOL-100. Skládá se z 26 položek, z nichž se 24 rozkládají do 4 domén, kde patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a zbylé 2 položky jsou pak samotným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Dotazník je složen z otázek ve formě vykáni a respondent má za úkol na jednotlivé otázky odpovědět pomocí pětibodové škály, kde 1 znamená nejnižší hodnotu a 5 pak tu nejvyšší. Výroky se v dotazníku mění v závislosti na podanou otázku, číselné hodnocení ovšem zůstává stejné. Až na 3 položky, u kterých je při vyhodnocování potřeba jejich hodnotu obrátit. Hodnocení se vztahuje na život respondenta za poslední 2 týdny.

Třetím dotazníkem byl BDI, tedy Beckův inventář deprese. Dotazník je subjektivním hodnocením a obsahuje 21 skupin různých tvrzení. Každý pojmenovaný výrok má své 4 možnosti odpovědí, které jsou hodnoceny body 0 až 3 a úkolem je označit jeden, který nejvíce odpovídá pacientovu stavu. Taktéž by měl vystihovat, jak se respondent cítil během posledních 14 dní, včetně dne administrace. Verze jsou tvořeny pro ženy

a muže zvlášť.

Poslední dotazník měřící úzkostnost respondenta pochází od stejného autora a nazývá se Beckův inventář úzkosti, psán pod zkratkou BAI. Zde je potřeba zaznamenat, do jaké míry jmenované symptomy obtěžovaly pacienta v průběhu posledního měsíce, včetně dne administrace. Je tvořen 22 položkami a 4 sloupci, které vyjadřují měřící škálu, kde čísla znamenají: 0 – vůbec, 1 – mírně, ale příliš mě to neobtěžovalo, 2 – středně, občas to bylo nepříjemné, 3 – vážně, velice mě to obtěžovalo. Daný symptom je tedy potřeba na základě vlastního úsudku zhodnotit a danou škálou posoudit. Opět existuje verze jak pro ženy, tak pro muže.

Podávání dotazníků bylo v tomto pořadí a vždy administrovány najednou. Nejdřív jsem s respondenty vyplnila informační dotazník, pak přišel na řadu WHOQOL-BREF, následoval BDI na depresi a po něm zbýval BAI na úzkost. Toto pořadí se mi jevilo jako nejšikovnější, jelikož jsem měla možnost navázat s pacientem rozhovor a dát mu tak prostor se aspoň trochu naladit a pak od poměrně snadnějších položek dotazníku se tak příjemněji dostávalo k těm méně pozitivním otázkám. Také jsem pacienty nechtěla hnedka odradit od možné spolupráce, což mohl např. dotazník na depresi způsobit.

4.5 Sběr dat a jejich zpracování

Dotazníky byly předkládány ve vytištěné podobě vždy svázané, aby tvořily celek. Každý rozhovor byl započat přehledem dotazníků, které byly následně s respondenty procházeny. Nejdříve byly dotazy na základní charakteristiky respondenta. Před každým dalším dotazníkem pak následovaly instrukce a poté administrace. Dotazníky měly svou variantu jak pro muže, tak pro ženy.

Výzkum probíhal na Onkologické klinice FNM v Praze. Byla tak pokrytá všechna oddělení, od ambulantní až po obě lůžkové části, kde pacienti buďto na příslušnou léčbu docházeli, nebo zde po nějaký čas museli zůstat.

Všechna data získaná dotazníky v jejich hrubé podobě byly zaslány a zkontrolovány s docentem Karlem Hnilicou z výzkumného oddělení PVŠPS, který je pomocí počítačového programu SPSS vyhodnotil do programu Microsoft Excel 2007. Dotazníky WHOQOL-BREL, BDI a BAI se vyhodnocovaly zvlášť a poté se zjišťovaly korelace mezi jednotlivými doménami dotazníku kvality života, dále s dotazníky na úzkost a depresi a především s položkou bolesti. Zjišťovala se také korelace mezi, věkem, dosaženým vzděláním a všemi třemi dotazníky i jednotlivými doménami dotazníku WHOQOL-BREF.

4.6 Výsledky výzkumu

Reliabilita dotazníků byla zjišťována koeficientem Cronbachova alfa, jedná se tedy o vyjádření reliability ve smyslu vnitřní konzistence. U dotazníku kvality života WHOQOL-BREF se tento koeficient rovnal $r = 0,881$. Hodnota je tedy dostatečně vysoká pro potvrzení reliability. U tohoto dotazníku byly zjišťovány také korelace mezi jednotlivými doménami. Korelace mezi fyzickým zdravím a prožíváním ($r = 0,731$) je statisticky velmi významná. Hodnota je kladná, když rostou hodnoty fyzického zdraví, rostou také hodnoty prožívání. Znamená to, že čím víc se pacient cítí fyzicky zdravý, tím lépe se cítí po psychické stránce. A opačně. Korelace mezi fyzickým zdravím a sociálními vztahy ($r = 0,346$) a fyzickým zdravím a prostředím ($r = 0,585$) jsou opět statisticky velmi významné. Schopnost zvládat dopady onemocnění a bolest na zdraví pacienta souvisí se vztahy pacienta a také s prostředím, ve kterém žije. Zároveň spolu vysoce

korelují doména sociální vztahy a doména prostředí ($r = 0,428$). Korelace mezi prožíváním a sociálními vztahy ($r = 0,353$) i s prostředím ($r = 0,664$) jsou opět statisticky vysoce významné.

Reliabilita BDI měřícího depresi byla taktéž zjišťována koeficientem Cronbachova alfa, kde se $r = 0,846$. Opět považuji tuto hodnotu reliability za vysokou. Třetí dotazník, u kterého byla posuzována reliabilita, byl BAI zkoumající úzkostnost. Cronbachův koeficient alfa se rovnal $r = 0,900$. A i v tomto případě je reliabilita vysoká.

Také mezi dotazníky je dobré zmínit jejich vzájemné korelace. Korelace mezi dotazníkem WHOQOL-BREF a dotazníkem BAI je $-0,798$. I přesto, že je zde hodnota záporná, je statisticky vysoce významná. Znamená to, že čím více jsou pacienti úzkostnější, tím horší kvalitu života udávají. Velmi obdobně jsou na tom dotazník WHOQOL-BREF a dotazník BDI, jejichž korelace je $-0,745$. Opět tedy platí, že deprese zhoršuje kvalitu života pacientů. Lze se na to kouknout také obráceně. Čím méně úzkosti a deprese pacienti pocítují, tím lépe hodnotí svou kvalitu života. Korelace mezi dotazníky BAI a BDI je $0,684$, velmi významná.

Následující otázky tvořící dotazníky budu pro přehlednost značit nadpisy a pak čísla, aby bylo uspořádání jasné, i když byly dané položky označovány v dotaznících jinak.

4.6.1 Obecná charakteristika výzkumného vzorku

Otázky č. 1-9 jsou zaměřeny na obecnější informace o pacientech. Zjišťují jejich pohlaví, věk, dosažené vzdělání a zaměstnání, rodinný stav, domácnost. Dále užívané léky, hodnocení bolesti, informovanost o psychologické péči a druh nádoru.

Otázka č. 1: Pohlaví

První otázka zjišťovala u pacientů jejich pohlaví. Tabulka č. 1 nacházející se výše udává hodnoty četnosti a procentuální zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku.

Otázka č. 2: Věk

Druhou otázkou se zjišťoval věk, kdy pacienti neměli za úkol vybírat z možností, ale tento údaj sami zapsat. Tato otázka je opět zaznamenaná v tabulce č. 2 výše. Průměrný věk zkoumaného souboru byl 60,27. Při zjišťování korelací věku a daných dotazníků jsou hodnoty r ve všech ohledech statisticky nevýznamné. U dotazníku WHOQOL-BREF je $r = 0,027$, BAI má hodnotu $r = - 0,119$ a pro dotazník měřící depresi BDI je $r = 0,037$.

Otázka č. 3: Dosažené vzdělání

Třetí otázka tvořila uzavřené odpovědi, které zjišťovaly dosažené vzdělání respondentů. Početní a procentové zastoupení lze vidět v tabulce č. 3 výše. V tomto případě byly zjištěny korelace mezi vzděláním a celkovou kvalitou života ($r = 0,336$) a to statisticky vysoce významné. Čím vyšší vzdělání respondenti udávali, tím lepší kvalita byla u nich zaznamenána. Dále pak významně korelovalo vzdělání s prožívanou úzkostí ($r = - 0,231$) a s depresí ($r = - 0,259$), kdy platilo, že čím vyšší vzdělání, tím lepší zvládnání těchto psychických stavů.

Otázka č. 4: Zaměstnání

Čtvrtá otázka se týká zaměstnání pacientů. Pacienti měli výběr ze čtyř možností, kde nejčastěji zvolenou odpovědí byl „v důchodu“. Tomu nasvědčuje již i průměrný věk respondentů.

Tab. č. 4: Rozdělení zkoumaných osob podle zaměstnání

Zaměstnání	Četnost	Procenta
Zaměstnaný(á)	31	34,1
Nezaměstnaný(á)	0	0
Student	1	1,1
V důchodu	59	64,8
Celkem	91	100

Otázka č. 5: Rodinný stav

Sociální opora v podání rodiny neposkytla přesvědčivé hodnoty o tom, že by na této oblasti závisela kvalita života pacientů s bolestmi, nicméně korelace mez domény z WHOQOL-BREF prožívání a sociální vztahy jsou statisticky velmi významné. Ž čehož vychází, že čím lepší sociální vztahy, tím lepší prožívání. Sociální opora je tedy pro pacienty velmi důležitá. Tímto lze i vyzvednout důležitost sociální opory v podobě psychologa na odděleních a to především u pokročilých stádií zhoubných nádorů.

Tab. č. 5: Rodinný stav zkoumaného souboru

Rodinný stav	Četnost	Procenta
Ženatý / vdaná	62	68,1
Svobodný(á)	12	13,2
Vdovec / vdova	6	6,6
Rozvedený(á)	11	12,1
Celkem	91	100

Otázka č. 6 a č. 7: Rodinné soužití a děti

Další položky zkoumají soužití respondenta v domácnosti a dotaz na děti. Ve většině případu respondenti udávají soužití s partnerem a 85,7 procent respondentů udává, že mají jedno a více dětí. Korelace mezi dotazem na děti a hodnocením kvality života nejsou statisticky významné ($r = - 0,066$).

Tab. č. 6: Rodinné soužití zkoumaného souboru

Rodinné soužití	Četnost	Procenta
Žiji sám / sama	25	27,5
Žiji s partnerem /partnerkou	66	72,5
Celkem	91	100

Tab. č. 7: Četnost dětí zkoumaného souboru

Děti	Četnost	Procenta
Nemám	13	14,3
Mám	78	85,7
Celkem	91	100

Otázka č. 8: *S jakým druhem nádoru jste se potýkal(a)?*

Výzkumný vzorek se v tomto šetření nezaměřoval na jeden druh karcinomu, tato podmínka stanovená nebyla. Z tabulky lze vidět různorodost nádorů, jejich četnost a celkové procentuální zastoupení. Pro přehlednost jsem vytvořila skupiny, díky kterým jsem tak zúžila rozsáhlost položek a umožnila tak lepší porovnatelnost.

Tab. č. 8: Lokalizace primárního nádoru

Druh nádoru	Četnost		Procenta
	Muži	Ženy	Muži i ženy
Prs	0	19	20,9
Trávicí trakt	19	6	27,5
Mužské pohlavní orgány	4	0	4,4
Ženské pohlavní orgány	0	5	5,5
Lymfatické uzliny	3	2	2,2
Uropoetický trakt	1	1	2,2
Kosti, klouby a kloubové chrupavky	0	2	2,2
Kostní dřev	1	0	1,1
Štítná žláza	0	1	1,1
Kůže	1	0	1,1
Plice	0	1	1,1
Mandle	1	0	1,1
Dvě primární lokalizace - duplicita	8	12	22

Jiná a nepřesně definovaná místa	1	3	4,4
Celkem	91		100

Korelace mezi druhem nádoru a kvalitou života a bolestí se dala zvažovat pouze u nejpočetnějších skupin díky většímu zastoupení respondentů, což bylo u duplicity, prsu a trávicího traktu. Z hlediska domén WHOQOL je významná pouze první doména, kde v porovnání těchto tří skupin je v případě duplicity u pacienta průměrná hodnota fyzického zdraví mezi 3,20 a 3,30, kdežto u nádoru prsu je tento průměr roven něco málo přes 3,70 a u trávicího traktu obdobně. Lepší kvalitu fyzického zdraví tedy udávají pacienti s nádorem prsu a trávicího traktu.

