

Vliv nádorového onemocnění mozku na kvalitu života

Nikola Osohová

Bakalářská práce
2022

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Osohová**
Osobní číslo: **H18338**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Vliv nádorového onemocnění mozku na kvalitu života**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti onkologického onemocnění mozku a kvality života.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

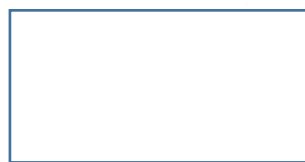
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- KALA, M. *Maligní nádory mozku dospělého věku*. Praha: Galén, 1999. Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie. ISBN 80-85824-84-1.
- KOZLER, P. *Intrakraniální nádory*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-452-2.
- ŠLAMPA, P. a J. PETERA. *Radiační onkologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-469-0.
- TAPHOORN, M., J. B. DIRVEN, L. KANNER et al. Influence of Treatment With Tumor-Treating Fields on Health-Related Quality of Life of Patients With Newly Diagnosed Glioblastoma: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA oncology*, 2018, med. no. 4, pp. 495-504. ISSN: 2374-2437.
- VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1716-6.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Ondřej Kalita, Ph.D., MBA**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.5.2022



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života lidí s nádorovým onemocněním mozku. K získání dat byla zvolena technika dotazníku.

Dotazník obsahuje celkem 40 otázek, z nichž 19 otázek je polouzavřených, a zbylých 20 otázek je uzavřených, a navíc je vložena jedna otázka otevřená, pro případné připomínky respondentů.

Dotazník byl zaměřen na pacienty, kterým byl diagnostikován primární nádor mozku. Nejprve byly zjištěny základní demografické a sociální údaje. Zjišťovali jsme, jakými změnami se nástup a průběh nemoci projevil. Dále jsme zjišťovali míru podpory respondentů v rodině a kruhu blízkých přátel, jejich spokojenost s dostupnou zdravotní péčí a nakonec, zda využívají i jiných doplňkových služeb pomáhajících s jejich zdravotním stavem, např. domácí či hospicovou péči.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 75 respondentů, z čehož byly tři dotazníky vyřazeny, pro neúplné vyplnění dotazníků.

Klíčová slova: onkologie, nádory mozku, kvalita života, mozek

ABSTRACT

The aim of the bachelor thesis was to find out the quality of life of people with brain cancer. A questionnaire technique was chosen to obtain the data.

The questionnaire contains a total of forty questions, of which nineteen questions are semi-closed and the remaining twenty questions are closed, and one question is open, for possible comments from respondents.

The questionnaire was focused on patients who were diagnosed with a primary brain tumor. First, basic demographic and social data were obtained. We investigated the changes in the onset and course of the disease. We also found out the level of support of respondents in the family and circle of close friends, their satisfaction with available health care and finally whether they use other additional services helping with their health condition, such as home or hospice care.

A total of 75 respondents participated in the research survey, of which three questionnaires were excluded due to incomplete completion of the questionnaires.

Keywords: oncology, brain tumors, quality of life, brain

Děkuji panu doc. MUDr. Ondřeji Kalitovi, Ph.D., MBA za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, připomínky, za ochotu a trpělivost. Velké díky také patří mé rodině, přátelům, kolegyním a kolegům z praxe za podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu studia, a ochotným pacientům, kteří se podíleli na výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 NÁDOR	14
1.1.1 Benigní nádor	14
1.1.2 Maligní nádor	14
2 ZHOUBNÉ NÁDORY MOZKU	15
2.1 ANATOMIE MOZKU	15
2.2 EPIDEMIOLOGIE, ETIOLOGIE, INCIDENCE	17
2.2.1 Klinické projevy	17
2.2.2 Diagnostika tumorů v oblasti CNS	18
2.2.3 Relaps a progresse	18
2.2.4 Remise	18
2.2.5 Typing, staging, grading	18
3 LÉČBA	19
3.1 TYPY LÉČBY Z HLEDISKA CÍLE.....	19
3.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA	20
3.3 CHEMOTERAPIE	20
3.3.1 Cytostatika.....	20
3.3.2 Nežádoucí účinky chemoterapie	21
3.4 RADIOTERAPIE	21
3.4.1 Lineární urychlovač	22
3.4.2 Brachyterapie	22
3.4.3 Nežádoucí účinky.....	22
4 PREVENCE	23
4.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	23
4.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	23
4.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE	24
4.4 KVARTÉRNÍ PREVENCE	24
5 KVALITA ŽIVOTA	25
5.1 DEFINICE.....	26
5.2 HISTORIE	26
5.3 HODNOTICÍ ŠKÁLY	27
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ	29
6.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝMI PACIENTY	29
6.2 DIAGNOSTIKA	29

6.2.1	Anamnéza.....	29
6.2.2	Celkové vyšetření.....	30
6.3	ROLE SESTRY BĚHEM CHIRURGICKÉ LÉČBY	31
6.3.1	Před operačním výkonem.....	31
6.3.2	Po operačním výkonu.....	31
6.4	ROLE SESTRY PŘI PODÁVÁNÍ CHEMOTERAPIE	32
6.4.1	Důležité úkony při podávání chemoterapie.....	33
6.4.2	Problematika aplikace chemoterapie „když zlobí žíly“	33
6.5	ZÁKLADNÍ PRINCIPY PALIATIVNÍ MEDICÍNY	34
6.5.1	Role sestry v paliativní péči	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
7	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	37
7.1	CÍLE PRÁCE	37
7.2	VÝZKUMNÁ METODA A POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	37
7.2.1	Popis dotazníku	37
7.2.2	Charakteristika respondentů.....	37
7.3	ORGANIZACE SBĚRU DAT	38
7.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
8	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	39
8.2	UZAVŘENÉ OTÁZKY	48
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ	64
	SEZNAM TABULEK.....	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Výběr tématu jsem volila vzhledem ke své pracovní pozici. Pracuji na onkologii jako sestra a s takovými případy se setkávám denně. Stále více lidí si uvědomuje, že jejich zdraví není samozřejmostí, ale výsledkem osobního trvalého snažení.

Nádorová onemocnění jsou v České republice druhou nejčastější příčinou úmrtí. Nejvýznamnějším faktorem nárůstu nově zjištěných případů je zvyšující se průměrný věk obyvatelstva. Dalším faktorem jsou pokroky v léčbě nádorů, kdy stoupající počet pacientů dosáhne remisi prvotního nádoru. U těchto pacientů se setkáváme s rostoucím výskytem vícečetných primárních nádorů, tzv. duplicit.

Příznivé je, že i přes rostoucí počet nově diagnostikovaných pacientů se u nás dlouhodobě nezvyšuje počet úmrtí na onkologická onemocnění. Přispívají k tomu nové léčebné a diagnostické metody a záchyt nových pacientů s nádory v časnějším stadiu. To znamená, že výskyt rakoviny je větší, ale méně se na ni umírá.

Dalšími faktory, které se podílí na vzniku nádorů, jsou zevní vlivy. Řadíme zde, způsob životního stylu, stav životního prostředí a zvyklosti každého z nás. Špatné stravování, zvýšená konzumace alkoholu, stres, kouření, nedostatek pohybu, přecházení běžných virových onemocnění mohou podpořit vznik jakéhokoliv nádorového onemocnění.

Neméně důležitou roli hrají prevence a screeningová vyšetření, která mohou odhalit nádory v počátečním stadiu, tím pádem se zvyšuje šance na uzdravení. Dnes existuje spousta programů preventivní péče o pacienty s rizikovými faktory, familiárně vyskytujícími genetickými faktory, částečně hrazených ze zdravotního pojištění, takže jsou dostupnější než před několika lety.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

„Podle Světové zdravotnické organizace World Health Organization (WHO) je zdraví chápáno jako stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha nebo také stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody; nejedná se tedy jen o absenci nemoci nebo vady.“

Nádorová onemocnění jsou známá už od pravěku. Provázejí lidstvo už od jeho vzniku. Léčba zhoubných nádorů – rakoviny se datuje od 19. století, kdy se o problematiku začali zajímat patologové, internisté a gynekologové. V Brně existoval „Dům útěchy“ od roku 1928, jehož účelem bylo postarat se o nevléčitelně nemocné pacienty s nádory. V letech 1933–1935 byl přebudován na nynější Masarykův onkologický ústav. Léčba rakoviny byla nejprve chirurgická, radiační a postupem času s přibývajícimi možnostmi systémové onkologické léčby (chemoterapie, hormonální léčba, imunoterapie nebo biologická léčba) (Vokurka, Tesařová, 2019).

Ještě před několika desetiletími asociovalo slovo rakovina představu rychlé a často bolestné smrti. Dnes mezi lidmi převládá poměrně silný optimismus, pokud jde o možnosti moderní medicíny. Denní tisk a televize přinášejí zprávy o překvapivých léčebných výsledcích u nemocí dříve nevléčitelných. Do povědomí lidí tak vstoupil obraz rakoviny jako onemocnění v řadě případů vyléčitelného. Při iniciálním rozhovoru o diagnóze je otázka po vyléčitelnosti tou pravděpodobně pro pacienta nejzávažnější. „Co se s tím dá dělat?“ „Dá se to vyléčit, že ano, pane doktore?“ Takto a podobně to naši nemocní formulují.

Pokud jde o možnosti protinádorové léčby, při rozhovoru s pacientem se nám osvědčuje věcná střízlivost. Není-li pro dané onemocnění kurativní léčba k dispozici, považujeme za vhodné o tom nemocného na jeho přímý dotaz informovat. To informování však musí být přiměřené např. s ohledem na věk, sociální podmínky a mentální schopnosti pacienta. Všechny nemocné se snažíme ujistit, že budeme aktivně léčit všechny obtíže vyvolané nemocí nebo léčbou po celou dobu onemocnění. Onkologické onemocnění probíhá většinou ve znamení progresu a postupného zhoršování funkcí i celkového stavu nemocného. Pro nemocného je v této situaci „postupných ztrát“ velikou oporou, pokud je léčba vedena jedním lékařem. Ten může působit jako garant kontinuity péče. Dostát tomuto požadavku je v době týmové a interdisciplinární péče obtížné. Přesto považujeme za důležité v mezích možností o určitou „personální kontinuitu“ usilovat (Vorlíček, Zdeněk, Pospíšilová, 2004).

1.1 Nádor

Nádor je termín, kterým označujeme tkáň s neřízeným růstem autonomní povahy bez ohledu na potřeby organismu. Nádor se svou vlastností již nemůže přeměnit v normální tkáň a jeví se jako zvětšení objemu tkáně. Rakovinu můžeme definovat jako soubor nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovatelný růst buněk, který se vymyká koordinačním dějům v živém organismu (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 15).

1.1.1 Benigní nádor

Mají zpravidla ohraničený růst, zůstávají na místě svého vzniku a nikam nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 35).

1.1.2 Maligní nádor

Mají za pravidla rychlý růst, šíří se infiltrativně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska, tzv. metastázy. Pokud se neléčí včas, způsobují smrt organismu. Morfologický růst se projevuje třemi způsoby:

- expanzivní růst – charakteristický mechanický útlak okolí, který pokračuje atrofii okolních tkání, roste tak většina benigních nádorů a různě dlouho i nádory maligní;
- infiltrativní růst – při něm nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení;
- invazivní růst (agresivní, destruktivní) – je typický vrůstáním nádorových buněk do buněk okolních tkání, které jsou poškozovány a ničeny. Je to tzv. typický růst zhoubného nádoru (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 35).

2 ZHOUBNÉ NÁDORY MOZKU

Jsou to expanzivně chovající se nádory, které vyrůstají z mozkové tkáně (neurony, glie) nebo z okolních struktur (meningy, nervové pochvy). Primární nádory mozku u dospělých tvoří skupina nádorů, které mohou být pomalu rostoucí a jsou chirurgicky vyléčitelné (astrocytomy), jiné jsou vysoce agresivní a jsou nevyléčitelné (glioblastoma multiforme). Sekundární zhoubné nádory mozku jsou způsobeny metastazováním maligních tumorů z jiných orgánů. Jejich incidence je 10krát vyšší než u nádorů primárních (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 189).

2.1 Anatomie mozku

Mozek se skládá ze čtyř základních částí:

- Mozkový kmen (truncus encephali) – fylogeneticky nejstarší část mozku. Reguluje základní životní funkce. Je tvořen prodlouženou míchou, Varolovým mostem a středním mozkem. Mozkový kmen leží na týlní kosti v zadní jámě lebni. Z dorzální strany na něj naléhá a je s ním spojený mozeček;
- Mozeček (cerebellum) – základní funkcí mozečku je udržování rovnováhy a vzprímené polohy, regulace svalového tonu, řízení koordinace a pohybů. Motorické podmíněné reflexy – je zapojen do procesů procedurální paměti a učení. Podílí se na emočních, motivačních, paměťových procesech;
- Mezimozek (diencephalon) – stojí mezi mozkovým kmenem a koncovým mozkem. Skládá se z epithalamu, metathalamu, thalamu, subthalamu a hypothalamu;
 - Epithalamus obsahuje melatonin, který řídí rytmy bdění a spánku u člověka;
 - Metathalamus, který je zapojen do smyslového cití, vede vlákna sluchové dráhy, pak pokračuje jako konečný úsek sluchové dráhy, který ústí do sluchové kůry v temporálním laloku;
 - Thalamus představuje hlavní přepojovací centrum z periferní nervové soustavy (PNS) do centrální nervové soustavy (CNS). Ovlivňuje stav bdělosti, chůzi a stoj;
 - Subthalamus – jeho funkce je nejasná;
 - Hypothalamus ovlivňuje a kontroluje řadu životně důležitých funkcí a reflexů, např. udržování homeostázy (např. termoregulace), sekreci hormonů (např. ADH, oxytocin), regulace činnosti hypofýzy.

- Koncový mozek (telencephalon) – je tvořen pravou a levou hemisférou. Na každé hemisféře lze rozeznat mozkovou kůru, pod ní bílou hmotu a uvnitř uložená bazální ganglia.

Bazální ganglia jsou zřetelná nahromadění neuronů, a tak tvoří šedé hmoty, které jsou zanořeny do hloubky do bílé hmoty koncového mozku. Slouží ke zpracování iniciačních impulsů pro pohyb.

Podvěsek mozkový (hypophysis cerebri) – je to drobná žláza nadřazená všem ostatním žlázám v těle. Rozeznáváme na ni lobus anterior a lobus posterior. Lobus anterior je endokrinní žláza, ve které jsou produkovány hormony: LH – luteinizační hormon, FSH – folikuly stimulační hormon, TSH – thyreotropní hormon, STH – somatotropní hormon, ACTH – adrenokortikotropní hormon. Lobus posterior je výběžkem hypothalamu, mezi jeho gliovými buňkami. Hormony hypofýzy jsou uvolňovány do krevního oběhu a ovlivňují vzdálené tkáně i další endokrinní žlázy.

