

Význam lázeňské péče na rekonvalescenci pacientů u nádorových onemocnění

Martina Vrbíková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina VRBÍKOVÁ**

Osobní číslo: **H08253**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Význam lázeňské péče na rekonvalescenci pacientů
u nádorových onemocnění**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se zaměřit na vymezení pojmu nádor, jejich rozdělení a možnosti léčby.

Dále charakterizovat lázeňské zařízení a zpracovat typy lázeňské léčby s ohledem na onkologické onemocnění.

V praktické části zjistit na základě dotazníkového šetření vliv lázeňského pobytu na fyzickou i psychickou stránku pacienta, možnosti a dostatečnost lázeňské péče pro onkologické klienty a jejich zájem o kontakt s dalšími onkologickými pacienty.

S výsledky šetření seznámit veřejnost prostřednictvím článku v odborném tisku.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

WEINBERG, R. Jediná odrodilá buňka : Jak vzniká rakovina. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-1071-8

CASEMORE, R. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-454-0

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

MORSCHITZKY, H; SATOR, S. Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8

CAPKO, J. Základy fyziatrické léčby. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-341-3

JANČA, J. Alternativní medicína : Komplexní prevence a léčba přírodními prostředky. Praha : Eminent, 1991. ISBN 80-900302-1-1

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

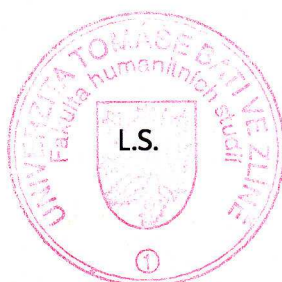
Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 14. 3. 2011

.....
A. Koton'

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Onkologické onemocnění je v dnešní době celosvětovým problémem. A ani s rozvojem lékařské vědy a techniky není možné vždy docílit úspěšné léčby. Bakalářská práce má za cíl zjistit vliv lázeňské péče na člověka po onkologickém onemocnění. V teoretické části se zabývá definicí pojmu nádor, předpoklady pro vznik a růst nádoru, diagnostiku nádoru a jeho léčbu. V rámci fyziatrické léčby se věnuje lázeňské léčbě, její charakteristice, rozdělení lázeňských procedur a podmínkám, které je potřeba splnit, aby mohl klient léčbu podstoupit. V praktické části jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření, jež bylo zaměřeno na vliv lázeňského prostředí na onkologického pacienta, jeho spokojenost s lázeňskou péčí a zájem o kontakt s dalšími klienty po onkologickém onemocnění.

Klíčová slova: nádor, onkologické onemocnění, lázně, psychika

ABSTRACT

Oncology disease is a global problem nowadays and development of medical science and technology doesn't assure the successful treatment. The aim of my bachelor thesis is to find out the importance of spa care for a human after oncological disease. My theoretical part contains definition of a tumor, assumptions for genesis and growth, diagnostics of tumor and treatment. In the second part of my theory is a characteristic of spa care, spa procedures and conditions for potential spa guests. In my practical part there are processed and evaluated results of questionnaires. Questionnaires were focused on oncological patients in spa, sufficiency of spa care and being together with other oncological patients.

Keywords: tumor, oncology disease, spa, psyche

Děkuji MUDr. Jiřímu Gařkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty, připomínky a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníků a všem lázeňským zařízením, které mi umožnily provést dotazníkové šetření.

Rovněž děkuji své rodině za podporu po celou dobu mého studia.

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

„Život po vás nemůže žádat více síly, než kolik ji v sobě máte. Jediné, co po vás žádá, je nedat se na útěk.“

Dog Hammarskjöld

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NÁDOR	12
1.1 VZNIK NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ	12
1.2 NÁDOROVÝ RŮST A METASTAZOVÁNÍ.....	13
1.2.1 Charakteristické vlastnosti nádoru	13
1.2.2 Metastazování	13
1.3 KANCEROGENEZE.....	13
1.3.1 Kancerogenní faktory	14
1.3.2 Fyzikální kancerogeny.....	14
1.3.3 Chemické kancerogeny	14
1.3.4 Biologické kancerogeny	15
1.4 DĚDIČNĚ PODMÍNĚNÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.5 TYPIZACE NÁDORŮ	15
1.5.1 Karcinom.....	15
1.5.2 Lymfom	16
1.5.3 Sarkomy	16
1.6 GRADING (VYZRÁVÁNÍ NÁDORU)	17
1.7 STAGING (ROZSAH TUMORU).....	18
1.7.1 TNM klasifikace.....	18
2 DIAGNOSTICKÝ PROCES	20
2.1 ANAMNÉZA V ONKOLOGII.....	20
2.2 SOMATICKÉ VYŠETŘENÍ.....	21
2.3 VYŠETŘOVACÍ POSTUPY A DIAGNÓZA.....	21
3 LÉČBA V ONKOLOGII	23
3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	23
3.2 RADIČNÍ LÉČBA.....	23
3.3 CHEMOTERAPIE	24
3.4 HORMONÁLNÍ LÉČBA.....	27
3.5 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	28
3.6 TRANSPLANTACE KRVETVORNÝCH BUNĚK	28
3.7 HODNOCENÍ LÉČEBNÉ ODPOVĚDI.....	29
4 NÁSLEDNÁ PÉČE	30
4.1 RECIDIVA, RELAPS, GENERALIZACE	30
4.2 REHABILITACE.....	30
4.2.1 Rehabilitace psychická	30

4.2.2	Rehabilitace sociální (resocializace)	30
4.2.3	Rehabilitace fyzikální.....	31
4.3	DISPENZARIZACE.....	33
4.4	TERMINÁLNÍ PÉČE	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
5	METODIKA VÝZKUMU	35
5.1	CÍLE VÝZKUMU	35
5.2	POPIS VÝZKUMU	35
5.2.1	Organizace šetření	35
5.2.2	Charakteristika zkoumaného vzorku	35
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	36
6.1	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
7	DISKUZE	64
8	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

V dnešní době se snad již každý setkal nějakým způsobem s onkologickým onemocněním. Žijeme v 21. století, k rozvoji civilizace dochází den co den. Moderní technologie skýtají v dnešní době spoustu výhod. Rozvíjí se lékařská diagnostika, hodně onemocnění je možné již v časných stádiích odhalit a začít okamžitě, a tím pádem, i účinněji léčit. Dochází také k rozvoji léčebných metod a prostředků. Většina, dříve smrtelných nemocí, je dnes už léčitelná nebo jsou dostupné alespoň prostředky k prodloužení života a zvýšení jeho kvality. Čím dříve je nemoc podchycena, tím je vyšší šance na úspěch. Proto je nezbytné dodržovat preventivní prohlídky, provádět doporučená samovyšetření a dbát na zdravý životní styl.

S rozvojem moderní společnosti se objevují ale naopak i negativní vlivy, které působí na člověka ze všech stran. Ať už v potravinářském průmyslu používáním čím dál více konzervantů a umělých přísad, tak i v kosmetickém průmyslu stále plným využíváním oblíbených solárních strojů. Dalším negativním vlivem je zhoršující se kvalita vdechovaného vzduchu neustálým přibýváním počtu automobilů a dalších dopravních prostředků. Tyto faktory a mnohé další mají nemalý vliv na naše zdraví, na každého z nás...

Ve své bakalářské práci, zabývající se onkologickým onemocněním a lázeňskou péčí, jsem se tedy zaměřila na definici pojmu nádor, vlivy podílející se na vzniku a růstu nádoru, jejich rozdělení, diagnostiku a léčbu. V rámci léčby je více specifikována lázeňská léčba, typy léčebných procedur a podmínky, které je potřeba splnit, aby klient po onkologickém onemocnění mohl tuto léčbu podstoupit.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu zajímavosti a poznání pro mě. Především část týkající se lázeňství a možnosti zjistit skutečný vliv lázeňské péče na člověka, zvláště onkologického pacienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOR

Maligní onkologické onemocnění je chorobný stav, kdy dochází k **destruktivnímu růstu abnormálních buněk** s dalším postupným šířením do okolních tkání, průnikem do krevního a mízního systému a následným postižením vzdálených orgánů ve formě metastáz.

Růst nádorových buněk je samovolný, nezávislý jev, probíhající bez projevu regulačních zásahů organismu, na úkor energetických a nutričních potřeb zdravých buněk.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

Tumory dělíme na **benigní** (nezhoubné) a **maligní** (zhoubné).

Na rozdíl od zdravých buněk a buněk nezhoubných, které mají pravidelný tvar, jsou ohraničené a rostou pomaleji. Zhoubné buňky jsou charakterizovány nepravidelným tvarem a rychlejším růstem (Kubálek, 2001). Maligní nádory mohou tvořit metastázy a i po úplném odstranění se mohou opět objevit a začít růst (recidivovat).

- **růst expanzivní** – dochází k útlaku okolí, okolní tkán atrofuje
- **růst infiltrativní** – zhoubné buňky vrůstají mezi ostatní zdravé buňky, bez zjevného poškození nebo narušení
- **růst invazivní** – zhoubné buňky vrůstají a poškozují okolní buňky, dochází k destrukci, typickou pro maligní nádor (Slezáková et al., 2007).

Dle tkáně, ve které tumor vznikl (epitel, pojivo, krevtovorná a lymfatická tkáň, nervový systém, zárodečné buňky) se nádory rozdělují na karcinomy, sarkomy, lymfomy, terminální nádory a další, které se ale vyskytují jen ojediněle (Petruželka, Konopásek, 2003).

1.1 Vznik nádorového onemocnění

Přeměna zdravých normálních buněk na buňky nádorové se děje na základě **poruchy genetické informace** na úrovni genomové DNA. K mutacím dochází nejčastěji působením škodlivých zevních faktorů na kyselinu deoxyribonukleovou v buněčném jádře.

Jako **škodlivé zevní faktory** můžeme považovat především **ionizující záření, kancerogeny** (látky, které podporují vznik a růst nádoru) a **některé druhy virů**.

Onkologické onemocnění může vzniknout kdykoliv, v jakémkoliv věku. U většiny maligních onemocnění platí, že čím je člověk starší, tím je u něj pravděpodobnost nádorového

onemocnění vyšší. Je to způsobeno dalším působením vlivů vnějšího prostředí a snižováním schopnosti organismu opravovat mutace v naší DNA.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

1.2 Nádorový růst a metastazování

1.2.1 Charakteristické vlastnosti nádoru

„Nádorové buňky se vyznačují autonomním chováním, ztrátou diferenciací, zvýšenou invazivitou, ztrátou kontroly při kontaktu s okolními buňkami a schopností zakládat vzdálená ložiska (metastazování). Autonomní chování spočívá v neregulovaném, množení nádorových buněk. Chaoticky se vyvíjející buňky ztrácejí schopnost dospět do zralého (diferencovaného) stavu“ (Petruželka, Konopásek, 2003, s. 23).

Maligní buňky se množí samovolně bez jakéhokoliv řízení nebo regulace. Rychlost je ovlivněna množstvím dělicích se buněk v nádoru, dobou dělení buněk a ztrátou buněk jejich odumíráním. Ze začátku bývá růst velmi rychlý. Jak se ale zvyšuje počet odumírajících buněk, růst tumoru se zpomaluje, může se také zcela zastavit.

Aby mohl vzniknout nádor, musí dojít ke genetické změně ve zdravé buňce, která se přemění na buňku maligní. Ke vzniku tumoru nestačí pouze jedna genetická změna. Předpokládá se, že musí dojít asi k 5-6 genetickým změnám v jedné buňce, aby bylo možné takovou buňku považovat za nádorovou.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

1.2.2 Metastazování

„Metastáza je dceřiný nádor, druhotné ložisko, které pravděpodobně vzniklo z jedné nádorové buňky. Metastázy mohou být ve tkáních, orgánech, tělních dutinách a lymfatických uzlinách. Maligní buňky se mohou šířit pomocí lymfatického systému, krevním oběhem, prorůstáním do okolí, šířením v ohraničených anatomických prostorech. Pro nádory určitého původu je typická určitá lokalizace metastáz“ (Slezáková et al., 2007, s. 102).

1.3 Kancerogeneze

Kancerogeneze je soubor dějů, kdy dochází ke vzniku nádorového bujení.

1.3.1 Kancerogenní faktory

Kancerogen je určitá látka, jejímž působením je vyvoláno nádorové bujení. Aby vznikly ze zdravých buněk buňky zhoubné, musí mít kancerogen mutagenní účinky, kterými vyvolá genetické změny.

Takové změny jsou dány mnoha zevními faktory. Ty se dělí na **fyzikální, biologické a chemické**.

Mnoha kancerogenům se můžeme vyvarovat pouze úpravou stravy a životního stylu. Podle odhadů by bylo možné snížit úmrtnost na onkologické onemocnění až o 33%, pouze změnou životního stylu a vyvarováním se expozice karcinogenům zevního prostředí.