Otázka č. 9: *Označte, prosím, intenzitu Vaší bolesti.*

Intenzitu a četnost jednotlivých úrovní bolesti udává tabulka č. 9. Největší zastoupení v tomto vzorku mají pacienti s mírnou bolestí. Chronická bolest je lékaři stanovována při hodnotách vyšších jak 7 na vizuální analogové škále bolesti, ovšem dalším kritériem je doba trvání, po kterou se bolest u pacientů vyskytuje, kde minimum jsou 3 měsíce. A tuto podmínku respondenti splňují. V tabulce je také kolonka „Bez bolesti“, která vystihuje ty pacienty, kteří díky lékům svou bolest dokážou účinně zvládat, jak jsem psala výše. Korelace mezi bolestí a kvalitou života jsou statisticky vysoce významné ($r = - 0,489$). Znamená to, že čím silnější bolesti pacient prožíval, tím hůře kvalitu života hodnotil. Lze to pojmout také obráceně. Pacienti bez bolestí nebo slabými bolestmi jsou se svou kvalitou života spokojeni. Bolest také silně korelovala s dotazníky na úzkost ($r = 0,556$) a depresi ($r = 0,378$). Se zvyšující se intenzitou bolesti rostly také tyto psychické tenze.

Tab. č. 9: Rozdělení zkoumaných osob podle intenzity bolesti

VAS	Četnost	Procenta
Bez bolesti	34	37,4
Mírná bolest (1 - 4)	36	39,6
Středně silná bolest (5 - 6)	15	16,5
Silná bolest (7 - 10)	6	6,6
Celkem	91	100

Průměrná bolest u nejčastěji se vyskytujících typů nádorů byla rozdílná. Nejvyšší celková průměrná hodnota a to 4,87 se vyskytla u dvou primárně lokalizovaných nádorů – duplicitních.

Otázka č. 10: *Užíváte během léčby nějaké určité léky?*

Pro zjištění závažnosti onemocnění a dalších přidružených nepříjemností, bylo zapotřebí zjistit také stav léků, které pacient užívá. Především jsem se zajímala o léčiva, jež pacienti užívali na bolest. Nejčastěji se pro léčbu bolesti využívaly, jak už jsem zmiňovala v teoretické části, neopioidní analgetika a opioidy, ze kterých nejčastěji užívaný byl morfin. Dále pak patřící mezi opioidy, jež se u těchto respondentů užíval, je Tramal, který slouží k léčbě střední až silné bolesti a Targin, který se taktéž používá pro silné bolesti. Pacienti také zmiňovali náplasti hojně využívané na lůžkových částech onkologie a pak také různé kapky a mastičky za stejným účelem, ulevit od bolesti. Pacienti tedy nejčastěji konzumují vícero druhů léků, kde se vyskytovaly také léky na bolest, a pak samostatné léky na bolest a na tlak.

Tab. č. 10: Užívání léků

Léky	Četnost	Procenta
Žádné	26	28,6
Vícero	15	16,5
Na bolest	16	17,6
Na tlak	16	17,6
Na cholesterol	3	3,3
Na tak a cholesterol	3	3,3

Jiné	12	13,2
Celkem	91	100

Otázka č. 11: *Jaké jsou pro Vás nejhorší důsledky léčby?*

U této otázky byly respondenti dotazováni na nejhorší důsledky léčby chemoterapie, aby se předešlo nedorozuměním a rozlišilo se mezi obvyklými symptomy způsobenou touto léčbou a příznaky, které jsou znaky úzkosti. Tato otázka byla pro pacienty otevřená, a tak měli možnost neomezenosti odpovědi. Každý pacient léčbu chemoterapií zvládal jinak, i přesto se našlo pár poměrně častých odpovědí, mezi které patřila např. únava, brnění v rukou a nohou, omezenost pohybu, opuchlost, zhoršení kvality nehtů, vypadávání vlasů, nadměrné pocení, zmatenost, slabost, změny v chuti k jídlu, křeče.

Otázka č. 12: *Byl(a) jste informován(a) o možnosti využití psychologické péče či zapojení se do terapeutické skupiny?*

Otázka č. 12 se dotazovala na informovanost respondentů o možnosti využití psychologické pomoci a zapojení se do terapeutické skupiny. Z tabulky č. 11 lze vidět, že informovanost pacientům opravdu chybí. Také korelace mezi informovaností a úzkostí je statisticky významná, $r = -0,248$. Platí tedy, že čím víc informací pacienti mají a mohou tak psychologické péče využít, tím méně úzkostní jsou.

Tab. č. 11: Informovanost a zapojení do psychoterapie

Informovanost	Četnost	Procenta
Ano a zapojil(a) jsem se	3	3,3
Ano, ale nezapojil(a) jsem se	13	14,3
Ne, nikdo mě neinformoval	75	82,4
Celkem	91	100

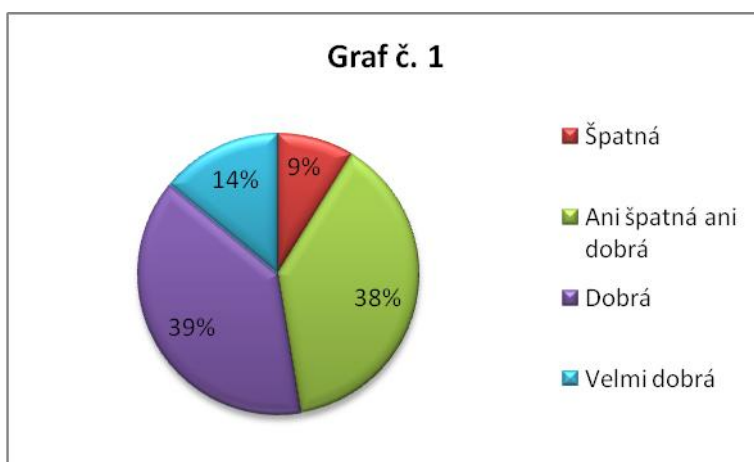
4.6.2 Domény WHOQOL-BREF a celková kvalita života

Kvalitu života je možné posoudit z pohledu 4 domén a to domény fyzické zdraví, domény prožívání, domény sociální vztahy a domény prostředí, na které se v této části spolu s celkovou kvalitou života také zaměřím. Rozpětí škály u domén je 4 – 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Pacienti měli za úkol zhodnotit položky domén na pětibodové škále.

Otázky č. 13 a 14 jsou samostatným zhodnocením kvality života a zdraví pacienta. Otázka na zdraví, která zněla: „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“ byla z důvodu vlastního posouzení odebrána. Otázky č. 15 – 21 tvoří doménu označovanou jako fyzické zdraví, otázky č. 22 – 27 tvoří doménu prožívání, pro třetí doménu sociální vztahy jsou použity otázky č. 28 – 30 a poslední doména prostředí je složena z otázek č. 31 – 38.

Otázka č. 13: *Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*

Graf. č. 1. Hodnocení kvality vlastního života

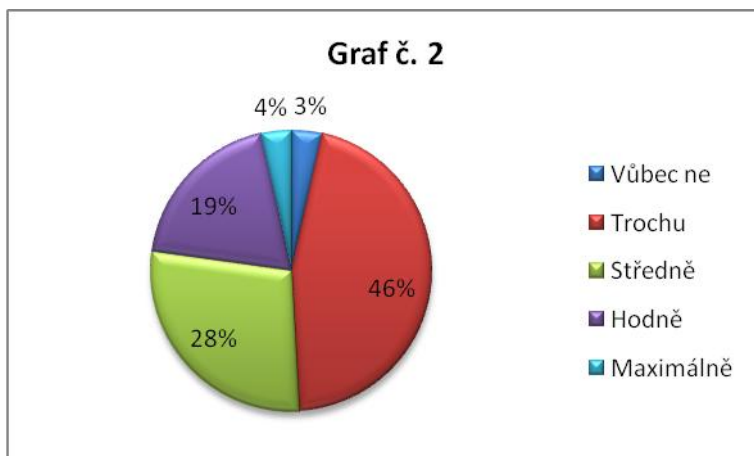


Díky dotazníku WHOQOL-BREF lze zjistit přímé hodnocení kvality života pacienta díky stanovené položky v dotazníku. Z grafu je patrné, že pacienti s bolestmi hodnotí svou kvalitu života jako dobrou z 39% a z 14%

jako velmi dobrou. Střední hodnotu a tedy zhodnocení kvality života jako ani špatná ani dobrá zvolilo 38% a zbylých 9% pak jako špatnou.

Otázka č. 15: *Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?*

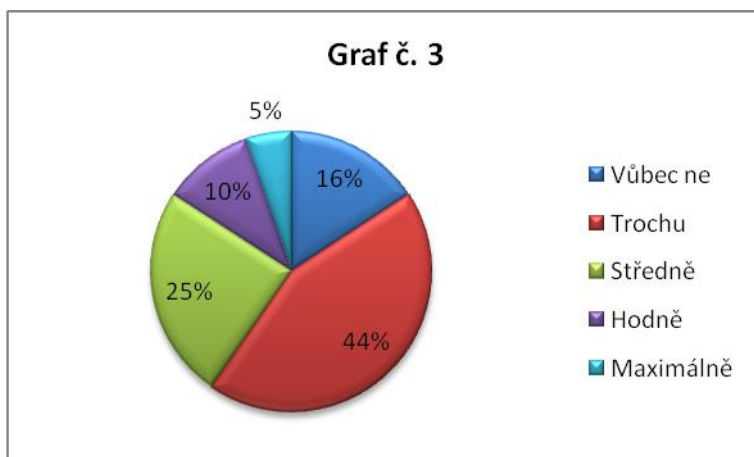
Graf. č. 2. Hodnocení míry bolesti



Jak lze vidět na grafu, pacientům bolest vadila z 46% trochu a pak z 28% středně. 19% udává, že jim bolest brání v tom, co potřebují dělat, hodně a 4% dokonce maximálně. Pouze 3% si na omezenost způsobenou bolestí nestěžují.

Otázka č. 16: *Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?*

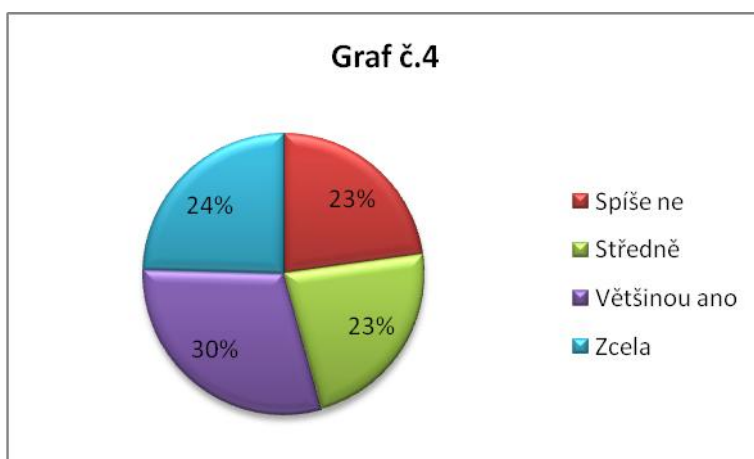
Graf. č. 3. Hodnocení potřeby lékařské péče



Na tuto otázku pacienti často reagovali tím, že pokud by ne onemocněli rakovinou, lékařskou péčí by využívat vůbec nemuseli. Takže jen z důvodu docházení na chemoterapii, odběrů krve a pravidelné kontroly, jejich odpověď by byla vůbec ne. Proto 44% bylo pro odpověď trochu, která je tomuto vysvětlení nejbližší. 25% zvolilo odpověď středně. Pacienti, kteří vyžadovali lékařskou péči hodně, tvořilo 10% a maximálně 5%. Možnost vůbec ne označilo 16%.