Mozková kůra (cortex cerebri) – v průběhu vývoje se vyvinou hlavní zářezy mozkové kůry, které oddělují jednotlivé laloky – lobus frontalis, lobus parietalis, lobus occipitalis, lobus temporalis. Povrch koncového mozku je tvořen mozkovou kůrou, která kryje bílou hmotu hemisfér. V celé řadě funkcí zpravidla jedna z hemisfér převažuje. Některá centra jsou vyvinuta jednostranně, například řečové centrum je u praváků uloženo v levé hemisféře. Levá hemisféra vnímá pohyby a pocity pravé poloviny těla, řečová centra, logika. Pravá hemisféra naopak vnímá pocity a pohyby levé poloviny těla, syntéza smyslových podnětů, prostorová představivost a emoce.

Mozkové komory – komorový systém je tvořen celkem čtyřmi komorami. Dvě postranní komory jsou v hemisférách, třetí komora leží mezi thalamy obou stran a čtvrtá komora se nachází mezi mozkovým kmenem a mozečkem. Postranní komory jsou obloukové dutiny, kde se tvoří likvor. Likvoru je asi 150 ml, jeho denní produkce je cca 500 ml. Mozkomíšní mok nadnáší mozek a vyrovnává tlakové změny (Naňka, Elišková, 2009, s. 274–301).

2.2 Epidemiologie, etiologie, incidence

Primární nádory mozku CNS tvoří 1,4–4,2 % všech maligních nádorů. Některé typy nádorů postihují určité věkové kategorie, například embryonální nádory (meduloblastom), které se především vyskytují v dětském věku. Jedna z možných příčin u dětských pacientů by mohla být porucha embryonálního vývoje. Mezi etiologické faktory u gliomů dospělých pacientů se někdy připouští expozice některých chemikálií, úrazy hlavy (u meningeomů a astrocytomů) a radiace. Zhruba u 16 % procent pacientů s primárními nádory CNS je pozitivní rodinná anamnéza (Šlampa, Petera, et al., 2007, s. 325–326).

Ze všech nádorů mozku jsou nejčastějším typem gliomy (40–50 %), meningeomy, které tvoří 12–15 % (Fadrus, 2010). Incidence nádorů má dva vrcholy. První je u dětí mladších pěti let. Ve svém dalším vrcholu se nádory objevují až po 60. roku života. Dětské nádory vznikají ve většině případů typicky ve vztahu k mozkovému kmeni a mozečku, v dospělosti převládá výskyt nádorů v obou hemisférách v supratentoriální oblasti (Lakomý, 2016). Vzhledem k pokrokům jak v diagnostice, tak v léčbě, se prodlužuje předpokládaná délka životů pacientů. V důsledku toho se však také zvyšuje incidence sekundárních nádorových projevů (Nestrašil, 2005).

2.2.1 Klinické projevy

Mezi hlavní příznaky patří bolest hlavy, která obvykle mívá střední intenzitu, může být tlaková až bodavá a její lokalizace je hloubková. Její vznik souvisí se vzestupem nitrolebního tlaku. Bolest je často provázena zvracením, které není vázáno na příjem potravy. Pokud intenzita narůstá, bolest trvá jeden až dva týdny, nebo se objevuje u kritické věkové skupiny (mezi 50. a 60. rokem), považuje se tento příznak za alarmující (Nestrašil, 2005).

Jako dalším příznakem mohou nastat psychické změny, a to v podobě zvýšené podrážděnosti, agresivity a afektivní lability. Tyto změny mohou být projevem primárního nádoru, nebo metastáze do CNS (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 189).

Mohou se objevovat epileptické záchvaty, které se objevují u jedné čtvrtiny pacientů s tumory CNS. Dle místa postižení mozku se pak objevují různé výpadky v oblasti vyšší nervové činnosti. Tumory také způsobují některé specifické ložiskové příznaky. Problémy nejsou způsobeny zvětšováním nitrolebního tlaku, ale destrukcí určitých částí mozkové

tkáně. Potíže závisí na lokalizaci nádoru. Mohou tak vznikat poruchy motoriky či senzitivních a sensorických systémů (Nestrašil, 2005).

2.2.2 Diagnostika tumorů v oblasti CNS

Standardními postupy diagnostiky tumorů v oblasti CNS jsou vyšetření pomocí CT a MR. I Elektroencefalografie (EEG) může zachytit podezření na expanzivní proces. Dále metody PET mohou (kromě jiných diagnostických možností) do jisté míry rozlišit recidivu nádoru CNS od poradiačních nekrotických ložisek v mozku (Šlampa, Petera, et al., 2007, s. 326).

2.2.3 Relaps a progresse

Relapsem, recidivou či progresí se nazývají nové příznaky u člověka v remisi (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 52).

2.2.4 Remise

Znamená vymizení příznaků při klinickém a laboratorním vyšetření. Lze ji dělit na kompletní – nemoc není vůbec běžnými postupy detekovatelná, nebo parciální – velikost nádoru se zmenšila o 50 % (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 52).

2.2.5 Typing, staging, grading

Typing – histologická klasifikace – je určení přesného typu nádorového procesu. Staging – charakterizuje anatomický rozsah choroby podle TNM klasifikace. Grading – vyjadřuje stupeň diferenciaci. Tyto stupně nádoru mají zásadní vliv na další léčbu pacienta (Adam, Krejčí, Vorlíček, et al., 2011, s. 36–37).

3 LÉČBA

Léčba maligních chorob znamená pro pacienta velkou zátěž. Onkologická léčba je zaměřena proti části člověka, proti jeho vlastním buňkám, které se transformovaly v buňky nádorové. Při ničení nádorových buněk dochází ke zničení či poškozování některých fyziologických buněk a tkání. Vlivem onkologické léčby je tedy dočasné a někdy i trvalé zhoršování kvality života. Cílem protinádorové léčby je tedy smrt nádorových buněk. Léčit můžeme chirurgicky, radioterapií nebo medikamenty (Adam, Krejčí, Vorlíček, et al., 2011, s. 83).

3.1 Typy léčby z hlediska cíle

Podpůrná léčba usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů a jejich rodiny. Jejím cílem není usmrcení nádorových buněk, ale je zaměřena na zmírnění obtíží vyvolaných nádorem. Tento druh léčby potřebují pacienti, aby přežili léčbu protinádorovou.

Kurativní léčba si klade nejvyšší cíl, a tím je vyléčení a úplné odstranění nemoci. Tuto léčbu volíme v případě, že charakter, rozsah tumoru a celkový stav pacienta dávají předpoklad pro úplné odstranění tumoru z organismu kombinací různých metod.

Nekurativní léčba – jejím cílem je nádorové buňky zničit, nikoli je kompletně vyhubit. Léčbu volíme tam, kde dostupnými prostředky nejsme schopni pacienta vyléčit. Jedním z důvodů může být stupeň a charakter pokročilosti nádoru nebo jeho přirozená rezistence na léčbu.

Adjuvantní léčba se volí tehdy, kdy, jsou prokázány mikrometastáze. Tato léčba je podávána s kurativním cílem, neboť může případné metastáze zničit. Může probíhat chemoterapií nebo ozařováním.

Neoadjuvantní léčba neboli předoperační léčba se podává s cílem zmenšení tumoru a zničení případných mikrometastáz. Rizikem této léčby je její neúčinnost a tím oddálení od operačního výkonu (Adam, Krejčí, Vorlíček, et al., 2011, s. 84).

Paliativní léčba by měla být zvolena v posledních fázích pacientova života. Je to komplexní podpůrná léčba u nemocných s pokročilým onemocněním (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 50).

3.2 Chirurgická léčba

Hlavním cílem chirurgické léčby je snaha odstranit z pacientova těla všechny nádorové buňky. Při odstraňování malých a ohraničených nádorů bývají chirurgové nejúspěšnější. Zhoršující šance na vyléčení se snižuje rozsahem a pokročilostí tumoru. Výsledky operačních zákroků se zlepšují kvalitní technikou a anestezií (Dienstbier, 1994, s. 29).

3.3 Chemoterapie

Cílem léčby je zabít nádorové buňky. Chemoterapie je jednou z možností léčby zhoubných nádorů. Pod tímto pojmem se rozumí podávání protinádorových léků (cytostatik). Nejčastěji se podávají ve formě nitrožilních injekcí nebo infuzí či tablet. Pravidelně se podávají v obvyklých intervalech po 7, 21 nebo 28 dnech (cyklech). Je to tzv. systémová léčba působící na celé tělo. Chemoterapie se podává:

- samostatně jako primární léčba;
- v kombinaci s radioterapií, kdy se zvyšuje jejich účinek;
- v kombinaci s biologickou léčbou, kde se obě metody potencují;
- v kombinaci s chirurgickým zákrokem s cílem zmenšení nádoru a tím jeho snazšího odstranění.

Po skončení chemoterapie se většina nenádorových buněk obnoví. Stav organismu se postupně regeneruje, ale doba regenerace je u každého pacienta různě dlouhá (Karešová a kol., 2011, s. 23).

3.3.1 Cytostatika

Cytostatika ničí rychle rostoucí a dělící se buňky tím, že zastaví jejich dělení. Nerozpoznávají však nádorovou buňku od zdravé buňky a poškozují tak jejich růst. Mezi nejvíce poškozené buňky patří buňky vlasových váčků, krvetvorba v kostní dřeni a sliznice zažívacího ústrojí (Karešová a kol., 2011, s. 23).

Cytostatika se nejčastěji dávkuje podle vypočítaného povrchu těla pacienta, který se stanoví z jeho váhy a výšky, proto je důležité, aby pacient během léčby udržoval stejnou hmotnost. Při určení vhodné dávky se také musí přihlížet na funkci jater a ledvin. Principem úspěchu léčby je podávat cytostatika tak, aby v pauze mezi cykly nedošlo k nárůstu maligních buněk (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 84).

3.3.2 Nežádoucí účinky chemoterapie

Vedlejší účinky chemoterapie mohou být pro pacienta vážnou komplikací. Závisí na podaném léku, některé nežádoucí účinky se objeví hned, jiné až později. Před podáním chemoterapie je pacient seznámen s možnými nežádoucími účinky. Nejčastěji se objevuje alergie, ztráta vlasů, nevolnost, zvracení, útlum krvetvorby, postižení sliznic, průjem, zácpa, poškození žil, kožní toxicita, kardiotoxicita, nefrotoxicita, neurotoxicita, febrilní reakce a flebitidy (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 93).

3.4 Radioterapie

Radiační onkologie patří mezi nejmladší obory medicíny. Nádory se od sebe liší různou citlivostí na záření, nejcitlivější jsou leukémie, nádory ze zárodečných buněk a lymfomy. Středně citlivé jsou karcinomy a radiorezistentní jsou sarkomy a gliomy. Pravděpodobnost vyléčení nádorů souvisí s celkovou dávkou záření, protože každá dávka záření zabíjí určité procento nádorových buněk. Větší nádory vyžadují vyšší dávku než malé nádory. Při léčebné aplikaci ionizujícího záření na nádorovou tkáň musíme vždy počítat s určitým ozářením okolních zdravých tkání a orgánů (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 11).

K radioterapii maligních nádorů mozku bývá nejčastěji používán níže zmíněný lineární urychlovač. Mozková tkáň po ozáření prodělává reakci, kterou lze rozdělit na tři fáze:

- Akutní fáze, která vzniká během ozařování. Je méně častá, projevuje se zvýšením nitrolebního tlaku v důsledku otoku mozku. K potlačení této nežádoucí reakce se preventivně podávají kortikosteroidy;
- Včasná následná reakce, která vzniká několik týdnů po skončení ozařování. Tato reakce ustupuje bez medikace. Projevuje se většinou spavostí, nauzeou, zvracením, tyto příznaky však mizí po symptomatické terapii;
- Pozdní následná reakce, která bývá progredující a ireverzibilní, vzniká po několika měsících, ale i letech po skončeném ozařování. Může vést ke zhoršování stavu až ke smrti. Častou příčinou této reakce je atrofie mozku, nebo dokonce nekróza tkáně (Kala, 1999, s. 40–41).

3.4.1 Lineární urychlovač

Základním přístrojem pro zevní ozáření je lineární urychlovač. Tyto přístroje jsou konstruovány takovým způsobem, že centrální osa svazku záření míří do jednoho bodu, tzv. izocentra. Izocentrum je obvykle ve vzdálenosti 100 cm od zdroje záření a lokalizuje se přibližně do středu ozařovaného objemu. Pacient může být ozařován z více směrů několika polí, aniž by se změnila pacientova poloha. Po nastavení pacienta do izocentra provádí lineární urychlovač ozáření od jednoho pole k druhému automaticky podle předem zadaných parametrů (Šlampa, Petera, et al., 2007, s. 48–49).

3.4.2 Brachyterapie

Brachyterapie je schopna díky prudkému spádu dávky do okolí (vliv krátké vzdálenosti od zdroje) relativně více šetřit okolní zdravou tkáň a tím aplikovat vyšší dávku do cílového objemu. Kvůli nehomogenitě dávky v cílovém objemu existuje riziko poškození zdravých tkání přímo v cílovém objemu nebo na jeho okrajích (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 32).

3.4.3 Nežádoucí účinky

Lokální radiační reakce jsou omezeny na ozařovanou oblast. Obtíže, které pacient popisuje, bývají typické a přesně lokalizovatelné.

Systémové radiační reakce bývají velmi nespecifické, bývají často popisovány jako subjektivní příznaky charakteru celkové únavy, nevolnosti až zvracení a malátnosti. Mezi další komplikace řadíme hematologické, plynoucí z ozáření většího objemu kostní dřeně.

Časné radiační reakce se týkají tkání, jako jsou sliznice jednotlivých orgánů a kůže. Vznikají během ozařování a poměrně rychle se hojí.

Pozdní radiační reakce se týkají tkání a orgánů s pomalým buněčným obratem, jako jsou ledviny, srdce, játra CNS, plíce a další. Reakce se objevuje po týdnech až měsících (Šlampa, Petera et al., 2007, s. 31).

4 PREVENCE

Prevenčí ve zdravotnictví rozumíme předcházení nemocem. Je to zároveň nejlevnější a nejúčinnější opatření proti chorobám. Preventivní prohlídky provádějí pouze registrující lékaři (praktičtí lékaři, gynekologové a stomatologové) a jejich povinností není zvat pojištěnce na prohlídky. Prevenci dělíme na čtyři úrovně.

