

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života u pacientů s nádorovým
onemocněním mozku – meningeom**

bakalářská práce

Autor práce: Sára Dvořáčková

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Sára Dvořáčková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života u pacientů s nádorovým onemocněním mozku
Cíl práce:	Zjistit kvalitu života u pacientů s nádorovým onemocněním mozku.

PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života u pacientů s nádorovým onemocněním mozku. Obsah práce je rozdělen do dvou stěžejních částí. První část práce se věnuje teoretickému pojetí kvality života (definice, historie, dimenze, diagnostický proces) a nádorům mozku (anatomii, etiopatogenezi, dělení, klinický obraz, diagnostiku, rizikové faktory, terapii). Empirická část je založena na podkladě kvalitativního výzkumu. Cílem práce bylo zjistit jaký má dopad nádorové onemocnění na dimenzi kvalita života v oblasti bio, psycho sociální. Výzkumné šetření probíhalo v období prosinec 2019–březen 2020, jednalo se o pacienty s meningeomem.

Klíčová slova

Nádor mozku; meningeom; kvalita života; život; pacient

Abstract

The bachelor thesis is focused on the quality of life in patients with brain cancer. The content of the work is divided into two main parts. The first part deals with the theoretical concept of quality of life (definition, history, dimensions, diagnostic process) and brain tumors (anatomy, etiopathogenesis, division, symptoms, diagnosis, risk factors, therapy). The empirical part is based on qualitative research. The aim of the work was to find out what impact cancer has on the dimension of quality of life in the bio, psycho and social areas. The research survey was conducted in the period December 2019 – March 2020, and involved patients with meningioma

Key words

Brain tumor; meningioma; quality of life; life; patient

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1. dubna 2020

.....
Podpis studentky

Poděkování

Velice ráda bych poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Michaela Schneider, PhD. za cenné rady, ochotu, vstřícnost, trpělivost a především za její věnovaný čas. Dále poděkování patří katedře zdravotnických studií Vysoké školy Polytechnické, především vedení a pedagogům, za vstřícnost a ochotu po celou dobu studia. Velké poděkování patří mé rodině, která mi vyjadřuje podporu v každé situaci.

Obsah

Seznam tabulek	7
Motivace	11
Cíl práce	11
I. Současný stav problematiky	12
1. Kvalita života	12
1.1 Definice	12
1.2 Pojmy a pojmosloví	12
1.3 Dimenze	13
1.4 Nástroje měření kvality	14
2 Nádory	15
2.1 Anatomie CNS	16
2.2 Klasifikace nádorů	18
2.3 Epidemiologie	19
2.4 Dělení nádorů	19
2.5 Rizikové faktory	20
2.6 Meningeom	20
2.7 Klinický obraz	21
2.8 Diagnostika	23
2.9 Terapie a možné nežádoucí účinky léčby	24
2.10 Po výkonu a prognóza	25
II. Výzkumná část	26
Hlavní cíl práce	26
Výzkumné otázky	26
1. Metodika výzkumu	26
1.1 Charakteristika souboru respondentů a výzkumného prostředí	26
1.2 Realizace výzkumu	27
1.3 Analýza získaných dat	27
1.4 Polostrukturované rozhovory	28
1.5 Výsledky výzkumu	40
1.5.1 Sociodemografická data	40
1.5.2 Údaje vztahující se k onemocnění	47
1.5.3 Údaje vztahující se ke kvalitě života	54
3 Diskuse	63
4. Návrh řešení a doporučení pro praxi	69
5. Závěr	70
Seznam použité literatury	72

Přílohy	75
---------------	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví	40
Tabulka 2 Věk.....	41
Tabulka 3 Vzdělání	42
Tabulka 4 Bydliště	43
Tabulka 5 Sdílené bydlení	44
Tabulka 6 Typ bydlení.....	45
Tabulka 7 Rodinný stav	46
Tabulka 8 Počet let od stanovení diagnózy	47
Tabulka 9 Léčba.....	48
Tabulka 10 Osoby podílející se na péči.....	49
Tabulka 11 Prognóza.....	50
Tabulka 12 Hospitalizace související s diagnózou.....	51
Tabulka 13 Kontroly související s onemocněním.....	52
Tabulka 14 Komorbidity	53
Tabulka 15 Stěžejní osoba během léčby.....	54
Tabulka 16 Potřeba psychologa	55
Tabulka 17 Subjektivní hodnocení kvality života.....	56
Tabulka 18 Deficit v kvalitě života	57
Tabulka 19 Změna bydlení by přinesla zlepšení kvality života.....	58
Tabulka 20 Spokojenost se svým zdravím	58
Tabulka 21 Změny v aktivitách	59

Tabulka 22 Činnosti denních aktivit závislé na ostatních	60
Tabulka 23 Obtíž pohybu mimo domov.....	61
Tabulka 24 Změna sociálního života.....	62
Tabulka 25 Lidé, kteří omezili s nemocným styk.....	62

Seznam příloh

Příloha 1 MMSE test	75
Příloha 2 Otázky k rozhovorům	76
Příloha 3 Informační letáček.....	77

Seznam použitých zkratek

CCA – cirka

Tzn. – to znamená

MRI/MR – magnetická rezonance

PET – pozitronová emisní tomografie

CT – výpočetní tomografie

Aj. – a jiné

Tzv. – tak zvané

WHO – světová zdravotnická organizace

QoL – Quality of Life (kvalita života)

Atd – a tak dále

Např. – například

CNS – centrální nervový systém

RTG – rentgen

NCHJIP – jednotka intenzivní péče neurochirurgie

a.- arteria

aa.-arteriae

ml – mililitr

kol. - kolektiv

č. - číslo

Úvod

Tato bakalářská práce se bude skládat ze dvou stěžejních částí a to z teoretické a z praktické. Teoretická část bude zaměřena na dvě základní kapitoly. První kapitolou bude kvalita života, kde rozvedeme charakteristiku, pojetí, měření. Poté bude následovat anatomie CNS (centrální nervové soustavy) a nádory. U nádoru budeme rozebírat definici, dělení, hodnocení, diagnostiku, možnosti léčby, možné nežádoucí účinky léčby a prognózu. Výzkumná část bude založena na kvalitativním výzkumu metodou rozhovorů. Cílová skupina respondentů budou pacienti s meningeomem. Výzkumné šetření bude probíhat od prosince 2019 do března 2020. Cílem práce bude zmapovat, jak působí meningeom na bio, psycho, sociální dimenzi kvality života.

Nádory mozku jsou velmi kontroverzním tématem. V Kraji Vysočina se s těmito pacienty setkáváme sporadicky. Obor neurochirurgie není v Kraji Vysočina zastoupen v žádném lůžkovém zařízení. Nemocní s touto diagnózou jsou léčeni mimo náš kraj, nejčastěji v Brně nebo v Hradci Králové. Toto téma práce jsem si vybrala z důvodu profesního zaměření v tomto oboru. Pro laickou veřejnost zní nádor mozku jako fatální diagnóza, s kterou pacienti nejsou schopni žít a dál fungovat v běžném životě. V této práci se dozvíme, zdali je tomu tak a v jakých oblastech je to nejvíce omezující pro pacienty. Soubor respondentů budou pacienti z Fakultní nemocnice v Motole, kteří jsou v péči neurochirurgů. Pracuji na této klinice a s pacienty tohoto rázu se setkáváme velmi často. Většina těchto pacientů je tvořena lidmi vyššího věku a v lehké převaze žen. Při této diagnóze neurochirurgové úzce spolupracují s jinými obory. Nejužší spolupráce je jistě s klinikou neurologie, kde tito pacienti bývají často hospitalizováni. Nedílnou součástí lékařského týmu je interní nebo oční lékař. Dále jsou součástí péče kliničtí fyzioterapeuti, logopedové nebo psychologové. Vždy je nutné brát pacienta holisticky, vnímat všechny jeho obtíže a potřeby.

Odborná literatura z ošetrovatelského pohledu na toto téma není příliš probádána, což byl také jeden z důvodů, proč téma bylo zvoleno.

Motivace

Téma práce bylo vybráno z několika důvodů. První hledisko je profesní, vycházející z profesního zaměření v tomto oboru. V klinické praxi tvoří tito pacienti nemalou část na klinice neurochirurgie. Další hledisko je demografické. V Kraji Vysočina se obor neurochirurgie nevyskytuje a šance získat zkušenosti v péči o tyto pacienty je mizivá. Nejen pacienti ale i personál má o nádorech mozku velmi málo informací.

Cíl práce

Cílem práce v teoretické části je seznámit se s pojmem kvalita života. Charakteristika, definice, dimenze a diagnostický proces. Poté bude následovat seznámení s anatomií a s nádory. Konkrétně s etiopatogenezí, dělením nádoru, klinickým obrazem, diagnostikou, rizikovými faktory, terapií a možnými komplikacemi.

Výzkumná část je zaměřena na dopad nádorového onemocnění na dimenzi kvalitu života v oblastech bio, psycho a sociálních.

I. Současný stav problematiky

1. Kvalita života

Kvalita života je popisována jako subjektivní cítění vlastního života týkající např. kultury, životních cílů, očekávání, systému hodnot a zvykům jedince. (Bužgová, 2015)

1.1 Definice

Kvalita života je vysoce individuální záležitost. Jedná se o objektivní a subjektivní indikátor související s uspokojováním potřeb. Svými dopady vyjadřuje rozpor mezi realitou, očekáváním, možnostmi i skutečností. Má velmi dynamický charakter v různých životních oblastech člověka. (Hudáková, 2013)

Kvalita života je každým z nás vnímání odlišným způsobem. Posuzování může být spojena s fyzickým, psychickým, sociálním i spirituálním očekáváním od života. Každý člověk má jiný hodnotový žebříček, jenž se v průběhu života mění. (Gurková, 2011)

Z pohledu ekonomického je definice založena především na hodnocení objektivních ukazatelů jako jsou například domácí hrubý produkt, průměrný výdělek aj. Z počátku byly tyto ukazatele jasné a jednoznačné i pro kvalitu života obecně. Poté se ukázalo, že toto popisuje pouze určitou část kvality života. (Vlček, 2017)

Světová zdravotnická organizace pojednává o definici kvality života tehdy, kdy je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Nikoliv pouze absence nemoci či postižení. Jako podstatné aspekty vnímá světová zdravotnická organizace tělesný a psychický stav, stupeň nezávislosti a kvalitu sociálních vztahů.

1.2 Pojmy a pojmosloví

Kvalita života je zkoumána v několika vědních oborech: v ošetrovatelství, medicíně, psychologii, pedagogice, ekonomii, filozofii, sociologii a v mnoha dalších odvětvích. Podobnost v pojmenování je neodmyslitelná, ale jedinou obecnou definicí ji charakterizovat je velmi obtížné. Neexistuje jednotná definice kvality života. Je to dáno tím, že kvalita života představuje těžko uchopitelný pojem pro jeho komplexnost multidimenzionálnost. V ošetrovatelství je nejčastěji citovaná definice vytvořená pracovní skupinou WHOQOL. Ta v ní vyjadřuje, jak lidé vnímají svoje místo v životě,

v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, zájmům, obavám, starostem a standardům. Další pojmosloví popisuje K.C. Calman, který nazývá kvalitu života jako rozpor mezi nadějemi, sny a ambicemi člověka. Jeho současné reálné zážitky jsou všeobecně motivovány, aby tento rozpor byl eliminován. Čím menší je tedy rozpor mezi chtěným a dosavadním životem, tím víc je život vnímán jako kvalitní. D. Kováč popisuje kvalitu života, kdy základem je u člověka dobrý fyzický a psychický stav, funkční rodina a materiálně sociální zabezpečení . (Gurková, 2011)

V ošetrovatelství je pacientova kvalita života ovlivněna uspokojováním či neuspokojováním jeho primárních a sekundárních potřeb. (Gurková, 2011)

Kvalita se v ošetrovatelství vymezuje pěti způsoby:

-  Schopnost vést normální život
-  Spokojenost a štěstí
-  Dosažení stanovených cílů
-  Vést aktivní život
-  Dosažení tělesné a mentální kapacity

Ošetrovatelská, ale i medicínská péče o klienty se často chybně zaměřuje pouze na fyzickou stránku nemoci. Kvalitní ošetrovatelská péče by neměla zapomínat na psychickou a spirituální stránku. Taktéž by se měla podílet k navrácení pacientů do běžného života. Především na sebeděči, zvládnutí denních aktivit a neposlední řadě na zachování sociálních kontaktů.