Otázka č. 17: *Máte dost energie pro každodenní život?*

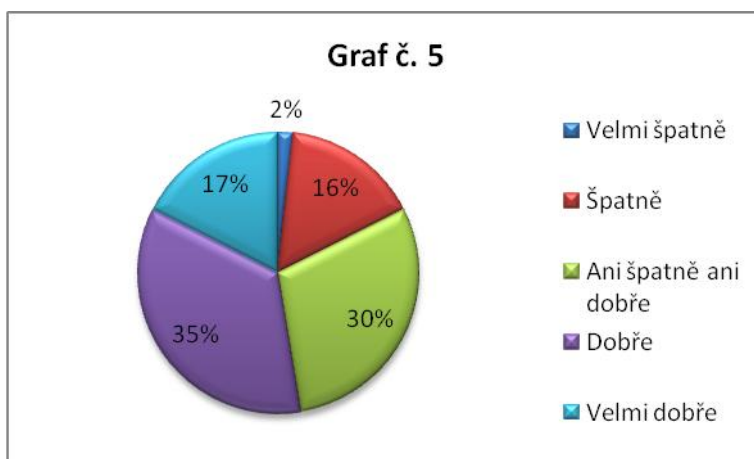
Graf. č. 4. Hodnocení energie pro každodenní život



Na tuto otázku odpovědělo 23% pacientů, že energii už spíše nemají, nebo jí hodnotí položkou středně. Jelikož se v tomto vzorku jedná z poloviny případů o starší respondenty, může souviset tento úbytek energie také s přirozeným faktorem, čímž je přibývání let. 30% souboru dále hovoří, že většinou energii mají a 24% že zcela.

Otázka č. 18: *Jak se dokážete pohybovat?*

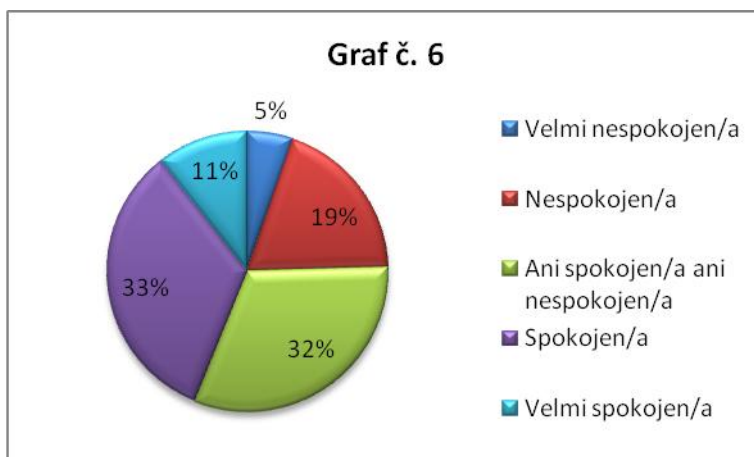
Graf. č. 5. Hodnocení pohyblivosti



Většina pacientů se pohybují dobře a to ve 35%, 17% udává, že velmi dobře. Střední hodnotu pak využilo 30%. Fyzická kondice je v tomto případě na poměrně dobré úrovni. Špatně hodnotí pohyb 16% a velmi špatně pouhé 2%.

Otázka č. 19: *Jak jste spokojen/a se svým spánkem?*

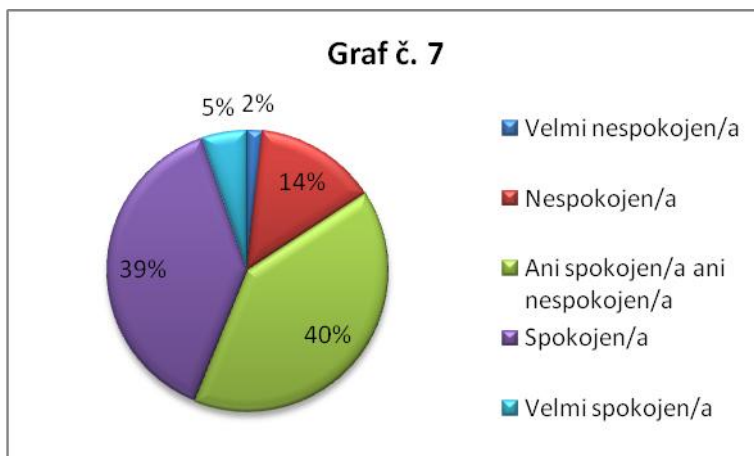
Graf. č. 6. Hodnocení spokojenosti se spánkem



Spánek je důležitým prvkem při procesu léčby. Spokojenost s ním se objevovala u 33% pacientů a velmi spokojeno bylo 11%. Střední cestu zvolilo 32% respondentů. I přesto, že se zdá, že je spánek u většiny respondentů v dobré kvalitě, zůstává 19% nespokojených a 5% velmi nespokojených pacientů.

Otázka č. 20: *Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?*

Graf. č. 7. Hodnocení spokojenosti se schopností provádět každodenní činnosti

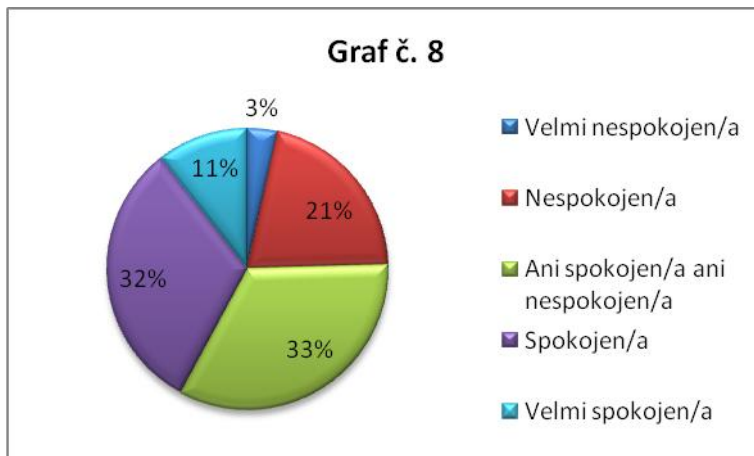


Schopnost provádět každodenní činnosti souvisí také se soběstačností pacienta. Velmi spokojeno je 5% pacientů a spokojenost dále vyjadřuje

39%. Ani spokojenost ani nespokojenost zvolilo 40%. A nespokojených určuje 14% a velkou nespokojenost pak 2%.

Otázka č. 21: *Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?*

Graf. č. 8. Hodnocení spokojenosti s pracovním výkonem



Graf č. 7 hodnotící schopnost provádět každodenní činnost a graf č. 8 hodnotící pracovní výkon mají velmi obdobně rozčleněny odpovědi. Jelikož jsou tyto otázky umístěny také hnedka za sebou, měly i při administraci pacienti častokrát tendenci přisuzovat následující položce stejnou hodnotu jako měla předchozí. Spokojenost se svým pracovním výkonem udává 32% a velmi spokojených bylo 11%. Prostřední hodnotu zvolilo 33% a nespokojenost uvedlo 21%. Velmi nespokojených byly 3%.

Celkové hodnocení domény fyzického zdraví

Průměrná hodnota v první doméně fyzické zdraví je u mužů 3,623 a u žen 3,571. Pro možnost srovnání hodnot domény fyzického zdraví u onkologických pacientů s bolestmi v tomto vzorku s běžnou populací udává tabulka níže.

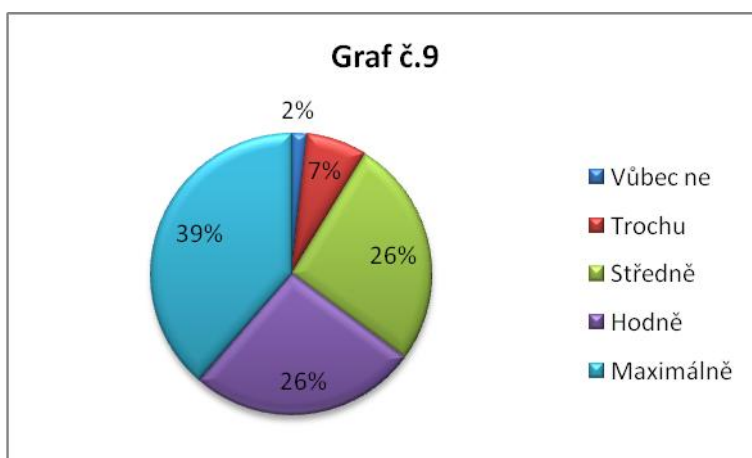
Tab. č. 14: Celkové zhodnocení domény 1

dom 1	Onkologičtí pacienti s bolestí	Běžná populace
Střední hodnota	13,53	15,55
Směrodatná odchylka	2,57	2,56
Min.	6,29	5,14
Max.	18,29	20,00

Dle stanovených kritérií daných dotazníkem WHOQOL-BREF lze říci, že kvalita života souzena z pohledu fyzického zdraví pacientů se blíží k hranici, kdy o ní hovoříme jako o mírně snížené. Korelace mezi fyzickým zdravím a bolestí je $r = - 0,587$, je tedy statisticky vysoce významná. S rostoucí intenzitou bolesti se snižují hodnoty této domény. Korelace jsou vysoce významné také s úzkostí ($r = - 0,736$) a s depresí ($r = - 0,738$), což nelze opomenout.

Otázka č. 22: *Jak moc Vás těší život?*

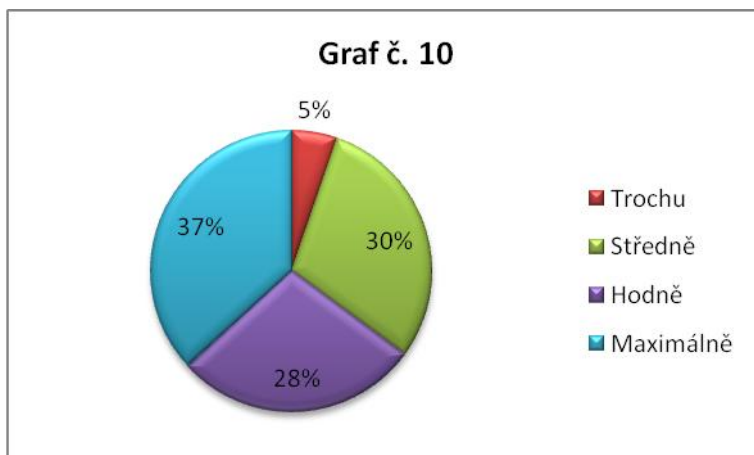
Graf. č. 9. Hodnocení spokojenosti se životem



Na otázku, zda pacienty těší život, odpovědělo 39%, že maximálně a 26% hodně. Těch, kteří hodnotili svou radost ze života středně, bylo 26% a zkonstatování, že trochu zodpovědělo 7% pacientů. Zastoupení má i položka vůbec ne s 2%.

Otázka č. 23: *Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?*

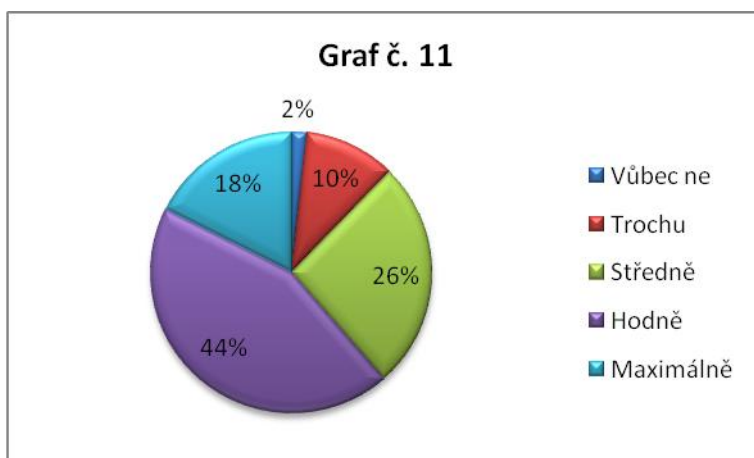
Graf. č. 10. Hodnocení smyslu života



Smysluplnost života je silným motivem pro úzdravu. Maximálně svůj smysl v životě hodnotí 37% a hodně 28%. Středně na tom bylo 30% respondentů a trochu svou smysluplnost hodnotilo 5%.