4.1 Primární prevence

Pojem primární prevence objasňuje slovní spojení zdravý životní styl, o němž se píše v časopisech a je známý v rozhlasech i médiích. Získané informace z výše popisovaných zdrojů je třeba s rozvahou utřídit, neboť propagace zdraví je často spojena s reklamou výrobců a obchodních firem. Výchova ke zdravému životnímu stylu začíná v rodině, kde dítě přejímá informace od rodičů. Důležitost prevence je v období dětství a adolescence, protože její zanedbání má negativní dopad, v dospělosti často abúzus alkoholu, kouření, nevhodné stravování, užívání drog, předčasná pohlavní aktivita a obezita. Primární prevence je zaměřena na zdravé jedince. Zabývá se zlepšováním zdravotního stavu, což vede k zvyšování kvality života. Každý z nás si do života s sebou bereme neměnný genetický vklad.

4.2 Sekundární prevence

Je včasné rozpoznání prvních příznaků nádorového onemocnění, které je zásadní pro úspěšnou léčbu. Častým důvodem, proč lidé nechodí na preventivní prohlídky, jsou strach z odhalení nemoci, stud, nedostatečná informovanost o možnosti preventivních prohlídek. To bohužel vede k tomu, že nádorová onemocnění jsou objevena v pokročilém stadiu, čímž se zhoršuje možnost úplného vyléčení. Právě sekundární prevence má velký význam pro mnohá onkologická onemocnění. Je nutné věnovat pozornost nevysvětlitelnému úbytku na váze, velké únavě a jiným příznakům. Prevenci by neměli podceňovat ti, kteří pracují v rizikovém prostředí, nebo mají k nádorovému onemocnění dědičné dispozice, nebo ti, kteří už v minulosti nějaký nádor prodělali. V souvislosti s touto prevencí se často vyskytuje slovo z angličtiny, tzv. screening, který znamená cílené vyšetřování velkých skupin obyvatelstva za určité časové období. Mezi nejznámější patří vyšetřování prsů u žen, tzv. mamograf, který se provádí od 45. roku. Dalším bývá test na okultní krvácení ve stolici prováděný po 50. roce věku či kolonoskopie po 55. roce věku jako prevence nádoru tlustého střeva a konečníku. Zdravotní pojišťovny nabízejí svým klientům mnoho

programů na onkologickou prevenci, protože léčba zhoubného onemocnění je mnohem nákladnější. Podle legislativy má každý občan nárok na dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění, která slouží k časnému objevení nových pacientů s nádorovým onemocněním.

4.3 Terciární prevence

Cílem terciární prevence je zachytit případný návrat nádorového onemocnění po prodělané léčbě v bezpříznakovém intervalu včas, tedy v potenciálně léčitelné podobě. Zdravotnické zařízení, které bude pacientovi zajišťovat dispenzarizaci, musí být součástí diagnosticko-léčebného plánu. Dispenzarizace znamená, že pacient, který je uzdraven, bude chodit na pravidelné kontroly na pracoviště, kde byl léčen. Důležitý je pro pacienta kontakt s lékařem, který ho vede od začátku léčby, protože je na toho lékaře svým způsobem fixovaný a věří mu. V případě, kdy se objeví příznaky recidivy nádorové choroby, využívá lékař více vyšetřovacích metod a spolupráci s dalšími odborníky s cílem najít optimální diagnostický proces a léčebný plán, který bude pro pacienta nejlepší.

4.4 Kvartérní prevence

Znamená předvídání a předcházení důsledků progredujícího nevléčitelného nádorového onemocnění, které mohou snižovat kvalitu pacientova života. Preventivní uvažování a postupy jsou zde potřeba v oblasti tělesné, psychické a sociální. Na zajištění a trvalou dostupnost léčby bolesti je potřeba myslet včas, než se bolest plně rozvine. Je třeba nemocného seznámit s paliativním týmem při vyčerpání onkologické léčby. Důležité je zajistit nutričního terapeuta stran výživy. V oblasti psychické podpory má pacient nárok využít psychologa se zaměřením na onkologickou problematiku. Při zajišťování sociálního zázemí může pacient využít sociální pracovníky v nemocnici, nebo v místě bydliště (Karešová a kol., 2011, s. 12–20).

5 KVALITA ŽIVOTA

Problematika kvality života je zkoumaná hlavně za posledních třicet let v několika vědních oborech (v medicíně, ošetrovatelství, filozofii, psychologii, sociologii a v dalších). Kvalita života je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a mluvíme o ní jako o multiúrovňovém fenoménu (Kováč, 2003).

Kvalita života je subjektivní a individuální. Definována je tak, jak ji vnímá jednotlivec, to znamená, že je prezentována různými komponenty u různých lidí a v různém čase a její obsah se nedá přesně vymezit. Vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou, možnostmi a skutečností a tento rozpor můžeme redukovat adekvátní ošetrovatelskou intervencí. Má dynamický charakter, to znamená, že v různých životních obdobích a životních situacích se může obsah pojmu kvalita života značně lišit. Je hodnotově orientovaná, spojuje spokojenost s hodnocením významu, respektive důležitosti, a zdůrazňuje význam individuálních hodnot, souvisí tak s uspokojováním potřeb. Reflektuje hodnocení vlivu všech oblastí na život, na všeobecnou pohodu a spokojenost jednotlivce (Hudáková, Majerníková, 2013 s. 44–45).

Kvalita života má vliv na zdraví a pohodu jedinců v každodenních činnostech. Pod pojmem kvalita je vyjadřována jakost. Můžeme ji rozdělit do dvou kategorií. Jako první považujeme vyjádření úrovně, nebo stupně, který podléhá potřebám jednotlivce. Ve druhé kategorii je popisována kvalita jako všeobecný výraz pro označení charakteristických vlastností, bez uspokojení určitých potřeb jedince, nebo skupiny. Kvalita může být vyjádřena kvalitativně, kdy vychází z hodnotového systému posuzovatele, nebo kvantitativně, kdy je objektivně měřitelná. Při hodnocení kvality musíme myslet na to, čeho kvalitu posuzujeme, například kvalitu života. V hodnocení života by měly být zahrnuty jevy a činnosti charakteristické pro lidský organismus (osobní, společenský, pracovní, duchovní život). Kvalita života je nejčastěji rozdělena do pěti domén: tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty související s léčbou a spiritualita. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních požadavků života, fyzického zdraví jednotlivce. Subjektivní dimenze se týká jeho subjektivní pohody a spokojenosti se životem, ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec (Gurková, 2011, s. 21–73).

5.1 Definice

V literatuře je popsáno mnoho definic kvality života. Jedním z pojetí je vnímání kvality života jako osobní pohody (well-being). Osobní pohoda zahrnuje psycho-spirituální, tělesnou i sociální dimenzi (Gurková, 2011).

Vždy jde o věci a jevy, které lidé považují ve svém životě za důležité. Termín kvalita života není možné jednoznačně objasnit, protože o definice se pokusilo mnoho autorů, ale s poznáním, že jde čistě o kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 41).

Zdraví se může měnit v závislosti na aktuální situaci jedince. Člověk, kterému se změnil zdravotní stav, může začít zdraví vnímat najednou úplně odlišně (Staquet et al., 1998).

5.2 Historie

Uvedený termín se objevil ve 30. letech 20. století, a to právě v souvislosti s chronickými pacienty. Vzhledem k prudkému nárůstu populace seniorů ve světě se analýza kvality života přemístila ze zdravotnického zařízení do každodenního života (Kováč, 2003). Rozvoj technologií a průmyslu vyzdvihl pak problematiku kvality života ve vztahu ke zhoršujícímu se životnímu prostředí. Kvalita života se tak stala široce používaným pojmem, který ale neměl (a dosud vlastně ani nemá) jednotnou definici, ba naopak narůstal počet různých definic a vysvětlení tohoto pojmu. V 70. letech 20. století se v rámci ekonomických, medicínských a sociálních věd vytvořily tři různé alternativní konceptualizace individuální kvality života:

- Kvalita upravených let života (Quality – Adjusted Life Years, QUALY), jde o produkt vytvořený ekonomickými disciplínami společně s medicínskými;
- Subjektivní pohoda (Subjective Well- Being, SWB) jako produkt sociálních věd;
- Kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life, HRLoQ) jako produkt medicínských věd (Gurková, 2011).

Od 90. let dochází k dalšímu rozvoji studia kvality života, je vidět snaha o sjednocení a důkladné vymezení teoretických základů a o vytvoření odpovídajících způsobů měření kvality života. Kvalita života je tématem četných oborů týkajících se člověka. Velmi skloňovanou se stává kvalita života ve zdravotnictví (Libigerová, Müllerová, 2001).

5.3 Hodnoticí škály

Hodnoticích škál a testů na kvalitu života existuje celá řada. Pro názornost bylo vybráno několik zástupců, kteří souvisejí přímo s tématem.

ADL – Activity of Daily Living – mezinárodní test pro hodnocení soběstačnosti pacientů. Je také nazýván Barthelové index. Jedná se o strukturovaný dotazník. Pacient je posuzován v 10 základních oblastech běžného života, každá z oblastí je skórována buď 0 až 5, 10 či 15 bodů, kdy součet nula odpovídá úplné závislosti a 100 bodů naopak za plnou soběstačnost (Vávra, 2005; Vaňásková 2005).

Hierarchie potřeb dle Maslowa – ve 40. letech 20. století ji vytvořil americký psycholog A. H. Maslow. Jedná se o psychologickou motivační teorii založenou na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují (Říčan, 2007, s. 232–233).

Karnofskyho index – tato metoda je pokusem objektivně zhodnotit celkový stav pacienta a kvalitu jeho života objektivním způsobem z pohledu lékaře či pečovatele. Udává se závažnost příznaků choroby, stupeň výkonnosti pacienta, stupeň pracovní schopnosti, stupeň sebeobsluhy, nutnost ošetrovatelské a lékařské péče, nutnost podpůrné léčby, progresu a zhoršování nemoci. Hodnocení probíhá na stupnici 0–100 %, kdy 0 % znamená smrt a 100 % normální stav pacienta, kdy se neprojevují žádné obtíže (Křivohlavý, 2002; Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Quality of Life – tato metoda byla určena původně pro onkologické pacienty. Cílem je zhodnotit zdravotní stav a kvalitu života pacienta před léčbou a po ní. Otázky se týkají aktivity pacienta (volnočasové aktivity), každodenního života (pracovní schopnost, nezávislost, finanční situace, nepohodlí a zdravotní komplikace), vnímání zdraví (náhled na vlastní nemoc), podpory přátel a rodiny (sociální síť, komunikace) a celkového pohledu na život (Křivohlavý, 2002; Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Visual Analogue Scale (VAS) – Vizuální analogová škála patří k nejčastějším způsobům měření intenzity bolesti. Díky své jednoduchosti, rychlosti sdělení a srozumitelnosti se řadí mezi nejspolehlivější a nejcitlivější hodnoticí nástroje. Používá se v podobě 10 cm dlouhé úsečky 0–10, kdy nula značí žádnou bolest a 10 značí bolest nesnesitelnou (Křivohlavý, 1992).

SF-36 (Short Form 36 Health Subject Questionnaire) jsou dotazníky, které jsou hojně využívány v USA a ve Velké Británii. Dotyčný zde hodnotí průběh svého posledního měsíce, jak z pohledu fyzického zdraví, únavy, duševního zdraví, tak i pocitu spokojenosti.

Skládá se celkem z 36 položek a analyzuje fyzický i psychický stav. Výhoda dotazníku je určitě ve validitě. Nevýhodou je to, že se těžko srovnává s různými věkovými kategoriemi (Pilar, 1996).

WHOQOL se začaly vytvářet v devadesátých letech s cílem vytvořit metodu umožňující porovnání kvality života v různých kulturách a populacích vycházející z komplexní definice zdraví WHO a založenou na subjektivním pohledu pacienta. Následující fáze pak testovala první pilotní návrh dotazníku. Tento dotazník byl předložen celkem 300 respondentům. Položky byly postupně zredukovány a bylo vybráno 100 položek s nejlepšími psychometrickými charakteristikami – tato verze nyní nese název WHOQOL-100, který může být nevýhodný pro praktické užití, neboť je poměrně dlouhý. WHOQOL-BREF je zkrácená verze WHOQOL 100. V této verzi jsou tedy mapovány čtyři oblasti, a to oblast fyzická, psychologická, sociální a prostředí. Tento test obsahuje celkem pouze 26 otázek, 24 otázek mapuje jednotlivé oblasti a dvě otázky jsou určeny k ohodnocení celkové kvality života a obecného zdraví. Výhodou dotazníků WHOQOL je, že existují v řadě jazyků včetně češtiny a že jsou orientovány na subjektivní pohled jedince na nemoc a její dopady na jeho život. Testy mají také dobrou validitu, reliabilitu a byla testována též jejich citlivost ke změně (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Práce sestry na onkologii je psychicky náročná. Sestra opakovaně řeší krizové situace, vnímá blízkost smrti a pracuje v ovzduší smutku a deprese. Pokud není schopná ve volném čase kvalitní relaxace, může u ní dojít k takzvanému syndromu vyhoření, který znamená ztrátu ideálů, energie, stav tělesného, duševního i emočního vyčerpání. Obranou proti tomuto syndromu je kvalitní aktivní odpočinek ve volném čase a dobré vztahy v rodině i na pracovišti.

Vzhledem ke značné emoční a psychické zátěži je, mimo lékařů a sester, k dispozici onkologickým pacientům a jejich rodinám psycholog, který jim pomáhá v těžkých chvílích (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 767).

6.1 Zásady komunikace s onkologickými pacienty

- Sestra pečující o onkologické pacienty, musí být sama v dobré psychické i fyzické kondici;
- Sestra musí za všech okolností zachovat klid, kterým snižuje úzkost pacienta;
- Sestra by měla pacienty povzbuzovat a chválit je za drobné úspěchy, podporuje tím kladné emoce u pacienta;
- Sestra by si měla najít čas na naslouchání pacientům;
- Sestra musí aktivně nabízet svou pomoc, být empatická aj. (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 765–767).

6.2 Diagnostika

Včasná diagnostika zhoubných nádorů je obtížná. Na začátku onemocnění nemá pacient zpravidla žádné obtíže a většinou ani laboratorní změny nejsou viditelné. Zhoubné onemocnění v pokročilém stadiu je diagnostikováno zpravidla bez problémů. Včasná diagnóza je pro vyléčení zhoubného nádoru nejdůležitější. K diagnostice zhoubného onemocnění nám pomáhají diagnostické metody, zmíněno bude pouze několik nejpoužívanějších (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 40).