1.3 Dimenze

Odborná literatura rozlišuje dva druhy QoL (Quality of Llife). Subjektivní kvalita života zahrnuje vnímání postavení jedince ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. Podstata je v obecné rovině založena na pozitivní i negativní v osobním životě. V bližší specifikaci se jedná o život smysluplný (zda jedince naplňuje, uspokojuje nebo se naopak člověk cítí nepotřebný, odtržený). Sledují se pocity štěstí,

spokojenosti se životem, s prací, rodinou, bydlením a společenského uznání. Kvalita života je závislá na zdraví, mezilidských vztazích, pohodě člověka, činnostech denního života a pocitu spokojenosti. Každý člověk potřebuje mít během života příležitost ke vzdělávání se, uplatnění svých znalostí a zkušeností v pracovním procesu. Od toho se odvíjí sociální situace, bydlení a hmotné statky. (Gurková, 2011)

Objektivní kvalita života se týká životní úrovně a životních podmínek. Svým obecným zaměřením se zabývá materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním statutem i fyzickým zdravím. Při bližším zkoumání životní úrovně sledujeme chudobu a majetek – příjmy, výdaje, hmotné statky a spotřebu domácností. (Hudáková, 2013)

Ovlivnění kvality života budeme dělit mezi bio-psycho-sociální. K biologickým patří fyzické omezení. Nejčastěji pacienty postihuje paréza (částečné) nebo plegie (úplné ochrnutí) končetin. V důsledku paréz nebo plegií nastává ztráta plné soběstačnosti. Mezi další častou komplikací řadíme fatickou poruchu – porucha řečové komunikace. Řadíme k nim např. nonfluentní (neplynulý) projev, poruchy porozumění, echolálie (ozvěnové opakování slyšeného), dysartrie (neschopnost srozumitelně hovořit), aj. K psycho – sociálním řadíme odloučení od rodiny a přátel které může být velmi důležité. Častým jevem bývá organický psychosyndrom. (Při uložení nádoru v čelním laloku – zde se nachází centrum chování). Mezi často zanedbatelný problém patří, zvláště pro ženy a obecně mladé pacienty, ztráta vlasů. Nynější doba toto umí dobře řešit vlasovými parukami.

1.4 Nástroje měření kvality

První užívané nástroje měření kvality života byly dva, a to Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). Za účelem velkého využití bez ohledu na typ a závažnost onemocnění či demografické a kulturní rozdílnosti, byl vytvořen nástroj SIP. Tento nástroj byl používán pro hodnocení efektivnosti terapie, farmakoekonomickou analýzu a její využití v oblasti zdravotní politiky. NHP byl vytvořen pro hodnocení tělesného, sociálního a psychického distresu. Oproti SIP se více zaměřuje na emocionální stav. (Gurková, 2011)

Existuje spousta metod, kterými lze měřit kvalitu života.

 Hodnocení kvality života samotným jedincem

✚ Hodnocení kvality života druhým jedincem

✚ Smíšený typ obou předchozích (Křivohlavý, 2002)

Při hodnocení prvním typem nebývá výsledek přesně objektivní. Při hodnocení druhým typem, bývá prováděno rodinou nebo ošetřujícím personálem. Třetí typ je kombinací obou předchozích.

V současnosti je v České republice dostupných mnoho standardizovaných nástrojů pro měření kvality života i v českém jazyce. Statistické údaje je tak možné získat například pomocí různých škál, strukturovaných rozhovorů a pomocí dotazníků. Dotazníková verze by měla mít adekvátní grafickou úpravu a formu, tzn. přiměřenou velikost a typ písma, řádkování atd. Pacientům by měla dána dostatečná volnost k vyjádření se a dostatečný čas. Ošetřovatelský personál by neměl pacientovi „podsouvat“ odpovědi. Při volbě správných nástrojů měření kvality bychom měli ctít pravidla, kdy jsou nástroje validní a spolehlivé v jazyce, ve kterém je chceme užít, byly použity v té populaci, kde kvalitu měříme, jsou přiměřené obsahem i rozsahem, máme získaný souhlas s použitím nástroje. (Gurková, 2011)

Nejrozšířenější metodou k posouzení kvality života, kterou hodnotí sám jedinec je tzv. SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života). Tato metoda je založena na osobních představách dotazovaného a na tom, co je pro něj důležité. Metoda je individuální, základním měřítkem je výpověď respondenta. Je respektován vlastní systém hodnot a aspekty života se můžou průběhu života měnit (Křivohlavý, 2002).

2 Nádory

Mozkový nádor je definovaný jako abnormální nebo nekontrolovatelný růst buněk nervové tkáně mozku nebo míchy. (Třebický, 2012)

Na začátek kapitoly si představíme anatomii CNS a mozku.

2.1 Anatomie CNS

Nervový systém je tvořený soustavou vzájemně spojených orgánů, jejichž komplexní spolupráce mu umožňuje kontrolu ostatních systému těla. Rozeznáváme centrální nervový systém tvořený mozkem (mozek – cerebrum, střední mozek – mesencephalon, prodloužená mícha – medula oblongata a mozeček – cerebellum) a míchou a periferní nervový systém tvořený ganglii a periferními nervy. (Vigeú, 2017)

Neuron je základní buňka nervové tkáně, která přijímá a zpracovává informaci a vysílá a přenáší odpověď. Je tvořený tělem buňky a výběžky, které si ho spojují s ostatními neurony a vedou nervové impulsy. Neurony se neobnovují ani nerozmnožují, což znamená, že je jejich počet během života stejný od útlého dětství. (Vigeú, 2017)

Axony neuronů tvoří spojením s ostatními neurony *synapsi*, která spíše než jako fyzikální spoj funguje na základě chemických přenašečů. (Vigeú, 2017)

Mozek je nejdůležitější řídicí orgán a jako takový je chráněn. Lebeční dutina, v níž je mozek uložen, je na vnitřní straně uspořádaná do kostěných brázd, které kopírují tvar mozku. Další ochranou mozku tvoří tři vazivové obaly – tvrdá plena (*dura mater*), pavoučnice (*arachnoidea*) a měkká plena (*pia mater*), která naléhá těsně na mozek. V subarachnoideálním prostoru mezi pavoučnicí a měkkou planou koluje čirá tekutina – likvor neboli mozkomíšní mok, který tlumí nárazy, nadnáší mozek a distribuuje živiny. (Orel, Facová & Veselý, 2009) Denně se vytvoří asi 500 ml moku. Stálé množství likvoru se udržuje zpětným vstřebáváním moku do mozkové tkáně, mizních cév v okolí kořenů míšních a hlavových nervů a do žil v páteřním kanálu. (Dylevský, 2016)

Čelní lalok (*lobus frontalis cerebri*) tvoří téměř celou přední část mozku. Jeho korová část tvoří hlavní část intelektové aktivity člověka společně s centrem pohybové aktivity umístěným před centrální brázdou. *Spánkový lalok* (*lobus temporalis cerebri*) se nachází v postranní dolní části obou hemisfér a je od čelního laloku oddělen Sylviovou brázdou a od týlního laloku preokcipitální brázdou. Korová oblast spánkových laloků obsahuje centra sluchu. *Lalok temenní* (*lobus parietalis cerebri*) se nachází v horní, zevní a středové části mozkové hemisféry. Centrum hmatu a ostatních senzitivních vjemů je uloženo v oblasti za centrální brázdou. *Týlní lalok* (*lobus occipitalis cerebri*) tvoří základní část mozkové hemisféry. Kůra týlního laloku obsahuje centrum zraku. (Vigeú, 2017)

2.1.1 Mozkový kmen

Mozkový kmen je spolu s mozečkem uložen v zadní jámě lební. Představuje základní etáž mozku, která v úrovni velkého týlního otvoru kontinuálně přechází v páteřní míchu. (Orel & Procházka, 2017)

2.1.3 Mezimozek

Mezimozek se nachází v centrální části mozku, přímo mezi mozkovými polokoulemi. (Orel & Procházka, 2017)

2.1.2 Mozeček

Mozeček je tvořen dvěma mozečkovými polokoulemi (hemispheria cerebelli) a nepárovou střední částí – mozečkovým červem (vermis cerebelli). Jeho povrch je rozbrázděn rýhami. (Orel & Procházka, 2017)

2.1.4 Thalamus

Thalamus je hlavní propojovací ústředí mozku. Zpracovává a dále rozesílá informace ze všech smyslů (s výjimkou čichu), kožních receptorů, svalů, šlach, kloubů, ale i vnitřních orgánů a z řady dalších oblastí mozku. Podílí se na distribuci informací senzitivních, motorických a autonomních. (Orel & Procházka, 2017)

2.1.5 Hypothalamus

Hypothalamus hraje ústřední roli v udržování stálosti vnitřního prostředí, dominantně se podílí na řízení všech vnitřních orgánů a funkcí. (Orel & Procházka, 2017)

2.1.6 Koncový mozek

Koncový mozek je nejobjemnější a nejvíce rozvinutou částí lidského mozku. Skládá se ze dvou hemisfér, které rozděluje hluboká štěrbina (fisura longitudinalis cerebri, fisura interhemispherica). Propojení obou hemisfér zajišťují spoje – komisury. Nejobjemnější z nich je corpus callosum neboli kalózní tělelso. Obsahuje řádově stovky miliónů nervových vláken, kterými spolu obě hemisféry komunikují a předávají si informace. (Orel & Procházka, 2017)

2.1.7. Pátevní mícha

Pátevní mícha je část centrální nervové soustavy vycházející z lebeční dutiny procházející shora dolů páteřním kanálem. Je převážně válcovitého tvaru a vysílá mimo kanál nervy. Ty směřují do všech orgánů těla. (Vigeú, 2017)

2.1.8 Cévní zásobení mozku

Krev je do mozku přiváděna dvěma karotickými tepnami (a.carotis interna et extra) a dvěma páteřními tepnami. (aa.vertebrales). Tepny přivádějící k mozku krev se na spodní ploše mozku spojují do okruhu, ze kterého odstupují větve pro jednotlivé mozkové laloky a mozkový kmen. (Dylevský, 2016)

2.2 Klasifikace nádorů

Klasifikační systém TNM (Classification of Malignant Tumours) byl vyvinut v polovině 20.století a představuje jeden ze základních mezinárodních klasifikačních systémů pro onkologii. Určuje se na základě klinického vyšetření lékařem a zobrazovací metodou. Tato klasifikace slouží k popisu anatomického rozsahu solidních nádorových onemocnění v místě primárního nádoru (T), v oblasti spádových uzlin (N) a v místech vzdáleného orgánového metastatického postižení (M). (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018)

- ✚ T: primární tumor. TX = nelze hodnotit, Tis = karcinom in situ (funkční buňky tkáně jsou odděleny od podpůrné části bazální membránou), T0 = nádor není přítomen, T1 až T4 = popis dle rozsahu nádoru nebo vztahu s okolním strukturám
- ✚ N: regionální lymfatické uzliny. NX = nelze hodnotit, N0 = nejsou postiženy nádorem, N1 až N3 = popis uzlin a jejich rozsah
- ✚ M: vzdálenost metastáz. MX = nelze hodnotit, M0 = nepřítomnost vzdálených metastáz, M1 = přítomny vzdálené metastázy, možno orgán upřesnit. (Brierley James, 2018)

Klasifikace GRADE

Při histologickém vyšetření nádoru se určuje jeho stupeň (grade). Grade charakterizuje stupeň diferenciací.