1.3.2 Fyzikální kancerogeny

Jako fyzikální kancerogeny můžeme označit **ionizující** a **neionizující (UV) záření**. Oba typy záření se běžně vyskytují kolem nás. Radiační pozadí má zdroj v zemském podloží a v slunečním a kosmickém záření. V našem okolí se ale také setkáváme s člověkem uměle vytvořeným zářením, jako jsou jaderné elektrárny, nukleární zbraně. V lékařství zase hojně využívané RTG zobrazovací metody a v kosmetickém oboru často vyhledávaná solária. Ke kancerogenezi dochází při poškození buněčné DNA působením některým z uvedených faktorů.

1.3.3 Chemické kancerogeny

Za nejhorší chemické kancerogeny jsou v dnešní době považovány **polycyklické aromatické uhlovodíky**. Do nich řadíme složky dehtu benzpyren a benzantracen. Benzpyren je zásadní karcinogenní složkou obsaženou v cigaretovém kouři. Další, velmi důležitou skupinou, jsou **nitrosaminy**. Můžeme je najít v uzených i smažených potravinách. Jako chemické kancerogeny mohou působit i látky, obsahující arzen, nikl a chrom. Také rakovino-tvorný účinek prvků, jako jsou kadmium, beryllium, chrom, nikl a kobalt až po polycyklické sloučeniny je dnes již znám. Škála chemických karcinogenních látek je v současnosti velmi rozsáhlá.

1.3.4 Biologické kancerogeny

Aflatoxin je dobrým příkladem kancerogenní látky. Aflatoxin je produktem plísně *Aspergillus flavus*. Plísně lehce vznikají, jsou-li potraviny špatně uskladněny. Především teplo a vlhko je hlavní příčina růstu plísně. Aflatoxiny vyvolávají nádorové bujení v játrech. Tyto nádory se nejvíce vyskytují v některých částech Afriky a Číny, kde by stačilo pouze lepší skladování potravy, ale bída bohužel toto jednoduché řešení nedovoluje.

Maligní onemocnění se neprojevují jako infekční nemoci, nejsou přenosné z člověka na člověka. Vztah virů a onkologických onemocnění byl ale popsán již v roce 1911. U lidských jedinců byla nalezena souvislost s určitými viry a vznikem nádorového onemocnění. V dnešní době je prokázána vazba viru HBV u hepatocelulárního karcinomu, EBV u Burkittova lymfomu, HTLV-1 u T-buněčné leukémie a HPV pro vznik karcinomu děložního čípku.

1.4 Dědičně podmíněná nádorová onemocnění

Drtivá většina tumorů se objevuje jako následek špatného životního stylu, vystavování se zevním kancerogenům nebo působením virů. Pouze asi 10% nádorových onemocnění je připisováno vlivu dědičnosti. Familiárně podmíněná onkologická onemocnění mají některé společné rysy: objevují se většinou v nižším věku, dědičnost bývá dominantní, tumor je obvykle multifokální (u párových orgánů bifokální), duplicitní nádory se vyskytují více než v ostatní populaci.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

1.5 Typizace nádorů

Nádory se dělí dle tkáně, ve které vznikly. Maligní nádory můžeme dělit na karcinomy, lymfomy a sarkomy.

1.5.1 Karcinom

Jedná se o maligní epitelové tumory. Vyskytují se velmi často. U **dobře diferencovaných karcinomů** se vyskytuje podobnost s okolním epitelem. Je možné lehce rozlišit adenokarcinom či dobře diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom. Adenokarcinom má svůj původ v žlazovém epitelu, dlaždicobuněčný karcinom je podobný v určité míře dlaždicovému

epitelu. **Málo diferencované a anaplastické karcinomy** svému okolí nejsou podobné, ale v mohou mít některé vlastnosti výchozího epitelu.

Dlaždicobuněčný karcinom se může objevovat především na rtu, sliznici úst, v průduškách, močovém měchýři a děložním čípku.

Bazocelulární karcinom (bazaliom) je tumor kůže u spíše starších osob, metastazuje vzácně, i když roste invazivně. Vzniká často na odkrytých částech těla, jako je např. obličej.

Papilokarcinomy mají uspořádání papilomů stromečkovité, ale dochází k nepravidelnosti epitelu a vyšší mitotické aktivitě. Často se vyskytují v ovariu, štítné žláze, střevě či močovém měchýři.

Adenokarcinomy jsou tumory žláz nebo nádory žlázám podobného vzhledu. Rozlišují se dle konzistence na medulární typ (více maligních buněk než stromatu) a skirhotický typ (převaha stromatu nad maligními buňkami). Objevují se např. v prsní žláze, střevě, žaludku, endometriu, ovariu, plicích, játrech, pankreatu, nadledvinách, štítné žláze či ledvinách (Mačák, Mačáková, 2004).

1.5.2 Lymfom

Lymfom je označení nádorů lymfatického systému. Jedná se o tumory pocházející z bílé krevní řady, konkrétně lymfocytů. Lymfomy se v základech dělí na Hodgkinské a non-Hodgkinské. Při zhoubném bujení dochází k nekontrolovatelnému množení a postižená uzlina, či jejich skupiny přestávají plnit svou funkci v organismu. Vzhledem k tomu, že se lymfatická tkáň nachází v celém těle, může nemoc jednoduše postihnout i jiné orgány (Linkos, cit. 22.5.2011).

1.5.3 Sarkomy

Sarkomy měkkých tkání jsou nestejnorodou skupinou a jsou původu mezenchymového. Tvoří se z myoblastů hladké nebo kosterní svaloviny, fibroblastů a histiocytů vaziva, adipocytů tukové tkáně, ze synoviálních buněk kloubní výstelky, cévních endotelií, chondrocytů chrupavky, pericytů či Schwannových buněk obalujících periferní nervová vlákna. Výchozí tkáň nelze v některých případech vysoce nediferencovaných forem určit.

Ve většině případů rostou sarkomy především expanzivně a komplikace působí až když utlačují okolní struktury. Metastázy sarkomů se objevují nejčastěji v játrech nebo plicích a to hlavně hematogenní cestou.

Kostní sarkomy rostou v kosterním systému a to buď v části fibrózní, osteoidní či chrupavčité. Nejvíce se vyskytuje osteosarkom a chondrosarkom a sarkomy ze skupiny Ewingova sarkomu. Také zde patří kostní maligní fibrózní histiocytom, kostní fibrosarkom, intraoseální liposarkom, nediferencovaný sarkom a maligní mezenchymom.

(Adam et al., 2002)

1.6 Grading (vyzrávání nádoru)

Stupně dozrávání maligních buněk, kdy se posuzuje zhoubnost prvotního nádoru podle podobnosti maligních buněk se zdravými buňkami nebo nové, další dělení buněk v tumoru (Slezáková et al., 2007).

G – histopatologický grading:

- **GX** – nelze hodnotit
- **G1** – dobře diferencovaný
- **G2** – středně diferencovaný
- **G3** – málo diferencovaný
- **G4** – nediferencovaný (Petruželka, Konopásek, 2003)

Mohou být použity také další doplňující symboly:

- **Y** – operační zákrok se provádí po jiné terapeutické metodě
- **r** – určuje lokální tumorovou recidivu
- **R0** – zbytkový tumor není přítomen
- **R1** – zbylý tumor je pouze mikroskopický
- **R2** – větší zbytkový tumor (Šafránková, Nejedlá, 2006)

1.7 Staging (Rozsah tumoru)

Dle rozsahu tumoru se posuzuje prognóza a určuje další léčba (Petruželka, Konopásek, 2003).

Cílem vyšetření je zařadit nádor do TNM systému.

1.7.1 TNM klasifikace

T (tumor) označuje velikost nádoru, **N** (noduli) určuje postižení uzlin, **M** (metastázy) označuje, zda-li jsou přítomny metastázy. Rozsah určuje číslo přidané za písmenem, čím je číslo vyšší, tím je šíření či rozsah tumoru větší. Pokud není možno posoudit, za písmeno je přidán symbol X.

T – prvotní tumor:

- **TX** – nelze hodnotit
- **T0** – nepřítomnost prvotního tumoru
- **Tis** – neinfiltrující tumor
- **T1-4** – zvětšující se velikost nádoru

N – uzliny:

- **NX** – nelze hodnotit
- **N0** – uzliny nejsou postiženy
- **N1-3** – narůstající postižení uzlin

M – metastázy:

- **MX** – nelze hodnotit
- **M0** – nepřítomnost metastáz
- **M1** – prokázány metastázy

(Slezáková et al., 2007)

K hodnocení rozsahu tumoru, metastáz a postižení uzlin se používají i jiné systémy:

St. 0 – neinvazivní tumor, neinfiltrující (ca in situ), bez přítomnosti metastáz

St. I – invazivní tumor menšího rozsahu, nepřítomnost metastáz

St. II – invazivní tumor, větší velikosti, uzliny mohou být postiženy v menší míře

St. III – prvotní tumor, rostoucí invazivně nebo rozsáhlé postižení uzlin

St. IV – vzdálené metastázy, rozsah prvotního tumoru jakýkoliv

V praxi je možné se setkat i s dalšími systémy, jako je například systém **FIGO** (I-IV) k diagnostice karcinomů děložního čípku, **Dukes** (I-III) pro tumory kolorektální.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

2 DIAGNOSTICKÝ PROCES

Soubor po sobě jdoucích kroků, které jsou důležité a nezbytné k určení přesné diagnózy.

2.1 Anamnéza v onkologii

Anamnéza je velmi podstatná pro vytvoření celkového obrazu pacienta. V anamnéze se zjišťují skutečnosti, které mohou mít vliv na diagnostiku a léčbu.

Rodinná anamnéza - jedná se o informace o rodině jak z první linie, tak o příslušnících rodiny z širšího pohledu. Zjišťují se familiární nádorová onemocnění, ale také další nemoci nedědičného původu.

Osobní anamnéza - jde o další onemocnění, kterými pacient v minulosti trpěl, ale také choroby, které zasahují do současnosti a mohou mít souvislost s tumorem nebo by mohly ovlivňovat průběh nádorového onemocnění, jeho diagnostiku či léčbu. Dále se zjišťují prodělané operační zákroky a vážnější úrazy.

Alergická anamnéza - zjišťuje se z preventivních důvodů, aby nedošlo k alergické reakci na podané protinádorové léky.

Sociální a pracovní anamnéza - důležitý je vztah jedince k pracovnímu procesu a možné vystavení kancerogenům v pracovním prostředí a dalším vlivům, které se na vzniku zhoubného bujení mohly podílet.

Abusy - nutná je otázka týkající se kouření a množství vykouřených cigaret, dále také na pití černé kávy, alkoholických nápojů a užívání drog.

Gynekologická anamnéza - velmi důležitá u onkologických onemocnění, na které má vliv působení hormonů. Je potřeba uvést od kdy žena menstruuje a kdy a jakým způsobem došlo k jejímu ukončení. Z čehož se tedy určuje celková doba působení estrogenů. Žena by měla sdělit případnou hormonální léčbu, počet porodů, potratů, délku kojení, gynekologické zákroky a otázku promiskuity.

Nynější onemocnění - velmi přínosný je detailní popis dosavadního průběhu nemoci. Jaký má pacient pohled na vlastní onemocnění, jaké měl počáteční symptomy, po jak dlouhé době navštívil lékaře a jaký je nynější stav onemocnění.

2.2 Somatické vyšetření

Do somatického vyšetření patří **pohled, pohmat, poklep, poslech**.

Při vyšetření pohledem je důležité prohlédnout kůži a sliznici. Je nezbytné si také povšimnout celkového vzhledu pacienta.

Pohmat by se neměl zbytečně opakovat, měl by být proveden jemně, šetrně. Musí být prohmátány i orgány, kde by se mohly tvořit případné metastázy, jako jsou játra, lymfatické uzliny a slezina.

Poklep a poslech se provádí dle běžných pravidel a postupů.

2.3 Vyšetřovací postupy a diagnóza

Ke stanovení správné diagnózy je nutné provést několik vyšetření.

Zobrazovací metody – dělí se na rentgenové a nerentgenové

Do rentgenových zobrazovacích metod se řadí snímek hrudníku, snímky skeletu, jednotlivých orgánů, kontrastní, nektrastní, či dvojkontrastní metody, vylučovací urografie, tomografie, mamografie, arteriografie a další. CT je považováno za jedno z nejdůležitějších rentgenových vyšetření. Na CT je možno zobrazit fyziologické i patologické poměry orgánů a hraje velkou roli v radioterapii a při hodnocení léčby.