Otázka č. 24: *Jak se dokážete soustředit?*

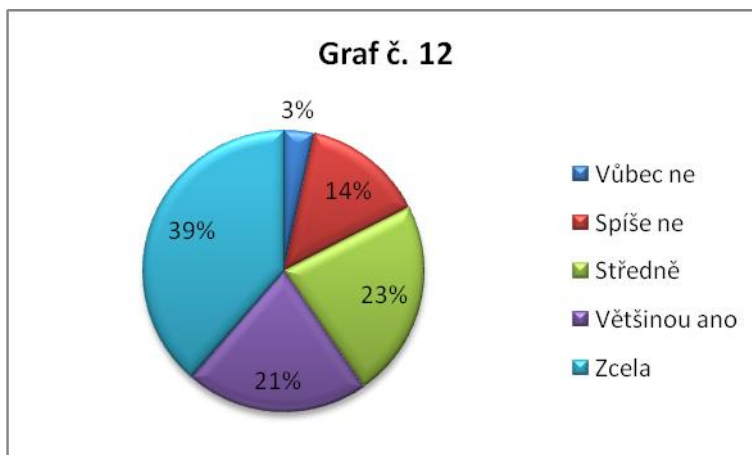
Graf. č. 1. Hodnocení schopnosti se soustředit



Se soustředěním pacienti i přes bolesti nijak zvlášť obtíže neměli. 18% označilo, že se dokážou soustředit maximálně, 44% že hodně a 26% středně. Jen 20% respondentů se mohou soustředit pouze trochu a 2% nemohou vůbec.

Otázka č. 25: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

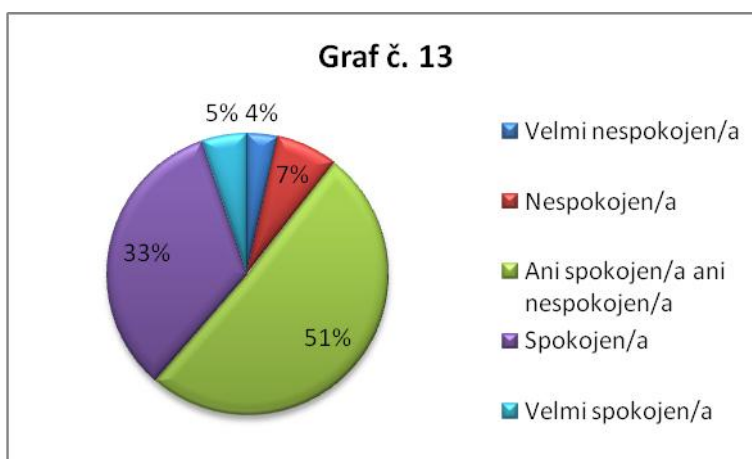
Graf. č. 12. Hodnocení akceptace tělesného vzhledu



Chemoterapie krom vedlejších účinků, které se týkají různých nevolností, způsobuje také vypadávání vlasů, v některých případech také nadměrné hubnutí, ničí nehty, způsobuje bolest. Pacienti byli se svým vzhledem spokojeni v 39% a většinou spokojených bylo 21%. Střední hodnota spokojenosti byla u 23%. Spíše nespokojeni byli v 14% a nespokojených respondentů se svým fyzickým vzhledem byly 3%.

Otázka č. 26: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

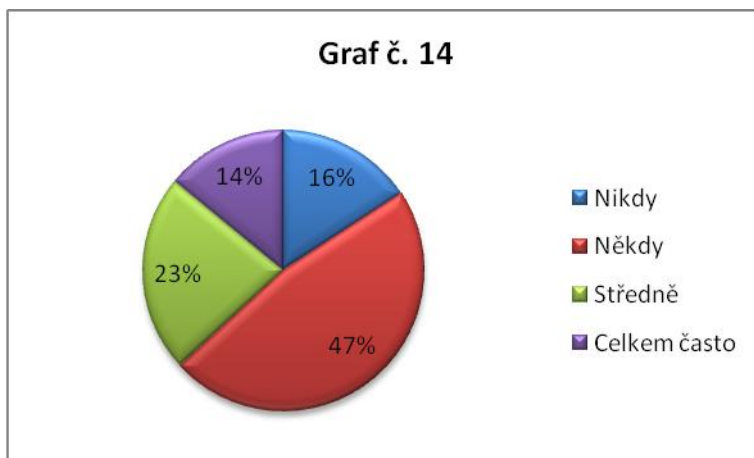
Graf. č. 13. Hodnocení spokojenosti se sebou



U této otázky se respondenti většinou pozastavili déle, než u zbývajících položek. Jasnou spokojenost se sebou samým povědělo 5%, a dále je spokojených 33%. Polovina respondentů není ani spokojená ani nespokojená. A nespokojenost vyjadřuje 7% a velmi nespokojeni jsou v 4%. S touto otázkou korelovala bolest ($r = -0,259$). Zápornost znamená, že čím vyšší bolest, tím menší spokojenost se sebou samým a naopak, čím nižší intenzita bolesti, tím větší spokojenost. Pokud se pacienti necítili být sami se sebou spokojeni, zvyšovala se s tím možnost sebevražedného myšlení, kdy je $r = -0,303$. Jedná se o statisticky vysokou významnost. Korelace také v případě bolesti a sebevražedných myšlenek, které jsou podchyceny v dotazníku BDI, byla $r = 0,283$ a opět se jedná o vysokou významnost.

Otázka č. 27: *Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?*

Graf. č. 1. Hodnocení častosti výskytu negativních pocitů



Negativní pocity se sice u pacientů objevovaly, nicméně nijak zvlášť intenzivně. I přesto je důležité je zachytit včas a nebrat je na lehkou váhu. 14% z respondentů udávají psychické tenze, středně pak 23% a někdy v 47%. 16% je za poslední 2 týdny nezaznamenaly.

Celkové hodnocení domény psychického prožívání

Průměrná hodnota v druhé doméně prožívání je 3,846 pro muže a u žen 3,830. Opět, abychom mohli srovnat hodnoty domén prožívání u onkologických pacientů s bolestmi v tomto vzorku s běžnou populací, je potřeba uvést tabulku, která je níže.

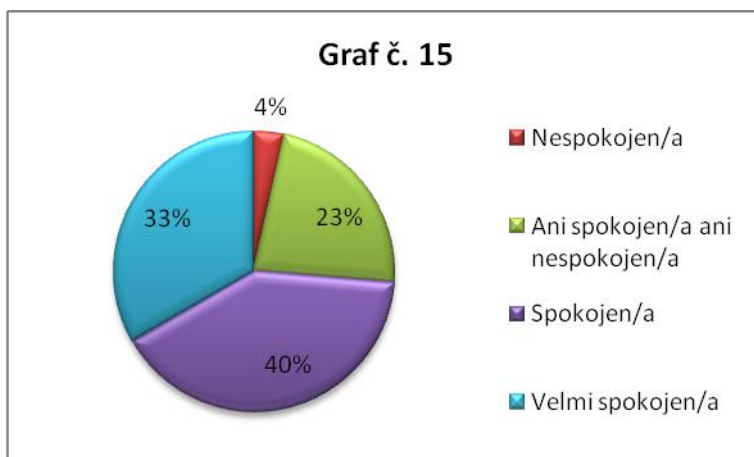
Tab. č. 15: Celkové zhodnocení domény 2

dom 2	Onkologičtí pacienti s bolestí	Běžná populace
Střední hodnota	14,60	14,78
Směrodatná odchylka	2,56	2,34
Min.	9,33	6,67
Max.	19,33	20,00

Zde můžeme vidět, že např. minimální hodnota udávaná u onkologických pacientů s bolestmi je poměrně výrazně odlišná od minimální hodnoty běžné populace. Vyšší číslo udává lepší kvalitu života v oblasti prožívání, i přesto, že se jedná o nejnižší hodnoty. Co se průměru dle stanovených kritérií týče, jsou na tom pacienti ze vzorku téměř totožně. Z tohoto pohledu lze tedy tvrdit, že psychicky nestrádají o nic více, než běžná průměrná populace. Korelace mezi psychickým prožíváním a bolestí je i zde statisticky velmi významná, $r = - 0,377$. Čím větší bolesti, tím hůře na tom pacienti psychicky jsou a opačně. Korelace jsou vysoce významné opět i u úzkostí ($r = - 0,716$) a deprese ($r = - 0,651$). Kdy silnější úzkosti i silnější deprese zhoršují kvalitu života v oblasti prožívání.

Otázka č. 28: *Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?*

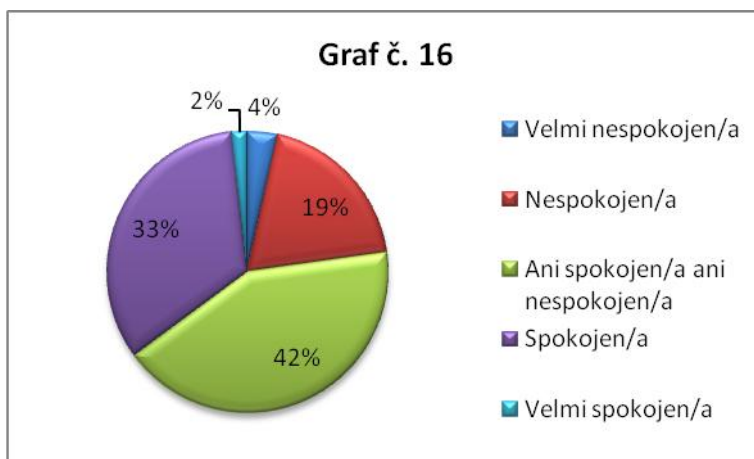
Graf. č. 15. Hodnocení spokojenosti s osobními vztahy



Osobní vztahy pacienti hodnotí velmi pozitivně. 33% jsou velmi spokojeni a 40% vyjadřují taktéž spokojenost. 23% si nejsou jistí a tak se přiklání k možnosti ani spokojen/a ani nespokojen/a. Nespokojenost se svými osobními vztahy cítí 4% pacientů.

Otázka č. 29: *Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?*

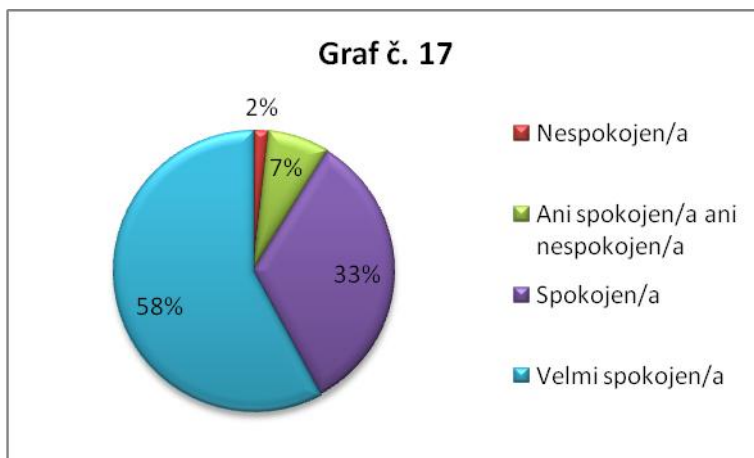
Graf. č. 16. Hodnocení spokojenosti se sexuálním životem



Sexuální život pacientů také v mnohém závisel na věku, i když to nebylo pravidlem. Velmi spokojeni byli pacienti sice jen v 2%, 33% však spokojeno bylo. 42% zvolilo střední cestu, také v případě, když sexuálně aktivní již nebyli. 19% respondentů byli nespokojeni a 4% pak velmi.

Otázka č. 30: *Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?*

Graf. č. 17. Hodnocení spokojenosti s podporou přátel



Spokojenost s přáteli byla procentuálně zastoupená více, než v případě osobních vztahů. 58% respondentů bylo s podporou přátel spokojeno velmi a pak 33% vyjadřovalo taktéž spokojenost. Střed vybralo 7% a nespokojenost pouze 2%.

Celkové hodnocení domény sociální vztahy

Doména sociální vztahy má průměrnou hodnotu rovnou 3,812 u mužů, 4,006 pak u žen. Tabulka níže určuje, jak se liší hodnoty u výzkumného souboru a u běžné populace.