- ✚ Gx = nelze stanovit stupeň
- ✚ G1 = dobře diferencovaný nádor
- ✚ G2 = středně diferencovaný nádor
- ✚ G3 = málo diferencovaný nádor
- ✚ G4 = nediferencovaný nádor (Brierley James, 2018)

2.3 Epidemiologie

Incidence (četnost) nádorových onemocnění mozku v populaci není vysoká, jedná se o incidenci 7×10^5 obyvatel. Vyšším věkem (mezi 45. rokem pro ženy a 49. rokem pro muže) se zvyšuje zejména incidence pro maligní onemocnění až na hodnotu 19×10^5 . (Třebický, 2012)

2.4 Dělení nádorů

2.4.1 Dělení dle biologických vlastností

- ✚ Benigní nádory – jsou ohraničené, rostou pomalu, postupně zvětšují svůj objem a utlačují okolní buňky a tkáně. Většinou se snadno operují a netvoří metastázy.
- ✚ Intermediární nádory – tvoří hranici mezi benigními a maligními nádory. Obecně lze říct, že mají lepší prognózu než maligní, ale proti benigním nádorům mohou tvořit metastázy a někdy recidivovat.
- ✚ Maligní nádory – jejich růst je rychlý, neohraničený, invazivní a destruktivní. Často recidivují, nesnadno se operují a tvoří metastázy. (vše Bártová, 2015)

2.4.2 Dělení dle původu

- ✚ Mezenchymové – rostou mezi ektodermem a entodermem, patří sem tyto benigní nádory: z vazivové tkáně (fibrom), z tukové tkáně (lipom), z chrupavky (chondrom), z kostěné tkáně (osteom), z hladké svaloviny (leiomyom), z cév (angiom), mezi maligní patří – místo koncovky -om mají připojeno sarkom (fibrosarkom, liposarkom, osteosarkom, ..)

- ✚ Nádory epitelové – mezi benigní řadíme: z povrchového epitelu (papilom) a ze žláзовého epitelu (adenom), k maligním patří karcinomy: z povrchového epitelu a ze žláзовého.
- ✚ Nádory z nervové tkáně – vychází z gangliových buněk nebo z podpůrných elementů nervové tkáně (neuroblastom, neurofibrom, neurinom)
- ✚ Smíšené nádory – vznikají ze dvou či více histologicky různých tkání (vše Bártová, 2015)

Dále nitrolební nádory dělíme dle místa růstu na inraaxilární a extraaxilární. Extraaxilární nádory jsou odvozeny z tkání zevně od pia mater, respektive jsou anatomicky oddělené od parenchymu CNS. Intraaxilární nádory jsou uloženy uvnitř CNS pod pia mater – zahrnují primární nádory CNS a metastázy v parenchymu CNS. (Reguli, 2011)

2.5 Rizikové faktory

Z celkových rizik, která můžeme přičítat ke vzniku nádorového onemocnění, mají zevní faktory významný podíl na všech nádorových onemocnění. Za nejvýznamnější faktory, které ovlivňují riziko a vznik nádorového onemocnění považujeme kouření, výživu, nadváhu, obezitu, alkohol, sedavý způsob života, genetika a určité infekce. Menší význam mají ze zevních faktory například expozice chemickými škodlivinami, které se objevují v našem životním prostředí. (Bühler, 2019)

Mezi faktory ovlivňující vznik nádorového onemocnění dle Altanera, 2008 řadíme např.: kouření, potrava, infekce, hormony, alkohol, léky.

Ve své práci se dále budu věnovat meningeomům, a to z důvodu zaměření praktické části na vyhodnocení kvality života u pacientů s meningeomem.

2.6 Meningeom

Nádory vyrůstající z tkáně obalů mozku a jejich příznaky jsou vždy dané tlakem na příslušné struktury mozkové tkáně nebo míchy. Varianty nádorů jsou:

- ✚ Meningeom (gr. I) – pomalu rostoucí nádor

- ✚ Meningeom atypický (gr.II) – relativně pomalu rostoucí nádor, při nekompletním odstranění hrozí recidiva
- ✚ Meningeom anaplastický (gr. III) – jedná se o agresivní variantu nádoru mozkových obalů (vše Třebický, 2012)

Nádor, kterému nyní říkáme meningiom, byl popsán poprvé v 17. století francouzským biologem a lékařem L. Pasteurem. Diagnostika těchto nádorů byla velice obtížná. Často byly určeny až tehdy, když byly viditelné na povrchu lebky. Operační intervence nebyly časté a pokud byly použity, byla vysoká mortalita. Název meningiom zavedl H. Cushing. Jedná se o nejčastější nádor CNS. V naprosté většině případů se jedná o benigní neboli nezhoubný nádor.

Charakteristika je pomalu rostoucí a dobře ohraničený útvar. Vzniká z arachnoideálních buněk, sekundárně prorůstá tvrdou plenu. (Bártová, 2015) Tvoří přibližně třetinu všech intrakraniálních nádorů. Pacienti s touto diagnózou jsou především starší ženy, v poměru 2:1. Věkově častý výskyt je 45-60 let. Výskyt v dětském věku je vzácný, procentuálně asi 2-4 %. Nejčastější výskyt je na povrchu mozku, bází lební nebo na kosti klínové.

2.7 Klinický obraz

Pacienti nepřicházejí k lékaři s tím, že mají mozkový nádor. Příznaky jsou skryté, ne přímo ukazující na nádor. Oproti například CMP (cévní mozková příhoda), kde jsou příznaky jasně dané. Často pacienti přicházejí pro déletrvající bolest hlavy, diplopii (dvojité vidění), zakopávání o vlastní končetinu a mnoho dalších. Praktičtí lékaři jsou lékaři, kam směřují první kroky těchto pacientů. Zprvu bývají příznaky prisuzovány migrénám, roztroušené skleróze nebo demenci.

Mezi celkové příznaky které jsou způsobeny z velké části nitrolební hypertenzí, zvýšení nitrolebního tlaku bolesti hlavy, nevolností a zvracením, měštnáním na očním pozadí, poruchami chování, závratě nebo dvojité vidění. (Růžička & kol., 2015)

Abrahams (2006) řadí mezi možné příznaky například:

- ✚ bolesti hlavy, zejména v čelní krajině
- ✚ nevolnost

- ✚ poruchy intelektu, které se projevují ztrátou paměti, poruchami úsudku, zmateností, spavostí nebo demencí
- ✚ potíže při tvorbě a porozumění řeči (afázie)
- ✚ poruchy zraku (dvojité vidění, zhoršení zraku, slepota)
- ✚ křeče
- ✚ poruchy rovnováhy a končetinových pohybů

Dle Třebického (2012) dělení dle výskytu:

- ✚ Frontální lalok – změny intelektu a sociálního chování, bolesti hlavy, poruchy polykacího aktu, poruchy pohybu končetin, poruchy stranové orientace
- ✚ Temenní laloky – senzorické poruchy (abnormální kožní cití) nebo motorické (křečovitě pohyby svalů končetin nebo svalových skupin), projevy epilepsie, poruchy cití, poruchy pohybu pacienta, poruchy psaní, poruchy paměti slovní i mimoslovní
- ✚ Levý spánkový lalok – porucha cití (sluch, zrak, čich), porucha tvorby slov a schopnosti slovům porozumět, poruchy paměti, sexuality a osobnosti
- ✚ Pravý spánkový lalok – poruchy smyslových funkcí, poruchy logické syntézy, poruchy paměti a koncentrace, porucha rozpoznat tóny hudby a její hlasitosti, obtíže s psáním a malováním
- ✚ Týlní lalok – poruchy vidění, čtení a psaní, poruchy rozpoznání barev, nerozpoznání objektu, který se pohybuje
- ✚ Mozeček – poruchy pohybu končetin a koordinace pohybů, poruchy rovnováhy, porucha pohybových reflexů, bolesti hlavy
- ✚ Kmen mozku – porucha frekvence dechu, porucha srdeční akce a krevního tlaku, porucha polykacích schopností, porušení spánku, bolesti hlavy a zvracení, poruchy tělesné teploty

2.8 Diagnostika

Diagnostika mozkových nádorů je obtížná, protože příznaky jsou v některých případech obtížně zjistitelné. (Abrahams, 2006)

Součástí neurologického vyšetření je vyhodnocení mentálních funkcí pacienta (řeč, paměť, mluva, počítání, vidění, psaní a malování – MMSE menimental status). (Třebický, 2012)

MMSE test v příloze 1.

U každého stanovení diagnózy je nezbytností anamnéza. Do které spadají nyní obtíže. Dále osobní, rodinná, pracovní anamnéza, aj. Při tomto kroku můžeme zjistit mnoho. Například výskyt meningeomu rodově, práci s radiací nebo již zmíněné virové infekce CNS. K základní diagnostice patří krevní odběry, fyziologické funkce. V neurologii také odběr mozkomíšního moku. Mezi nejjistější diagnostiku patří zobrazovací metody. Mezi spolehlivý způsob řadíme výpočetní tomografii neboli CT, u které se jedná o neinvazivní rentgenové zobrazení orgánů a tkání. Nejspolehlivějším vyšetřením je magnetická rezonance, též MR nebo MRI. Jedná se o přesné zobrazení orgánu, kde je možné získat řezy určité oblasti těla. Meningeom je bohatě zásoben krví, při podání kontrastní látky dojde ke zvýšení denzity. V neposlední řadě sem patří i angiografie. Zobrazovací metoda cév. Metoda, která může odhalit cévní zásobení, s kterým bude operátor seznámen.

CT (počítačová tomografie) – zobrazení mozku detekcí rentgenového záření, kostního skeletu lbi a obratlů, cévního zásobení, přítomnost krvácení do nervové tkáně, perfuse (prokrvení) a difuze (prosáknutí nádorové tkáně), trvání vyšetření je cca 20 minut maximálně. (Třebický, 2012)

MRI (magnetická rezonance) – skutečné zobrazení nervové tkáně pod vlivem změn magnetického pole, přítomnosti otoku, prokrvení mozku, zobrazení nervových traktů, trvání vyšetření je 20 minut až 1 hodina. (Třebický, 2012)

PET/CT (positron emisní tomografie) – jedná se o zobrazení nervové tkáně pomocí rentgenového záření (CT) a případnou fúzi s MRI a metabolickým zobrazením sledované oblasti mozku (Třebický, 2012)

Vzhledem k tomu, že mnoho mozkových nádorů má charakter metastáz z jiných orgánů, je důležité podrobné celkové vyšetření včetně rtg hrudních orgánů. (Abrahams, 2006)

2.9 Terapie a možné nežádoucí účinky léčby

Základní rozdělení léčby z hlediska léčebných postupů je na **invazivní** (chirurgické přístupy) a **konzervativní** (radioterapie, chemoterapie, biologická léčba). (Třebický, 2012)

Z hlediska předpokládaného léčebného efektu dělíme na **radikální** (stabilizace nádorového onemocnění s předpokladem dlouhodobé stabilizace pacienta) a **paliativní** (odstranění obtíží vytvořených jako projev nádoru, avšak stav onemocnění nebo pacient nedovoluje přístup radikální). (Třebický, 2012)

Včasné rozpoznání příznaků a zahájení léčby je velice důležité. Před zahájením jakékoliv léčby v medicíně je nutnost celkové vyšetření lékařem. Už zde může lékař objevit kontraindikace k léčebným metodám. Nejčastěji mezi kontraindikací k operaci patří dekompenzace stávajícího onemocnění. Zde je nutné zvážit rizika operace a možný očekávaný přínos. U pacientů s nádory není standardizovaný přístup. Při stanovení léčby je důležitý holistický přístup k pacientovi. Dle prof. Beneše (2019) je nejtěžší a nejstěžejnější stanovení správné léčebné metody, samotné operování neřadí mezi stěžejní část léčby.

Mezi nejčastější terapeutické metody patří neurochirurgické řešení neboli operace. Nejčastěji se u pacientů provádí tzn. kraniotomie. K dalším možnostem patří radiochirurgie, operace gama nožem. Dále radiační nebo hormonální terapie. Při složitém uložení nádoru může proběhnout kombinace několika metod. Například chirurgická, následně pro zbytek nádoru ozářením gama nože. V neposlední řadě probíhá observace. Při stacionárním nálezu nádoru, kdy je pacient asymptomatický, je častou metodou zvolena observace. Periodicky pacienti dochází do ambulance. Nutností je kontrolní CT/ MR. Dále radiační nebo hormonální terapie.