Mezi nerentgenové zobrazovací metody patří sonografie, což je velmi častá a nenáročná vyšetřovací metoda, MRI, kde se zobrazují hlavně měkké tkáně (např. klouby), metody nukleární medicíny, jako je scintigrafie štítné žlázy, kostí, sleziny, kostní dřeně a také pozitronová emisní tomografie, při které je tumor díky záření detekován prostřednictvím izotopů s velmi krátkým poločasem rozpadu.

Endoskopické vyšetření je indikováno k diagnostice dutých orgánů. Během vyšetření je možné jednak prohlédnout konkrétní dutinu, ale také odebrat vzorek tkáně k dalšímu histologickému vyšetření. Endoskopie umožňuje také provést některé léčebné postupy.

Hematologické vyšetření – je vyšetřován krevní obraz i s diferencíálem, krevní destičky, sedimentace erytrocytů, krvácivost, srážlivost a popřípadě další.

V rámci **biochemického vyšetření** se určuje hladina draslíku, sodíku, chloru, vápníku, železa, fosforu, kreatininu, bilirubinu, urey, ALT, AST, ALP, GMT, LD a v případě potřeby i dalších.

Dále se vyšetřuje **moč a močový sediment**. Jedná se o základní vyšetřovací metodu..

Vyšetření nádorových markerů - nádorové markery jsou molekuly, vyskytující se dle povahy nádorového onemocnění. Jsou určovány ze vzorku krve nebo dalších možných tělních tekutin. Vyšetření markerů se využívá pro screening, stanovení diagnózy, kontrolu léčby a pro odhad pokračování nemoci. Stanovuje se hladina např. PSA – využíván pro stanovení karcinomu prostaty, AFP – pro tumory varlat, hepatocelulární aj., CEA – především u nádorů gastrointestinálního traktu, Ca 15-3 – pro tumory mammy a jiné, Ca 19-9 – pro karcinomy slinivky břišní a další markery.

(Kubálek, 2001)

Mikroskopické vyšetření biologického materiálu - v rámci cytologického vyšetření se zkoumá charakter buněk, např. z děložního čípku, z výpotků hrudní dutiny, ascitu atp.

Na histologické vyšetření se přímo odebírá menší kousek tumoru, nebo rovnou celý útvar, jedná-li se o menší nádor.

(Slezáková et al., 2007)

Další vyšetřovací postupy - ke zvolení určité vyšetřovací metody je nutno přistupovat individuálně s ohledem na pacienta.

Vyšetřovací metody mohou být doplněny imunologickým vyšetřením, vyšetřením ORL, gynekologickým, kardiologickým, neurologickým, oftalmologickým, endokrinologickým, vyšetřením hladin hormonů a lumbálního punktátu. Také mohou být indikována funkční vyšetření plic, srdce a ledvin.

V diagnostice může být využita ještě řada dalších, méně používaných, metod.

(Kubálek, 2001)

3 LÉČBA V ONKOLOGII

3.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba tumoru je v dnešní době stále nenahraditelnou kurativní metodou onkologický onemocnění. Chirurgicky se odstraňují ohraničené nádory, nepřerůstající orgán, v kterém vznikly a pokud metastázy zatím nepostihly jeho spádové uzliny. Pokud nebyl tumor podchycen v počáteční fázi, je nutné doplnění chirurgického zákroku také chemoterapií či radioterapií.

Chirurgické zákroky se mohou dělit do několika kategorií:

- **výkony diagnostické** – odebírá se materiál, který je poté posuzován mikroskopicky v rámci histologického vyšetření a zařazen do TNM klasifikace
- **preventivní zákroky** – většinou se jedná o odstranění prekanceróz (např. děložní čípek) či polypů
- **léčebné výkony** – vyjmutí tumoru i s částí okolní tkáně včetně spádových uzlin, popř. i metastáz
- **operační zákroky u tumorů v pokročilém stadiu** – je nutná komplexní léčba
- **paliativní výkony** – slouží pouze jako prevence komplikací, provádí se především ke zkvalitnění života klienta, neovlivní zásadně jeho délku

(Slezáková et al., 2007)

Některé tumory nelze operovat a to z důvodu velkého rozsahu nádoru, jeho lokalizace, dále z interních důvodů, kde hraje většinou roli věk pacienta či nemožnost podání celkové anestezie, růstu mikrometastáz, nevhodnému biologickému původu nebo již došlo k radikálnímu generalizovanému procesu.

3.2 Radiační léčba

Radiační léčba využívá účinků záření. Toto záření by mělo, ve správné dávce, zničit maligní nádor nebo přinejmenším zamezit jeho další růst (Petruželka, Konopásek, 2003). Využívá se několik způsobů záření.

Podstatou **teleterapie** je použití zevního záření, kdy je klient ozařován vnějším zdrojem v izolované místnosti (Skála, Dienstbier). Využívají se zařízení s radionuklidem (Petruželka, Konopásek, 2003).

Při **brachyradioterapii** jsou zdroje, obsahující radionuklidy, umístovány do okolí nebo přímo do nádoru (Skála, Dienstbier). Doba působení je zpravidla pouze několik málo minut, či jejich desítek. Léčba může být prováděna ambulantně a v současnosti bývá nejčastěji využívána v gynekologii při léčbě děložního čípku a děložního těla.

Principem **terapie radionuklidy** je jejich intravenózní aplikace za předpokladu vychytávání radionuklidů a následných vysokých dávkách záření přímo v nádoru. Postup slouží k terapii především tumorů štítné žlázy.

Radioterapie má své **negativní účinky**. Mezi ně patří:

- **akutní radiační reakce** – objevuje se především při ozařování větších objemů – ozáření poloviny břicha, ozáření celého těla, ozáření hlavy. Vyskytuje se během léčby nebo maximálně do tří měsíců po jejím ukončení. Po ukončení léčby se ve většině případů sama upraví. Mezi reakce patří: letargie, únava, nauzea, zvracení, gastritida, stomatitida, kolitida, hepatitida, cystitida, leukopenie, změny na kůži – erytém, pruritus, puchýře.
- **pozdní postradiační poškození** – vyskytuje se po více jak 3 měsících od léčby a bývá nevratné. Objevuje se menopauza, sterilita, katarakta, fibróza plic, snížená funkce štítné žlázy, poškození sítnice, gastroduodenální vřed a jiné poškození.

Při radioterapii je důležité určit správnou dávku záření, která je nezbytná k léčbě a zároveň vede k co nejmenšímu poškození organismu.

(Slezáková et al., 2007)

3.3 Chemoterapie

Cílem cytostatik jsou rostoucí buňky. Cykly zdravých a maligních buněk jsou obdobné. Odlišují se od sebe dobou trvání a zastoupení v cyklech jednotlivých fází. Prvotní růst zhoubných buněk je rychlejší. **Na účinnost chemoterapie má zásadní vliv:**

- počet maligních buněk
- množství buněk v konkrétních fázích cyklu

- růstová frakce a její velikost
- ztráty zhoubných buněk

Dle fáze, ve které se nachází maligní bujení se aplikují cytostatika. Ty se dělí na **specifická**, která účinkují během celé fáze buněčného cyklu nebo pouze v některých jeho částech a na **nespecifická**, jejichž účinek není závislý na cyklu. Aby byl účinek specifických cytostatik co nejvyšší, je nutné zvolit vhodnou dávku a dobu podání. Je-li dávka vyšší, než prahová hodnota, účinek již zůstává stejný, nezvyšuje se. U nespecifických cytostatik je také důležité zvolit správnou dávku, dodržet její intenzitu a tím je možné dosáhnout usmrcení více frakcí nádorových maligních buněk. Všechny cytostatika se ale nedají zařadit pouze do těchto kategorií.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

Chemoterapie je využívána **adjuvantně**, kdy navazuje na chirurgickou léčbu, nebo **neadjuvantně**, kdy předchází chirurgickému řešení. U neoperovatelných tumorů může být použita s radioterapií.

Cytostatika mohou být vyrobeny z rostlinných zdrojů, ale také synteticky.

Dle mechanismu účinku můžeme cytostatika dělit:

- **alkylační cytostatika** – syntéze a dělení buněk je znemožněno, dochází k štěpení řetězců DNA
- **antimetabolity** – zabraňují činnosti enzymů, jež jsou důležité pro růst nových buněk
- **protinádorová antibiotika** – dochází k destrukci nukleové kyseliny
- **rostlinné alkaloidy** – buněčné dělení je znemožněno
- **platinová cytostatika** – dochází k destrukci nukleové kyseliny
- **ostatní cytostatika** – díky výzkumu stále vznikají nová cytostatika, která jsou ještě více účinnější

(Slezáková et al., 2007)

Odolnost zhoubných buněk k chemoterapii je stále hlavní podmínkou určující účinnost léčby. Mechanismy rezistence se různými způsoby prolínají. Rezistence je dána celkovým

počtem maligních buněk, růstovou fází, ve které se během expozice zhoubné buňky nacházejí a koncentrací cytostatik v místě působení (Petruželka, Konopásek, 2003).

Chemoterapie má bohužel velké množství **nežádoucích účinků**. K nim patří:

- **nauzea a zvracení** – záleží na druhu podané látky a jejím množství, proto se při léčbě emetogenními léčivými podávají i léky ze skupiny antiemetik
- **průjem a zácpa** – buňky trávicího traktu bývají často postiženy cytostatiky, jelikož epitel sliznic se dokáže velmi rychle obnovovat
- **xerostomie** (sucho v dutině ústní), **stomatitida** (zánět sliznice ústní dutiny)
a změna chuti
- **útlum krvetvorby, krvácivé projevy**
- **kardiotoxicita** – poškození svalů srdečního
- **plicní toxicita** – poškození plicní tkáně
- **neurotoxické projevy** - poškození centrální nervové soustavy i periferních nervů, porucha je většinou reverzibilní
- **nefrotoxicita** – dochází ke snížení funkce ledvin
- **azoospermie** – snížení až vymizení živých spermií v ejakulátu
- **sterilita**
- **alopecie** – je dána typem a dávkou cytostatik
- **kožní projevy** – změny pigmentace, kožní vyrážky
- **alergické reakce**
- **sekundární maligní choroby**

Cytostatika mohou být **podávány perorálně**, což je pro pacienta ve většině případů příjemnější, ale často dochází ke zvracení.

Další možností podávání cytostatik je **intravenózní přístup**. Jedná se o nejčastější způsob aplikace a to formou periferního vstupu, centrálního žilního vstupu, nebo prostřednictvím žilního portu. Při časté aplikaci cytostatik přes periferní žilní vstup může docházet k trombotizaci, proto není periferní vstup vhodný. Centrální žíla má oproti perifernímu

vstupu nesporné výhody. Mohou se do ní podávat i léky dráždící tenkou stěnu periferní žíly, léky které mají vyšší koncentraci, také je možné přes centrální vstup odebrat krev a monitorovat centrální žilní tlak. Místo vpichu bývá obvykle přes podklíčkovou žílu, přes vena jugularis nebo femoralis. Venózní port je komůrka na povrchu s odolnou silikonovou membránou, z níž je vyveden katetr vedoucí do horní duté žíly. Port se implantuje v oblasti hrudníku a aplikace léků probíhá vpichem přes kůži speciální jehlou. Výhodou venózního portu je jeho dlouhá životnost, neomezování klienta v běžných činnostech, v pohybu. Riziko infekce je také podstatně nižší.

Další způsob aplikace cytostatik může být **intracavitální**, kdy se lék aplikuje do přirozených dutin, např. páteřního kanálu, či močového měchýře.

Jako poslední způsob podávání cytostatik se provádí aplikace **přímo do tumoru**.

(Slezáková et al., 2007)

Chemoterapie může být v některých případech **kontraindikována**. Nedoporučuje se podávání cytostatik pacientům s mnohočetnými metastázami chemorezistentního tumoru, kachektickým klientům v terminálním stadiu nebo pacientům s těžkou granulocytopenií a trombocytopenií (Klener, 1999).

3.4 Hormonální léčba

Některé typy tumorů jsou závislé na produkci hormonů. Jedná se o hormony varlat, vaječnicků, hypofýzy a kůry nadledvin. Dojde-li k zastavení produkce hormonů, dochází následně i k zástavě růstu nádoru. Nejvíce zřejmá je tato souvislost u tumorů prsu či prostaty.

Uplatňuje se léčba **farmakologická**, kdy se podávají hormonálně aktivní léky, jako jsou progesterony, estrogeny, antiestrogeny, androgeny, antiandrogeny nebo kortikosteroidy. Kortikosteroidy mohou v krátké době po podávání vyvolat nežádoucí účinky – vznik diabetes mellitus nebo jeho zhoršení, podráždění žaludku až žaludeční vřed, změny chuti k jídlu, změny na sliznicích, nespavost, neklid, nervozitu, zadržování tekutin v těle nebo hypertenzi. Při dlouhodobém užívání se může vyskytnout svalová atrofie, atrofie kůže, rozvoj osteoporózy, zhoršení hojení ran, redistribuce tuků.