Tab. č. 16: Celkové zhodnocení domény 3

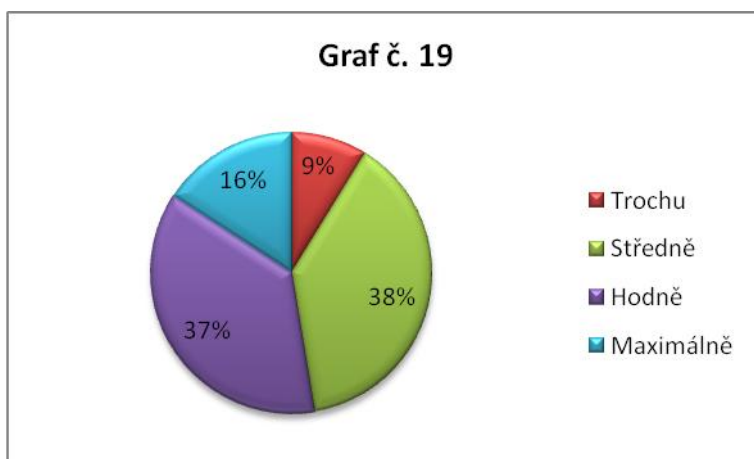
dom 3	Onkologičtí pacienti s bolestí	Běžná populace
Střední hodnota	15,49	14,98
Směrodatná odchylka	2,48	2,74
Min.	6,67	4,00
Max.	18,67	20,00

Průměrné hodnotě ze stanovených kritérií se onkologičtí pacienti opět drží v rámci drobných rozdílů. Korelace mezi sociálními vztahy a bolestí se

tentokrát nepotvrdila $r = - 0,158$ a je statisticky významná. Nicméně tato doména koreluje opět se stavy úzkosti a deprese a to vysoce významně. Korelace mezi sociálními vztahy a úzkostí byla $r = - 0,364$ a mezi depresí a sociálními vztahy byla rovna $r = - 0,376$. Pokud má pacient dobré vztahy, dokáže zvládat tyto psychické stavy lépe.

Otázka č. 31: *Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?*

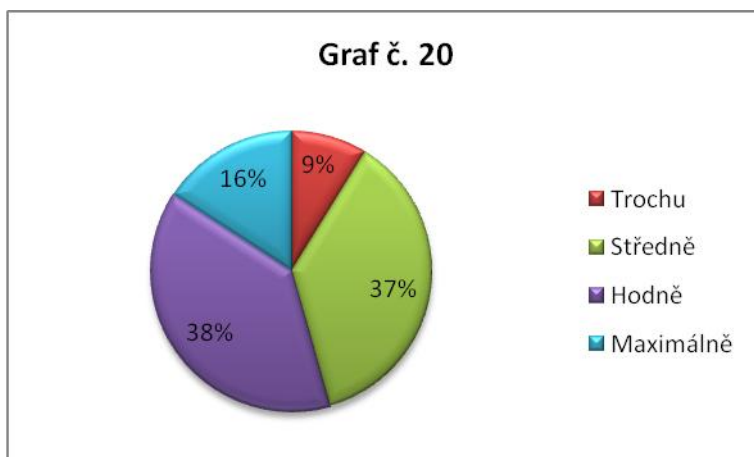
Graf. č. 19. Hodnocení bezpečnosti



Jak lze vidět z grafu, bezpečnost v každodenním životě u pacientů je vysoká. Maximálně bezpečně se cítí 16%, hodně pak 37%. Trochu méně jistoty prožívá 38% vybírající si střed a trochu bezpečně pak zbylých 9%.

Otázka č. 32: *Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?*

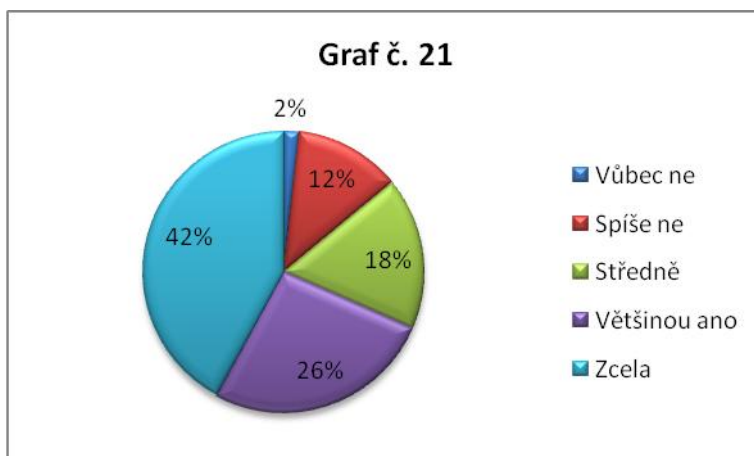
Graf. č. 20. Hodnocení zdravotnosti prostředí



Zdravost prostředí se jevila pacientům maximálně z 16%, hodně z 38%. Středně zdravé bylo posuzováno 37% a trochu 9%.

Otázka č. 33: *Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?*

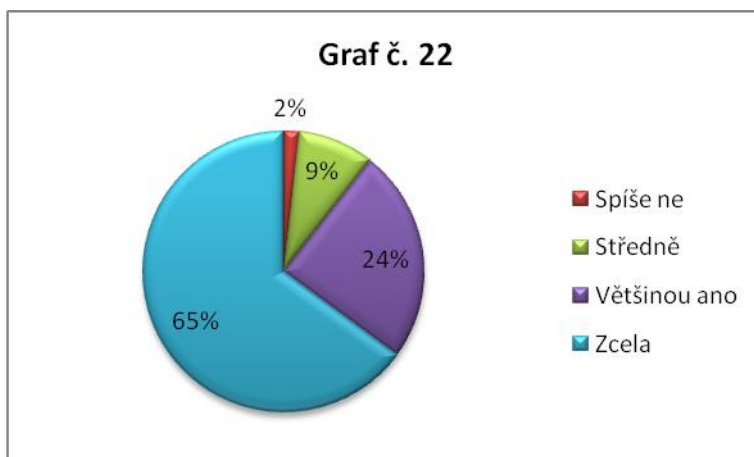
Graf. č. 21. Hodnocení finanční situace



Finanční spokojenost byla u většiny dotázaných. I přesto, že pacienti tvrdili, že by se více peněz hodilo, své základní potřeby dokážou uspokojit.

Otázka č. 34: *Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?*

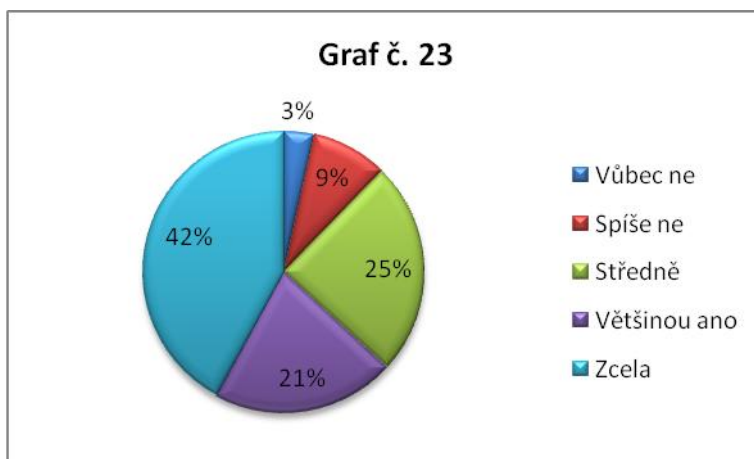
Graf. č. 22. Hodnocení informovanosti pro každodenní život



Položka týžící se v tomto případě na informovanost slouží k zjištění přehlednosti faktů každodenního života. Pacienti celkem shodně udávají, že se informováni být cítí a to především prostřednictvím novin, televize, rádia.

Otázka č. 35: *Máte možnost věnovat se svým zálibám?*

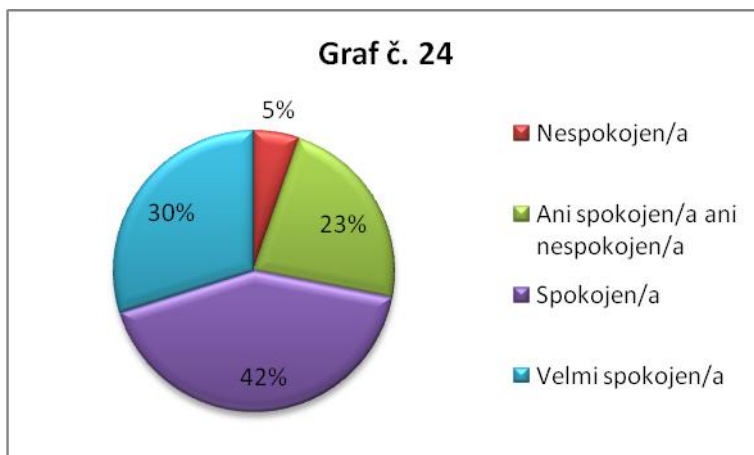
Graf. č. 23. Hodnocení možnosti věnovat se zálibám



Onkologičtí pacienti s bolestmi neudávají nijak zřetelné omezení, které by jim bránilo se věnovat tomu, co je baví. 42% z nich uvedlo, že se mohou věnovat svým zálibám zcela. Většinou ano bylo zastoupeno v 21% a střední cestu zvolilo 25%. Nemožnost se věnovat svým koníčkům zaznamenalo 9% tvrzením spíše ne a vůbec ne pak 3%.

Otázka č. 36: *Jak jste spokojen/a s pod-mínkami v místě, kde žijete?*

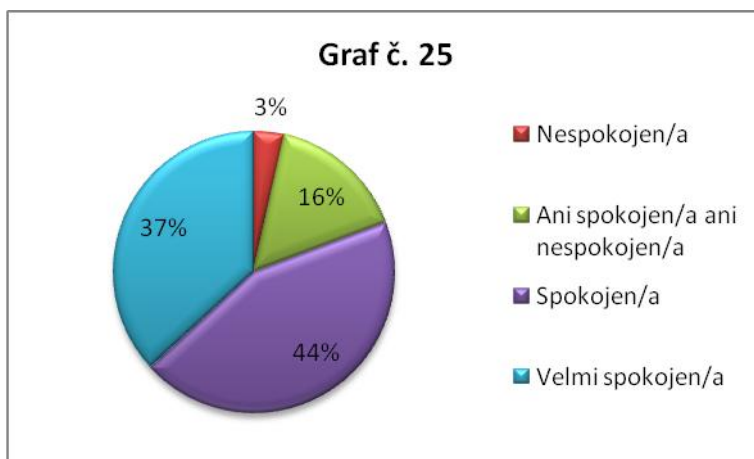
Graf. č. 24. Hodnocení spokojenosti s pod-mínkami v místě bydliště



Spokojenost s podmínkami v místě bydliště je dle grafu poměrně kladně zastoupená, přímou nespokojenost vyjadřuje pouhých 5%.

Otázka č. 37: *Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?*

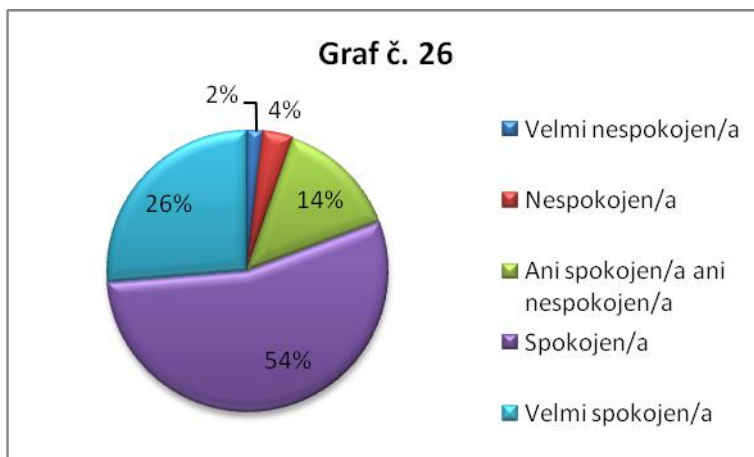
Graf. č. 25. Hodnocení spokojenosti s dostupností zdravotní péče



I v tomto případě spokojenost pacientů převyšuje nad nespokojeností. I když jsou pacienti, kteří musí dojíždět do Motolské nemocnice někdy i z velké vzdálenosti, dávají přednost této péči, před svým místním zdravotním střediskem a argumentují to slovy, že je zde nejlepší péče a to jim dodává určitý pocit klidu a větší uvolněnost z léčby.

Otázka č. 38: Jak jste spokojen/a s dopravou?

Graf. č. 26. Hodnocení spokojenosti s dopravou



Z grafu je patrné, že jsou pacienti z 80% s dopravou spokojeni, 14% neposkytuje žádný konkrétní názor a nespokojenost vyjadřuje 6%.