6.2.1 Anamnéza

Má velký vliv pro včasné zjištění nádoru. Musíme k ní přistupovat velmi důsledně a zároveň citlivě, někteří nemocní ze strachu zlehčují nebo zatajují své obtíže. Jsou některá varovná znamení, která mohou, ale nemusí patřit k prvním příznakům onemocnění:

1. nepravidelné krvácení nebo výtok z tělních dutin, hlavně z rodidel, konečníku nebo močového měchýře;
2. zduření nebo zatvrdnutí prsu, mokvání nebo deformace prsní bradavky, vtahování kůže prsu, výtok z bradavky;
3. nehojící se rána nebo vřed na kůži a sliznicích;
4. přetrvávající obtíže polykací, žaludeční nebo střevní (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 40).

6.2.2 Celkové vyšetření

K vyhledávání časných stadií zhoubných nádorů musí lékař podrobně vyšetřit nemocného, zaměřuje se především na:

1. krk a dutinu ústní;
2. prsy;
3. kůži a lymfatické uzliny po celém těle;
4. vyšetření konečníku a prostaty.

Dále je nutné podstoupit gynekologické vyšetření, rentgen (RTG) srdce a plic, laboratorní vyšetření krve a moče a odběr stolice na okultní krvácení (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 41).

6.2.3 Laboratorní vyšetření

Mají obrovský význam v diagnostice maligních nádorů pro stanovení choroby a zhodnocení celkového stavu pacienta. Tato vyšetření umožňují:

1. upřesňovat diagnózu a rozsah choroby;
2. sledovat nežádoucí účinky a výsledky léčby;
3. vyhledat nepoznané nádory v populaci (screening).

Sběr a odesílání vzorků znamená získat dostatečné množství tkáně nebo tekutiny pro laboratorní vyšetření a stanovení výsledků. Při odebírání vzorků sestra musí edukovat pacienta o prováděném výkonu a při samotném odběru zajistit soukromí. Odebrané vzorky vložit do správně označených nádob, přiložit žádanku, na které jsou všechny důležité informace o pacientovi a neprodleně odeslat do příslušných laboratoří (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 41).

Dále můžeme využít celou řadu vyšetřovacích metod, jako jsou:

1. mikroskopické vyšetření biologického materiálu – histologie, cytologie;

2. endoskopická vyšetření;
3. zobrazovací metody – RTG, počítačová tomografie – CT, magnetická rezonance – MR, pozitronová emisní tomografie – PET, sonografie (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 43–46).

6.3 Role sestry během chirurgické léčby

Úloha sestry u onkologických pacientů na oddělení je mimořádně důležitá. Vzhledem k úzkostem a obavám onkologicky nemocného pacienta ať už z vyšetření, a zejména jejich výsledků se přidává i obava z operačního výkonu. Nezbytnou podmínkou je kvalitní vedení dokumentace a metodicky dobře zpracované informované souhlasy o případných operačních výkonech. Plánovaný operační výkon je nemocnému vysvětlován trpělivě, srozumitelně a v případě potřeby i opakovaně, zvláště pokud se jedná o trvalé závažné funkční nebo estetické změny (mastektomie, amputace, kolostomie, kastrace).

6.3.1 Před operačním výkonem

Před chirurgickým výkonem musí sestra poskytovat bezpečnou, účinnou a odpovídající péči. Sestra by se měla pokusit zapojit pacienta do procesu péče a navázat s ním partnerský vztah.

Měla by pacientovi poskytnout informace ústně i písemně a poučit pacienta o nastávajícím průběhu operace. Zapojit pacienta do rozhodování. Zjistit, zda pacient vše chápe, a vysvětlit všechna slova a fráze, kterým nerozumí. Poskytnout prostor pro kladení otázek. V pooperační péči se sestra stará o tyto úkony:

- příprava operačního pole, příprava střeva;
- nepodávat nic ústy 4–6 hodin před operací;
- zavést kanylu v případě potřeby a podávat infuze dle ordinace lékaře aj.

6.3.2 Po operačním výkonu

V pooperačním období patří mezi základní úlohy sestry systematická prevence a ošetřování pooperačních komplikací. U pacientů s onkologickým onemocněním lze očekávat pomalejší hojení vzhledem k jejich oslabené imunitě, která vede k častějším infekčním komplikacím. Sestra pravidelně hodnotí fyziologické funkce, sekreci z rány a drénů, bolest, změnu pohyblivosti a prokrvení či otoky končetin. Ve spolupráci s lékařem

adekvátně reaguje na případné vzniklé změny u nemocného. K častým pooperačním komplikacím patří:

- infekce v operační ráně;
- nevolnost, zvracení;
- infekce močových cest, retence moči a jiné (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 58–60).

6.4 Role sestry při podávání chemoterapie

Onkologická sestra musí mít velmi dobré znalosti o cytostaticích a jejich vedlejších účincích, ale je i potřeba, aby dokázala získat informace od pacienta, které povedou ke stanovení ošetrovatelských diagnóz, jimiž budou uspokojeny všechny potřeby pacienta. Na sestry, které pečují o pacienty léčené chemoterapií, jsou kladeny značné nároky jak odborné, tak i psychosociální a jejich znalosti a dovednosti musí být stále rozvíjeny. Chemoterapie je název pro léčbu zhoubného onemocnění pomocí léků. Léky používané pro protinádorovou léčbu se nazývají cytostatika.

Sestra zná:

- zásady zacházení s cytostatickými léčivými;
- rizika související s podáním cytostatik;
- působení cytostatik a nežádoucí účinky aj.

Sestra má dovednosti při:

- dodržování všech bezpečnostních a ochranných pravidel při přechovávání a aplikaci cytostatik;
- manipulaci a zacházení s pumpami a žilními přístupy;
- sledování stavu pacienta a věnování pozornosti nežádoucím účinkům terapie aj.

Sestra má povinnost:

- dodržovat předpisy a způsoby bezpečné manipulace s cytostatiky;
- poskytovat pacientovi ústní i písemné informace o názvech léků a jejich působení, frekvenci a délce podávané terapie, o možných nežádoucích účincích a organizaci samotné léčby;
- pravidelně se vzdělávat v nových trendech v léčbě cytostatiky (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 106).

6.4.1 Důležité úkony při podávání chemoterapie

Sestra má za úkol rovnou několik kroků, aby vůbec daný lék mohl být pacientovi podán.

Sestra:

- provede identifikaci pacienta (jméno, rodné číslo, pojišťovnu);
- provede kontrolu přebraného cytostatika z lékárny – jméno, rodné číslo, název a množství cytostatika a převzetí potvrdí svým podpisem;
- prodiskutuje s pacientem známky a symptomy, které je třeba během aplikace hlásit sestřám nebo lékaři;
- zajistí, aby byl pacient dostatečně informován jak ústně, tak i písemně a předá pacientovi kontaktní telefon, na který se může podle potřeby obrátit;
- ověří si, zda pacient rozumí všem informacím, které mu byly poskytnuty, a podle potřeby doplní;
- aplikuje cytostatikum pacientovi a řádně průběh podání dokumentuje podle právních norem;
- spolupracuje s víceoborovým týmem, aby byla pacientovi poskytnuta komplexní péče a podpora (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 107).

6.4.2 Problematika aplikace chemoterapie „když zlobí žíly“

Snadná nebo komplikovaná intravenózní aplikace závisí na mnoha faktorech. Časté vpichy a dráždivé léky jako jsou chemoterapeutika, vedou k poškození žil, což vede dočasně ke ztrátě jejich pružnosti. Pro zachování jejich dobré funkčnosti a pro snadnou aplikaci medikamentů můžeme pacientům nabídnout alternativu v podobě zavedení picc katetru nebo implantování podkožního portu (McKayová, Hiranoová, 2005, s. 57).

Picc katetr se do centrálního žilního systému zavádí skrze periferní žíly na paži v lokální anestezii. Ke správnosti polohy implantovaného katetru využíváme rentgenového snímku. Aby nedocházelo k dislokaci a předčasnému vytažení picc katetru, je důležité jej důkladně fixovat ke kůži. Proplach picc katetru je jednou z věcí, která je na jeho ošetřování specifická. Správný proplach je považován za prevenci vzniku trombotických a infekčních komplikací a okluze katetru. Sestry by měly pamatovat především na to, že při jakékoli manipulaci s picc katetrem musí používat pouze stříkačky o objemu 10 ml a více. K proplachu katetru je běžně užíván fyziologický roztok. Pokud není katetr používán

denně, je vhodné proplach provést 1krát týdně, většinou shodně s převazem (Charvát a kol., 2016, s. 104–126).

Port je komůrka s membránou umístěná v podkoží, ze které vede katetr do centrální žíly. Taktéž se zavádí v lokální anestezii. Po zavedení následuje kontrola polohy portu pod rentgenem a také zkouška funkčnosti. Po týdnu je třeba odstranit stehy na kůži. Při ošetřování a manipulaci s portem je třeba zdůraznit aseptický přístup. Port, který se nepoužívá, je třeba proplachovat v intervalu čtyř týdnů, aby nedošlo k trombóze a okluzi. Proplachuje se pomocí fyziologického roztoku a heparinové zátky. Nutno podotknout, že je třeba používat speciální tzv. Huberovu jehlu, která se od standardní jehly odlišuje zkosením špičky. Neporušuje tak membránu portu a umožní zpětné zacelení otvoru (Šišláková, online, 2011).

6.5 Základní principy paliativní medicíny

Paliativní medicína je vedena snahou o udržení dobré kvality života nemocného s nevyлéčitelnou chorobou, především v její závěrečné fázi. Snaží se nabídnout účinnou léčbu a podporu v psychosociálních a duchovních potřebách nemocného. Cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnými tělesnými symptomy a aby mohl svůj život až do konce vnímat smysluplně. Péče a léčba vychází z konkrétních potřeb pacienta. Zdravotníci se musí učit respektovat jedinečnost každého pacienta, respektovat a podporovat jeho rodinu a přátele, jeho záliby a koníčky. Klíčem k úspěchu je smysl pro detail (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 154).

6.5.1 Role sestry v paliativní péči

Je to celková péče o pacienty, jejich onemocnění neodpovídá přiměřeně na léčbu a týká se nejen pacienta, ale i jeho rodiny. O otázkách umírání a smrti se obvykle nehovoří snadno. Důležité je, aby sestry rozvíjely dovednosti a znalosti o umírajícího pacienta a jeho rodinu. Hlavní principy, o které se opírá paliativní péče, jsou:

- holistický přístup k péči;
- soustředění se na kvalitu života, což znamená kvalitní ošetrovatelskou péči;
- péče, která zahrnuje pacienty i jejich příbuzné aj.

Ošetrovatelské intervence:

- sestra posuzuje a sleduje pacientovy symptomy;
- sestra realizuje dohodnutý plán péče;

- pokud je to možné, přizpůsobí prostředí dle přání pacienta a jeho rodiny;
- neustále informuje pacienta i rodinu o průběhu léčby;
- sestra učí pacienta a jeho rodinu, jak zmírňovat symptomy aj.

Role sestry je v péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu nejdůležitější. Vyžaduje velkou citlivost a pozornost maličkostem, mnoho pacientů si přeje být co nejdéle nezávislími (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 164–165).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

7.1 Cíle práce

HLAVNÍ CÍL

Hlavním cílem práce je zjistit, jaká je kvalita života lidí s nádorovým onemocněním mozku a změny, které byly tímto onemocněním vyvolány.

DÍLČÍ CÍLE

1. Zjistit, zda mají pacienti podporu v rodině a kruhu blízkých přátel.
2. Zjistit, zda má podle pacientů jejich život s tímto onemocněním pro ně smysl.
3. Zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s dostupnou zdravotní péčí.
4. Zjistit, zda pacienti využívají i jiné doplňkové služby pomáhající s jejich zdravotním stavem, např. domácí či hospicovou péči.

7.2 Výzkumná metoda a popis výzkumného vzorku

Pro zpracování praktické části práce byla zvolena kvantitativní metoda technikou dotazníku – viz příloha č. 1.

7.2.1 Popis dotazníku

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem dotazníku, jeho anonymitou a s tím, že jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Respondentům zde také bylo poskytnuto vysvětlení, jak mají při vyplňování dotazníku postupovat.

Dotazník obsahuje celkem 40 otázek, z nichž 19 otázek je polouzavřených a zbylých 20 otázek je uzavřených a k tomu jedna otázka je otevřená, pro případné připomínky pacientů.

Otázky 1–19 jsou polouzavřené otázky, zaměřené na demografické a anamnestické údaje respondentů, dále následuje série 20 uzavřených otázek, na které je možné dopovědět pouze jednou odpovědí a zakončení dotazníku je jednou otevřenou otázkou, kde se ptáme respondentů, zda mají nějaké připomínky, případně jestli se chtějí vyjádřit k hodnocení.

7.2.2 Charakteristika respondentů

Dotazník byl určen pro pacienty, kteří se léčí, nebo se léčili s nádorem mozku na onkologii v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně (dále KNTB, a. s.). Jednalo se

o pacienty, kterým bylo diagnostikováno primární onemocnění mozku, nikoli sekundární nebo metastatické postižení.

7.3 Organizace sběru dat

Dotazníkové šetření proběhlo v KNTB, a. s., kde bylo toto šetření povoleno náměstkyní ošetrovatelské péče Mgr. Kamilou Slabákovou – viz příloha č. 2. Bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost nebyla, vzhledem k počtu rozdaných dotazníků, zcela uspokojivá. Nutno však podotknout, že se jednalo o primární záchyty onemocnění, jak již bylo zmiňováno výše. Vráceno bylo 75 vyplněných dotazníků, z toho tři byly vyřazeny, jelikož nebyly úplně vyplněny.

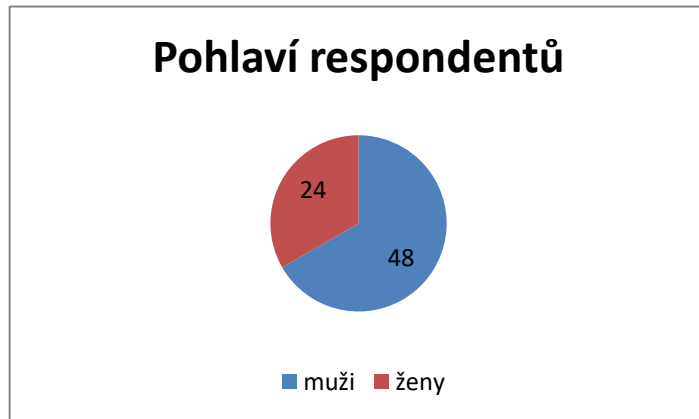
7.4 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných údajů z dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Excel.