Do hormonální léčby patří i léčba **chirurgická**, kdy se odstraňuje endokrinní žláza.

(Slezáková et al., 2007)

3.5 Biologická léčba

Biologická léčba je nejmodernější způsob léčby maligních onemocnění. Principem je aplikace látek podobných či shodných s látkami produkující buňky lidského těla. Látky jsou připraveny metodou genového inženýrství. Cílem bioterapie je zvýšení imunity klienta, podpora jeho krvetvorby, ale i ovlivnění dalšího šíření maligních buněk (Slezáková et al., 2007). Mezi biologické léky patří:

- **Monoklonální protilátky** – směřují proti jedné determinantě konkrétního antigenu, pracují na principu tlumení růstu nádorových buněk, u kterých některé antigeny jeví vyšší expresi. V praxi se běžně užívá například **Avastin** – protilátka proti růstovému faktoru endotelií, **Herceptin** – protilátka proti receptorům rodiny epidermálního růstového faktoru při terapii nádoru prsu, nebo **Erbix** v léčbě tlustého střeva a konečníku (Anamnéza, cit. 21.5.2011).

K doplnění léčby mohou být použity další biologické léky:

- **Imunomodulační cytokiny** – zvyšují imunitu těla, zlepšují schopnosti imunitního systému likvidovat zhoubné buňky a oslabují jejich růst
- **Hematopoetické růstové faktory** – molekuly regulující krvetvorné procesy

(Slezáková et al., 2007)

3.6 Transplantace krvetvorných buněk

Transplantace buněk krevní řady se využívá především při krevním onkologickém onemocnění. Cílem je nahrazení zničené či poškozené krvetvorné tkáně. Typy transplantací se rozdělují dle dárce krve:

- **autologní transplantace** – podávají se vlastní krvetvorné buňky, které pacient dostává zpět po prodělané intenzivní léčbě (nejčastěji chemoterapie). Pacient nemusí po transplantaci užívat imunosupresiva, tak jako klienti po alogenní transplantaci. Autologní transplantace se obvykle indikuje u klientů s mnohočetným myelomem, lymfomem či akutními leukémiemi.
- **alogenní transplantace** – podává se krvetvorná tkáň získaná od dárce, přičemž musí docházet k naprosté shodě v HLA systému. Pacient nemusí před alogenní transplantací projít intenzivní chemoterapií, jelikož se očekává, že imunitní buňky dárce zničí ma-

ligní buňky příjemce. Nevýhodou tohoto druhu transplantace je užívání imunosupresiv, aby nedošlo k odmítnutí krevních buněk dárce. Indikace k alogenní transplantaci je chronická myeloidní leukémie, nebo méně často akutní leukémie, lymfom či chronická lymfatická leukémie.

- **syngenní transplantace** – podávání krevních buněk získaných od jednovaječného dvojčete. Nevýhodou je, že imunitní buňky dárce nezničí maligní buňky příjemce. Výhodou je, že není nutné užívat imunosupresiva.

Jako **komplikace** transplantací se může vyskytnout u alogenních transplantací **reakce štěpu proti hostiteli**. Dochází k poškozování organismu příjemce bílými krvinkami dárce. Další možné komplikace se mohou vyskytnout v podobě **infekcí po transplantacích**, než se obnoví krvetvorba nebo **komplikace z důvodu velmi intenzivní chemoterapie**.

Transplantace jsou většinou volbou u mladých pacientů s nepříznivou prognózou.

(Slezáková et al., 2007)

3.7 Hodnocení léčebné odpovědi

Pro hodnocení vlastní léčby je důležitá léčebná odpověď:

- **CR** – úplné vymizení tumorových lézí (kompletní remise)
- **PR** – zmenšení léze o min 50% (parciální remise)
- **SD** – zmenšení nálezu o méně jak 50% nebo beze změn (stabilizace nemoci)
- **PD** – zhoršení stávajícího ložiska nebo zjištění dalších nádorových lézí, či jiných příznaků aktivity onemocnění (progrese nemoci)

V rámci stanovení odpovědi je důležité zahrnout délku trvání, stav pacienta a kontrola předpokládaného stavu.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

4 NÁSLEDNÁ PÉČE

4.1 Recidiva, relaps, generalizace

Prvotní léčba může dosáhnout vymizení příznaků (**remisi**). Tím ale není vyloučeno nové propuknutí nemoci. Může se vyskytnout v místě prvního onemocnění a v jeho blízkém okolí (**lokální recidiva**) nebo ve vzdálenějších oblastech (**vzdálená recidiva**).

Jedná-li se již od začátku o systémové onemocnění, je spíše užíván pojem **relaps**. V praxi je důležité rozlišovat mezi relapsem časným (do jednoho roku) a relapsem pozdním (po více letech).

U některých nádorových onemocnění, jako je maligní lymfom a leukémie je běžný periodický průběh, kdy dochází ke střídání relapsů a remisí.

Jako **generalizace** se označuje maligní onemocnění postihující alespoň dva systémy současně.

4.2 Rehabilitace

Cílem rehabilitace je opětovné začlenění klienta do společnosti, návrat do „normálního“ života a zajištění určité kvality. A to i za předpokladu nemožnosti vyléčení a dalšího žití s nemocí.

4.2.1 Rehabilitace psychická

Měla by začít ihned, jakmile je klientovi onkologické onemocnění diagnostikováno a ověřeno. Je nutné pacienta informovat o jeho stavu a následné léčbě. Není jednoduché získat klientovu spolupráci, důvěru a překonání veškerých negativních reakcí tak, aby byla terapie dovedena až do konce. Pro poskytnutí důležité podpory je třeba získat i rodinu, přátele a další.

4.2.2 Rehabilitace sociální (resocializace)

Klientovi by neměla být upírána možnost zůstat i nadále v pracovním procesu. Někdy je pouze potřeba změnit intenzitu dané práce nebo její charakter. Někdy lze problém řešit částečným invalidním důchodem na dočasné období. V některých případech je však nutné

zahájit plné důchodové řízení. Svou roli sehrávají i organizace zabývající se problematikou onkologických onemocnění, jako je Liga proti rakovině apod.

(Petruželka, Konopásek, 2003)

4.2.3 Rehabilitace fyzikální

Bývá klientovi k dispozici po jeho úplném uzdravení bez známek remisí. Jedná se o **lázeňskou léčbu**.

Cílem léčby je zdárně dokončit a uzavřít léčebný proces klienta v návaznosti na nemocniční či ambulantní léčbu. Lázeňská léčba je hrazená klientovi zdravotní pojišťovnou a to buď jako **komplexní lázeňská péče** – kdy pojišťovna hradí lázeňskou léčbu, ubytování a celodenní stravování nebo jako **příspěvková lázeňská péče**, kdy zdravotní pojišťovna klientovi hradí pouze léčbu. Lázeňský pobyt trvá vždy minimálně 21 dní s možností prodloužení pobytu o 2 týdny.

Do lázní mohou nastoupit onkologičtí klienti po ukončení komplexní léčby bez jakýchkoliv známek recidivy.

Lázeňská léčba má za cíl svými čistě přírodními postupy dostat vychýlené řídicí systémy těla do stavu takového, aby mohly být plně využity jejich funkční schopnosti samoregulační, samoléčící atd. K tomu lázeňská léčba (balneoterapie) využívá celkového přístupu nejen klimatických podmínek, také **aplikaci místních přírodních léčebných zdrojů** a to formou zevní i vnitřní. Léčba využívá i jiných lékařských postupů. Do medicínských postupů můžeme zařadit **rehabilitaci, fyzikální terapii** v podobách reflexní terapie, ergoterapie, fototerapie, klimatoterapie, psychologie, farmakoterapie a další léčebné postupy.

Díky svým metodám, lokálních i celkových, balneoterapie má velmi příznivé účinky na lidský organismus. **Zvyšuje obranyschopnost, zvyšuje odolnost vůči stresu, upravuje hormonální a látkové řízení organismu, stimuluje a reguluje funkce autonomní nervové soustavy, zlepšuje rozsah funkčních schopností těla** a mnoho jiných účinků.

Lázeňská léčba má také ale svá pravidla a **podmínky**, které je nutno dodržovat. Lázeňské procedury (podněty) musí být **aplikovány individuálně**, musí být dodržena **délka trvání, opakovat dostatečně dlouhou dobu** společné procedury a tím měnit reakci organismu, ať už jeho jednotlivých systémů nebo jeho celku. Dále **dodržet** ověřenou **frekvenci a celkový**

čas série pro stabilizování nově tvořených podmíněných reflexů nebo vyvolání a udržení dřívějších narušených biologických programů.

V dnešní době se velké množství lidské populace vrací k osvědčeným přírodním tradicím a procedurám a právě díky tomu tvoří lázeňská léčba základní kámen medicínských postupů. Jde o část medicínské péče, která je finančně nejméně náročná a jejíž metody zatěžují lidský organismus opravdu minimálně.

(Svaz léčebných lázní České republiky, cit. 23.5.2011)

V České republice se na problematiku onkologických onemocnění specializují lázně **Luhačovice, Karlovy Vary, Františkovy Lázně, Mariánské Lázně, Karlova Studánka** a na dětské klienty **Janské Lázně**.

České lázně nabízí ze svých léčebných procedur:

- **přírodní léčivé zdroje**, kam můžeme zařadit přírodní léčivou vodu, která se může využívat k pitné kůře, uhličitým koupelím či inhalaci; přírodní léčivou slatinu ve formě zábalů a koupelí, přírodní léčivý plyn s využitím v suché plynové sedavé koupeli, uhličitě koupele, rašelinové zábaly
- **vodní masážní procedury**, mezi které patří perličkové koupele (Příloha č. 2), celkové vířivé koupele a hydromasáž, vířivé koupele horních a dolních končetin, parní koupele a skotské stříky
- **koupele** – šlapací koupel a sirná koupel
- **masáže** – klasická masáž, podvodní masáž a reflexní masáž
- **inhalační léčbu** (Příloha č. 3)
- **elektroléčbu**, do které patří diatermie využívající vysokofrekvenční proudy (Příloha č. 4), čtyřkomorová galvanizace spojující účinky stejnosměrného proudu a teplé vody, hydrostatického tlaku a vztlaku; diadynamické proudy se složkou galvanickou a impulzní a účinkem převážně protizánětlivým a analgetickým (Příloha č. 5); ultrazvuk, bioptronová lampa pracující na principu polarizace světla vyzařovaného halogenovou žárovkou se širokou oblastí spektra; horské slunce využívající ultrafialové záření a solux pracující s infračerveným zářením
- **tepelné procedury** – parafín

- **rehabilitační techniky** pro jednotlivce či skupiny, rehabilitace s prvky jógy, cvičení na míčích, lymfodrenáž a léčebná gymnastika v rehabilitačním bazénu (Příloha č. 6, 7)

(Svaz léčebných lázní České republiky, cit. 23.5.2011)

4.3 Dispenzarizace

Onkologické pacienty je nutné stále sledovat. Dispenzarizace má za cíl:

- **brzké odhalení znovu propuknutí nemoci** – v prvních letech je riziko recidivy nejvyšší
- **zjištění a léčba dalších následků léčby** – pozdní následky se vyskytují velmi často jako důsledek intenzivní léčby
- **objevení možných duplicitních tumorů**

4.4 Terminální péče

Jedná se o stadium nemoci, kdy byly vyčerpány všechny možnosti léčby a již je možná pouze léčba symptomatická. Toto období by stále neměl klient vidět jako konečné, bez dalších nadějí. Naděje nesmí být nikdy popírány, neměly by ale být vzbuzovány naděje falešné. Klient by měl dostat perspektivu několika dnů, hodin. Měla by být zajištěna potřebná péče bez výrazné bolesti a utrpení se zachováním důstojnosti až do úplného konce (Petruželka, Konopásek, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

5.1 Cíle výzkumu

Cíl č. 1 - Zjistit vliv lázeňského prostředí na psychickou stránku pacienta.

Cíl č. 2 - Zjistit zájem pacientů o kontakt s dalšími klienty s nádorovým onemocněním.

Cíl č. 3 - Zjistit dostatečnost lázeňské péče pro onkologické pacienty.

5.2 Popis výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní metodu – anonymní dotazník.

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. V úvodu dotazníku by mělo být krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje. Výhody dotazníkového šetření jsou jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného a možnost hromadného zpracování výsledků prostřednictvím počítače. Mezi nevýhody patří častá nízká návratnost dotazníků a nemožnost dodatečného opravení či doplnění při eventuálním nepochopení otázky (Kutnohorská, 2009).

Dotazník se skládal z otázek dichotomických, polytomických, polouzavřených a filtračních. Celkem obsahoval 24 otázek.