Rehabilitace je nezbytnou součástí komplexní léčby, zejména u pacientů s poruchou řeči, zraku nebo pohybu. Výsledné efekty léčby navyšují kvalitu života pacienta. (Třebický, 2012)

Možné nežádoucí účinky dělíme dle Třebického (2012) následovně:

- ✚ Chirurgie – poškození kožního a kostního krytu s rizikem infekce, přechodná nebo trvalá poruchy kognitivních funkcí (mluva, myšlení, pohyb), neuroinfekce, projevy léčby kortikosteroidů při léčbě pooperačního otoku mozku (steroidní cukrovka, vředová nemoc žaludku)
- ✚ Radioterapie – přechodný nebo trvalý výpad vlasů v místě vstupu nebo výstupu dávky radioterapie, celková únava, dlouhodobé snížení fyzické i psychické výkonnosti, poškození kůže, poruchy endokrinní funkce hypofýzy
- ✚ Chemoterapie a biologická léčba – nevolnost, zvracení, poruchy krvetvorby a srážení krve, celková únava, suchost sliznic, infekce

2.10 Po výkonu a prognóza

Pooperačně je důležitá komplexní neurointezivní péče. Pacienti po výkonu bývají zprvu hospitalizováni na ARO nebo JIP neurochirurgické kliniky. Po nekomplikovaném průběhu prvních pooperačních dní jsou přeloženi na standardní oddělení kliniky. Cca týden od operace nastává dimise. Do domácího ošetřování jsou propuštěni pacienti s kvalitním rodinným zázemím nebo možností následné domácí péče. Následuje ambulantní péče do které zahrnujeme například logopeda, rehabilitaci. Nutná je péče o ránu, dodržování doporučení lékaře. Prognóza se odvíjí od místa kde se nádor nachází a zdali při operačním řešení byl odstraněn nádor celý, nebo jeho část. Nedílnou součástí stanovení prognózy jsou pacientovi komorbidita a věk. Riziko recidivy je 7-20 %. Ambulantní kontroly u operátora a kontrolní CT/MR jsou nezbytností, uvádí se zhruba po dobu 10 let.

II. Výzkumná část

Hlavní cíl práce

Zjistit kvalitu života u pacienta s meningeomem

Výzkumné otázky

- A.** Jaké metody léčby byly pacientovi nabídnuty/poskytnuty?
- B.** Jak pacient s meningeomem zvládá fyzickou aktivitu?
- C.** Jaké proběhly změny v sociální dimenzi kvality života?

1. Metodika výzkumu

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Sběr informací byl prováděn formou rozhovorů s pacienty. Respondenti odpovídali na předem připravené otázky. Všechny rozhovory probíhaly anonymně, dobrovolně a s ústním souhlasem respondentů. Respondenti byli informováni o tom, že získané informace budou použity jako podklad pro tvorbu této bakalářské práce. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí, respondenti měli dostatek času si své odpovědi promyslet a až poté odpovídat. Rozhovor byl tvořen z 18 otázek. Otázky byly stanoveny tak, aby odpovídaly cíli bakalářské práce. Výzkum probíhal v měsících prosinec 2019 až březen 2020. Odpovědi respondentů byly nahrávány na mobilní telefon. Následně byly audio nahrávky přepsány do písemné podoby. Po přepsání odpovědí byly audio nahrávky smazány. Později proběhlo zpracování výzkumu a získaná data poté zařazena do kategorií.

1.1 Charakteristika souboru respondentů a výzkumného prostředí

Cílová skupina výzkumu byli pacienti se stanovenou diagnózou meningeomu. Ke zpracování výsledků šetření proběhlo 6 rozhovorů s pacienty. Respondentů bylo šest,

stejný počet mužů a žen. Tři ku třem. Sběr informací probíhal v klidu a soukromí na různých místech, pacienty tomu určených. (Park, jejich bydliště, pracoviště)

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili tohoto rozhovoru byli hospitalizováni na klinice neurochirurgie. Jednalo se o jednotku intenzivní péče (NCJIP), standardní oddělení nebo obě varianty v závislosti na diagnostice a léčbě nádoru.

Respondenti vyslovili ústní souhlas se zpracováním jejich odpovědí, byli informováni o výzkumném šetření za záměrem zpracování této bakalářské práce. Bylo jim sděleno, že je rozhovor anonymní, bez zprostředkování jejich kontaktních údajů. Byli informováni, že jim tato bakalářská práce po vypracování bude dostupná k nahlédnutí.

1.2 Realizace výzkumu

K získání respondentů jsem oslovila MUDr. Vlasáka, který s těmito pacienty pracuje. Požádala jsem jej, aby předal mé kontaktní údaje jeho pacientům s diagnózou meningeom. Aby jim také předal informaci, že se jedná o rozhovor do bakalářské práce s názvem „Kvalita života u pacientů s nádorovým onemocněním mozku.“ Následně mě kontaktovalo 8 potencionálních respondentů. S jedním pro časovou tíseň nebylo možné rozhovor vykonat, dalším potencionální respondent před zahájením rozhovoru zrušil svoji účast. Zbylých 6 respondentů ochotně podstoupilo výzkumné šetření. S každým respondentem bylo individuálně domluveno místo a čas setkání. Při setkání jsem s respondenty vždy byla sama na klidném místě, bez rušivých elementů. Všichni z dotazovaných měli čas a prostor na vyslovení svých odpovědí. Bylo jim sděleno, že při konání rozhovoru kdykoliv mají možnost ukončit dotazování bez udání důvodu.

(Seznam otázek k rozhovorům v příloze 2.)

1.3 Analýza získaných dat

Pro zpracování výzkumu, tvorbě tabulek a vyhodnocení dat byl využit program Microsoft Office Word.

1.4 Polostrukturované rozhovory

Respondentem číslo jedna

Sociodemografie – 76letý muž, důchodce, vyučený truhlář. Žije v rodinném domě na vesnici s manželkou. K jeho velkým zálibám patří rybaření. V rodině měl genetickou zátěž ze strany otce, kdy zemřel na karcinom prostaty. Ke stanovení diagnózy došlo při úrazu, kdy pacient utrpěl subdurální krvácení, na vstupním CT lékaři objevili meningeom. Pacient nebyl operovaný. Rozhovor probíhal v přírodním parku v blízkosti oblíbeného rybníka respondenta. Rozhovor byl vykonáván v klidném prostředí, o samotě a respondent měl dostatek času na odpovědi.

1. Kolik je to let od stanovení diagnózy?

Diagnóza mi byla sdělena před 6 lety. Bylo to v roce 2014 v prosinci.

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?

Panem doktorem mi byla doporučena jedna varianta, šlo to pozorování. Nádor byl malý, neměl jsem žádné obtíže. Operaci mi nedoporučil. Nebylo to tak, že by mi jí zakázal. Rozhodnutí bylo samozřejmě na mně.

3. Kdo se podílí na Vaší péči?

Můj pan doktor neurochirurg, sestřičky.

4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?

Doktor mi řekl, že o tom ani nemusím vědět. Takže říkal, že pokud nebude růst, bude vše dobré.

5. Uveďte, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?

Při objevení meningeomu jsem byl hospitalizován pro subdurální krvácení. Při této hospitalizaci nebyl meningeom řešen, až následná hospitalizace byla pro došetření a trvala 10 dní. Probíhalo mnoho vyšetření.

6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?

Každý rok chodím na kontroly do ambulance a CT.

7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?

Mám pouze cukrovku.

8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?

Určitě můj ošetřující lékař.

- 9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?**

Ne, nic takového jsem nevyhledal. Určitě moje manželka byla největší opora.

- 10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?**

Přece jen jsem už starší, občas mě všechno bolí, takže tak 8.

- 11. Řeknete mi, jaký aspekt, související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?**

Nesouvisí to s nádorem ale není mi příjemné si stále měřit cukr a píchat si inzulin. Každý den, stále myslet na to, že si musím před jídlem píchnout inzulin. Kdybych toho nemusel dělat, tak jsem úplně spokojený.

- 12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?**

Určitě ne, neměl bych bydlení. Žijeme zde 50 let.

- 13. Jste spokojen/a se svým zdravím?**

Ano, jsem.

- 14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny související s onemocněním? Práce, sport, ...?**

Pro mě se nezměnilo vůbec nic, žádnou aktivitu jsem neomezil. Rybařím stále.

- 15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?**

Ne, nejsem. Vše si obstarám sám.

- 16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?**

Ne, nedělá, ba naopak. Rád chodím na procházky potom co jsem byl v nemocnici hospitalizován. Mnohem více si vážím „svobody“ doma.

- 17. V čem se změnila Vaše sociální vztahy po stanovení diagnózy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli...)**

Vůbec v ničem, je vše jako před stanovením diagnózy.

- 18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?**

Žádní takový nejsou.

Respondent číslo dva

Sociodemografie – 46letý muž, podnikatel ve stavebninách. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Žije ve městě sám, v bytě. Je rozvedený. Mezi jeho oblíbenou činnost řadí sledování burzy. V rodině je bez genetické zátěže, nikdo z přímých příbuzných netrpěl nádorovým onemocněním. Potíže začaly dvojitým viděním a velkou bolestí hlavy, při těchto obtížích navštívil praktického lékaře, který jej poslal k neurologovi. Následně MRI stanovilo diagnózu. Pacient byl operovaný. Rozhovor probíhal v jeho kanceláři v místě pracoviště. Rozhovor byl vykonáván v klidném prostředí, o samotě a respondent měl dostatek času na odpovědi.

1. Kolik je to let od stanovení diagnózy?

Je to 6 let.

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?

Bylo mi nabídnuto operační řešení z důvodu akutních bolestí.

3. Kdo se podílí na Vaší péči?

Můj operatér a psycholog, kterého pravidelně navštěvuji.

4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?

Bylo mi vysvětleno, že se jedná o nezhoubný nádor, tudíž dobré vyhlídky do budoucna, samozřejmě je to operace mozku, takže určitá rizika tam byla.

5. Uved'te, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?

Byl jsem hospitalizován 2x. Poprvé diagnosticky 7 dní, poté k samostatné operaci, taktéž 7 dní.

6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?

Každý rok.

7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?

Ne, jinak jsem zdrav.

8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?

Určitě bych za stěžejní osobu určil svoji sestru.

9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?

Ano, docházím k psychologovi do dnes. Měl jsem trauma z toho, že nebudu chodit do práce, jak to tam bude beze mě fungovat a do toho jsem si procházel rozvodem. Právě on je mi velkou oporou.

10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?

Hodnotil bych číslem 9.

11. Řeknete mi, jaký aspekt související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?

S nádorem nic. Jedině kdybych měl lepší rodinné vztahy, konkrétně vztahy s mými dcerami, bylo by to skvělé. Naše vztahy jsou velmi komplikované již od jejich dětství.

12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?

Ne, jsem velmi spokojený.

13. Jste spokojen/a se svým zdravím?

Jsem spokojený se svým zdravím.

14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny související s onemocněním? Práce, sport...?

Po operaci samozřejmě ve všem, ale už dva měsíce po operaci jsem fungoval normálně jako předtím.

15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?

Ne, jsem soběstačný, nepotřebuji pomoc.

16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?

Nyní nedělá, nemám s tím žádný problém. Na začátku po operaci samozřejmě ano, býval jsem často unavený, ale během 1 měsíce to bylo bez obtíží.

17. V čem se změnily Vaše sociální vztahy po stanovení diagnózy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli...)

Rozvod nebyl ve spojitosti s nádorem, rozváděli jsme se už předtím. Naopak to mělo pozitivní dopad na vztah s mojí sestrou, s kterou jsme si nyní hodně blízcí.

18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?

O žádných takových nevím.

Respondent číslo tři.