8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

8.1 Polouzavřené otázky

Otázka č. 1: Pohlaví: žena muž

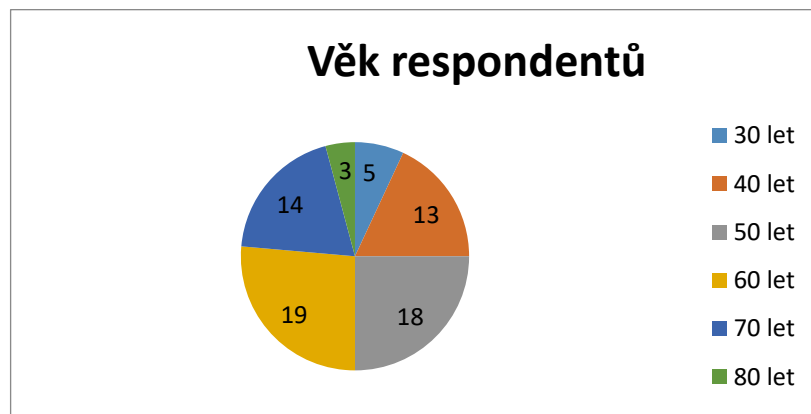


Graf 1 Pohlaví

Komentář

Z odpovědí na otázku č. 1 vyplývá, že z celkového počtu oslovených respondentů se rakovina mozku objevila u dvou třetin mužů a jedné třetiny žen.

Otázka č. 2: Věk:let (zaokrouhlete na desítky)

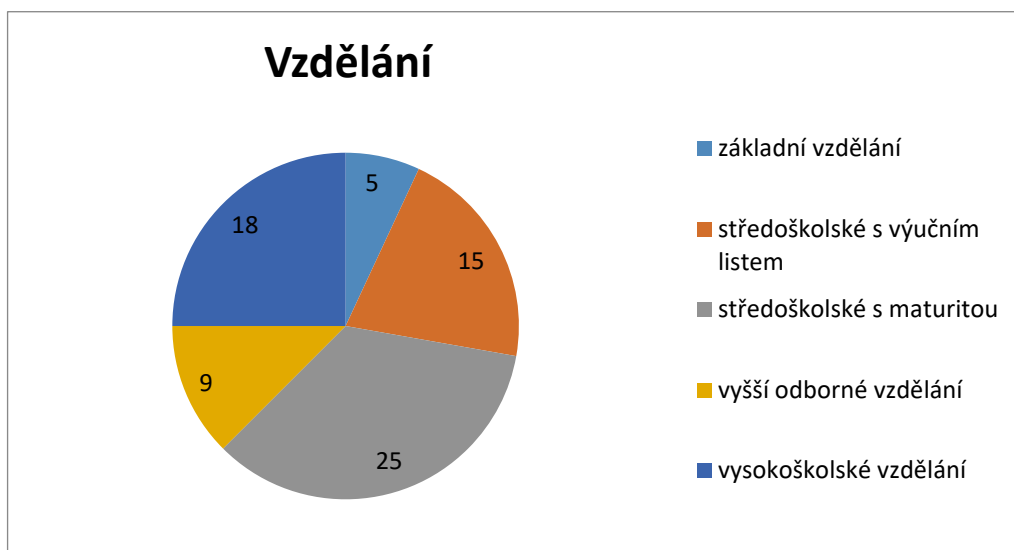


Graf 2 Věk

Komentář

Ve druhé otázce se ptáme na věk zaokrouhlený na celá desetiletí. V grafu je vidět široké věkové rozmezí respondentů. Nejčastěji však onemocnění postihuje starší osoby ve věku 50–70 let.

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

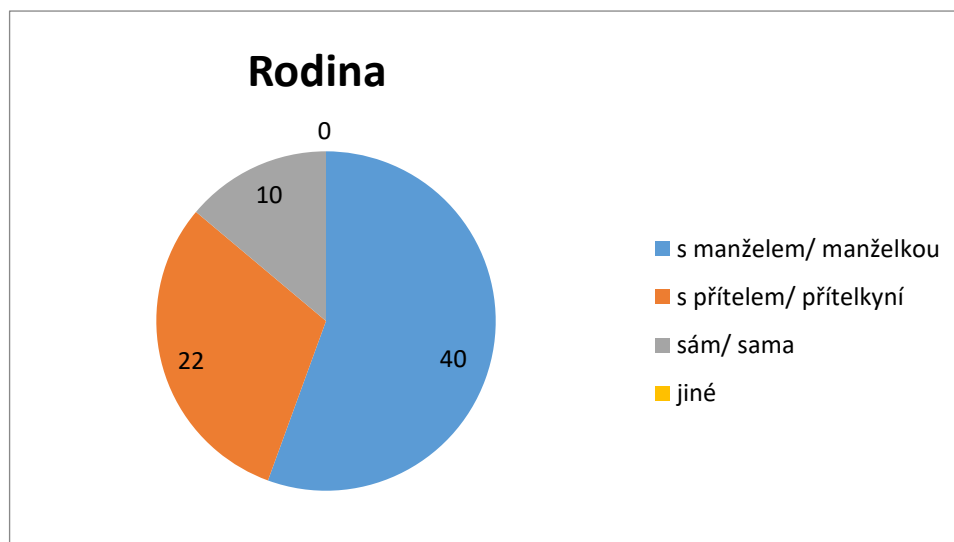


Graf 3 Vzdělání

Komentář

Úroveň vzdělání bylo možné vybrat ze šesti variant a jedna varianta byla určena k doplnění, tu ale nikdo nevyužil. V této otázce bylo zjištěno, že většina respondentů dosáhla středoškolské (25), vyšší odborné (9) a vysokoškolské vzdělání (18).

Otázka č. 4: V současnosti žijete v domácnosti?

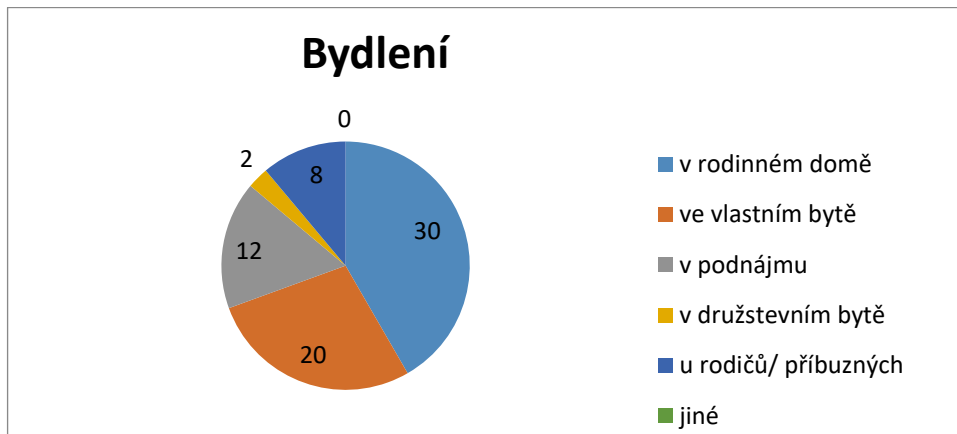


Graf 4 Rodina

Komentář

V této otázce se ptáme na rodinné příslušníky nemocného. Tedy zda, by se měl o něj kdo postarat, kdyby se nemocnému přitížilo. Z odpovědí vyplývá, že většina respondentů má doma člena rodiny (62), pouze 10 oslovených žije osaměle.

Otázka č. 5: V současnosti bydlíte?

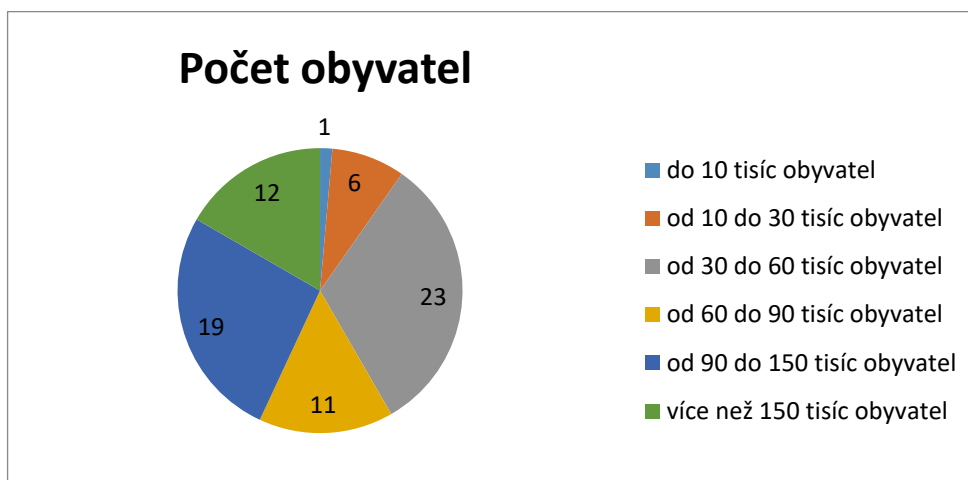


Graf 5 Bydlení

Komentář

V této otázce jsme zjišťovali sociální zázemí respondentů, kde většina (60) má zajištěno vlastní bydlení a jen malá část (12) z dotazovaných bydlí v podnájmu.

Otázka č. 6: V jak velkém městě/vesnici bydlíte?

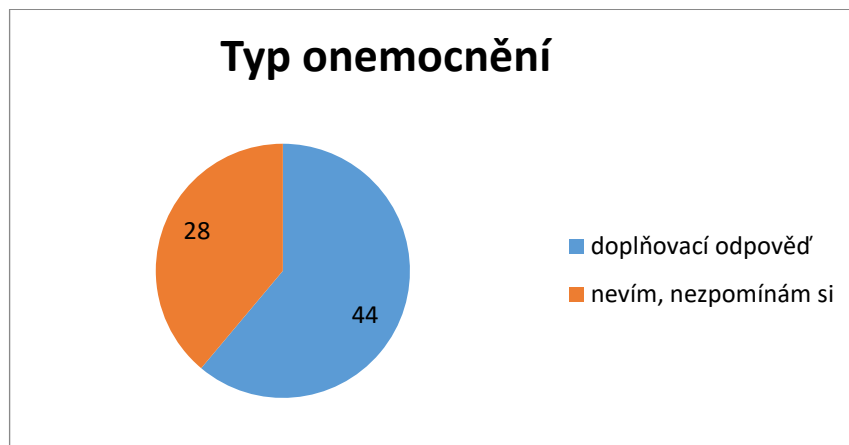


Graf 6 Počet obyvatel

Komentář

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda respondenti žijí ve větších městech nebo na vesnicích. Ukázalo se, že drtivá většina respondentů (65) žije ve větších městech, tudíž je pro ně dojezd do zdravotnického zařízení dostupnější.

Otázka č. 7: S jakým typem onemocnění/nádorem mozku (s jakou diagnózou) se v současné době léčíte?

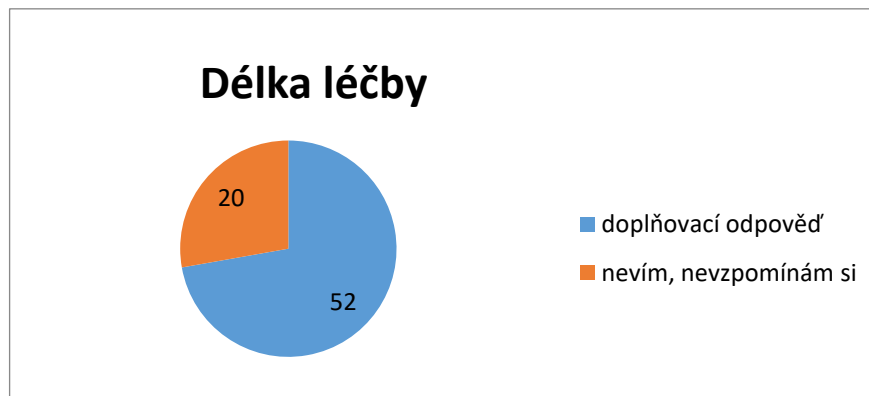


Graf 7 Typ onemocnění

Komentář

Sedmá otázka se zabývala tím, zda jsou respondenti seznámeni se svým onemocněním. U doplňovací odpovědi většina (44) napsala, že se léčí s nádorem nebo rakovinou mozku, ale typ nádoru neznali. Zbýlých 28 respondentů odpovědělo, že si nevzpomíná a že jim typ onemocnění nebyl lékařem sdělen.

Otázka č. 8: Jak dlouho se s onemocněním/nádorem mozku se v současné době léčíte?



Graf 8 Délka léčby

Komentář

U této otázky byly odpovědi už zřetelně jasnější, protože 52 respondentů dokázalo odpovědět, jak dlouho se s onemocněním léčí, zbylých 20 si nedokázalo vzpomenout.

Otázka č. 9: Před tím, než jste se začala léčit s nádorem mozku, léčil/a jste se i s jiným onemocněním? (Je možno zvolit více odpovědí.)

	počet respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vysoký tlak	72	24	33%
jiná onemocnění srdce a cév	72	3	4%
cukrovka	72	14	19%
nemoci trávicí soustavy (nemoci jater, slinivky břišní, žaludku, střev apod.)	72	10	14%
vylučovací soustava (ledviny, apod.)	72	10	14%
dýchací soustava (astma, apod.)	72	11	15%
psychiatrická onemocnění	72	0	0%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 1 Jiná onemocnění před léčbou, vlastní zdroj

Komentář

Devátá otázka zjišťovala, zda se respondenti léčili i s jiným onemocněním před zahájením onkologické léčby. Většina z dotazovaných se léčí s vysokým krevním tlakem (33 %) a cukrovkou (19 %).

Otázka č. 10: Začal/a jste se od počátku léčby onemocnění/nádoru mozku léčit i s jiným onemocněním? (Je možno zvolit více odpovědí.)

	počet respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vysoký tlak	72	24	33%
jiná onemocnění srdce a cév	72	3	4%
cukrovka	72	14	19%
nemoci trávicí soustavy (nemoci jater, slinivky břišní, žaludku, střev apod.)	72	10	14%
vylučovací soustava (ledviny, apod.)	72	10	14%
dýchací soustava (astma, apod.)	72	11	15%
psychiatrická onemocnění	72	0	0%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 2 Jiná onemocnění při začátku léčby, vlastní zdroj

Komentář

Zjištěná data jsou zcela totožná s odpověďmi v dotazu č. 9.

Otázka č. 11: Kdo se v současné době podílí na vaší péči? (Je možno zvolit více odpovědí.)