5.2.1 Organizace šetření

Bylo rozdáno 130 dotazníků do 4 lázeňských zařízení v Čechách, na Moravě i Slezsku, která se specializují na onkologické klienty.

Dotazníkové šetření probíhalo od února do května. Dotazníků se vrátilo 108, z nichž bylo vyhodnotitelných 102, z čehož plyne, že návratnost byla 83%.

5.2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumu se zúčastnili muži i ženy bez věkového omezení. Jejich výběr byl čistě náhodný.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření jsou prezentovány jednotlivé výsledky v tabulkách a grafech. Výsledky jsou uváděny v *absolutní četnosti*, která vyjadřuje počet respondentů, kteří zvolili tu konkrétní odpověď a *relativní četnosti*, vyjadřující výběr konkrétní odpovědi respondenty v procentech.

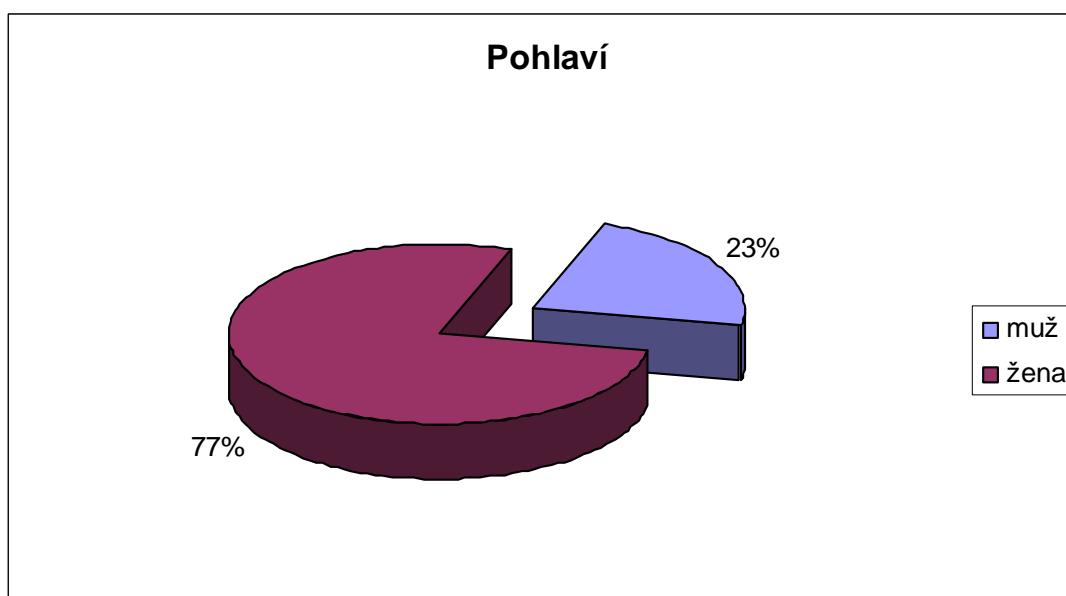
6.1 Vyhodnocení výzkumného šetření

Otázka č. 1

Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví respondenta

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
muž	23	23
žena	79	77
Celkem	102	100



Graf č. 1 Pohlaví respondenta

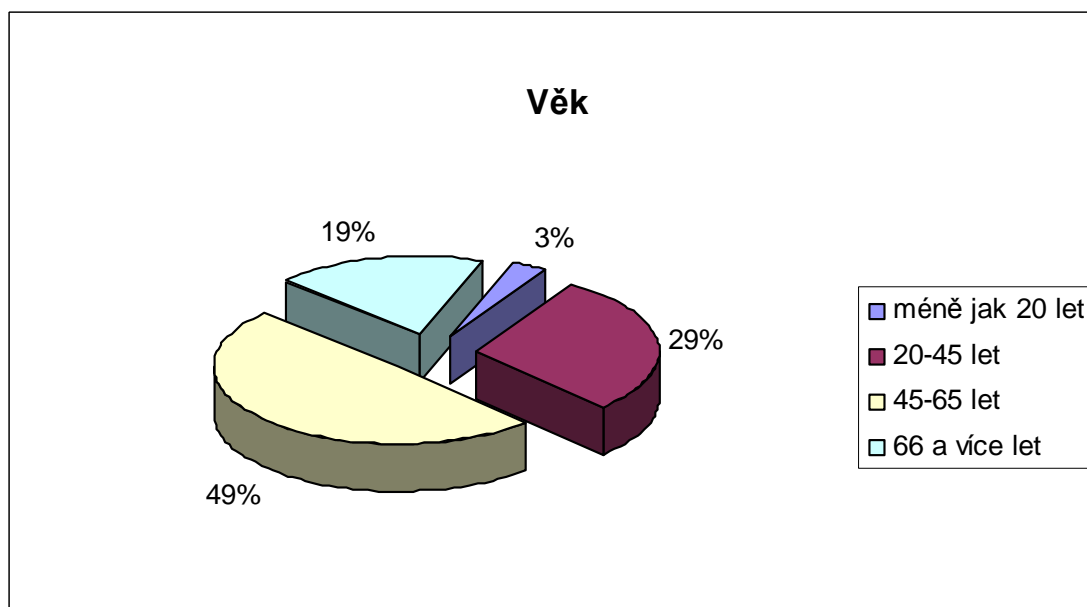
Z respondentů, kteří odpovídali v dotazníkovém šetření bylo 77 % žen a 23 % mužů.

Otázka č. 2

Věk

Tabulka č. 2 Věk respondenta

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně jak 20 let	3	3
20-45 let	30	29
45-65 let	50	49
66 a více let	19	19
Celkem	102	100



Graf č. 2 Věk respondenta

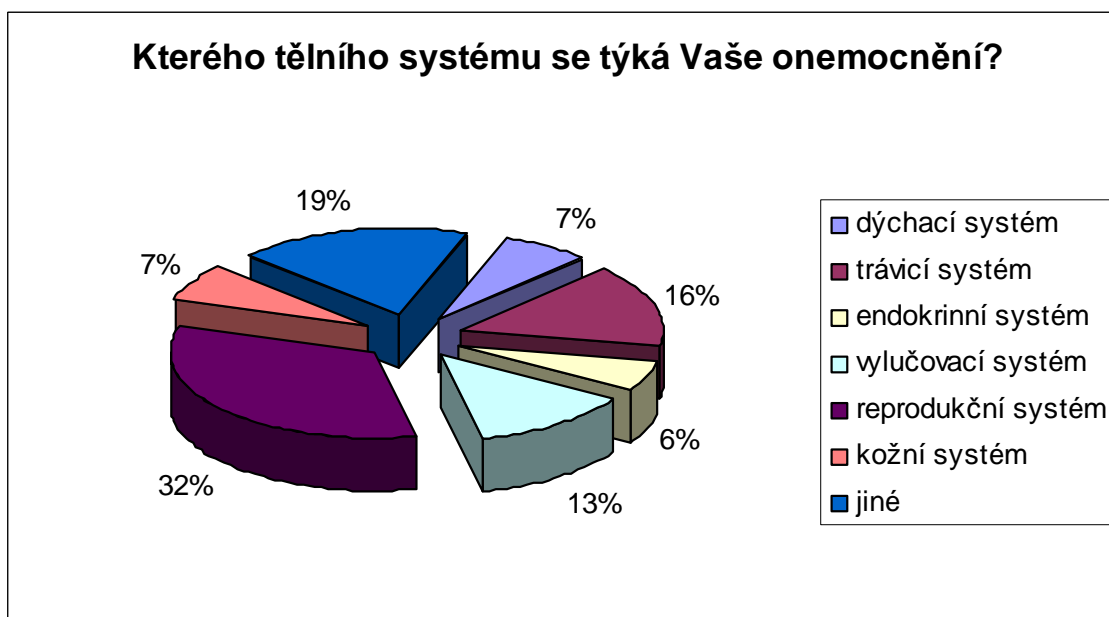
Respondenti byli rozděleni do čtyř věkových kategorií. Z grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce byla zastoupena kategorie 45 – 65 let, což bylo 49 % respondentů, 29 % respondentů bylo ve věku 20 – 45 let, 19 % respondentů bylo starší 65-ti let a pouze 3 % odpovídajících respondentů bylo mladší než 20 let.

Otázka č. 3

Kterého tělního systému se týká Vaše onemocnění?

Tabulka č. 3 Tělní systém

Tělní systém	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
dýchací systém	7	7
trávicí systém	16	16
endokrinní systém	6	6
vylučovací systém	13	13
reprodukční systém	34	32
kožní systém	7	7
jiné	19	19
Celkem	102	100



Graf č. 3 Tělní systém

Z položky č. 3 vyplynulo, že nejvíce se účastnili dotazníkového šetření klienti s onkologickým onemocněním *reprodukčního systému* - 32%, nejčastěji se jednalo o nádorové onemocnění dělohy, děložního čípku a prsu. Druhá nejčastější odpověď byla zvolena možnost *jiné*, což zvolilo 19% respondentů. Ve většině případů se jednalo o lymfom, Hodgkinův i non-Hodgkinův a nádorová onemocnění krevních elementů. 16% respondentů zvolilo

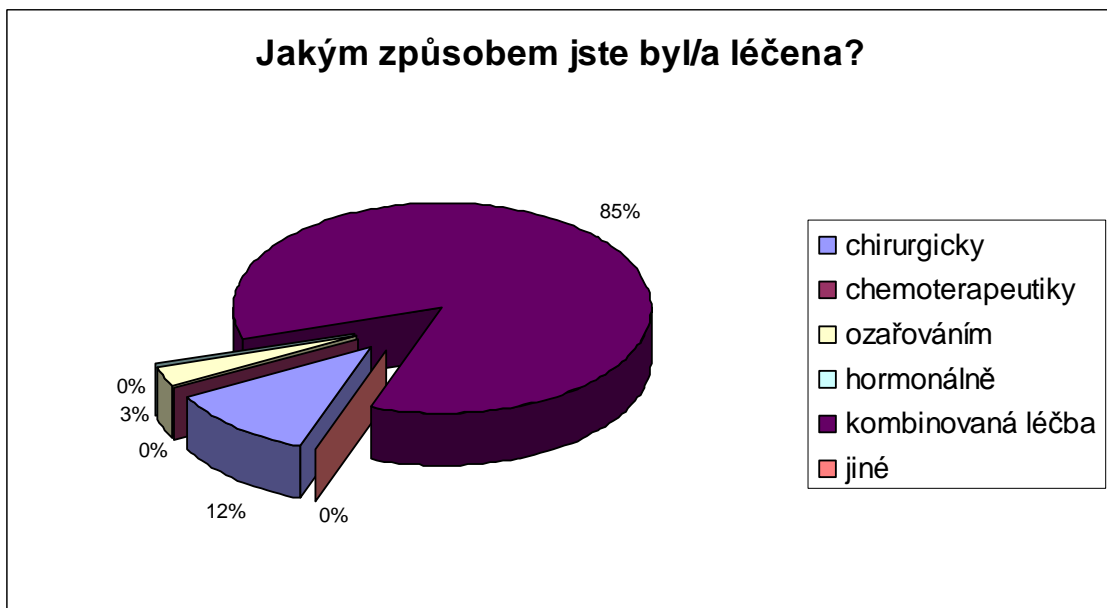
možnost *trávicí systém*, kde bylo nejčastěji uváděno tlusté střevo a žaludek. 13% respondentů vybralo odpověď *vylučovací systém*, 7% respondentů zvolilo možnost *kožní systém*, dalších 7% vybralo možnost *dýchací systém* a 6% respondentů odpovědělo možností *endokrinní systém*.

Otázka č. 4

Jakým způsobem jste byl/a léčen/a?