Sociodemografie – 39letá žena, nezaměstnaná. Její nevyšší dosažené vzdělání je základní. Žije v bytě ve městě společně s manželem a rodinou. K jejím zálibám patří hraní her a čas s dětmi. Genetická zátěž v rodině jí není známa. Diagnóza jí byla stanovena při CT páteře, kdy měla obtíže s krční páteří – onemocnění meziobratlových plotének. Pacientka nebyla operována. Rozhovor byl uskutečněn v bytě kde žije. Rozhovor byl vykonáván v klidném prostředí, o samotě a respondent měl dostatek času na odpovědi.

1. Kolik je to let od stanovení diagnózy?

Jsou to 2 roky.

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?

Doktor mi doporučil neoperovat, není to prý tolik velké. Bylo mi řečeno, že je to operovat zbytečné, když nemám obtíže.

3. Kdo se podílí na Vaší péči?

Doktor, ke kterému chodím do ambulance a taky psycholog. Taktéž fyzioterapeut.

4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?

Doktor mi řekl, že je to dobrý nádor, který není agresivní. Takže příznivá.

5. Uveďte, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?

Jednou, na podrobnější vyšetření rezonancí. Hospitalizace byla 4 dny.

6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?

Nyní chodím každý půl rok.

7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?

Ne, žádné jiné onemocnění nemám.

8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?

Manžel, jednoznačně.

9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?

Ano, nejen z důvodu psychické opory, ale i o poruchy paměti. Ale není to nic co by mě vyloženě limitovalo. Oporou byl manžel a děti. Celkově rodina.

10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?

7

11. Řeknete mi, jaký aspekt související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?

S nádorem souvisejí asi pouze finance, což jsem vysvětlila v předešlých odpovědích. Ale také mě trápí bydlení. Psychicky bych to snášela lépe.

12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?

Ano určitě, přála bych si bydlet v domě na vesnici. Máme velmi malý byt a je to nekomfortní. Mám velmi ráda přírodu, ráda bych žila někde u lesa. Mělo by to kladný dopad na psychickou stránku.

13. Jste spokojen/a se svým zdravím?

Ano.

14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny související s onemocněním? Práce, sport...?

Omezení mám při sportu, mám lehkou parézu horních končetiny. Lékaři nemohli stanovit, zdali se jedná o parézu v důsledku nádoru nebo výhřezu ploténky. Chodím pravidelně na rehabilitace a uvidíme, zdali mi to pomůže. Jsem v domácnosti s dětmi, takže práci neřeším nyní. Ale než mi byl diagnostikován nádor, rozmyslela jsem, že půjdu někam na přivýdělek. Poté přišlo hodně kontrol a bylo to časově náročné, proto jsem zatím zůstala doma s dětmi. Osud rozhodl za mě.

15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?

Ne, v žádných.

16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?

Chodím s dětmi mimo domov stále, nekoná mi to žádný problém.

17. V čem se změnily Vaše sociální vztahy po stanovení diagnózy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli...)

S manželem se vztah více utužil, jinak nejsou žádné výrazné změny.

18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?

Ne, žádní takový nejsou.

Respondent číslo čtyři.

Sociodemografie – 83letá žena, důchodkyně. Vyučená prodavačka. Ovdovělá. Žije v domově důchodců který se nachází ve městě. Celý život prožila ve městě v bytě. K jejím zálibám patří sledování televize. Genetická zátěž se v její rodině nachází, její otec a bratr měli karcinom prostaty. Ke stanovení diagnózy došlo po pádu v domově, kdy byla transportována do nemocnice. Na CT krvácení zřetelné nebylo ale byl objeven meningeom. Rozhovor byl vykonáván v domě její dcery, kde byla na návštěvě. Rozhovor byl vykonáván v klidném prostředí, o samotě a respondent měl dostatek času na odpovědi.

1. Kolik je to let od stanovení diagnózy?

2 roky.

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?

Vzhledem k mému věku a dalším nemocem bylo panem lékařem navrženo pouze pravidelně sledovat.

3. Kdo se podílí na Vaší péči?

Lékaři ale hlavně sestřičky v domově, ale samozřejmě i rodina.

4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?

Pan doktor mi řekl, že tohle jsou pomalu rostoucí nádory, takže se nemusí vůbec zvětšovat. Takže říkal, že o tom ani nemusím vědět.

5. Uved'te, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?

Jednou, po tom pádu si mě tam nechali. Byla jsem tam týden.

6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?

Každý rok mám naplánované kontroly.

7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?

Ano, mám mnoho nemocí. Trápí mě srdíčko, cukrovka a nohy mě už neposlouchají.

8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?

Určitě sestřičky v domově.

9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?

Ne, oporou mi byla určitě dcera.

10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?

Nyní tak 6.

11. Řeknete mi, jaký aspekt související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?

Abych bydlela doma a byla mnohem více pohyblivá. Ovšem obojí jsem si přála již před stanovením mé diagnózy a nesouvisí s nádorem.

12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?

V domově důchodců je to pěkné ale radši bych byla doma, kde jsem žila celý život. Takže ano, určitě ano. Mám ráda dům kde jsem vyrůstala, mám ráda přírodu, čerstvý vzduch. Nemám nějaké psychické obtíže ale věřím, že doma bych byla ve větší pohodě.

13. Jste spokojen/a se svým zdravím?

Spíše ne, jsem už starší, mám mnoho obtíží.

14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny související s onemocněním? Práce, sport,..?

Už před stanovením diagnózy jsem byla málo pohyblivá, potřebuji dopomoc při všech činnostech. Samotné onemocnění nic nezměnilo.

15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?

Ano. Potřebuji pomoci k pohybu, oblékání a při vyprazdňování.

16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?

Sama pohyb venku nevykonám ale to bylo už před tím, než mi řekli že mám nádor.

17. V čem se změnila Vaše sociální vztahy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli,..)

Vůbec v ničem, vše je stejné.

18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?

Ne.

Respondent číslo pět.

Sociodemografie – 59letá žena, všeobecná sestra pracující v ambulanci. Vystudovaná odborná střední škola s maturitou. Žije ve městě s manželem v domě. K zálibám patří její práce. Genetická zátěž v podobně nádorového onemocnění se v její rodině nevyskytuje. Diagnóza byla stanovena při obtížích. Pacientka trpěla parézou dolní končetiny, zvracení, bolestí hlavy a dvojitým viděním. Navštívila závodní lékařku v nemocnici, která jí odeslala na CT. Pacientka byla operována. Rozhovor probíhal v domě kde žije. Rozhovor byl vykonáván v klidném prostředí a respondent měl dostatek času na odpovědi.

1. Kolik je to let od stanovení diagnózy?

Jsou to 3 roky.

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?

Při obtížích které jsem měla bylo na místě co nejdříve operační řešení.

3. Kdo se podílí na Vaší péči?

Neurochirurg, logoped.

4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?

Vzhledem k tomu, že je to benigní nádor, tak dobrá.

5. Uved'te, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?

Jednou, byla jsem tam 10 dní.

6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?

Každé dva roky.

7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?

Ano, mám hypertenzi.

8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?

Určitě manžel a děti.

9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?

Ne, u psychologa jsem nebyla. Manžel a děti byli mojí největší oporou.

10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?

8.

11. Řeknete mi, jaký aspekt související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?

Jako ženu mě samozřejmě trápí vzhled. Jsou to sice 3 roky od operace ale vlasy mi stále moc nerostou, snažím se brát vitamíny na podporu růstu vlasů ale zatím bez efektu. Nikdy jsem neměla moc husté vlasy a po oholení všech vlasů je to ještě horší.

12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?

Nemyslím si. Bydlíme zde celý život a jsme spokojeni.

13. Jste spokojen/a se svým zdravím?

Může to být určitě lepší ale jsem. Po operačně trpím malou poruchou řeči, trochu déle mi trvá se vyjádřit. Tohle jediné mě limituje.

14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny v souvislosti s onemocněním? Práce, sport,..?

V práci jsem měla dlouhodobou pracovní neschopnost, takže hlavně pracovní. Ale za 2 měsíce jsem byla zpět v pracovním procesu naplno. Sportovně založená nejsem, takže se mě toto nedotklo.

15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?

Není žádná taková.

16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?

Nedělá, naopak jsem ráda mimo domov. Jsem venkovní typ celý život, nebaví mě být doma. Po operaci jsem velmi trpěla tím, že jsem musela být doma, vzpomínám si, že jsem bývala na moje poměry dost unavená. Ale během pár týdnů jsem se již pohybovala bez obtíží.

17. V čem se změnila Vaše sociální vztahy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli,..)

V rodině se vztahy mnohem zlepšily musím říct. S některými přáteli taktéž. Vše pozitivně.

18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?

Ano, několik bývalých přátel. Odvrátili se ode mě. Ale nebyli to nějací velmi blízcí přátelé, spíše známí.

Respondent číslo šest

Sociodemografie – 62letý muž, invalidní důchodce, vysokoškolsky vzdělaný, bývalý učitel na vysoké škole. Žije na vesnici v rodinném domě s manželkou. K zálibám patří sledování sportu a ekonomiky. Genetickou predispozici v jeho rodinně nenalezneme. Nikdo v jeho blízké rodině netrpěl onkologickým onemocněním. Určení diagnózy nastalo po dlouhém vyšetřování. Pacient měl obtíže s chůzí a vyjadřováním. Trpěl také občasnými epileptickými záchvaty. Na CT vyšetření se dostal až po roce, kdy poprvé šel s obtížemi k praktickému lékaři. Pacient byl operován. Rozhovor probíhal o samotě v jeho domě kde žije. Rozhovor byl vykonáván v klidném prostředí a respondent měl dostatek času na odpovědi.

1. Kolik je to let od stanovení diagnózy?

Je to 8 let.

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?

Bylo mi nabídnuto více variant. Operace klasická, gama nůž nebo observace. Vybral jsem si kombinaci klasické operace a gamanože. Hovořil jsem s několika dalšími lékaři, většina se shodla na kombinaci.

3. Kdo se podílí na Vaší péči?

Neurochirurg ke kterému chodím na kontroly.

4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?

Nádor byl nezhoubný, takže mi bylo sděleno, že je to dobrý typ nádoru.

5. Uved'te, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?

Byl jsem hospitalizován dvakrát, obojí bylo po 7 dnech. Při prvním pobytu v nemocnici jsem podstoupil všechna vyšetření a při druhé byla operace.

6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?

Každý rok chodím do neurochirurgické ambulance a součástí je kontrolní CT.

7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?

Ano, mám těžkou poruchu rytmu srdce, proto jsem již 15 let v invalidním důchodu.

8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?

Určitě můj operátor, byl skvělý. Vše mi vysvětlil a mohl jsem se na něj vždy obrátit.

- 9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?**

Nic takového jsem nevyužil. Oporou mi byla rodina.

- 10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?**

7.

- 11. Řeknete mi, jaký aspekt související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?**

S nádorem žádný. Jenom kdybych se méně zadýchával a vydržel více fyzické aktivity, bylo by to mnohem lepší, to ale souvisí se srdcem.

- 12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?**

Absolutně ne. Žijeme zde celý život. Je to můj domov, žiji tu od narození.

- 13. Jste spokojen/a se svým zdravím?**

Spíše ne. Často se zadýchávám, mám obtíže vyjít schody. To vše od srdce.

- 14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny související s onemocněním? Práce, sport,..?**

Již v době před onemocněním jsem byl v invalidním důchodu. Aktivnímu sportování jsem nikdy neholdoval. Moje koníčky můžu vykonávat v pohodlí domova.

- 15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?**

Ne, vše zvládnu v rámci možností sám. Jezdím aktivně autem, takže jsem mobilní.

- 16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?**

Dlouhou procházku nejsem schopný absolvovat. Radši bývám na zahradě než že bych aktivně opouštěl domov. Je to pro mě velká obtíž. Všechny moje dechové obtíže způsobuje srdce, nádor není příčinou.

- 17. V čem se změnila Vaše sociální vztahy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli,..)**

Sociálně se mi život nezměnil. Dokonce bych řekl, že mám lepší vztahy s dětmi.