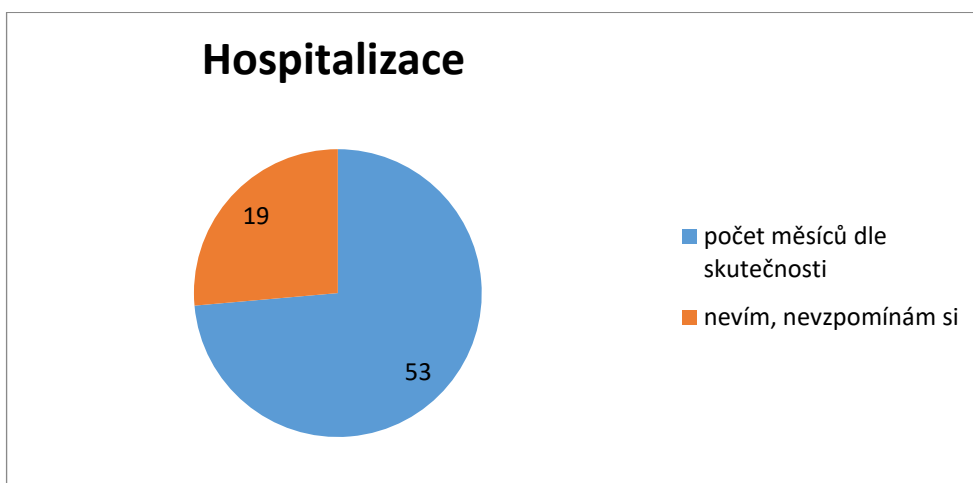
	počet respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
rodina	72	72	100%
praktický lékař	72	68	94%
odborný specialista- onkolog	72	72	100%
odborný specialista- algeziolog(lékař zabývající se léčbou bolesti)	72	46	64%
fyzioterapeut	72	32	44%
nutriční specialista	72	58	81%
odborný specialista- neurolog	72	43	60%
odborný specialista- neurochirurg	72	39	54%
psychiatr/ psycholog	72	12	17%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 3 Podíl péče v procentech, vlastní zdroj

Komentář

Odpovědi byly vyhodnoceny procentuálně. Jednoznačně z nich vyplývá, že o všechny respondenty se stará onkolog a rodina, dále praktický lékař (94 %) a nutriční specialista (17 %). Nejméně dotazovaných (17 %) je v péči psychiatra či psychologa

Otázka č. 12: Kolik měsíců jste byl/a hospitalizován/a s onemocněním mozku?



Graf 9 Hospitalizace

Komentář

Tato odpověď nebyla jednoznačná, jelikož 19 tázaných respondentů si nedokázalo vzpomenout a u zbylých dotazovaných se vyskytovaly rozličné odpovědi. Nicméně doba hospitalizace u všech dotázaných nepřekročila 4 měsíce.

Otázka č. 13: Jaký jste prodělávali nebo proděláváte typ léčby? (Je možno zvolit více odpovědí.)

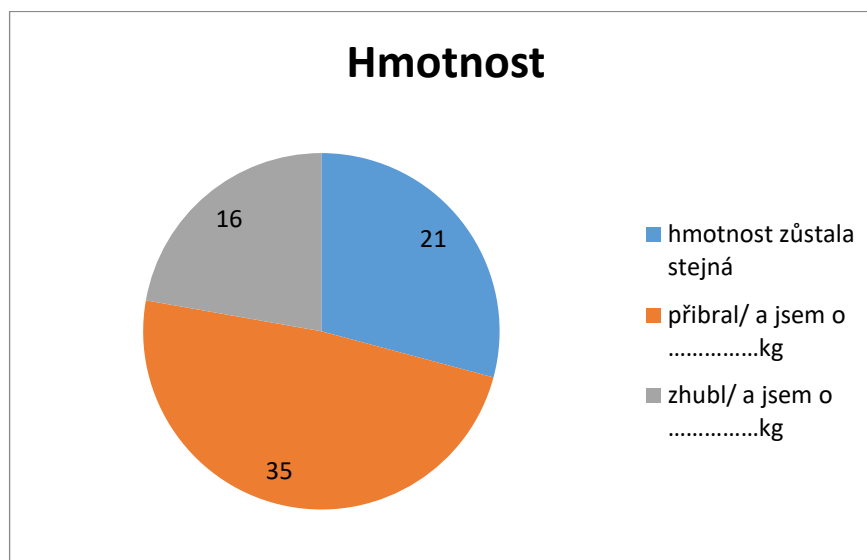
	počet respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
operaci s odstraněním nádoru při otevření lebky	72	22	31%
operaci s biopsií k určení typu nádoru (odběr vzorku jehlou)	72	39	54%
pouze ozařování (radioterapie)	72	21	29%
pouze chemoterapii	72	18	25%
ozařování (radioterapie) i chemoterapii	72	7	10%
biologická léčba	72	17	24%
nevím, nevzpomínám si	72	5	7%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 4 Typ léčby, vlastní zdroj

Komentář

Z uvedených odpovědí je patrné, že nejvíce pacientů podstoupilo operaci s biopsií (54 %) k určení typu nádoru a dle výsledků podstupovali jednotlivé druhy léčby.

Otázka č. 14: Změnila se vám během léčby onemocnění/nádoru mozku tělesná hmotnost?

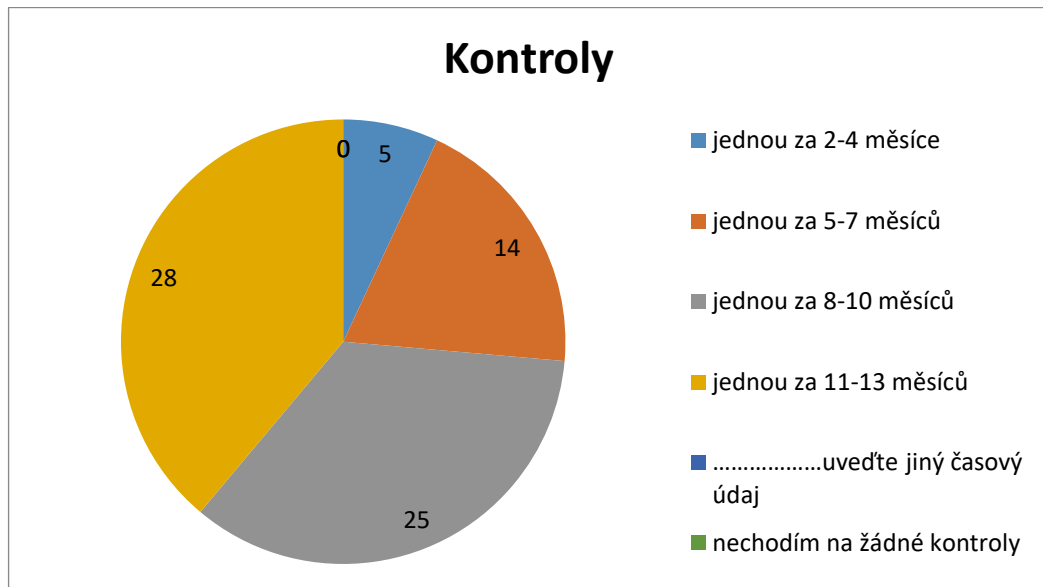


Graf 10 Hmotnost

Komentář

Díky této otázce bylo zjištěno, že pacienti, kteří se léčí s nádorem mozku, často přibývají na váze, protože tuto možnost zvolila více než polovina (35) dotázaných respondentů.

Otázka č. 15: Jak často chodíte na kontroly onemocnění/ nádoru mozku? Jde o kontroly klinického stavu a výsledky magnetické rezonance (MR), nebo počítačové tomografie (CT). Neptáme se na kontroly během onkologické léčby.



Graf 11 Kontroly

Komentář

Pomocí této otázky bylo zjištěno, že respondenti chodí na výše uvedené kontroly nejčastěji jednou za 11–13 měsíců. Jiný časový údaj nebyl uveden. Z dotazovaných na kontroly chodí všichni.

Otázka č. 16: Využíváte i jiné doplňkové služby pomáhající vám, či vaší rodině s vaším zdravotním stavem? (je možno zvolit více odpovědí)

	počet respondentů	odpovědi respondentů	vysledky v %
domácí péče	72	39	54%
hospicová péče	72	5	7%
stacionáře	72	19	26%
sdružení zabývající se onemocněním mozku	72	7	10%
nevyžívám žádné služby	72	12	17%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 5 Doplňkové služby, vlastní zdroj

Komentář

Díky této otázce jsem ověřeno, že většina dotázaných respondentů využívá doplňkových služeb, a to především, agentury domácí péče (54 %), které pomáhají jim

a jejich rodinám s péčí o ně samotné. Druhou nejvíce využívanou službou jsou stacionáře (26 %).

Otázka č. 17: Používáte některý z těchto léků: (je možno zvolit více odpovědí)

	počet respondentů	odpovědi respondentů	vysledky v %
antiepileptika (léky na epilepsii)	72	12	17%
prášky na spaní (sedativa)	72	19	26%
prášky na uklidnění (anxiolytika)	72	26	36%
inzulín a prášky na cukrovku/ diabetes mellitus	72	14	19%
kortikoidy	72	12	17%
léky na vysoký tlak	72	24	33%
léky proti bolesti (analgetika)	72	15	21%
léky na ředění krve (antikoagulancia)	72	3	4%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 6 Léky, vlastní zdroj

Komentář

Díky této otázce jsme se dozvěděli, že pacienti léčící se s rakovinou mozku užívají nejčastěji anxiolytika (36 %).

Otázka č. 18: Před vznikem, potvrzením onemocnění/nádoru mozku jste byl/a: (Je možno zvolit více odpovědí.):

	počet respondentů	odpovědi respondentů	vysledky v %
ve starobním důchodu	72	31	43%
v invalidním důchodu	72	19	26%
na úřadu práce	72	12	17%
podnikatel, osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)	72	14	19%
v pracovní neschopnosti	72	6	8%
v zaměstnání- pracoval/a jsem jako	72	38	53%
ve studiu na základní, střední, nebo vysoké škole	72	3	4%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 7 Zaměstnání před nemocí, vlastní zdroj

Komentář

Prostřednictvím této otázky, jsme se dozvěděli, že více než polovina tázaných respondentů (53 %) před onemocněním chodila do zaměstnání, kde pracovali na různých pozicích. Druhou početnou skupinu tvoří starší občané, kteří před onemocněním byli ve starobním důchodu (43 %).

Otázka č. 19: V současnosti jste (je možno zvolit více odpovědí):

	počet respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
ve starobním důchodu	72	31	43%
v invalidním důchodu	72	24	33%
na úřadu práce	72	18	17%
v pracovní neschopnosti	72	16	22%
vrátil/a se do zaměstnání- pracuji jako	72	21	29%
vrátil/a se k podnikání- osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)	72	14	19%
vrátil/ a se ke studiu na základní, střední, nebo vysoké škole	72	1	1%
jiné, doplňte	72	0	0%

Obrázek 8 Zaměstnaní během nemoci, vlastní zdroj

Komentář

Díky této otázce, jsme zjistili, že, podíl zaměstnanosti klesl na 29 %, a naopak se zvýšil podíl invalidních důchodů (33 %) a pracovní neschopnosti (22 %).

8.2 Uzavřené otázky

Otázka č. 1: Jste schopen/a fungovat v běžném životě?

Tabulka 1 Fungování v běžném životě

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	2	3%
málo	72	10	14%
středně	72	13	18%
velmi	72	20	28%
v obrovské míře	72	27	38%

Komentář

Nejvíce respondentů na otázku odpovědělo kladně, a to 38 %. To znamená, že je jejich onemocnění nevyřazuje z běžného provozu, což je velmi dobře. Jen malé procento dotazovaných (3 %), není schopno v běžném životě fungovat.

Otázka č. 2: Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Tabulka 2 Spokojenost se zdravím

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	4	6%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	15	21%
spokojený/ á	72	31	43%
velmi spokojený/ á	72	22	31%

Komentář

Na otázku, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím, odpovědělo 43 % dotazovaných, že jsou se svým zdravím spokojeni. Velmi spokojených dotázaných však bylo méně (31 %). Odpověď velmi nespokojený nezvolil žádný z dotazovaných.

Otázka č. 3: Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 3 Kvalita života

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi špatná	72	2	3%
špatná	72	3	4%
ani dobrá ani špatná	72	15	21%
dobrá	72	28	39%
velmi dobrá	72	24	33%

Komentář

Tato otázka byla velmi subjektivní. Pocity respondentů byly různé, ale navzdory jejich onemocnění jsou odpovědi kladně vyhodnoceny, protože 39 % dotazovaných uvedlo, že je kvalita jejich života dobrá. Ovšem velmi dobrou kvalitu života pociťuje pouze 33 % respondentů a velmi špatnou kvalitu uvedla pouhé 3 % dotázaných.

Otázka č. 4: Jak moc vás baví život?

Tabulka 4 Život

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	2	3%
málo	72	3	4%
středně	72	9	13%
velmi	72	25	35%
v obrovské míře	72	33	46%

Komentář

Na tuto otázku byla zvolena nejčastěji odpověď poslední, a to, že 46 % dotazovaných jejich život i skrze onemocnění, které je postihlo, baví. Na druhé straně pouhá 3 % odpověděla, že je jejich život nebaví.

Otázka č. 5: Do jaké míry má váš život podle vás smysl?

Tabulka 5 Míra smyslu života

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	2	3%
málo	72	5	7%
středně	72	11	15%
velmi	72	19	26%
v obrovské míře	72	35	49%

Komentář

Díky této otázce jsme se dozvěděli, že podle 49 % respondentů má jejich život smysl v obrovské míře, navzdory jejich onemocnění, což je velmi pozitivní přístup. Na opačné straně jsou to opět pouhá 3 %, podle kterých jejich život vůbec smysl nemá.

Otázka č. 6: Do jaké míry jste schopni/a se soustředit na běžné denní aktivity?

Tabulka 6 Míra soustředěnosti

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	0	0%
málo	72	15	21%
středně	72	21	29%
velmi	72	28	39%
v obrovské míře	72	8	11%

Komentář

Pomocí této otázky, jsme se dozvěděli, že soustředit se na běžné denní aktivity v obrovské míře dokáže jen 8 % z dotazovaných, ale na druhou stranu 39 % dotazovaných se na běžné denní aktivity dokáže velmi soustředit. Nikdo z odpovídajících respondentů nezvolil možnost, že se nedokáže soustředit vůbec.

Otázka č. 7: Jak bezpečně se cítíte ve svém okolí?

Tabulka 7 Pocit bezpečnosti v svém okolí

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	0	0%
málo	72	0	0%
středně	72	15	21%
velmi	72	30	42%
v obrovské míře	72	27	38%

Komentář

Odpovědi respondentů jsou kladné, jelikož 42-% dotazovaných se ve svém okolí cítí velmi bezpečně, v obrovské míře se bezpečně cítí 38 % a možnost odpovědi vůbec ne a málo nikdo ne zvolil.