Tabulka č. 4 Způsob léčby

Způsob léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
chirurgicky	12	12
chemoterapeutiky	0	0
ozařováním	3	3
hormonálně	0	0
kombinovaná léčba	87	85
jiné	0	0
Celkem	102	100



Graf č. 4 Způsob léčby

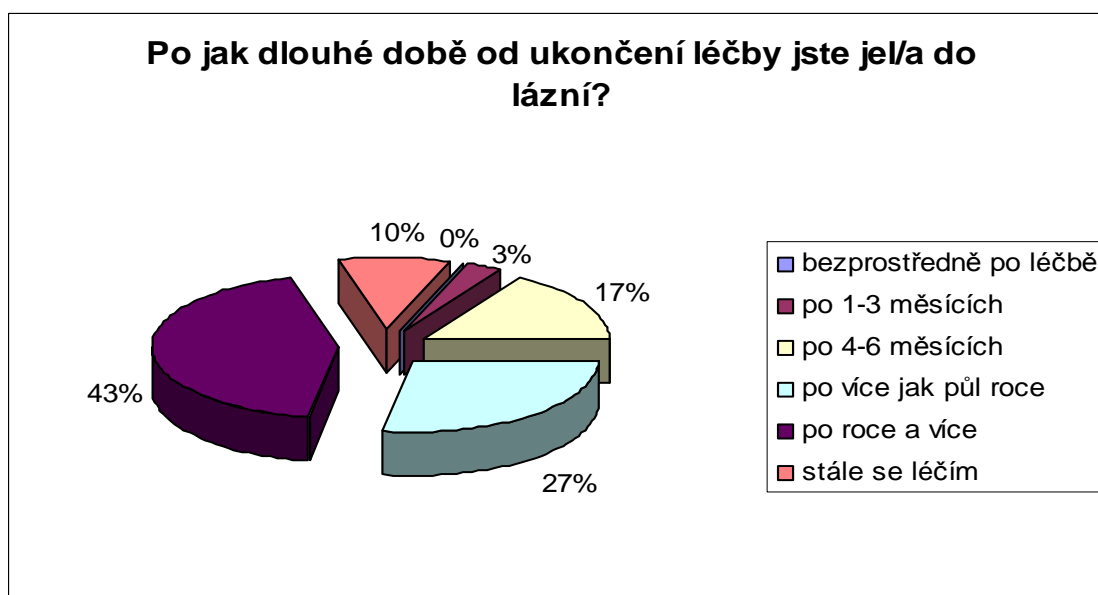
Z grafu č. 4 vyplývá jako nejčastější odpověď respondentů možnost *e) kombinovaná léčba*, kterou vybralo 85% respondentů a kde se nejčastěji jednalo o léčbu pomocí chemoterapeutik a radioterapii, ve většině případů byla doplněna o chirurgickou či hormonální léčbu. Z této položky tedy jasně vyplývá nutnost komplexní léčby většiny onkologických onemocnění. Pouze 12% respondentů zvolilo možnost *chirurgické léčby* a jen 3% odpověď *ozařování*.

Otázka č. 5

Po jak dlouhé době od ukončení léčby jste jel/a do lázní?

Tabulka č. 5 Ukončení léčby

Po jak dlouhé době jste jel/a do lázní?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
bezprostředně po léčbě	0	0
po 1-3 měsících	3	3
po 4-6 měsících	17	17
po více jak půl roce	28	27
po roce a více	44	43
stále se léčím	10	10
Celkem	102	100



Graf č. 5 Ukončení léčby

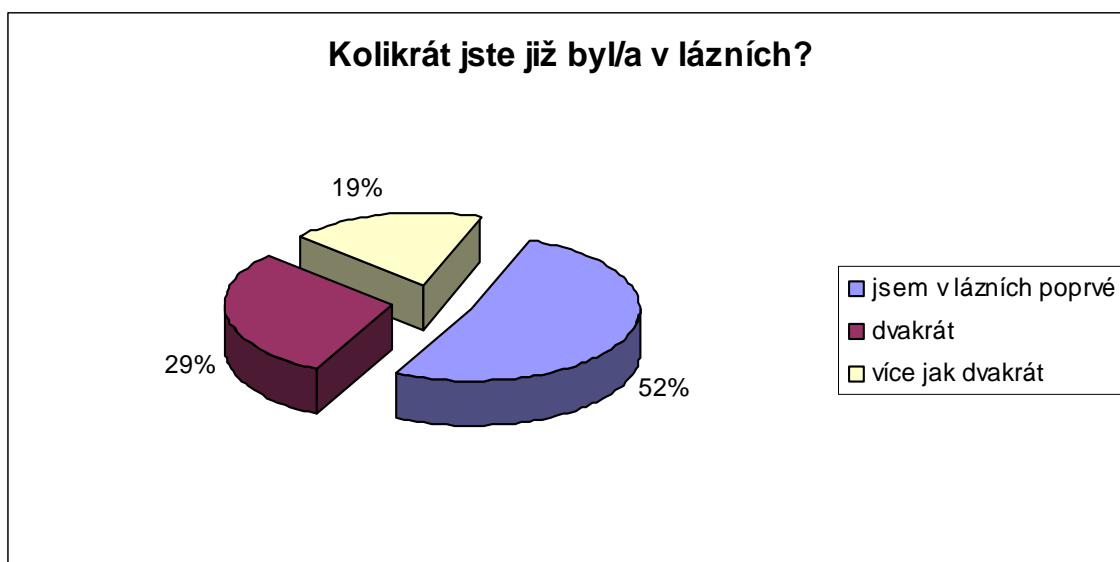
Cílem otázky č. 5 bylo zjistit, po jak dlouhé době, od ukončení léčby, navštěvují onkologičtí klienti lázně. Z grafu je zřejmé, že nejčastěji využívají lázeňské léčby klienti *po roce a více* od ukončení léčby, což zvolilo 43% respondentů. 27% respondentů navštívilo lázně *po půl roce či více* od ukončení léčby, 17% klientů využilo lázeňskou léčbu již *po 4-6 měsících*, 10% respondentů uvedlo možnost *stále se léčím*, kde se jednalo o hormonální léčbu po karcinomu prsu a 3% klientů vybralo možnost *1-3 měsíce od ukončení léčby*.

Otázka č. 6

Kolikrát jste již byl/a v lázních?

Tabulka č. 6 Počet lázeňských pobytů

Kolikrát jste již byl/a v lázních?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
jsem v lázních poprvé	53	52
dvakrát	30	29
více jak dvakrát	19	19
Celkem	102	100



Graf č. 6 Počet lázeňských pobytů

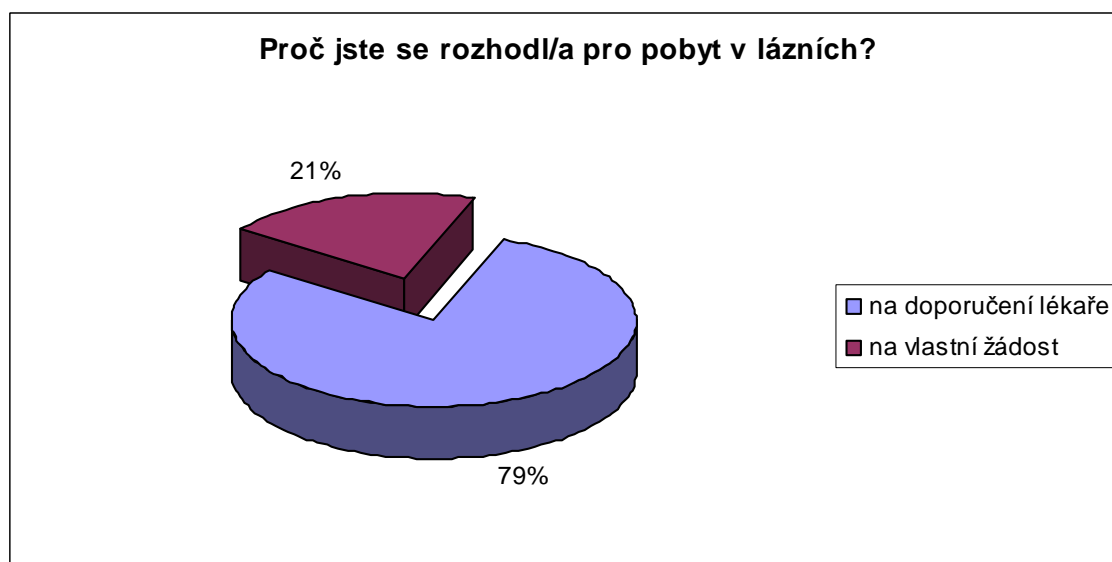
Z grafu č. 6 vyplývá, že 52% respondentů bylo v lázeňském zařízení *poprvé*, 29% klientů již *podruhé* a 19% respondentů bylo v lázeňské péči *více jak dvakrát*.

Otázka č. 7

Proč jste se rozhodl/a pro pobyt v lázních?

Tabulka č. 7 Důvod pobytu

Proč jste se rozhodl/a pro pobyt v lázních?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
na doporučení lékaře	81	79
na vlastní žádost	21	21
Celkem	102	100



Graf č. 7 Důvod pobytu

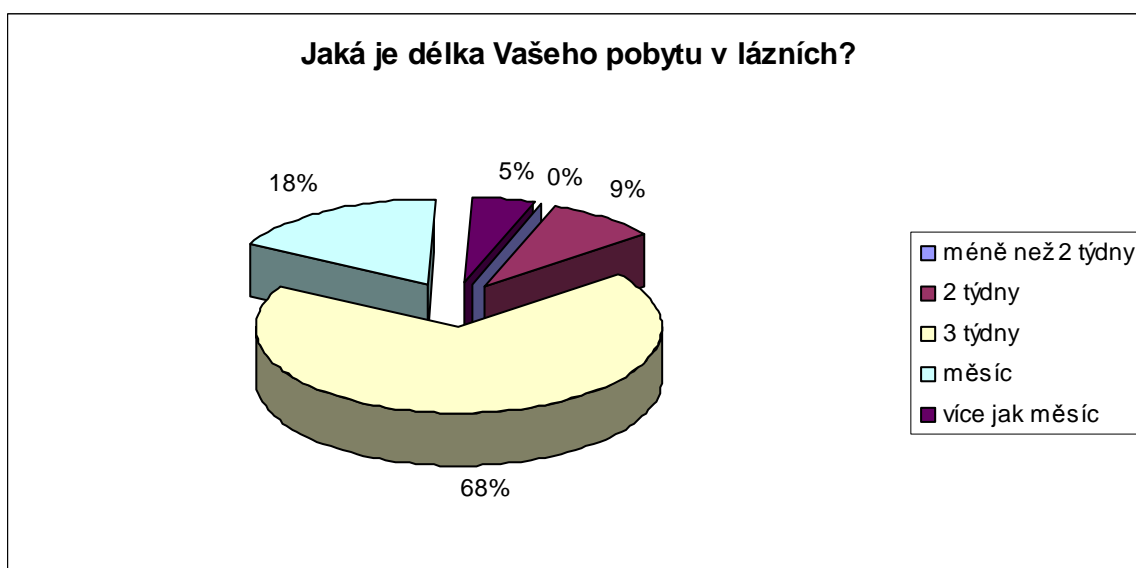
Pobyt v lázních zvolilo 79% respondentů *na doporučení lékaře*, 21% klientů se rozhodlo pro lázeňský pobyt *z vlastního uvážení*.

Otázka č. 8

Jaká je délka Vašeho pobytu v lázních?

Tabulka č. 8 Délka pobytu

Jaká je délka Vašeho pobytu v lázních?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 2 týdny	0	0
2 týdny	9	9
3 týdny	70	68
měsíc	18	18
více jak měsíc	5	5
Celkem	102	100



Graf č. 8 Délka pobytu

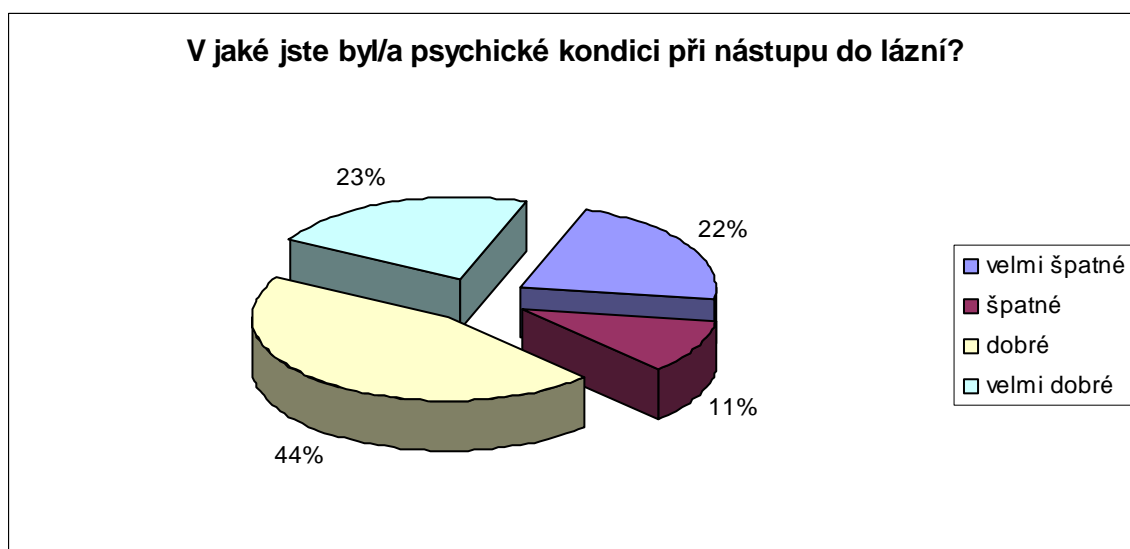
Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, jaká je délka pobytu onkologických klientů v lázních. Lázeňský pobyt by měl trvat 21 dní s možností prodloužení až o 2 týdny. Tomu odpovídá nejčastější odpověď respondentů, možnost c) 3 týdny, kterou zvolilo 68%. 18% respondentů zvolilo odpověď *měsíc*, 9% klientů zvolilo možnost 2 týdny a 5% respondentů vybralo odpověď *více jak měsíc*.