Celkové hodnocení domény životní prostředí

Čtvrtá a zároveň poslední doména životní prostředí má průměrnou hodnotu rovnou 4,128 pro mužské pohlaví a 4,036 pro ženské. Rozdíl mezi výzkumným vzorkem a běžnou populací udává tabulka níže.

Tab. č. 17: Celkové zhodnocení domény 4

dom 4	Onkologičtí pacienti s bolestí	Běžná populace
Střední hodnota	15,84	13,30
Směrodatná odchylka	2,05	2,07
Min.	11,00	6,00
Max.	19,50	18,50

V tomto případě tabulka udává vyšší krajní hodnoty u onkologických pacientů s bolestmi. Častokrát bylo i pacienty zmiňováno, že na základě onemocnění si uvědomili, že není potřeba řešit každé maličkosti a je potřeba si život užívat a být spokojený. I v rámci průměru s příručky dotazníku WHOQOL-BREF mají pacienti ze vzorku vyšší hodnoty, které určují mírně

zvýšenou kvalitu v této oblasti. Můžeme zde zase zmínit korelace a to mezi prostředím a bolestí, jelikož jsou statisticky velmi významné, $r = - 0,326$, i přesto, že to v této práci není až tak podstatné. Dané číslo znamená, že čím méně je respondent se svým prostředím spokojený, tím hůře zvládá stav bolesti. Vysoce významné korelace jsou také s úzkostí ($r = - 0,660$) a taktéž s depresí ($r = - 0,551$).

Průměrné skóry položek WHOQOL-BREF u onkologických pacientů s chronickou bolestí a u běžné populace

Pro přesnost a kompletnost ještě přidávám tabulku č. 17, kde jsou uspořádány průměrné hodnoty onkologických pacientů s bolestí průměrná hodnota běžné populace pro dotazník WHOQOL-BREF.

Tab. č. 18: Srovnání skóre zkoumaného vzorku s populační normou

Položka	Onkologičtí pacienti s chronickou bolestí	Populační norma
Q1 celková kvalita života	3,57	3,82
Q2 spokojenost se zdravím	0,00	3,68
q3 bolest a nepříjemné pocity	2,73	4,03
q4 závislost na lékařské péči	2,45	4,16
q5 potěšení ze života	3,92	3,83
q6 smysl života	3,96	3,86
q7 soustředění	3,64	3,55
q8 osobní bezpečí	3,59	3,24
q9 životní prostředí	3,61	2,85
q10 energie a únava	3,56	3,62
q11 přijetí tělesného vzhledu	3,77	3,90
q12 finanční situace	3,94	2,87
q13 přístup k informacím	4,52	3,87
q14 záliby	3,89	3,33

q15 pohyblivost	3,50	4,27
q16 spánek	3,24	3,61
q17 každodenní činnost	3,31	3,76
q18 pracovní výkon	3,24	3,76
q19 spokojenost se sebou	3,29	3,57
q20 osobní vztahy	4,03	3,75
q21 sexuální život	3,10	3,64
q22 podpora přátel	4,47	3,85
q23 prostředí v okolí bydliště	3,96	3,54
q24 dostupnost zdravotní péče	4,14	3,70
q25 doprava	4,00	3,19
q26 negativní pocity	2,35	3,47

Respondenti v jednotlivých položkách nejlépe hodnotili přístup k informacím každodenního života, své osobní vztahy, podporu přátel, dostupnost zdravotní péče a dopravu. Nižší hodnoty oproti běžné populaci pak udávali především u položky týkající se pohyblivosti, při hodnocení pracovního výkonu a každodenních činností.

4.6.3 BAI – úzkost u výzkumného vzorku

Jak už bylo zmíněno výše, korelace úzkosti a bolesti ($r = 0,556$) byla statisticky velmi významná. S rostoucí intenzitou bolesti roste úzkost. V tabulce lze vidět rozdělení intenzity bolesti a jejich vliv na pociťovanou úzkost. Pouze upozorňuji, že v tomto případě bylo manipulováno s počtem respondentů 57, protože 34 pacientů bolest v době administrace z důvodu účinnosti léků nepociťovalo a tedy nemohli sdělit její sílu.

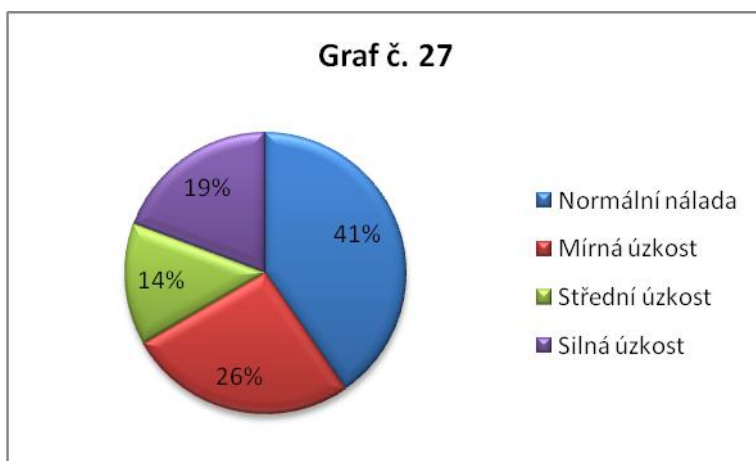
Tab. č. 19: Hodnocení míry úzkosti

BAI	Mírná bolest	Středně silná bolest	Silná bolest
Normální nálada	20	2	1

Mírná úzkost	9	3	3
Střední úzkost	4	4	0
Silná úzkost	3	2	6
Celkem	57		

V případě mírné bolesti se mírná úzkost objevovala u 25% pacientů, střední úzkost pak u 11% a silné úzkosti byly diagnostikovány 8%. Středně silná bolest v 27% způsobovala mírnou úzkost, v 37% střední úzkost a 18% tvořilo pacienty se silnou úzkostí. Silné bolesti vedly v 30% k mírné úzkosti a až v 60% k úzkosti silné. Jelikož se jedná o malý vzorek z důvodu rozdělení respondentů do jednotlivých kategorií, nejsou procentuální hodnoty tak významné.

Graf. č. 27. Hodnocení míry úzkosti



Graf č. 27 ukazuje celkové rozložení úzkostných stavů, které vznikly na základě působení bolesti. U většiny pacientů a to v 41% nebyla úzkost diagnostikována. Mírná úzkost se objevovala u 26%, 14% pak vykazovala hodnoty pro středně silnou úzkost a 19% pacientů pociťovalo úzkosti silné.

4.6.4 BDI – deprese u výzkumného vzorku

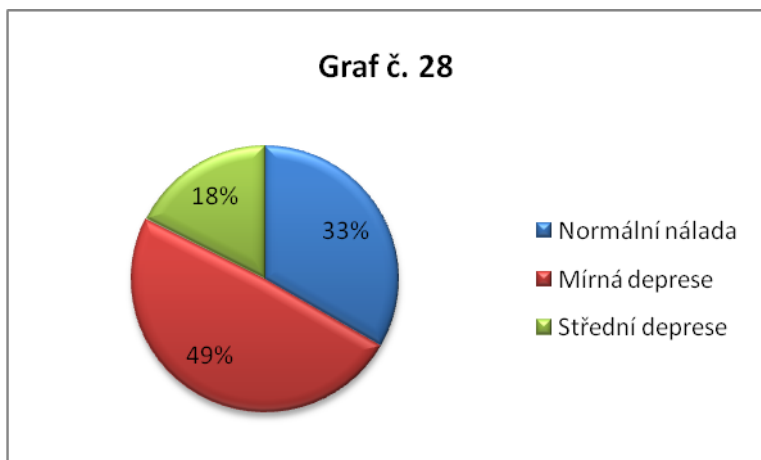
Korelace mezi depresí a bolestí, stejně jako v případě úzkosti, byla statisticky velmi významná, kdy se $r = 0,378$. Čím silnější bolest, tím hlubší deprese a naopak. Tabulka zde opět zpřehledňuje vzájemný vztah bolesti a deprese z hlediska jejich intenzity a síly. I v tomto případě se pracovalo s 57 respondenty.

Tab. č. 20: Hodnocení míry deprese

BDI	Mírná bolest	Středně silná bolest	Silná bolest
Normální nálada	13	3	3
Mírná deprese	20	4	4
Střední deprese	3	4	3
Silná deprese	0	0	0
Celkem			57

Již v případě mírné bolesti se pacienti v 56% potýkají s depresí a to mírnou. Střední deprese udává 8%. Středně silná bolest vyvolává u respondentů 37% mírné deprese a v 36% střední. Působení silné bolesti je příčinou deprese až u 70% pacientů, z toho u 40% je deprese mírná a 30 % středně silná.

Graf. č. 28. Hodnocení míry deprese



Deprese a bolest v grafu č. 28 udává hodnoty pacientů, kteří depresi nepociťují a to v 33%. Ve zbylých dvou třetinách jsou deprese zaznamenány, kde 49% respondentům byla zjištěna mírná deprese a 18% středně silná deprese. Tyto hodnoty jsou ukazatel deprese u větší poloviny výzkumného vzorku.

4.7 Analýza

Z výsledků analýzy dat vyplývá, že celková kvalita života u onkologických pacientů s chronickou bolestí je spíše dobrá, čemuž odpovídá také průměrná hodnota 3,57 položky kvality života. Ve srovnání s běžnou populací, jejíž výsledky pocházejí ze studií Dragomirecké a Bartoňové (2006) zkoumající kvalitu života u různých skupin pacientů, je tato hodnota ovšem snižena. Při hodnocení jednotlivých domén pacienti nejlépe hodnotili oblast prostředí, jejichž kvalita života zde byla značena jako mírně nadprůměrná. O něco lépe než běžná populace a další kategorie pacientů pro srovnání hodnotili onkologičtí pacienti také sociální vztahy a o něco hůře pak doménu prožívání. I zde však byly hodnoty vyšší, než např. u pacientů s onemocněním slinivky, schizofrenie či Parkinsonovy choroby. Nejnižší hodnoty pak dosahovalo fyzické zdraví, kdy se jednalo už o mírné snížení kvality života v této doméně.

Jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF nabídlo také překvapivá zjištění. Položka spokojenosti se zdravím byla v tomto šetření odebrána a to z důvodu vlastního uvážení. Nepřišlo mi patřičné se na tuto otázku pacientů s rakovinou dotazovat. Velmi snižená hodnota od průměru populace byla bez překvapení položka bolesti a nepříjemných pocitů, což se mohlo předpokládat, jelikož se výzkum zabývá pacienty s dlouhodobými bolestmi. Zajímavé také je, že lepších výsledků dosahovali tito pacienti také u negativních pocitů jako je rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese.

Položky, které byly onkologickými pacienty hodnoceny výrazně lépe oproti zdravé populaci, bylo hodnocení životního prostředí, finanční situace, přístup k informacím a možnost věnovat se svým zálibám. Také překvapila položka závislosti na lékařské péči, kde běžná populace vyjadřovala větší potřebu, než onkologičtí pacienti. Vyšší čísla udávali pacienti také ve spokojenosti s osobními vztahy a podporou přátel, spokojenosti s prostředím ve svém okolí, dostupností zdravotní péče a dopravou. Ve zbylých položkách se buďto nelišili výrazně, nebo byly jejich hodnoty sniženy a to u položek pohyblivosti, spánku, každodenních činností, spokojenosti se sebou, sexuálním životem. Potěšení ze života a jeho smysl, soustředění, osobní bezpečí, energie a únava a přijetí tělesného vzhledu měli poměrně totožné hodnoty u obou skupin.

Kvalita života onkologických pacientů bez omezení v podobě výskytu chronické bolesti byla v ČR zkoumaná např. výzkumem docenta Hnilicy a Brychty (Brychta a Hnilica, 2004), které také zmiňují v teoretické části, zabývající se vlivem únavy na kvalitu života onkologických pacientů. Bolest u onkologických pacientů popisují jako psychosomatický faktor komplikující onkologickým pacientům život, který se v pořadí důležitosti objevuje hnedka po únavě. Druhý výzkum realizovaný také na onkologických pacientech od stejného autora, a to docenta Hnilicy, zkoumá kvalitu života pomocí Škály spokojenosti s životem (Hnilica, 2002). Opět se zde ukázalo, že si pacienti nejvíce stěžují na únavu a pak následuje bolest a psychická tenze, která také ovlivňuje statisticky významně a relativně nezávisle kvalitu života těchto pacientů. Úzkost a depresi v různé míře zaznamenala nadpoloviční většina onkologických pacientů s chronickou bolestí s tím, že úzkost pocíťovalo 59% a deprese mělo 67% pacientů vzorku této diplomové práce. Vliv bolesti na tyto psychické stavy a celkovou kvalitu života je tedy patrný. Z obou studií i tohoto šetření je

tedy patrné, že téma bolesti nelze opomíjet a pacienty je zdůrazňováno.