Otázka č. 8: Máte dost energie pro běžný život?

Tabulka 8 Energie pro běžný život

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	5	7%
málo	72	10	14%
středně	72	19	26%
velmi	72	21	29%
v obrovské míře	72	17	24%

Komentář

Pouhých 7 % dotazovaných uvedlo, že nemají vůbec dostatek energie pro svůj život. Zatímco 29 % respondentů uvedlo, že jejich energie pro jejich život je velmi dostačující a obrovskou míru energie pocítuje 24 % dotazovaných.

Otázka č. 9: Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?

Tabulka 9 Fyzický vzhled

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	0	0%
málo	72	2	3%
středně	72	13	18%
velmi	72	27	38%
v obrovské míře	72	30	42%

Komentář

Svůj fyzický vzhled v obrovské míře dokáže přijmout 42 % respondentů. Ovšem 3 %, které kvůli nemoci přišly o vlasy, nejsou schopny svůj vzhled zcela přijmout.

Otázka č. 10: Máte dostatek finančních prostředků k uspokojení svých potřeb?

Tabulka 10 Finanční prostředky

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi špatná	72	0	0%
špatná	72	3	4%
ani dobrá ani špatná	72	30	42%
dobrá	72	25	35%
velmi dobrá	72	14	24%

Komentář

Díky této otázce jsme se dozvěděli informace o finanční situaci respondentů, kde 42 % dotázaných uvádí, že jejich situace není ani dobrá ani špatná a pouhá 4 % dotázaných uvedlo, že je jejich finanční situace špatná.

Otázka č. 11: Jak dostupné jsou pro vás informace, týkající se vašeho onemocnění?

Tabulka 11 Dostupnost informací

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	0	0%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	15	21%
spokojený/ á	72	32	44%
velmi spokojený/ á	72	30	42%

Komentář

Z této otázky vyplývá, že více než 40 % dotazovaných respondentů je spokojeno s dostupností informací týkajících se jejich onemocnění.

Otázka č. 12: Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Tabulka 12 Rozvoj zájmů

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
vůbec ne	72	0	0%
málo	72	6	8%
středně	72	26	36%
velmi	72	23	32%
v obrovské míře	72	17	24%

Komentář

Z odpovědí respondentů můžeme vidět, že 36 % dotazovaných má středně příležitostí pro rozvíjení svých zájmů. Pouhých 8 % dotazovaných uvádí, že mají málo příležitostí pro rozvoj svých zájmů.

Otázka č. 13: Jak spokojený/á jste se svým spánkem?

Tabulka 13 Spokojenost se spánkem

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	5	7%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	25	35%
spokojený/ á	72	28	39%
velmi spokojený/ á	72	14	19%

Komentář

Z dostupných odpovědí respondentů můžeme vidět, že 39 % je spokojeno se svým spánkem navzdory jejich onemocnění a pouhých 8 % respondentů není se svým spánkem spokojeno.

Otázka č. 14: Jak spokojený/á jste sama se sebou?

Tabulka 14 Spokojenost se sebou

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	15	21%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	12	17%
spokojený/ á	72	28	39%
velmi spokojený/ á	72	17	24%

Komentář

S největší četností byla odpověď, že jsou respondenti spokojeni sami se sebou, kterou uvedlo 39 %. Nespokojených respondentů bylo 21 % a naopak velmi spokojených 24 %.

Otázka č. 15: Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Tabulka 15 Osobní vztahy

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	7	10%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	19	26%
spokojený/ á	72	15	21%
velmi spokojený/ á	72	31	43%

Komentář

Díky této otázce jsme se dozvěděli, jak jsou respondenti spokojeni se svými osobními vztahy. Zde 43 % dotázaných uvedlo, že jsou velmi spokojeni a pouhých 10 % je se svými osobními vztahy nespokojeno.

Otázka č. 16: Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?

Tabulka 16 Sexuální život

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	0	0%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	36	50%
spokojený/ á	72	26	36%
velmi spokojený/ á	72	10	14%

Komentář

V této otázce jsme se ptali na spokojenost se sexuálním životem respondentů a odpověď byla velmi neutrální, jelikož 50 % odpovědělo, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni. Nejmenšího podílu zastoupení dosáhla odpověď velmi spokojeni, kterou označilo 14 % dotazovaných.

Otázka č. 17: Jak spokojený/á jste s podporou, kterou vám poskytují vaši přátelé a rodina?

Tabulka 17 Podpora rodiny a přátel

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	1	1%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	10	14%
spokojený/ á	72	15	21%
velmi spokojený/ á	72	46	64%

Komentář

U této otázky jsme se ptali, jak jsou respondenti spokojeni s podporou své rodiny a přátel, kdy odpovědi byly v drtivé většině pozitivní. Odpověď velmi spokojeni vybralo dokonce 64 % respondentů. Pouze 1 % dotázaných vyjádřilo nespokojenost.

Otázka č. 18: Jak jste spokojený/á se svým bydlením?

Tabulka 18 Spokojenost s bydlením

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	0	0%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	17	24%
spokojený/ á	72	34	47%
velmi spokojený/ á	72	21	29%

Komentář

Na otázku, jak jsou spokojeni respondenti se svým bydlením, se nám dostalo plno kladných odpovědí. Ve 47 % jsou respondenti se svým bydlením spokojeni, někdo však více, někdo méně.

Otázka č. 19: Jak jste spokojený/á s dostupností zdravotní péče?

Tabulka 19 Dostupnost péče

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
velmi nespokojený/ á	72	0	0%
nespokojený/ á	72	10	14%
ani spokojený/ á ani nespokojený/ á	72	17	24%
spokojený/ á	72	27	38%
velmi spokojený/ á	72	18	25%

Komentář

U této otázky jsme zjišťovali, jak jsou respondenti spokojeni s dostupnou zdravotní péčí. Většina z nich, a to 38 % odpověděla, že jsou spokojeni s péčí, zatímco pouhých 14 % uvedlo, že s péčí spokojeni nejsou.

Otázka č. 20: Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, deprese, zoufalství, úzkost?

Tabulka 20 Negativní pocity

možné odpovědi	celkem respondentů	odpovědi respondentů	výsledky v %
nikdy	72	16	22%
zřídka	72	18	25%
celkem často	72	28	39%
velmi často	72	6	8%
stále	72	4	6%

Komentář

V této otázce jsme se ptali respondentů jak často, se u nich objevovaly negativní myšlenky a pocity. Bohužel se ukázalo, že u 39 % respondentů to bylo celkem často. Zatímco u 6 % se negativní pocity vyskytují stále.

Poslední otázka z dotazníku: Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci? K této doplňující otázce se žádný z respondentů nevyjádřil.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života lidí s nádorovým onemocněním mozku. Pomocí dotazníkového šetření jsme dospěli k závěru, že kvalita života dotázaných respondentů je poměrně vysoká vzhledem k jejich závažnému onemocnění. Ačkoli je tato otázka velmi subjektivní, tak vysoké procento respondentů odpovídalo kladně, jelikož 39 % dotazovaných uvedlo, že je kvalita jejich života dobrá, velmi dobrou kvalitu života uvedlo 33 % respondentů.

Dílčím cílem číslo 1 bylo zjistit, zda mají pacienti podporu v rodině a kruhu blízkých přátel. Na základě získaných údajů lze říci, že respondenti mají ve značné části velkou podporu rodiny a blízkých přátel. Mohou se na ně obrátit kdykoli, kdy mají nějaký problém. Také z praxe lze potvrdit, že většinou pacienti přicházejí v doprovodu právě svých blízkých, kteří jim bývají velikou oporou v jejich složité cestě, plné nepředvídatelných situací.

Dílčím cílem číslo 2 bylo zjistit, zda má podle pacientů jejich život s tímto závažným onemocněním pro ně smysl. Na tuto otázku odpovídali respondenti téměř totožně. Podle 49 % respondentů má jejich život smysl v obrovské míře, navzdory jejich onemocnění, což je velmi pozitivní přístup, který může pacientům přispět k dobrým výsledkům léčby.

Dílčím cílem číslo 3 bylo zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s dostupnou zdravotní péčí. U této otázky byly odpovědi poměrně rozdílné, avšak u 38 % byla uvedena odpověď, že jsou spokojeni. Pozitivum lze vidět v tom, že nikdo z dotazovaných respondentů neodpověděl, že je velmi nepokojený. Podle zjištěných výsledků je možné konstatovat, že jsou respondenti s dostupnou zdravotní péčí spokojeni.

Dílčím cílem číslo 4 bylo zjistit, zda pacienti využívají i jiné doplňkové služby pomáhající s jejich zdravotním stavem, např. domácí či hospicovou péči. Na tuto otázku bylo možno zvolit více odpovědí. Avšak s největším počtem odpovědí to pomyslně vyhrála doplňková služba – domácí péče, jelikož ji zvolilo více než 50 % respondentů. Pomyslné druhé místo získaly stacionáře, které využívá 26 % dotázaných. A velmi často jsme se setkali s odpovědí, že 17 % respondentů nevyužívá žádných doplňkových služeb.

Závěrem lze podotknout, že vyhodnocování dotazníků zaměřených na subjektivní stav a zdraví respondentů je poměrně náročné, ale na druhou stranu velmi zajímavé, co se

týče jejich vnímání sebe sama. V další pasáži je uvedeno stručné srovnání týkající se konkrétních otázek v polouzavřených otázkách.

U otázek číslo 1, 2, 3 můžeme vidět, že rakovina mozku postihuje spíše muže okolo 60. decennia, což odpovídá i dostupným statickým údajům. Z uvedené věkové kategorie můžeme usuzovat na vyšší výskyt jiných, často interních onemocnění, která komplikují léčbu nádorového onemocnění. Na druhé straně jde o pacienty, kteří jsou většinou ve starobním důchodu, a chybí zde většinou obava ze ztráty zaměstnání nebo o osud rodiny, která ztratila hlavního živitele (půjčky, hypotéka, leasing).

U otázky číslo 4 je zajímavé, že 10 respondentů, kteří uvedli, že přestože bydlí sami, je péče rodiny stoprocentní.

U otázky číslo 5 je podstatné, že 12 respondentů bydlí v podnájmu, ale i vzhledem k jejich nejisté budoucnosti, co se onemocnění týče, jsou schopni udržet finanční situaci pod kontrolou.

U otázek číslo 7, 8 a 12 byl překvapivý počet respondentů, kteří nejsou schopni uvést přesný typ nádoru, se kterým se léčí, jak dlouho se léčí a kolik času strávili v nemocnici. U odpovědi na typ nádoru lze dovozovat nízký stupeň informovanosti nemocného, ale v případě času spojeného s léčbou jde o údaj, který nemá s informovaností pacienta žádnou souvislost. Odpovědi si je možné vyložit tak, že se jedná o snahu respondenta vytěsnit onemocnění ze svého života, spoléhání na léčebnou a ošetrovatelskou strategii lékařů a sester (... „já tomu nerozumím, já to nechám na Vás“...), popř. jako vliv operace a onkologické léčby nádorů mozku, která jistě ovlivňuje kognitivní a amnestické funkce pacientů. Tuto tezi podporuje i vysokému procentu respondentů, kteří pozitivně hodnotí léčbu a kvalitu života (viz uzavřené otázky).

U otázky číslo 11 sledujeme pozitivní trend participace praktických lékařů, naopak je zastoupen nízký podíl péče psychiatrů a psychologů, vzhledem k užívání anxiolytik (více rozvedeno v otázce číslo 17).

Záměrem otázky číslo 14 bylo zjištění důvodů přibírání na váze, kterých může být rovnou několik: snížená mobilita, vzhledem k jejich onemocnění, standardní užívání kortikoidů během léčby atd.

U otázky 16 můžeme sledovat rostoucí trend zapojení respondentů do činnosti sdružení pacientů s onemocněním mozku. Jedním z takových je například CEREBRUM – sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin.

Otázky 18 a 19 se týkaly zaměstnanosti, kde bylo zjištěno, že procento zaměstnanosti kleslo v souvislosti s onemocněním u mladších respondentů, a naopak se zvýšilo procento invalidních důchodů a pracovní neschopnosti. Klesající procento je i u studujících respondentů, kdy studium není tak fyzicky náročné jako manuální práce, avšak někteří stihli studium dokončit během léčby.

U uzavřených otázek 3, respektive 20 respondentů v otázkách číslo 1, 3, 4, 5, 8 a 20 označili zcela negativní odpověď, a to přesto, že v otázce číslo 2, 13, 14, 16 již takto jednoznačně negativní formulaci nezvolili. Vysvětlit to lze tím, že schopnosti sebehodnocení pacientů jsou ovlivněny tím, že různé aspekty lidského života s nádorovým onemocněním jsou zasaženy nerovnoměrně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, c2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2715-8.
- ANDRÉSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4341-7.
- DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ, 2012. *Onkologie pro laiky*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině. ISBN 978-80-86031-65-1.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
- FADRUS, Pavel, Radek LAKOMÝ a Petra HUBNEROVÁ, 2010, Intrakraniální nádory – diagnostika a terapie. *Interní medicína pro praxi*; 12(7 a 8): 376–378. ISSN 1212-7299.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- CHARVÁT, Jiří a kol, 2016. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9437-7.
- KALA, Miroslav, 1999. *Maligní nádory mozku dospělého věku*. Praha: Galén. Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie. ISBN 80-85824-84-1.
- KAREŠOVÁ, Jana, 2011. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat neshodu při léčbě rakoviny*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073452681.
- KOVÁČ, Damián, 2003. Quality of life: A paradigmatic challenge to psychologists. *Studia psychologica*; 45(2): 81–101. ISSN 0039-3320.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1992. *Bolest: její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Knihnice Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. ISBN 80-7013-130-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

LAKOMÝ, Radek. *Primární nádory centrálního nervového systému (CNS)* [online] Masarykův onkologický ústav [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: <<https://www.mou.cz/10-primarni-nadory-centralniho-nervoveho-systemu-cns/f97>>

LIBIGEROVÁ, Eva a Hana MÜLLEROVÁ, 2001. Posuzování kvality života v medicíně. *Česká a slovenská psychiatrie*, 97(4): 183–186. ISSN 1212-0383.

MCKAY, Judith a Nancee HIRANO, 2005. *Jak přežít chemoterapii a ozařování: [průvodce onkologického pacienta po vlastním osudu]*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-542-6.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, c2009. *Přehled anatomie. 2., dopl. A přeprac. vyd.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.

NESTRAŠIL, Igor, 2005. Neurologické projevy systémových maligních nádorů. *Neurologie pro praxi*; 6 (1): 24–27. ISSN 1213-1814.