Otázka č. 9

V jaké jste byl/a psychické kondici při nástupu do lázní?

Tabulka č. 9 Psychická kondice při nástupu

V jaké jste byl/a psychické kondici při nástupu do lázní?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi špatné	22	22
špatné	11	11
dobré	46	44
velmi dobré	23	23
Celkem	102	100



Graf č. 9 Psychická kondice při nástupu

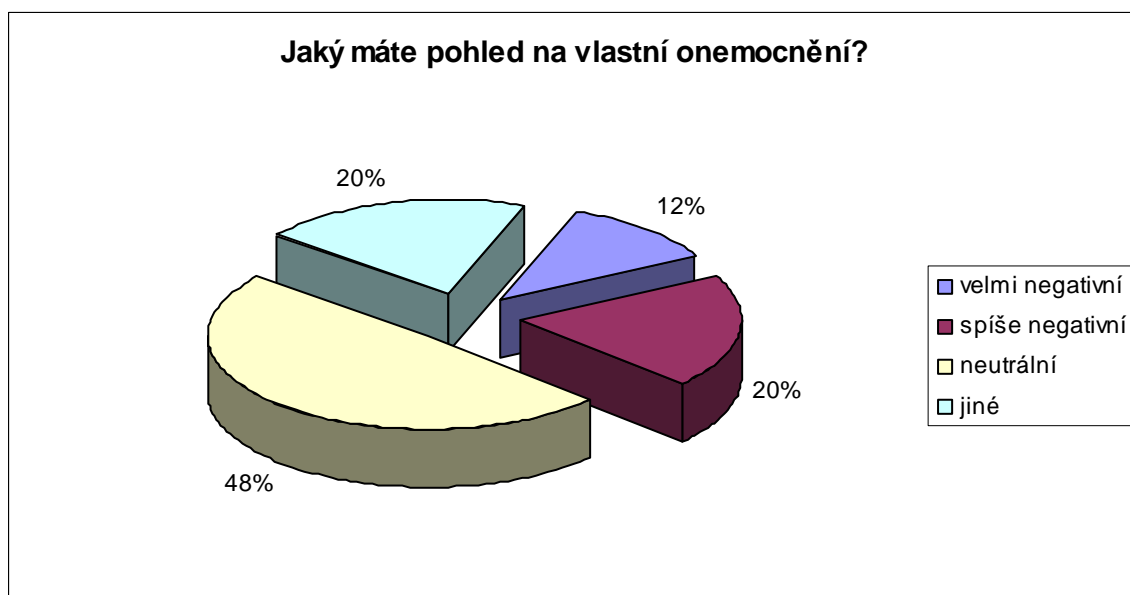
Z grafu č. 9 vyplývá, že 44% respondentů bylo při nástupu do lázní v *dobré* psychické kondici, 23% klientů bylo ve *velmi dobré* psychické pohodě, 22% respondentů bylo při nástupu do lázeňského zařízení ve *velmi špatné* psychické kondici a 11% klientů se cítilo po psychické stránce *špatně*.

Otázka č. 10

Jaký máte pohled na vlastní onemocnění?

Tabulka č. 10 Pohled na vlastní onemocnění

Jaký máte pohled na vlastní onemocnění?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi negativní	12	12
spíše negativní	20	20
neutrální	50	48
jiné	20	20
Celkem	102	100



Graf č. 10 Pohled na vlastní onemocnění

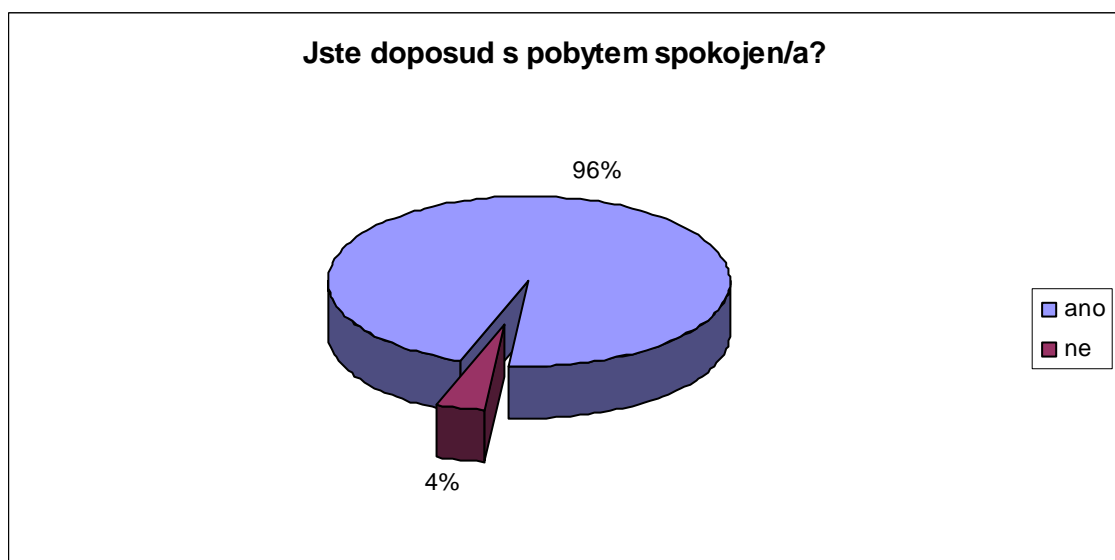
Z dotazovaných respondentů má 48% *neutrální* pohled na své onemocnění, 20% respondentů uvedlo možnost *spíše negativní* pohled na vlastní onemocnění, dalších 20% zvolilo odpověď *jiné*, kde nejčastěji uváděli pohled pozitivní s objasněním, že pozitivní pohled léčí a 12% respondentů zvolilo možnost *velmi negativní* pohled na vlastní onemocnění.

Otázka č. 11

Jste doposud s pobytem spokojen/a?

Tabulka č. 11 Spokojenost s pobytem

Jste doposud s pobytem spokojena?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	98	96
ne	4	4
Celkem	102	100



Graf č. 11 Spokojenost s pobytem

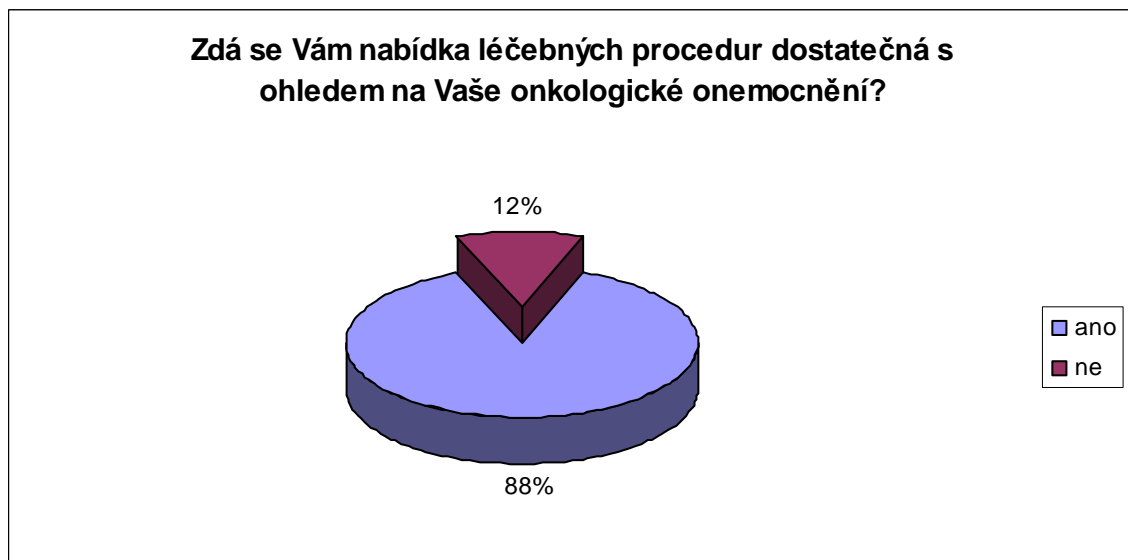
Z grafu č. 11 vyplývá, že celých 96% respondentů je s lázeňským pobytem *naprosto spokojeno* a pouze 4% klientů *spokojeno není* a to z důvodu absence kadeřnickým a kosmetickými služeb.

Otázka č. 12

Zdá se Vám nabídka léčebných procedur dostatečná s ohledem na Vaše onkologické onemocnění?

Tabulka č. 12 Dostatečnost lázeňských procedur

Zdá se Vám nabídka léčebných procedur dostatečná?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	90	88
ne	12	12
Celkem	102	100



Graf č. 12 Dostatečnost lázeňských procedur

Z grafu č. 12 je zřejmé, že 88% respondentů se *zdá* nabídka léčebných procedur s ohledem na jejich onkologické onemocnění *dostatečná* a jen 12% klientům se nabídka procedur *dostatečná nezdá*.

Otázka č. 13

Zdají se Vám vědomosti lázeňského personálu v onkologii dostatečné?

Tabulka č. 13 Vědomosti personálu v onkologii

Zdají se Vám vědomosti lázeňského personálu v onkologii dostatečné?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	64	63
částečně	35	34
ne	3	3
Celkem	102	100



Graf č. 13 Vědomosti personálu v onkologii

Na otázku, zda-li se respondentům zdají vědomosti lázeňského personálu v onkologii dostatečné, zvolilo 63% klientů možnost *ano*, 34% respondentů vybralo možnost *částečně* a pouze 3% lázeňských hostů zvolilo odpověď *ne*.

Otázka č. 14

Zdají se Vám vědomosti lázeňského personálu v rehabilitaci s ohledem na onkologické onemocnění dostatečné?

Tabulka č. 14 Vědomosti personálu v rehabilitaci

Zdají se Vám vědomosti personálu v rehabilitaci dostatečné?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	63	62
částečně	39	38
ne	0	0
Celkem	102	100



Graf č. 14 vědomosti personálu v rehabilitaci

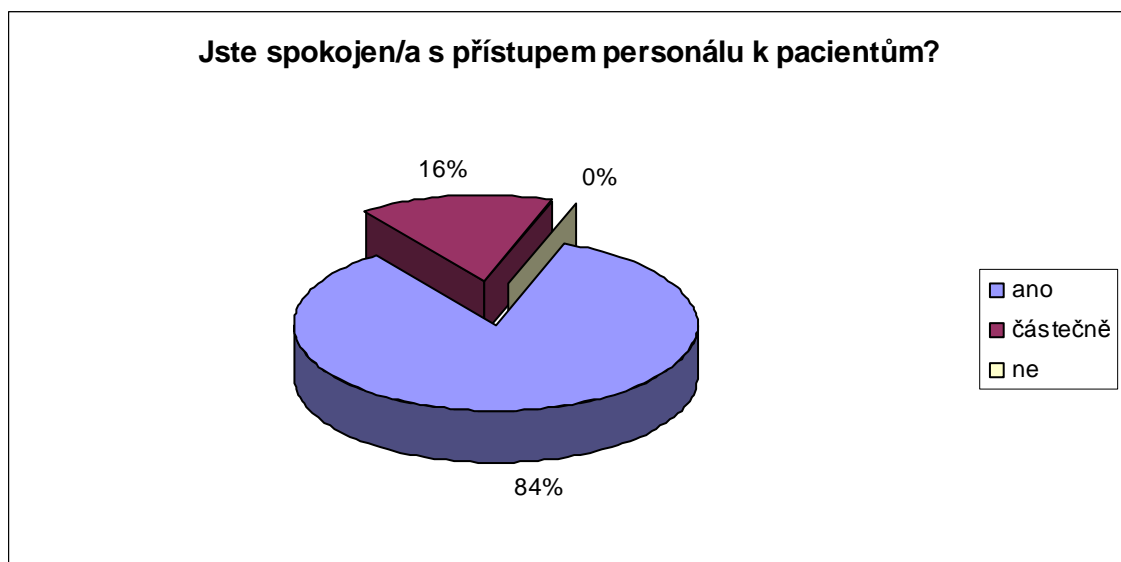
Otázka č. 14 měla za cíl zjistit, zda-li jsou, podle respondentů, vědomosti lázeňského personálu v rehabilitaci s ohledem na onkologické onemocnění dostatečné. 62% respondentů odpovědělo možností *ano* a 38% respondentů zvolilo možnost *částečně*.

Otázka č. 15

Jste spokojen/a s přístupem personálu k pacientům?