Ve výzkumu pacientů s onkologickým onemocněním a s bolestmi se také bral v úvahu věk, jehož průměrná hodnota se rovnala 60,27 let. V tomto případě však nebyly žádné korelace zjištěny. Vzdělanost pacientů svůj vliv ovšem měla. Ti, kteří udávali vzdělání vyšší, také lépe hodnotili kvalitu života. Největší hodnota byla v tomto výzkumu přisuzována bolesti a s tou také veškeré dotazníky korelovaly. Nejnižší průměrná bolest byla zaznamenána u pacientek s karcinomem prsu a to 2,12. Stejně skupině respondentů a tedy opět onkologickým pacientkám s nádorem prsu patří také nejvyšší průměrná hodnota bolesti, která dosahovala 8,33. Ovšem celková průměrná bolest byla vyzkoumaná u pacientů s více nádory najednou, jejíž síla se rovnala 4,87. Aby byl ovšem vzorek dostatečně kvalitní s ohledem na intenzitu bolesti bylo by zapotřebí obohatit ho o větší počet pacientů s bolestmi vyšších jak 7 na vizuální analogové škále, aby se mohly fakta zjištěná v tomto výzkumu odkázat také na širší populaci a ne pouze na tento vzorek. Také v případě kategorizace nádorů se nedalo vytvořit dostatečně vhodné skupiny, aby se mohlo se všemi rovnocenně pracovat, nicméně tři větší skupiny vznikly. Pacienti, kteří měli diagnostikováno více nádorů, udávali silnější bolesti a horší kvalitu života v doméně fyzické zdraví, než pacienti s karcinomem prsu a trávicího traktu.

Celá práce byla tedy jakousi sondou do dané problematiky a její výsledky se týkají pacientů s onkologickým onemocněním a chronickou bolestí, kteří se účastnili daného šetření. Zmapování oblasti je přínosné pro zjištění pohledu pacientů na jejich kvalitu života a hodnocení bolesti a to umožňuje další pohled na jejich potřeby pro zvládnutí onemocnění a celkovou úzdravu. Při opakování tohoto výzkumu by bylo zapotřebí delšího časového období pro sběr dat, protože přímý kontakt s pacienty vnímám jako nejlepší volbu, a to hned z několika důvodů. První je

samozřejmě jistota, že dotazníky budou vyplněny kompletně. Osobní rozměr a možnost poskytnutí prostoru se vypovídat, také posuzují jako přínosné pro pacienty, kteří se vyskytují v tak náročné životní situaci. A v neposlední řadě je to přínosné i pro výzkumníka, který je tak přímým účastníkem výzkumného šetření.

4.8 Závěr výzkumu

Na základě tohoto výzkumného šetření se nám dostalo spoustu informací o posuzování kvality života a bolesti z pohledu pacientů. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření a realizován na 91 respondentech onkologických oddělení ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Cílem této práce bylo nalézt vztah mezi intenzitou bolesti a kvalitou života těchto pacientů a s tím také souvisely následující hypotézy.

H₁: Čím silnější bolesti, tím horší kvalita života.

První hypotéza se potvrdila již mezidotazníkovou korelací, která je zmíněna výše. Potvrdily to také korelace mezi jednotlivými doménami dotazníku WHOQO-BREF, kdy kromě domény sociální vztahy, zbylé tři domény statisticky vysoce významně s bolestí korelovaly. U této hypotézy jsem také zmiňovala vztah mezi bolestí a úzkostí a mezi bolestí a depresí. I v tomto případě spolu položky vysoce korelovaly a významnost se tedy potvrdila. Nepotvrdila se ovšem domněnka, že by měli pacienti v tomto vzorku se středně silnými bolestmi deprese více, než ti se slabými a silnými bolestmi.

H₂: Čím více nádorů bylo pacientům diagnostikováno současně, tím větší bolesti popisují a tím hůře hodnotí kvalitu života.

Druhá hypotéza předpokládala, že pacienti s větším počtem nádorů

budou prožívat silnější bolesti a svou kvalitu života mít nižší, než pacienti s jedním typem nádoru. Tato hypotéza byla potvrzena otázkou č. 8 a tabulkou č. 8. Potvrdila se tedy významnost mezi druhem a počtem nádorů a doménami kvality života, kde došlo ke zhoršení kvality života v doméně fyzického zdraví, u zbylých byly hodnoty statisticky nevýznamné. Celková významnost mezi vícero nádory a bolestí byla taktéž statisticky významná, což potvrzuje tvrzení.

H₃: Čím silnější bolesti, tím silnější sebevražedné sklony.

Tato hypotéza byla potvrzená otázkou č. 26, korelací mezi bolestí a celkovou depresí, korelací mezi spokojeností se sebou samým a se sebevražednými myšlenkami z dotazníku BDI a taktéž korelací mezi bolestí a sebevražednými myšlenkami.

H₄: Čím horší fyzické zdraví, tím horší psychické prožívání.

Korelace mezi oběma doménami z dotazníku kvality života byly statisticky velmi významné a tak hypotézu nezávisle na jednotlivých otázkách potvrdily. Potvrzení přinesla také korelace mezi bolestí a dotazníky BAI a BDI.

H₅: Informovanost o možnostech psychologické a psychoterapeutické pomoci a následně její využití, snižuje úzkost a umožňuje lepší hodnocení kvality života.

Pátá hypotéza byla potvrzena otázkou č. 11, korelací mezi Informovaností a úzkostí, korelací mezi dotazníkem BAI pro zjišťování úzkosti a celkovou kvalitou života.

ZÁVĚR

Téma této diplomové práce pojednává o kvalitě života pacientů s onkologickým onemocněním a s chronickou bolestí. Teoretická část se zabývá problematikou kvality života, chronické bolesti a psychoonkologické péče. V první kapitole se soustředí na zmapování kvality života jak v obecném měřítku, tak ve spojení s onkologickými pacienty a bolestí. Právě bolest je zde hlavním faktorem, který negativně působí na kvalitu života a podporuje výskyt psychických tenzí jako je úzkost a deprese. Je tedy důležitá včasná a opakující se diagnostika a k tomu vhodně zvolená léčba obohacená také o psychologické metody. Rozsah psychoonkologické péče a vůbec seznámení se s onkologickým onemocněním popisuje kapitola třetí. Záměrem teoretické části bylo poskytnout čtenáři pokud možno vyčerpávajícím a přehledným způsobem informace o zmíněné problematice.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření, které mělo za cíl odpovědět na otázku, jak v rámci onemocnění hodnotí onkologičtí pacienti svou kvalitu života a to v souvislosti s bolestí. Vycházela jsem jednak ze svého předpokladu, že silné bolesti budou mít vliv na kvalitu života, a jednak z výsledků prací, které téma kvality života onkologických pacientů zkoumaly. Výzkumného šetření bylo realizováno na onkologických pacientech Fakultní nemocnice Motol v Praze v celkovém počtu 91 respondentů, z toho bylo 39 mužů a 52 žen. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření, v němž byly použity 4 dotazníky a to informační dotazník, dotazník kvality života WHOQOL-BREF, Beckův inventář deprese BDI a Beckův inventář úzkosti BAI.

Hlavní hypotéza této diplomové práce byla výzkumem potvrzena a prokázala tedy vztah mezi bolestí a kvalitou života. Bolest a její vliv na vznik úzkosti a deprese souvisí s celkovou spokojeností a tedy s kvalitou života. Čím silnější bolesti pacient má, tím nižší kvalitu života udává.

Čím silnější bolesti tím také silnější stavy úzkosti a deprese a tím opět horší kvalita života. Výzkum potvrdil, že onkologičtí pacienti s chronickou bolestí mají sníženou kvalitu života a to především u kvality fyzického zdraví. Překvapivá zjištění, která výzkum také přinesl, byly i zvýšené hodnoty kvality života a to v oblasti prostředí, ve kterém pacienti žijí. Dále se pak například potvrdilo, že pokud pacienti využili během léčby psychologickou péči, jejich úzkostné stavy se díky tomu nevyskytovaly v takové míře, jako u pacientů, kteří tuto možnost nevyužili.

Výzkum přinesl závěry, které se částečně daly očekávat, částečně překvapily. Léčba a péče o onkologické pacienty je v ČR na výborné úrovni a spokojenost pacientů je vysoká. Přála bych si, aby tato práce poskytla další náhled do této problematiky a třeba díky tomu obohatila léčbu bolesti o další možné techniky, které příručky a knihy hojně nabízejí.

SEZNAM LITERATURY

ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.

ANGENENDT, G. SCHÜTZE-KREILKAMP, U. a TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-781-7.

AVIS, N. E. et al. Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS). In: *Quality of Life Research*. s. 1.: Springer, 2005, s. 1007 – 1023. ISSN 1573-2649.

BAUER, J. *Onkologie praktického lékaře*. Praha: Anomal, 1994. ISBN 80-901474-1-0.

BONOMI, A. E. et al. Quality-of-Life Assessment in Acute, Chronic, and Cancer Pain: A Pharmacist's Guide. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 2000, roč. 40, č. 3, s. 402 – 416. PMID 10853542.

BRYCHTA, M. a HNILICA, K. Vliv únavy na kvalitu života onkologických pacientů. *Klinická onkologie*. 2004, roč. 17, č. 1, s. 18 – 24.

DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-022-86.

DOSTÁLOVÁ, O., KULHAVÝ, M. a NOUZA, K., ed. a kol. *Léčba pokročilých stadií zhoubných nádorů*. Praha: Dům medicíny, 1996. ISBN [neuvedeno].

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 92. ISBN 80-85121-82-4.

DUŠOVÁ, B. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě - Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-461-7.

ELLIOTT, T. E. et al. Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF – 36. *American Academy of Pain Medicine*. 2003, roč. 4, č. 4, s. 331 – 339. PMID 14750909.

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

HARTL, P., a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009 s. 284, 486. ISBN 978-80-7367-569-1.

HERETIK, A., st. a HERETIK, A. ml. aj. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. ISBN 978-80-89322-00-8.

HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICA, K. Kvalita života onkologických pacientů. *Československá psychologie*. 2002, 46, 1, 22 – 34.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KOZÁK, J., ed. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen, 2010. ISBN 978-80-87327-45-6.

MAŇKA, I. aj. *Klinická onkológia*. Martin: Osveta, 1979. ISBN 70-103-79.

MELZACK, R. *Záhada bolesti*. Praha: Avicenum, 1978. ISBN 08-041-78.

MOINPOUR, C. M. et al. Cancer Pain and Quality of Life. In: C. R. CHAPMAN et al. *Current and Emerging Issues in Cancer Pain: Research and Practice*. New York: Raven Press, 1993, s. 267 – 282.

NEZU, A. M aj. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN 80-7364-000-7.

O'CONNOR, M. a ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

PAYNE, J. aj. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

ROKYTA, R., ed. aj. *Bolest: monografie algeziologie*. Praha, Tigis, 2006. ISBN 80-903750-0-6.

ROKYTA, R., ed. aj. *Bolest a jak s ní zacházet: Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ŠLAMPA, P. a kol. *Radiační onkologie v praxi*. 4. aktualiz. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2014. ISBN 978-80-86793-34-4.

TSCHUSCHKE, V. *Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

VETTER, T. R. *Health-Related Quality of Life in Pain Medicine: A Review of Theory and Practice*. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. New York: Springer, 2010, s. 3917 – 3932. ISBN 978-0-387-78665-0.

VODVÁŘKA, P. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-264-1.

VORLÍČEK, J. a ŠEVČÍK, P. *Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění*. Praha: Liga proti rakovině, 2009. ISBN 978-80-254-6407-6.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. aj. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

VYMĚTAL, J. aj. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

WEGBERG, B. et al. The cognitive-spiritual dimension – an important addition to the assessment of quality of life: Validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer. In: *Annals of Oncology*. s. 9.: Kluwer Academic Publishers, 1998, s. 1091 – 1096.