PILAR, Garcia and Mark MCCARTHY, 1996. *Measuring Health. A step in development of city Health Profiles* [online]. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, [2022-04-12]. Dostupné z: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/.../WA95096GA.pdf.

ŘÍČAN, Pavel, 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-312-3.

STAQUET, J. Maurice, Ron D. HAYS and Peter FAYERS, 1998. *Quality of life assessments in clinical trials*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-192-62785-6.

ŠIŠLÁKOVÁ, Lenka, 2011. Intravenózní port a jeho využití v onkologické léčbě. In XXXV. Brněnské onkologické dny [online]. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/intravenozni-port-a-jeho-vyuziti-v-onkologicke-lecbe/>

ŠLAMPA, Pavel a Jiří PETERA, c2007. *Radiační onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-469-0.

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

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

VÁVRA, Alexander a kol, 2005. *Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti*. [online] Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: Praha, [cit. 2022-04-20]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_270.pdf

VAŇÁSKOVÁ, Eva, 2005. Testování v neurorehabilitaci [online]. *Neurologie pro praxi*, 29 (6): 311–314 [cit. 2022-04-18] Dostupné z <http://solen.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>

VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ, 2018. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*, druhé přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-0279-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
EEG	elektroencefalografie
et al.	a kolektiv
MR	magnetická rezonance
PET	pozitronová emisní tomografie
PNS	periferní nervová soustava
RTG	rentgen
s.	strana
Sb.	Sbírka
SF-36	Zkrácená forma dotazníku o subjektivním zdraví (Short Form 36 Health Subject Questionnaire)
tzv.	takzvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
%	procento

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Jiná onemocnění před léčbou, vlastní zdroj	43
Obrázek 2 Jiná onemocnění při začátku léčby, vlastní zdroj.....	43
Obrázek 3 Podíl péče v procentech, vlastní zdroj.....	44
Obrázek 4 Typ léčby, vlastní zdroj	45
Obrázek 5 Doplňkové služby, vlastní zdroj.....	46
Obrázek 6 Léky, vlastní zdroj.....	47
Obrázek 7 Zaměstnání před nemocí, vlastní zdroj	47
Obrázek 8 Zaměstnání během nemoci, vlastní zdroj	48

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Fungování v běžném životě.....	48
Tabulka 2 Spokojenost se zdravím	49
Tabulka 3 Kvalita života.....	49
Tabulka 4 Život.....	49
Tabulka 5 Míra smyslu života	50
Tabulka 6 Míra soustředěnosti.....	50
Tabulka 7 Pocit bezpečnosti v svém okolí.....	51
Tabulka 8 Energie pro běžný život	51
Tabulka 9 Fyzický vzhled.....	52
Tabulka 10 Finanční prostředky	52
Tabulka 11 Dostupnost informací.....	52
Tabulka 12 Rozvoj zájmů	53
Tabulka 13 Spokojenost se spánkem	53
Tabulka 14 Spokojenost se sebou.....	53
Tabulka 15 Osobní vztahy	54
Tabulka 16 Sexuální život	54
Tabulka 17 Podpora rodiny a přátel.....	55
Tabulka 18 Spokojenost s bydlením.....	55
Tabulka 19 Dostupnost péče.....	55
Tabulka 20 Negativní pocity.....	56

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví.....	39
Graf 2 Věk	39
Graf 3 Vzdělání.....	40
Graf 4 Rodina.....	40
Graf 5 Bydlení	41
Graf 6 Počet obyvatel	41
Graf 7 Typ onemocnění	42
Graf 8 Délka léčby.....	42
Graf 9 Hospitalizace	44
Graf 10 Hmotnost	45
Graf 11 Kontroly.....	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vliv nádoru mozku na kvalitu života

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Osohová, jsem studentkou 3. ročníku univerzity kombinované formy obor Všeobecná sestra, na Fakultě humanitních studií, na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku na téma: Vliv onemocnění mozku na kvalitu života. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Získaná data budou sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala Vámi uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Pokud si nejste jistá/ý, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první. Vaši odpověď označte křížkem nebo zakroužkujte, popřípadě na vytečkované řádky doplňte. Pokud budete chtít odpověď změnit, nebojte se ji pod otázku napsat.

Prosím, zhodnoťte svůj zdravotní stav od zjištění Vaší diagnózy po dobu půl roku, během léčby. Léčba mohla probíhat formou ozařování, chemoterapii nebo jejich kombinací.

1. Pohlaví: žena muž
2. Věk:let (zaokrouhlete v celých letech)
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Základní
- Středoškolské s výučním listem
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání
- Jiné, doplňte.....

4. V současnosti žijete v domácnosti:

- S manželem
- S manželkou
- S přítelkyní
- S přítelem
- Sám/ Sama
- Jiné, doplňte.....

5. V současnosti bydlíte:

- V rodinném domě
- Ve vlastním bytě
- V podnájmu
- V družstevním bydlení
- U rodičů/ příbuzných
- Jiné, doplňte.....

6. V jak velkém městě/ vesnici bydlíte:

- do 10 tisíc obyvatel
- od 10 do 30 tisíc obyvatel
- od 30 do 60 tisíc obyvatel
- od 60 do 90 tisíc obyvatel
- od 90 do 150 tisíc obyvatel
- více jak 150 tisíc obyvatel

7. S jakým typem onemocnění/ nádorem mozku (s jakou diagnózou) se v současné době léčíte?

- Doplňte typ onemocnění
- Nevím, nedokáži si vzpomenout

8. Jak dlouho se s onemocnění/ nádorem mozku se v současné době léčíte?

..... počet měsíců (zaokrouhlete v celých měsících)

- Nevím, nevzpomínám si

9. Před tím, než jste se začala léčit s nádorem mozku, léčil/ a jste se i s jiným onemocněním? (je možno zvolit více odpovědí)

- Vysoký tlak
- Jiná onemocnění srdce a cév
- Cukrovka/ Diabetes Mellitus
- Nemoci trávicí soustavy (nemoci jater, slinivky břišní, žaludku, střev apod.)
- Vylučovací soustava (ledviny, apod.)
- Dýchací soustava (astma, apod.)
- Psychiatrická onemocnění
- Jiné, doplňte.....

10. Od začátku léčby onemocnění/ nádoru mozku, začal/ a jste se léčit i s jiným onemocněním? (je možno zvolit více odpovědí)

- Vysoký tlak
- Jiné onemocnění srdce a cév
- Cukrovka/ Diabetes Mellitus
- Nemoci trávicí soustava (nemoci jater, slinivky břišní, žaludku, střev apod.)
- Vylučovací soustava (ledviny, apod.)
- Dýchací soustava (astma, apod.)
- Psychiatrické onemocnění
- Jiné, doplňte.....

11. Kdo se v současné době podílí na Vaší péči? (je možno zvolit více odpovědí)

- Rodina
- Praktický lékař
- Odborný specialista - onkolog,
- Odborný specialista algeziolog (lékař zabývající se léčbou bolesti)
- Fyzioterapeut
- Nutriční specialista
- Odborný specialista - neurolog
- Odborný specialista – neurochirurg
- Psychiatr/ psycholog
- Jiné, doplňte.....

12. Kolik měsíců jste byl/ a hospitalizován/ a s onemocněním mozku?

- počet měsíců (zaokrouhlete v celých měsících)
- Nevím, nevzpomínám si

13. Jaký jste prodělávali nebo proděláváte typ léčby? (je možno zvolit více odpovědí)

- Operaci s odstraněním nádoru při otevření lebky
- Operaci s biopsií k určení typu nádoru (odběr vzorku jehlou)
- Pouze ozařování (radioterapie)
- Pouze chemoterapii
- Ozařování (radioterapie) i chemoterapii
- Biologická léčba
- Nevím, nevzpomínám si
- Jiné, doplňte.....

14. Změnila se Vám Během léčby onemocnění/ nádoru mozku tělesná hmotnost?

- Hmotnost zůstala stejná
- Přibral/ a jsem okg
- Zhubl/ a jsem okg

15. Jak často chodíte na kontroly onemocnění/ nádoru mozku? Jde o kontroly klinického stavu a výsledky magnetické rezonance (MR), nebo počítačové tomografie (CT). Neptáme se na kontroly během onkologické léčby.

- Jednou za 2-4 měsíce.
- Jednou za 5-7 měsíce
- Jednou za 8-10 měsíce
- Jednou za 11-13 měsíce
-uved'te jiný časový údaj
- Nechodím na žádné kontroly

16. Využíváte i jiné doplňkové služby pomáhající Vám, či Vaší rodině s Vaším zdravotním stavem? (je možno zvolit více odpovědí)

- Domácí péče
- Hospicová péče
- Stacionáře
- Sdružení zabývající se onemocněním mozku
- Nevyužívám žádné služby
- Jiné, doplňte.....

17. Používáte některý z těchto léků: (je možno zvolit více odpovědí)

- Antiepileptika (léky na epilepsii)
- Prášky na spaní (sedativa)
- Prášky na uklidnění (anxiolytika)
- Inzulín a prášky na cukrovku/ diabetes mellitus
- Kortikoidy
- Léky na vysoký tlak
- Léky proti bolesti (analgetika)
- Léky na ředění krve (antikoagulancia)
- Jiné, doplňte.....

18. Před vznikem, potvrzením onemocnění/ nádoru mozku jste byl/ a: (je možno zvolit více odpovědí):

- Ve starobním důchodu
- V invalidním důchodu
- Na úřadu práce
- Podnikatel, osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)
- V pracovní neschopnosti
- V zaměstnání
- Pracoval/a jsem jako.....
- Ve studiu na základní, střední, nebo vysoké škole
- Jiné, doplňte.....

19. V současnosti jste (je možno zvolit více odpovědí):

- Ve starobním důchodu
- V invalidním důchodu
- Na úřadu práce
- V pracovní neschopnosti
- Vrátil/a jsem se do zaměstnání

Pracuji jako.....

- Vrátil/ a jsem se k podnikání - osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)
- Vrátil/ a jsem se ke studiu na základní, střední, nebo vysoké škole
- Jiné, doplňte.....

Otázka č. 1	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Jste schopen/ a fungovat v běžném životě?	1	2	3	4	5
Otázka č. 2	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak spokojený/á Jste se svým zdravím	1	2	3	4	5
Otázka č. 3	Velmi špatná	Špatná	Ani dobrá ani špatná	Dobrá	Velmi dobrá
Jak byste zhodnotil/a Kvalitu svého života	1	2	3	4	5
Otázka č. 4	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
Otázka č. 5	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5
Otázka č. 6	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Do jaké míry jste schopen/a se soustředit na běžné denní aktivity?	1	2	3	4	5
Otázka č. 7	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Jak bezpečně se cítíte ve svém okolí?	1	2	3	4	5

Otázka č. 8	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
Otázka č. 9	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5

Otázka č. 10	Velmi špatná	Špatná	Ani dobrá ani špatná	Dobrá	Velmi dobrá
Máte dostatek finančních prostředků k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
Otázka č. 11	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak dostupné jsou pro vás informace, týkající se Vašeho onemocnění?	1	2	3	4	5
Otázka č. 12	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5
Otázka č. 13	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
Otázka č. 14	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak spokojený/á jste sama se sebou?	1	2	3	4	5
Otázka č. 15	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
Otázka č. 16	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5

Otázka č. 17	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují vaši přátelé a rodina?	1	2	3	4	5
Otázka č. 18	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak jste spokojený/á se svým bydlením?	1	2	3	4	5
Otázka č. 19	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/a Ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Jak jste spokojený/á s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťoval/a nebo zažíval/a určité věci/ pocity v posledních 4 týdnech

Otázka č. 20	Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále
Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, deprese, zoufalství, úzkost?	1	2	3	4	5
Máte nějaké připomínky/ chcete ještě k hodnocení něco říci?					

PŘÍLOHA 2: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI



ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

(1/2)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

jméno, příjmení, titul **Nikola Osohová** datum narození **19. 06. 1994**

adresa bydliště **Husova 789, Zlín 4, 763 02**

Zaměstnanec KNTB ANO uveďte pracoviště: **Onkologie**
 NE uveďte název organizace: _____

Název ŠKOLY: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
 jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: _____

Název FAKULTY: **Fakulta humanitních studií** studovaný obor: **všeobecná sestra**

Sběr dat za ÚČELEM: bakalářská práce rigorózní práce
 diplomová práce disertační práce
 jiný druh práce, upřesněte: _____

Název PRÁCE: **Vliv nádorového onemocnění mozku na kvalitu života**

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden: **Onkologie**

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat: od: **4.4.2022** do: **25.4.2022**

datum **8.4.2022**

podpis žadatele 

Bc. Bohumila Vc

VYJÁDŘENÍ VEDOUcíHO dotčeného pracoviště: SOUHLASÍM NESOUHLASÍM podpis _____

VYJÁDŘENÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat SOUHLASÍM NESOUHLASÍM
Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat: ANO NE

datum **19.4.2022**

podpis a razítko 


POVINNÉ přílohy žádosti:

- Stručná anotace odborné práce.
- V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.
Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vámi předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást (přílohu) této žádosti, která bude po splnění účelu evidence skartována.
- Potvrzení o studiu:**

datum **19.4.2022**


razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro **nelékařské obory** náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** náměstkovi pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.

PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

(2/2)

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul Nikola Osohová datum narození 19. 06. 1994
adresa bydliště Husova 789, Zlín 4, 763 02

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost

o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., IČO: 27661989, se sídlem Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín (dále jen „Správce OÚ“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu.

Jedná se zejména o tyto informace:

1. Informace týkající se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. **všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta** (zvláštní kategorie osobních údajů).
2. Informace o zdravotnickém zařízení, centru, odděleních, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není Krajskou nemocnicí T. Bati, a. s. **výslovně dovoleno** (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji **neposkytovat žádné informace** o Krajské nemocnici T. Bati, a. s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

- ✓ Jsem si vědom/a, že patientská data mohou ve své práci čerpat **pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas**. Pouze v případě, že se jedná o patientská data čerpaná v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotní péče, **není souhlas vyžadován**.
- ✓ Jsem si vědom/a, že získaná data mohou ve své práci použít pouze v **anonymní podobě**, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.
- ✓ Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě **oprávněného zájmu** Nemocnice T. Bati (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udělující svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**
Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**
Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění Vašich práv.***

*Informace o zpracování osobních údajů v Nemocnici T. Bati a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na www.kntb.cz

- ✓ Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je **působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování** osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.

Potvrzuji, že jsem byla poučen/a o zpracování osobních údajů a

Souhlasím s tím, aby Správce OÚ zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.

datum 8.4.2022

podpis