- 18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?**

Ne, kvůli diagnóze jsem o žádné styky nepřišel.

1.5 Výsledky výzkumu

1.5.1 Sociodemografická data

Tabulka 1 Pohlaví

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Žena			x	x	x	
Muž	x	x				x

Zdroj: autorka

V tabulce číslo 1 vidíme shodný počet žen a mužů zúčastněných výzkumu.

Tabulka 2 Věk

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
39 let			x			
46 let		x				
59 let					x	
62 let						x
76 let	x					
83 let				x		

Zdroj: autorka

Tabulka č.2 ukazuje, jaký je věk respondentů. Věkové rozmezí se pohybuje od 39 let do 83 let.

Tabulka 3 Vzdělání

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Základní			x			
Střední odborné s výučním listem	x			x		
Střední odborné s maturitou					x	
Vysokoškolské		x				x

Zdroj: Autorka

V tabulce č. 3 je patrné nejvyšší vzdělání respondentů 2 a 6 je vysokoškolské. Dalším vzděláním je základní které můžeme vidět u respondenta 3. Střední odborné s vyučením vidíme u respondentů 1 a 4. Jako posledním vzděláním je střední odborné s maturitou, kterým disponuje respondent 5.

Tabulka 4 Bydliště

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Vesnice	x					x
Město		x	x	x	x	

Zdroj: Autorka

Zde, v tabulce číslo 4 můžeme konstatovat, že respondenti 1 a 6 žijí na vesnici.
Zbývající respondenti 2,3,4,5 žijí ve městě.

Tabulka 5 Sdílené bydlení

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Žije sám/a		x				
Žije s rodinou	x		x		x	x
Žije v domově důchodců				x		

Zdroj: Autorka

Tabulka, č.6 ukazuje, s kým žijí v domácnosti. Jako jediný respondent 2 žije sám. Taktéž jako jediný respondent 4 žije v domově důchodců. Shodně respondenti 1,3,5,8 uvedli, že tvoří domácnost s rodinou.

Tabulka 6 Typ bydlení

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Dům	x			x	x	x
Byt		x	x			

Zdroj: autorka

V této tabulce číslo 5 vidíme, že respondenti 2 a 3 žijí v bytě. V domě žijí respondenti 1, 4, 5 a 6.

Tabulka 7 Rodinný stav

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Ženatý / vdaná	X		x		x	x
Rozvedený / rozvedená		x				
Ovdovělý / Ovdovělá				x		

Zdroj: Autorka

V tabulce č.7 vidíme, že respondenti 1,3,5,6 totožně uvádějí rodinný stav jako ženatý/vdaná. Jako jediný respondent 2 je rozvedený/á. V poslední řadě vidíme respondenta 4 se statusem ovdovělý/á.

1.5.2 Údaje vztahující se k onemocnění

Tabulka 8 Počet let od stanovení diagnózy

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
2 roky			x	x		
3 roky					x	
6 let	X	x				
8 let						x

Zdroj: Autorka

V předchozí tabulce vidíme, že respondenti 1 a 2 mají od stanovení diagnózy shodně 6 let. Následně respondenti 3 a 4 mají taktéž shodně, 2 roky od stanovení. Respondent 5 má od stanovení diagnózy 3 roky a poslední respondent zná svoji diagnózu nejdéle, 8 let.

Tabulka 9 Léčba

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Operace		x			x	x
Observace	x		x	x		

Zdroj: Autorka

V tabulce č. 9 vidíme, že respondenti 1,3 a 4 jsou v observaci lékařem. Naopak respondenti 2, 5 a 6 podstoupili operační řešení.

Tabulka 10 Osoby podílející se na péči

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Lékař	x	x	x	x	x	x
Sestry	x			x		
Logoped					x	
Fyzioterapeut			x			
Psycholog		x	x			

Zdroj: autorka

Tabulka č. 10 ukazuje, že u respondentů 1, 2,3,4,5 se účastí na péči více než jeden zdravotnický pracovník. Jediný respondent 6 uvedl pouze lékaře. U respondentů 1 a 4 jsou součástí lékaři a sestry. U respondenta 2 je lékař a psycholog. U respondenta 3 vidíme nejvíce pracovníků, lékař, fyzioterapeut a psycholog. Lékaře a logopeda zvolil respondent 5.

Tabulka 11 Prognóza

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Příznivá	X	x	x	x	x	x

Zdroj: autorka

V této tabulce můžeme shlédnout, že respondenti 1, 2, 3, 4, 5 a 6 shodně uvedli, že jim byla sdělena příznivá prognóza.

Tabulka 12 Hospitalizace související s diagnózou

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Jednou, po dobu týdne				x		
Jednou, po dobu deseti dní	X				x	
Dvakrát, po dobu sedmi dní		x				x
Jednou, po dobu čtyř dnů			x			

Zdroj: Autorka

Zde, v tabulce č. 12 můžeme vidět délky a počty hospitalizací týkající se nádoru. Respondenti 2 a 6, shodně uvedli, že byli hospitalizováni dvakrát po dobu sedmi dní. Hospitalizování jednou, po dobu deseti dní byli respondenti číslo 1 a 5. Respondent 3 uvedl, že v nemocnici strávil čtyři dny. Týdenní hospitalizaci absolvoval respondent 4.

Tabulka 13 Kontroly související s onemocněním

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Jednou za půl roku			x			
Jednou za rok	x	x		x		x
Jednou za dva roky					x	

Zdroj: autorka

Tabulka č.13 ukazuje časové rozmezí kontrol. Respondenti 1,2,4 a 6 uvádějí, že navštěvují lékaře jednou ročně. Respondent dochází ke kontrolám jednou za půl roku. Poslední respondent 5, navštěvuje ošetřujícího lékaře jednou za dva roky.

Tabulka 14 Komorbidity

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Žádné		x	x			
Diabetes mellitus	X			x		
Kardiovaskulární onemocnění				x	x	x
Onemocnění pohybového aparátu				x		

Zdroj: autorka

V této tabulce č.14 můžeme konstatovat, že respondenti 2 a 3 nemají jiná souběžná onemocnění. Jako jedinou nemocí diabetem mellitem trpí respondent 1. Respondent 4 také má diabetes mellitus k tomu také kardiovaskulární onemocnění a onemocnění pohybového aparátu. Jako jedinou chorobu udávají respondenti 5 a 6, a to kardiovaskulární.

1.5.3 Údaje vztahující se ke kvalitě života

Tabulka 15 Stěžejní osoba během léčby

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Zdravotnický personál	x			x		x
Rodina		x	x		x	

Zdroj: autorka

Z tabulky číslo 15 můžeme vyčíst, že respondenti 1, 4 a 6 určují za stěžejní osobu během léčby zdravotnický personál. Naopak respondenti 2, 3 a 5 uvádějí rodinu.

Tabulka 16 Potřeba psychologa

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Ano		x	x			
Ne	X			x	x	x

Zdroj: Autorka

Tabulka 16 nám představuje respondenty, kteří vyhledali péči psychologa, těmi jsou respondenti 2 a 3. Respondenti 1,4,5 a 6 nevyhledali pomoc psychologa.

Tabulka 17 Subjektivní hodnocení kvality života

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
6 / 10				x		
7 / 10			x			x
8 / 10	x				x	
9 / 10		x				

Zdroj: autorka

Tabulka 17 nám představuje rozmanitost hodnocení kvality života respondenty.

Respondent 1 uvádí 8/10. Respondent 2 určil bodovou hranici 9/10. Respondenti 3 a 6 shodně uvedli bodovou škálu 7/10. Respondent 4 uvedl nejnižší počet v porovnání mezi ostatními respondenty a to, 6/10. Respondent 5 zhodnotil kvalitu života 8/10.

Tabulka 18 Deficit v kvalitě života

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Lepší zdravotní stav	x			x		x
Lepší vztahy v rodině		x				
Finance			x			
Vzhled					x	
Bydlení			x	x		

Zdroj: autorka

Zde v tabulce číslo 18 vidíme, co respondenti uvádějí jako deficit v kvalitě života. Respondenti 1, 4 a 6 uvádějí že by jim komfort zvýšil lepší zdravotní stav. Respondent 4 také uvedl bydlení. Ke zvýšení kvality života by prospěly lepší vztahy v rodině u respondenta 2. Finance a bydlení jako deficit uvádí respondent 3. Vzhled určil respondent 5.

Tabulka 19 Změna bydlení by přinesla zlepšení kvality života

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Ano			x	x		
Ne	x	x			x	x

Zdroj: autorka

Tabulka 19 nám znázorňuje, že respondenti 3 a 4 uvádí, že změna bydliště by vedla ke zlepšení kvality života. Respondenti 1,2,5 a 6 se domnívají, že změna bydliště by změnu nepřinesla.

Tabulka 20 Spokojenost se svým zdravím

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Ano	x	x	x		x	
Ne				x		x

Zdroj: Autorka

Tabulka 21 nám představuje respondenty, kteří uvedli spokojenost se svým zdravím. Těmi jsou respondenti 1,2,3 a 5. Nespokojenost se zdravím uvedli respondenti 4 a 6.

Tabulka 21 Změny v aktivitách

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Změna neproběhla v žádné aktivitě	x	x		x		x
Sportovní aktivita			x			
Práce					x	

Zdroj: autorka

V tabulce č. 21 vidíme oblasti, které se změnili po stanovení diagnóze. Shodně uvedli respondenti 1, 2, 4 a 6, že v jejich obvyklých aktivitách neproběhly změny. Respondent 3 uvedl sportovní aktivitu a práci uvedl respondent 5.

Tabulka 22 Činnosti denních aktivit závislé na ostatních

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Žádné	x	x	x		x	x
Sebepéče, pohyb				x		

Zdroj: Autorka

Výše znázorněná tabulka 22 nám představuje respondenty, kteří nepocitují závislost na péči jiné osoby při vykonávání denních aktivit, těmi jsou respondenti 1,2,3,5 a 6. Jediný respondent 4 uvádí nutnost jiné osoby při vykonávání denních činností.

Tabulka 23 Obtíž pohybu mimo domov

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Ano				x		x
ne	x	x	x		x	

Zdroj: Autorka

Tabulka 23 nám ukazuje, že respondenti 4 a 6 uvedli obtíž pohybu mimo domov.

Respondenti 1,2,3 a 5 neuvádějí obtíž.

Tabulka 24 Změna sociálního života

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Zlepšení sociálních vztahů		x	x		x	x
Neproběhla žádná změna	x			x		

Zdroj: Autorka

Ve výše uvedené tabulce vidíme, že u respondentů 1 a 4 neproběhla žádná změna v sociálním životě, naopak u respondentů 2,3,5 a 6 došlo ke zlepšení sociálních vztahů.

Tabulka 25 Lidé, kteří omezili s nemocným styk

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Žádní	x	x	x	x		x
Přátelé/Známí					x	

Zdroj: autorka

V tabulce č. 25 můžeme konstatovat, že u jediného respondenta 5 proběhlo omezení styku s přáteli. U zbývajících 1,2,3 a 6 nebylo žádné omezení styku.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit prostřednictvím výzkumného šetření, zda došlo ke změně kvality života u pacientů s nádorem mozku – meningeomem. V teoretické části jsme se z obecného hlediska zabývali kvalitou života a nádory. V empirické části jsme se pomocí rozhovorů zabývali problematikou kvality života pacientů s meningeomem ve vztahu bio, psycho a sociální sféry života. Ke zjištění kvality byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumné otázky zkoumaly, jaká léčba byla pacientovi nabídnuta, v jakých oblastech ovlivňuje meningeom život a co je pacienty hodnoceno jako nedostatečné v jejich kvalitě života. Výzkumné šetření probíhalo v období prosinec 2019 až březen 2020. S pacienty byly prováděny rozhovory na místě jimi určenými. Veškeré rozhovory probíhaly o samotě a v klidném prostředí. Ke zpracování dat bylo využito polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly s šesti respondenty s diagnostikovaným meningeomem. Výsledky jsou založeny na jednotlivých odpovědích respondentů. Pro porovnání bylo velmi obtížné najít odbornou práci na stejném podkladě. Existuje mnoho odborných prací hodnotících kvalitu života v kontextu s jinými chorobami. V zahraničních textech můžeme najít spíše efektivitu práce při léčbě, než samostatnou kvalitu života. Pro srovnání výzkumného šetření budeme srovnávat data z diplomové práce s názvem *„Kvalita života seniorů v období chirurgické léčby meningeomu“* od autorky Bc. Silvie Procházkové z roku 2014. Jako další práci pro porovnání bude bakalářská práce od autorky Marie Křivánkové z roku 2008 s názvem *„Léčebně-rehabilitační plán a postup po operaci tumoru centrální nervové soustavy“*. Taktéž budeme porovnávat data z práce s názvem *„Ošetrovatelská péče u pacientů po operaci tumoru mozku“* od autorky Veroniky Opravilové, Dis. z roku 2017. V poslední řadě budeme srovnávat s prací s názvem *„Ošetřování pacientky s nádorovým onemocněním mozku“* od autorky Petry Drahotové, z roku 2007.