INTERNETOVÉ ZDROJE

SIVEROVÁ, J., BUŽGOVÁ, R. Měření kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u pacientů s tuberkulózou. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 3, s. 66 – 73. ISSN 1804-2740 Dostupné také z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/1_siverova_buzgova.pdf

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HALTMAROVÁ, Barbora. *Sestra a bolest*. Bakalářská práce. Praha, 2013. Univerzita Karlova Praha. 2. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství. 76 s. Vedoucí: PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Informační dotazník

Pohlaví: muž / žena

Věk: let

1. Dosažené vzdělání:

- Nedokončené základní vzdělání
- Základní
- Vyučen(a) bez maturity
- Vyučen(a) s maturitou
- Ukončené středoškolské vzdělání
- Ukončené vysokoškolské vzdělání

2. Rodinný stav:

- Ženatý / vdaná
- Svobodný(á)
- Vdovec / vdova
- Rozvedený(á)

3. Domácnost:

- Žiji sám / sama
- Žiji s partnerem / partnerkou

4. Děti:

- Nemám
- Mám
- Počet dětí:

5. Zaměstnání:

- Zaměstnaný / zaměstnaná
- Nezaměstnaný / nezaměstnaná
- Student
- V důchodu

6. Užíváte během léčby nějaké určité léky?

- Ano
- Jaké:
- Ne

7. Jaké jsou pro Vás nejhorší důsledky léčby?

.....
.....

8. Označte, prosím, intenzitu Vaší bolesti

0 – bez bolesti

10 – nejhorší možná bolest

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

9. Byl(a) jste informován(a) o možnosti využití psychologické péče či zapojení se do terapeutické skupiny?

- Ano a zapojil(a) jsem se
- Ano, ale nezapojil(a) jsem se
- Ne, nikdo mě neinformoval

10. S jakým druhem karcinomu jste se potýkal(a)?

.....
.....

Příloha č. 2

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/ se svým zdravím?	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5

6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á anebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jako jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a	1	2	3	4	5

s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?					
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů?

	Nikdy	Někdy	Sřredně	Celkem často	Neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha č. 3

Beckův inventář deprese BDI

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtete si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině **jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během **posledních 14 dnů, včetně dneška**. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

<p>1. Smutek</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nejsem smutný/á.1 Většinou jsem smutný/á.2 Pořád jsem smutný/á.3 Jsem tak smutný/á, že se to nedá vydržet. <p>2. Pesimismus</p> <ul style="list-style-type: none">0 O svou budoucnost nemám obavy.1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.2 Myslím, že se mi nebude dařit.3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší. <p>3. Minulá selhání</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nemám dojem, že selhávám.1 Selhal/a jsem častěji, než bych měl/a.2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.3 Jako člověk jsem úplně selhal/a. <p>4. Ztráta radosti.</p> <ul style="list-style-type: none">0 Raduji se stejně jako dříve.1 Neraduji se stejně jako dříve.2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a rád/a.3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a rád/a. <p>5. Pocity viny</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal/a nebo měl/a udělat.2 Mívám často pocity viny.3 Pořád mám pocity viny.	<p>6. Pocit trestání</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nemyslím, že mě život trestá.1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.2 Očekávám trest.3 Myslím, že jsem životem trestán/a. <p>7. Znechucení sám ze sebe</p> <ul style="list-style-type: none">0 Myslím si o sobě pořád to samé.1 Ztratil/a jsem důvěru sama v sebe.2 Jsem ze sebe zklamaný/á.3 Sám/sama sebou jsem znechucen/a. <p>8. Sebekritika</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám/samu sebe více než obvykle.1 Jsem sám/sama k sobě více kritický/á než dříve.2 Kritizuji se za všechny své chyby.3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí. <p>9. Sebevražedné myšlenky nebo přání</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil/a.1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal/a bych to.2 Chtěl/a bych se zabít.3 Kdybych měl/a možnost, tak bych se zabil/a. <p>10. Plačtivost</p> <ul style="list-style-type: none">0 Nepláču více než dříve.1 Pláču více než dříve.2 Pláču kvůli každé maličkosti.3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopný/á.
--	---

<p>11. Agitovanost</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Nejsem více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle. 1 Cítím se více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle. 2 Jsem tak neklidný/á a rozrušený/á, že je těžké to vydržet. 3 Jsem tak neklidný/á nebo rozrušený/á, že nemohu zůstat v nečinnosti. <p>12. Ztráta zájmu</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil/a. 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci. 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci. 3 Je těžké se zajímat o cokoliv. <p>13. Nerozhodnost</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve. 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle. 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve. 3 Mám problém udělat jakékoli rozhodnutí. <p>14. Pocit bezcennosti</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Necítím se bezcenný/á. 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem míval/a. 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný/á. 3 Cítím se úplně bezcenný/á. <p>15. Ztráta energie</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Mám stejně energie jako vždy. 1 Mám méně energie, než jsem míval/a. 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal/a. 3 Vůbec na nic nemám energii. <p>16. Změna spánku</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Nevšiml/a jsem si žádných změn u svého spánku. 1 a) Spím trochu více než obvykle. 1 b) Spím trochu méně než obvykle. 2 a) Spím mnohem více než obvykle. 2 b) Spím mnohem méně než obvykle. 3 a) Většinu dne prospím. 3 b) Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout. 	<p>17. Podrážděnost</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Nejsem podrážděný/á více než obvykle. 1 Jsem více podrážděný/á než obvykle. 2 Jsem mnohem více podrážděný/á než obvykle. 3 Bývám pořád podrážděný/á. <p>18. Změny v chuti k jídlu</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu. 1 a) Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle. 1 b) Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle. 2 a) Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle. 2 b) Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle. 3 a) Vůbec nemám chuť k jídlu. 3 b) Jíst mohu pořád. <p>19. Koncentrace</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Mohu se soustředit jako vždycky. 1 Nejsem schopný/á se soustředit jako obvykle. 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit. 3 Nejsem schopný/á se soustředit na nic. <p>20. Únava</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Nejsem unavený/á více než obvykle. 1 Unavím se snadněji než obvykle. 2 Jsem příliš unavený/á, než abych dělal/a tolik věcí, jako jsem dělával/a. 3 Jsem tak unavený/á, že nedokážu dělat skoro nic. <p>21. Ztráta zájmu o sex</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 V současnosti jsem zaznamenal/a změnu zájmu o sex. 1 Mám menší zájem o sex než obvykle. 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex. 3 Úplně jsem ztratil/a zájem o sex.
---	--

Příloha č. 4

Beckův inventář úzkosti BAI

Pečlivě si přečtete každou položku v seznamu. Zaznamenejte, do jaké míry Vás tyto symptomy obtěžovaly v průběhu posledního měsíce, včetně dneška. Zakroužkujte příslušné číslo v každém sloupci.

Název symptomu	Vůbec	Mírně, ale příliš mě to neobtěžovalo	Středně – občas to bylo nepříjemné	Vážně – velice mě to obtěžovalo
Znecitlivění nebo brnění	0	1	2	3
Pocity horka	0	1	2	3
Vratkost nohou	0	1	2	3
Neschopnost odpočívat	0	1	2	3
Strach z nejhorší události	0	1	2	3
Zmatenost	0	1	2	3
Závratě / ztráta rovnováhy	0	1	2	3
Bušení srdce / zrychlený tep	0	1	2	3
Neklid	0	1	2	3
Vystrašenost, obavy	0	1	2	3
Nervozita	0	1	2	3
Pocity sevření, dušnosti	0	1	2	3
Třes rukou	0	1	2	3
Rozechvělost / roztřesenost	0	1	2	3
Strach ze ztráty kontroly	0	1	2	3
Potíže při dýchání	0	1	2	3
Strach ze smrti	0	1	2	3
Vyděšenost	0	1	2	3
Špatné trávení	0	1	2	3
Mdloby / závratě	0	1	2	3
Zardělý obličej	0	1	2	3
Horký / studený pot	0	1	2	3

Příloha č. 5

Informovaný souhlas

Dobrý den,

jmenuji se Petra Zielonková a jsem studentkou psychologie na PVŠPS. Ve FN Motol Praha provádím výzkum pro svou diplomovou práci. Veškeré dotazování je anonymní a údaje získané od pacientů slouží především pro zkvalitnění léčby a pro pomoc dalším pacientům při poskytování zdravotnické péče.

S použitím anonymních údajů do diplomové práce studentky

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Datum:

Podpis:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Petra Zielonková

Studijný program: Navazující magisterské studium

Studijný obor: Jednooborová psychologie

Název práce: Kvalita života u onkologických pacientů s chronickou bolestí

Počet stran (bez příloh): 88

Celkový počet stran: 101

Počet titulů české literatury a pramenů: 27

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Raudenská, PhD.

Rok dokončení práce: 2015

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla využívána ke studijným účelům.

V Praze, dne:

Uživatelé potvrzují svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury budou jí řádně citovat jako každý jiný pramen:

Jméno, přímení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Petra Zielonková

Obor studia: NMgr psychologie

Název práce: **Kvalita života onkologických pacientů s chronickou bolestí**

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 88

Počet stránek příloh: 10

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký typ a formu psychoterapie byste navrhla pro zkoumaný vzorek pacientů?

Jak by se na zlepšení psychického zdraví těchto pacientů mohl podílet multidisciplinární tým, tedy péče i dalších zdravotníků (fyzioterapeuti, sociální pracovníci a další)?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Kolegyně Petra Zielonková byla velmi aktivní při práci na své DP, téma ji zajímalo odborně i lidsky. Velmi dobře spolupracovala s vedoucí práce. Na teoretické části DP pracovala s velkým objemem zahraniční literatury. Při práci s pacienty i s dalšími zdravotníky v rámci empirického výzkumu byla vstřícná a empatická.

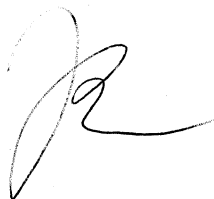
Malým nedostatkem je neuvedení kritérií výběru pacientů do vzorku. V analýze by bylo vhodné porovnat výsledky vlastního výzkumu se zahraničními studii. Ale tyto drobnosti neruší celkový výsledek práce jako výborné.

Práce může sloužit jako zajímavý směr vedení psychoterapie u onkologických pacientů s bolestí. Zasloužila by si publikaci v českém tisku (Bolest, Československá psychologie, Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie).

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 11.9.2015



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Petra Zielonková

Obor studia: jednooborová psychologie

Název práce: *Kvalita života u onkologických pacientů s chronickou bolestí*

Oponent práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 14

Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

S jakými problémy nebo potížemi se autorka setkala v průběhu provádění svého výzkumu?

Jak se k ní chovali zdravotničtí pracovníci jednotlivých kategorií?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se zabývá v práci nejdříve pojetím kvality života obecně, pak přechází na kvalitu života u onkologických pacientů a podílu, který má při této diagnóze na kvalitě života bolest. Seznamuje s dosavadními výsledky výzkumů v této oblasti v naší zemi i v zahraničí. V další kapitole se zabývá chronickou bolestí, její diagnostikou a léčbou u onkologických pacientů. Všimá si také možností, kterými může obohatit onkologii psychologie. Ve vlastním výzkumném šetření pracovala se souborem 91 pacientů. Autorka věnovala práci značné úsilí a pozornost. Lze říci, že její výsledky mohou být použitelné pro srovnání s dalšími výzkumy. Práce obsahuje 28 grafů a 20 tabulek.

Co se týče zkoumaného souboru, je věkové rozdělení podle jednotlivých roků na s. 44 - 45 málo přehledné, přičemž často jde pouze o jednoho člověka v jedné skupině. Bylo by přehlednější vytvořit skupiny ve větším věkovém rozsahu. Tímto způsobem pojato má Tab. č. 2 celkem 42 řádků a nevešla se na stránku, pokračuje na další stránce. Další podrobnější charakteristika zkoumaného souboru je pak na s. 49 – 52 až za metodikou. Bylo by lépe charakteristiku souboru sjednotit do jedné podkapitoly, tedy pohlaví, věk, zaměstnání, rodinný stav. Autorka má tuto další charakteristiku souboru jako podkapitolu druhé úrovně pod podkapitolou první úrovně s nadpisem Výsledky výzkumu.

Jinak však je zpracování výsledků provedeno velmi pečlivě. Považuji práci za velmi zdařilou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: Pokud tomu bude odpovídat i obhajoba - výborně

Datum, podpis:

14. 9. 2015

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