Šetření se zúčastnilo 6 respondentů, shodně 3 muži a 3 ženy. Naopak v práci Procházkové (2014) jsou v plném zastoupení ženy. Opravilová (2017) má plné zastoupení mužů. Věk respondentů se pohybuje v rozmezí 39–83 lety. Opravilová (2017) uvádí rozmezí 68–75 let a Procházková (2014) konstatuje věkové rozmezí 55–79 let. Naši tři respondenti uvedli jejich pracovní zařazení mezi důchodce, dva z nich jsou aktivně pracující a jeden je nezaměstnaný. Opravilová (2017) i Procházková (2014) shodně uvádějí u všech respondentů pobírání důchodu. V našem šetření vysokoškolské

vzdělání absolvovali dva z dotazovaných. Základní vzdělání má jeden, střední s vyučením jeden a jeden střední odborné s maturitou. Vzdělání respondentů zasahovalo do mnoha úrovní, stejně jako u Procházkové (2014), kde bylo stejným poměrem respondentů se základním, středoškolským bez maturity a vysokoškolským vzděláním. Převahu měli respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou. Pracovní zařazení respondentů v našem šetření bylo taktéž rozmanité. Aktivně pracující byli dva respondenti, jeden byl nezaměstnaný a tři z dotazovaných pobírají starobní důchod. Ovdovělý je jeden respondent žijící v pečovatelském domě. Rozvedený též jeden, který žije sám v bytě. Čtyři respondenti žijí v manželství, tři z těchto respondentů žijí v domě a jeden v bytě. V porovnání rodinných stavů se lišíme s Procházkovou (2014) která uvádí všechny respondenty v manželství ale shodneme se na převaze respondentů žijících ve městě.

Vyhodnocení výzkumných otázek

1. Jaké metody léčby byly pacientovi nabídnuty/ poskytnuty ?

V této výzkumné otázce jsme se zabývali otázkou, jaké metody léčby byly pacientovi s meningeomem nabídnuty/poskytnuty. Do výzkumné otázky spadaly data ze sociodemografického seznámení s respondenty, v souvislosti s objevením onemocnění. Následně jsou zde zahrnuty otázky jaká metoda byla respondentům doporučena a poté otázka hospitalizace, které souvisí s onemocněním, konkrétně jejich počtem a délkou.

Respondenti ve výzkumném šetření uvedli důvod vyhledání lékařského vyšetření související s meningeomem. Třikrát, tedy nejvíce zmiňovaným důvodem navštívení lékaře byly obtíže, které ovlivňovaly jejich kvalitu života. Jednalo se například o epileptické záchvaty, dvojité vidění nebo bolesti hlavy. Dvakrát byl uveden úraz hlavy, při kterém bylo provedeno CT mozku, kde byl objeven nádor. Pacienti byli asymptomatictí. Jednou zmíněnou odpovědí bylo CT vyšetření krční páteře a mozku pro onemocnění meziobratlových plotének. Na tomto CT byl náhodně nádor objeven. Naopak Křivánková (2008) i Opravilová (2017) ve svých pracích shodě uvádí, že všichni zúčastnění měli obtíže, pro které byly cíleně vyšetřeni lékařem a pomocí zobrazovací metody CT nebo MRI.

Všichni respondenti shodně uvedli, že jim metody léčby byly doporučeny, nešlo o jasné určení metody bez dalšího možného řešení. V našem výzkumu respondenti shodně uvedli tři ku třem chirurgickou a konzervativní terapii. Procházková (2014) a Opravilová (2017) stejnohlasně uvádějí naopak všechny respondenty s chirurgickou léčbou ale obě práce jsou se zaměřením na chirurgickou léčbu, proto není validita tohoto porovnání. Před doporučením a poskytnutím léčebné metody všichni respondenti uvádí hospitalizaci. Žádný z respondentů nebyl při doporučení léčby pouze ambulantně ošetřován. Opravilová (2017) taktéž uvádí hospitalizaci u respondentů ale u jednoho dotazovaného uvádí pouze ambulantní péči bez předchozí související hospitalizace. Při operativním řešení byla uváděna délka hospitalizace v rozmezí 7 až 10 dní. Drahotová (2007) ve své kazuistice u pacientky uvádí délku hospitalizace v rozsahu 9 dní. Křivánková (2008) ve své kazuistice u pacienta po resekci tumoru udává 11 dní na pooperačním oddělení, na neurochirurgii. V její studii se také dočteme, že pacientův stav poté vyžadoval další hospitalizaci na neurologické klinice. Naopak v našem

výzkumu se shodneme s prací Drahotové (2007) kde uvádí, že pacientka byla propuštěna domů bez nutnosti navazující hospitalizace.

Respondent 1 uvedl, že mu lékařem nebylo doporučeno operovat nádor. V jeho případě se jedná o asymptomatický nádor. Dle jeho slov bylo rozhodnutí na jeho úsudku. Vzhledem k jeho věku a asymptomatickému nádoru, byl zvolen konzervativní postup. S konzervativním postupem souvisí pravidelná observace pacienta. Respondent uvádí periodicky po roce. Konzervativní terapie byla shodně doporučena i respondentům 3 a 4. I u těchto dotazovaných se jedná o asymptomatický nádor. Taktéž u těchto respondentů probíhá pravidelná observace, která zahrnuje pravidelné vyšetření ošetřujícím lékařem a zobrazovací metodu. Naopak radikální zákrok byl nabídnut / doporučen zbývajícím třem respondentům. Dva z těchto respondentů podstoupili neurochirurgickou operaci. Jeden respondent podstoupil neurochirurgický výkon v kombinaci s ozářením gama nožem. Všichni dotazovaní pacienti totožně uvádějí, že jim bylo lékařem jedno řešení doporučeno, avšak jejich konečné rozhodnutí bylo na nich samotných. U všech dotazovaných byla shodně uvedena příznivá prognóza.

2. Jak pacient s meningeomem zvládá fyzickou aktivitu?

U této výzkumné otázky jsme se zabývali tím, jak jednotliví respondenti zvládají fyzickou aktivitu. Jednalo se o otázky u jakých aktivit proběhly změny související s onemocněním, činnosti denních aktivit při kterých je závislost na jiných osobách a jaká je obtíž pohybu mimo domov po stanovení diagnózy. Procházková (2014) uvádí, že více než polovině dotazovaných, se po chirurgickém zákroku zvýšila obtíž při fyzické zátěži, uvedli odpověď „trochu až dost“. Zde můžeme konstatovat rozdílné výsledky výzkumu z důvodu jejího dělení před a s odstupem jednoho měsíce po výkonu. V našem výzkumu respondenti uváděli pouze pooperační a nynější subjektivní hodnocení aktivity. Čtyři respondenti uvedli, že v jejich životě s meningeomem neproběhla změna v žádné fyzické aktivitě související s onemocněním. Sportovní aktivitu uvedl jeden respondent a práci taktéž jeden. Hodnocení respondenty je ovlivněno věkem, pracovním zařazením a jinými komorbiditami. Procházková (2014) taktéž uvádí, že pomoc při aktivitách běžného denního života po operaci potřeboval pouze jeden respondent. V této oblasti se s výsledky výzkumu Procházkové (2014) ztotožňujeme. V našem výzkumném šetření odpověděl také jeden dotazující, že při činnostech běžného dne je nutností dopomoc jiného člověka. Bezproblémový pohyb mimo domov uvedli čtyři respondenti. Dva z těchto respondentů uvedli, že pohyb mimo domov je pro ně žádoucí, jeden z nich dokonce uvedl, že po hospitalizaci související s nádorovým onemocněním, aktivně vyhledává pohyb mimo domov. Zbylí dva z dotazovaných uvádějí, že je to pro ně velká zátěž, ale zároveň konstatují, že to není v přímé souvislosti s meningeomem, nýbrž s jiným onemocněním, kterým trpí. Proto nemůžeme jasně říci že omezení fyzického pohybu je jasně dáno meningeomem. V pooperační době uvádějí únavu dva respondenti, což uvádí také respondent v práci Procházkové (2014). Shodně s Procházkovou (2014) můžeme konstatovat, že respondenti se v globálu nemuseli vzdát žádné z aktivit v důsledku onemocnění meningeomem. Naši oba pracující respondenti uvedli limitující pracovní neschopnost, avšak oba také totožně uvádějí, že po 2 měsících byli v plném pracovním nasazení. Jediný respondent uvedl omezení ve sportu, u kterého není jasné, zdali příčinou je meningeom nebo jiné obtíže spojené s onemocněním páteře.

3. Jaké proběhly změny v sociální dimenzi kvality života?

V této výzkumné otázce jsme se zabývali sociální dimenzí kvality života. Ve výzkumném šetření se jednalo o otázky kdo byl stěžejná osoba během léčby a měl vliv na kvalitu života, jestli respondenti vyhledali psychologa a kdo byl největší opora během léčby, zdali se domnívají, že změna bydliště by vedle ke zlepšení kvality života, v čem se změnily sociální vztahy (zahrnuje partnera, rodinu, přátele) a zda existují lidé, kteří s respondenty omezili kontakt po stanovení diagnózy. U veškerých těchto otázek týkajících se sociální dimenze, respondenti potřebovali více času na odpověď. Objektivně bylo zjevné, že to byla pro respondenty nejnáročnější část výzkumu. Rekapitulovali veškerý průběh léčby a s ní spojené sociální vztahy. S Procházkovou (2014) se shodujeme na důležitosti rodiny u respondentů. Ale oproti práci zmiňované autorky, se v našem šetření objevují i zdravotníci. Jako stěžejní osobu při léčbě tři respondenti uvedli zdravotníka. Jednalo se o lékaře nebo ošetřovatelský personál. Procházková (2014), Krivánková (2008), Opravilová (2017) ani Drahotová (2007) ve svých pracích neudávají potřebu psychologické péče u respondentů. Naopak v našem výzkumu se psychologická péče dotýkala dvou respondentů, kdy jeden z nich uvedl, že byl pro něj oporou. Ostatní z dotazovaných jako oporu při léčbě udávají rodinné příslušníky. Nejčastěji šlo o partnera, děti nebo sourozence. Otázka, zdali si respondenti myslí, že změna bydliště by jim zvýšila kvalitu života dominuje nesouhlasná odpověď. Dva z respondentů udávají souhlasnou odpověď. Jeden z nich žije v pečovatelském domě a druhý v malém bytě. Oba udávají jako důvod nynější absenci přírody. Oba shodně udávají, že bydlení u přírody by přineslo psychický komfort. V otázce v čem se změnily sociální vztahy respondentů bylo převahou zvoleno zlepšení sociálních vztahů. Čtyři respondenti uvedli zlepšení rodinných vazeb. V tomto tvrzení se shodujeme s Procházkovou (2014) kde respondenti také uvedli utužení rodinných vztahů po stanovení diagnózy. V našem šetření zbývajících dva respondenti uvedli neměnné sociální vztahy. Při dotazování, zda existují lidé, kteří s respondenty omezili kontakt v souvislosti s onemocněním, odpovídá souhlasně pouze jeden respondent, který uvedl že šlo pouze o známé, nejedlo se o stěžejní sociální vazbu.

4. Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě dat z výzkumného šetření byl zjištěn nejdůležitější faktor pro pacienty a tím je rodina. Rodina, jakožto sociální faktor, hraje velkou roli v nejtěžších obdobích života ke kterému onemocnění jistě patří. Onemocnění nádorem mozku zasáhne nejen nemocného, ale i rodinu a přátele pacienta. Respondenti uvedli jako stěžejní osobu při léčbě meningeomu rodinné příslušníky ale i zdravotnický personál. Pro pacienty jsou v době hospitalizace nejbližšími lidmi právě zdravotníci. Prvními osoba, kterou uvidí po probuzení a před usnutím bývá právě zdravotník. Je nutné být pro pacienty, při takto náročných a těžkých situacích, oporou. My, zdravotníci, bychom neměli zapomínat na důležitost sociálních vazeb pro pacienta. V nynější epidemiologické situaci, kdy jsou omezeny návštěvy v lůžkových zařízeních, je vhodné alespoň telekomunikačně zprostředkovat pro pacienty styk s rodinou a blízkými. Při hospitalizaci pacienti přichází o možnost konat jejich oblíbené činnosti. Je vhodné dopřát jim alespoň v určité míře činnost, kterou rádi provozují. Knihovny, společenské nebo televizní místnosti jsou v dnešní době nedílnou součástí lůžkových zařízení. Při možnosti pohybu mimo lůžko je příjemné zpestření vycházka mimo oddělení například pro noviny. I takové, na první pohled banality, jsou pro hospitalizované pacienty vyvození z nemocničního stereotypu. Odstupem času můžeme hodnotit, že jsou pro pacienty jsou stále stěžejní rodinné vazby.

Nedílnou součástí by mělo být zvýšení povědomí o mozkových nádorech nejen u laické veřejnosti ale i u zdravotníků. Jako výstupní materiál uvádím v příloze mnou vytvořený informační leták.(Příloha 3) Není nutné pacienty ihned děsit mozkovým nádorem. Je důležité včas rozpoznat symptomy.

5. Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na dvě stěžejní části a to z teoretické a z praktické. Teoretická část je zaměřena na dvě základní kapitoly. První kapitolou je kvalita života, kde jsme rozvedli charakteristiku, pojetí, měření. Následuje druhá kapitola, v níž je obsažena anatomie CNS a nádory. U nádoru rozebíráme definici, dělení, hodnocení, diagnostiku, možnosti léčby, možné nežádoucí účinky léčby a prognózu. Stěžejní empirická část byla založena na kvalitativním výzkumu za pomoci polostandardizovaného rozhovoru doplněným o sociodemografické a zdravotní údaje u 6 respondentů.

Obecnou podstatou cíle bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů s nádorovým onemocněním mozku – meningeomem. Z hlediska výzkumných otázek bylo zjištění, jaké metody léčby byly respondentům nabídnuty / poskytnuty, jak pacient s meningeomem zvládá fyzickou aktivitu a jaké proběhly změny v sociální dimenzi kvality života. Na podkladě zjištěných dat byly výzkumné otázky zodpovězeny. Šetřením vyplynulo, že pacientům nebyla nabídnuta / poskytnutá jedna totožná metoda léčby. U třech respondentů bylo poskytnuto chirurgické odstranění nádoru a taktéž u tří pacientů byla zvolena metoda observace, tedy pravidelné sledování nádoru. Respondenti se shodli na tom, že jim bylo lékařem doporučeno, jaká metoda by v jejich případě měla efekt ale konečné rozhodnutí bylo na respondentech samotných. Druhá výzkumná otázka ukazuje jak pacient s meningeomem zvládá fyzickou aktivitu. Výsledek šetření je překvapivý. Respondenti uvádějí, že v souvislosti s meningeomem není jejich fyzická aktivita omezena. V prvních dnech po operačním odstranění nádoru respondenti shodně uvedli omezení, avšak s odstupem času neuvádějí žádné omezení související s onemocněním. Respondenti s konzervativní léčbou taktéž neuvádějí žádné omezení ve fyzické aktivitě související se onemocněním. Poslední výzkumná otázka se zabývala změnami v sociální dimenzi kvality života u dotazovaných. Překvapivý výsledek hovoří, o tom, že čtyřem respondentům se sociální vazby zlepšily a to především v rodinné oblasti. Jeden respondent neuvedl žádnou změnu v sociální sféře a pouze jeden respondent uvedl ztrátu kontaktu s určitým člověkem, kterého ale určil jako známého, ne jako blízkého přítele.

Při celkovém hodnocení kvality života uvedlo všech šest respondentů známky v rozmezí 6–9. Pouze u jednoho z respondentů souvisí nižší hodnocení s tímto

onemocněním, konkrétně se jedná o vzhled respondenta. Přesněji o vlasovou část hlavy. Jeden respondent uvádí finanční stránku, kdy ale není jasné dáno, zda nevykonávání práce souvisí s onemocněním. Zbývající čtyři respondenti uvedli, že nižší známka nemá souvislost s mozkovým nádorem.

Při zpracování tohoto tématu bylo velmi obtížné dohledat materiál k této konkrétní problematice. Lékařských pohledů na problematiku je mnoho, ovšem z ošetrovatelského pohledu nikoliv. Toto téma je z ošetrovatelského pohledu velmi málo probádáno. Z toho důvodu byl výzkum porovnáván s jinými bakalářskými nebo diplomovými pracemi.

Závěrem můžeme říct, že na všechny výzkumné otázky bylo zodpovězeno a vyplývá z nich, že kvalita života u vybraného souboru respondentů s nádorovým onemocněním mozku – meningeomu je vnímána kladně, ve zkoumaných oblastech.

Seznam použité literatury

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

VIGUÉ, Jordi, ed. *Atlas lidského těla*. 15. vydání. Ilustroval Miquel FERRÓN GEIS, ilustroval Myriam FERRÓN, přeložil Marek PLÁNIČKA, přeložil Jan KOHOUT. Praha: Rebo International CZ, 2017. ISBN 978-80-255-1000-1

OREL, Miroslav a Roman PROCHÁZKA. *Vyšetření a výzkum mozku: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5539-7.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.

ABRAHAMAS, Peter H. *Rodinná encyklopedie zdraví: charakteristiky, příčiny, prevence a léčba nejčastějších poruch zdraví*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2006. ISBN 80-7360-296-2.

BENEŠ, Vladimír a Martin MORAVEC. *Vladimír Beneš: mé cesty do hlubin mozku*. Praha: Martin Moravec, 2019. ISBN 978-80-270-6464-9.

SMRČKA, Martin a Vladimír PŘIBÁŇ. *Vybrané kapitoly z neurochirurgie pro studenty lékařské fakulty*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3788-1.

Ústav zdravotnické informatiky a statistiky, dostupné online <https://www.uzis.cz/>

TŘEBICKÝ, Ferdinand. *Nádory centrální nervové soustavy: průvodce pro pacienta k pochopení problematiky nádoru mozku a míchy, jeho symptomatologie, fyziologie, diagnostiky, léčby a nežádoucích účinků léčby*. Praha: Liga proti rakovině Praha, [2012?]. ISBN 978-80-260-4180-1.

BRIERLEY, James, M. K. GOSPODAROWICZ, Christian WITTEKIND, et al., ed. *TNM: klasifikace zhoubných novotvarů*. Česká verze 2018. Přeložil Kristýna SALAČOVÁ, přeložil Miroslav ZVOLSKÝ. Praha: [Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky], 2018. ISBN 978-80-7472-173-1.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie člověka I*. 2. upravené vydání. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s r.o, 2016. ISBN 978-80-87723-27-2.

BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.

BÜCHLER, Tomáš. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, [2019]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-617-7.

RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-681-5.

PROCHÁZKOVÁ, Silvie. *Kvalita života seniorů v období chirurgické léčby meningeomu*. Brno 2014. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

KŘIVÁNKOVÁ, Marie. *Léčebně-rehabilitační plán a postup po operaci tumoru centrální nervové soustavy*. Brno 2008. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

OPRAVILOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče u pacientů po operaci tumoru mozku*. Zlín 2017. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitárních studií.

DRAHOTOVÁ, Petra. *Ošetřování pacientky s nádorovým onemocněním mozku*. Praha 2007. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

VLČEK, Josef. *Makroekonomie a ekonomická analýza*. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 978-80-7552-794-3.

REGULI, Štefan. *Neurochirurgická léčba mozkových nádorů*. Ostrava, 2011. Dostupné online <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/02/03.pdf>

Přílohy

Příloha 1 MMSE test

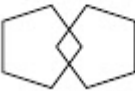
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name:

DOB:

Hospital Number:

One point for each answer

DATE:				
ORIENTATION				
Year Season Month Date Time	/ 5	/ 5	/ 5	
Country Town District Hospital Ward/Floor	/ 5	/ 5	/ 5	
REGISTRATION Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).	/ 3	/ 3	/ 3	
ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).	/ 5	/ 5	/ 5	
RECALL Ask for the names of the three objects learned earlier.	/ 3	/ 3	/ 3	
LANGUAGE Name two objects (e.g. pen, watch). Repeat "No ifs, ands, or buts". Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear"). Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes". Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	/ 2/ 1/ 3/ 1/ 1	/ 2/ 1/ 3/ 1/ 1	/ 2/ 1/ 3/ 1/ 1	
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons 	/ 1	/ 1	/ 1	
TOTAL:	/ 30	/ 30	/ 30	

MMSE scoring
 24-30: no cognitive impairment
 18-23: mild cognitive impairment
 0-17: severe cognitive impairment



Zdroj: Oxford Medical Education

Dostupné z: <http://www.oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/mini-mental-state-examination-mmse/>

Příloha 2 Otázky k rozhovorům

2. Jaké Vám byly nabídnuty možnosti léčby? Na kterou jste přistoupil/a?
3. Kdo se podílí na Vaší péči?
4. Jaká Vám byla sdělena prognóza?
5. Uveďte, kolikrát a jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a ve spojitosti s onemocněním?
6. Jak často chodíte na kontroly včetně CT?
7. Trpíte i jiným onemocněním kromě meningeomu?
8. Řeknete mi prosím, kdo pro Vás byl stěžejní osobou během léčby a měl vliv na Vaši kvalitu života?
9. Po stanovení diagnózy, vyhledal/a jste psychologickou pomoc? Pokud ne, kdo Vám byl největší oporou?
10. Jak byste na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší, ohodnotil/a Vaši kvalitu života?
11. Řeknete mi, jaký aspekt, související s nádorem, Vám chybí do toho, abyste hodnotil/a kvalitu života plným počtem?
12. Domníváte se, že změna bydliště by vedla ke zlepšení Vaší kvality života?
13. Jste spokojen/a se svým zdravím?
14. Řeknete mi prosím, v kterých aktivitách proběhly změny související s onemocněním? Práce, sport, ...?
15. Existují nějaké činnosti denních aktivit, při kterých jste závislý na jiných osobách? Pokud ano, jaké?
16. Dělá Vám po stanovení diagnózy obtíž pohyb mimo domov?
17. V čem se změnila Vaše sociální vztahy po stanovení diagnózy? (zahrnuje vztah s partnerem, rodinou, přáteli...)
18. Existují lidé, kteří se s Vámi přestali stýkat po stanovení diagnózy?

Zdroj: autorka

Příloha 3 Informační letáček

Neignorujte varovné příznaky onemocnění centrálního nervového systému!

Mezi příznaky například řadíme:

- bolest hlavy
- dvojité vidění
- poruchy hybnosti končetin
- závratě, nevolnost
- změny chování

Vyhledejte včas svého lékaře!

The infographic features a glowing blue outline of a human head in profile, facing right, with the internal structure of the brain and spinal cord highlighted. The spine is shown extending downwards from the base of the skull. Several bright blue dots are placed along the brain and spine, connected by thin, glowing blue lines that form a network, symbolizing the central nervous system. The background is a dark blue gradient.

Zdroj: autorka