Tabulka č. 15 Spokojenost s personálem

Jste spokojen/a s přístupem personálu k pacientům?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	86	84
částečně	16	16
ne	0	0
Celkem	102	100



Graf č. 15 Spokojenost s personálem

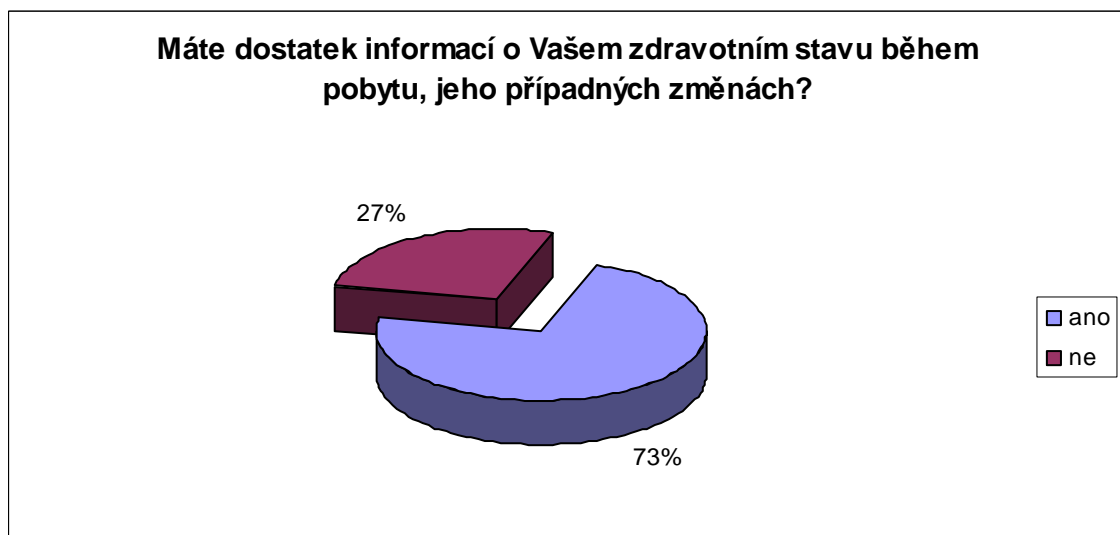
Z grafu je zřejmé, že 84% respondentů je *spokojeno* s přístupem personálu ke klientům a 16% respondentů je spokojeno *částečně*.

Otázka č. 16

Máte dostatek informací o Vašem zdravotním stavu během pobytu, jeho případných změnách?

Tabulka č. 16 Dostatek informací o zdravotním stavu

Máte dostatek informací o Vašem zdravotním stavu?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	74	73
ne	28	27
Celkem	102	100



Graf č. 16 Dostatek informací o zdravotním stavu

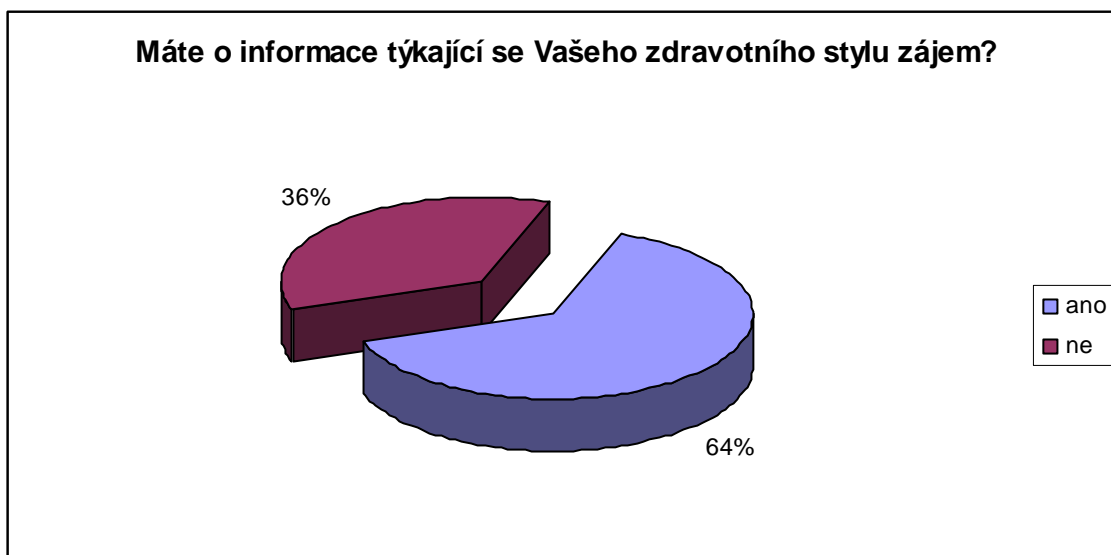
Dostatek informací svém zdravotním stavu během lázeňského pobytu a jeho případných změnách mělo 73% respondentů, 27% respondentů nemělo dostatek těchto informací.

Otázka č. 16.1

Máte o tyto informace zájem?

Tabulka č. 17 Zájem klientů o informace

Máte o tyto informace zájem?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	18	64
ne	10	36
Celkem	28	100



Graf č. 17 Zájem klientů o informace

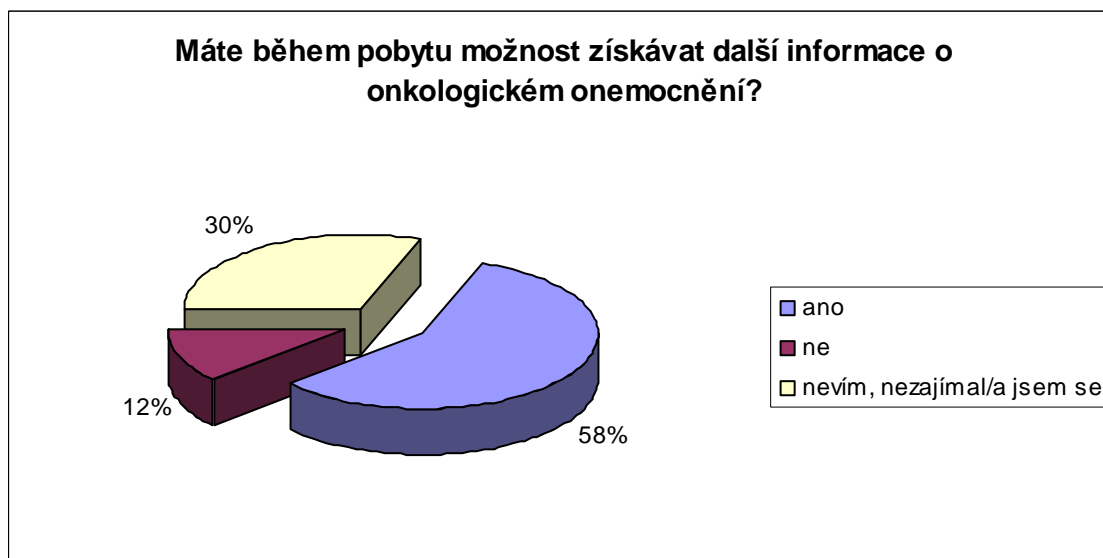
27% respondentů, kteří odpověděli na otázku č. 16 negativně odpovídalo také na podotázku, zda-li má o chybějící informace týkající se vlastního zdravotního stavu zájem. 64% klientů zvolilo možnost *ano*, 36% odpověď *ne*.

Otázka č. 17

Máte během pobytu možnost získávat další informace o onkologickém onemocnění?

Tabulka č. 18 Možnost získávání dalších informací

Máte možnost získávat další informace o onkologickém onemocnění?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	59	58
ne	12	12
nevím, nezajímá/a jsem se	31	30
Celkem	102	100



Graf č. 18 Možnost získávání dalších informací

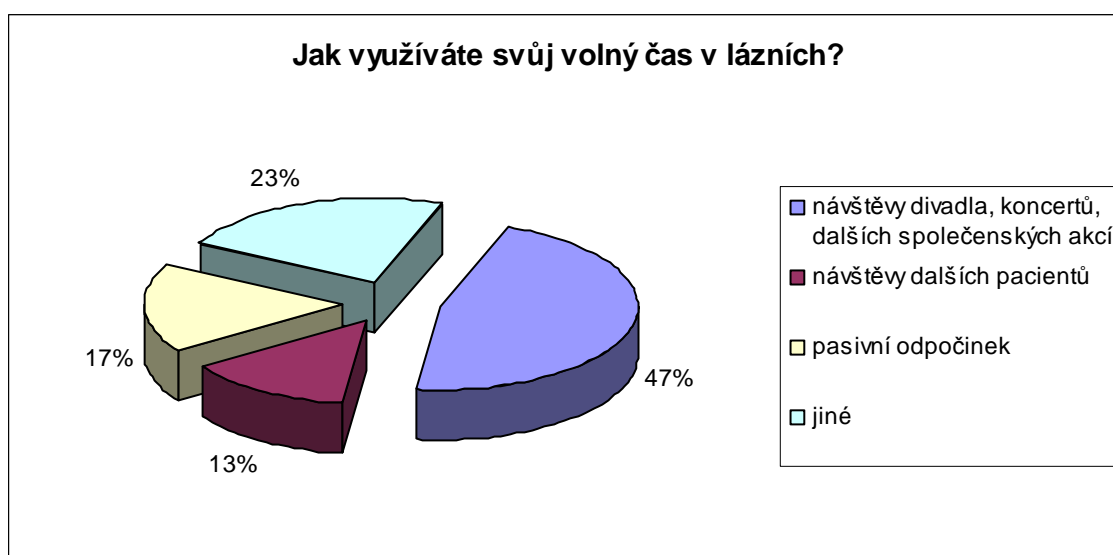
Otázka č. 17 měla za cíl zjistit možnost získávání nových informací o onkologickém onemocnění pro lázeňské hosty během pobytu. 58% respondentů zvolilo možnost *ano*, což znamená, že klienti měli možnost získávat další potřebné informace o onemocnění, 30% zvolilo možnost *nevím, nezajímá/a jsem se* a 12% uvedlo možnost *ne*, což znamená, že respondenti neměli možnost získávat další informace o onkologickém onemocnění.

Otázka č. 18

Jak využíváte svůj volný čas v lázních?

Tabulka č. 19 Volný čas

Jak využíváte svůj volný čas v lázních?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
návštěvy divadla, koncertů, dalších společenských akcí	80	47
návštěvy dalších pacientů	23	13
pasivní odpočinek	30	17
jiné	39	23
Aktivít celkem	172	100



Graf č. 19 Volný čas

V otázce č. 18 bylo možno zvolit více odpovědí. Absolutní četnost tady tedy vyjadřuje, kolikrát byla která možnost zvolena. Z grafu č. 18 vyplývá, že nejčastěji byla zvolena možnost a) *návštěvy divadla, koncertů, dalších společenských akcí*, čemuž odpovídá 47%, druhá nejčastější odpověď byla možnost d) *jiné*, kde byly ve většině případů uváděny procházky po městě, což činilo 23%, ze 17-ti% byla zvolena možnost *pasivního odpočinku* a ve 13-ti% byla zvolena odpověď *návštěvy dalších pacientů*.

Otázka č. 19

Stýkáte se během pobytu ve svém volném čase s dalšími onkologickými pacienty?

Tabulka č. 20 Kontakt s dalšími onkologickými pacienty

Stýkáte se ve svém volném čase s dalšími onkologickými pacienty?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	69	68
ne	33	32
Celkem	102	100



Graf č. 20 Kontakt s dalšími onkologickými pacienty

Otázka č. 19 měla za cíl zjistit, zda-li mají lázeňští hosté zájem o kontakt s dalšími onkologickými klienty ve svém volném čase. 68% respondentů *se stýká* s dalšími onkologickými pacienty, 32% *není v kontaktu* s dalšími onkologickými klienty ve svém volném čase.

Otázka č. 19.1

Cítíte se díky kontaktu s dalšími pacienty lépe?

Tabulka č. 21 Vliv kontaktu s onkologickými klienty

Cítíte se díky kontaktu s dalšími pacienty lépe?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	56	82
ne	12	18
Celkem	68	100



Graf č. 21 Vliv kontaktu s onkologickými klienty

68% respondentů, kteří v otázce č. 19 uvedli, že jsou ve svém volném čase v kontaktu s dalšími onkologickými klienty odpovídalo na podotázku, zda-li jim takový kontakt pomáhá cítit se lépe. 82% respondentů se díky společnému trávení volného času uvádí *pozitivní účinky*, pouze 18% zvolilo *zápornou odpověď*.

Otázka č. 20

Podstupujete lázeňskou léčbu společně s dalšími onkologickými pacienty?

Tabulka č. 22 Společná lázeňská léčba

Podstupujete lázeňskou léčbu společně s dalšími onkologickými pacienty?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	67	65
ne	20	20
nevím	15	15
Celkem	102	100



Graf č. 22 Společná lázeňská léčba

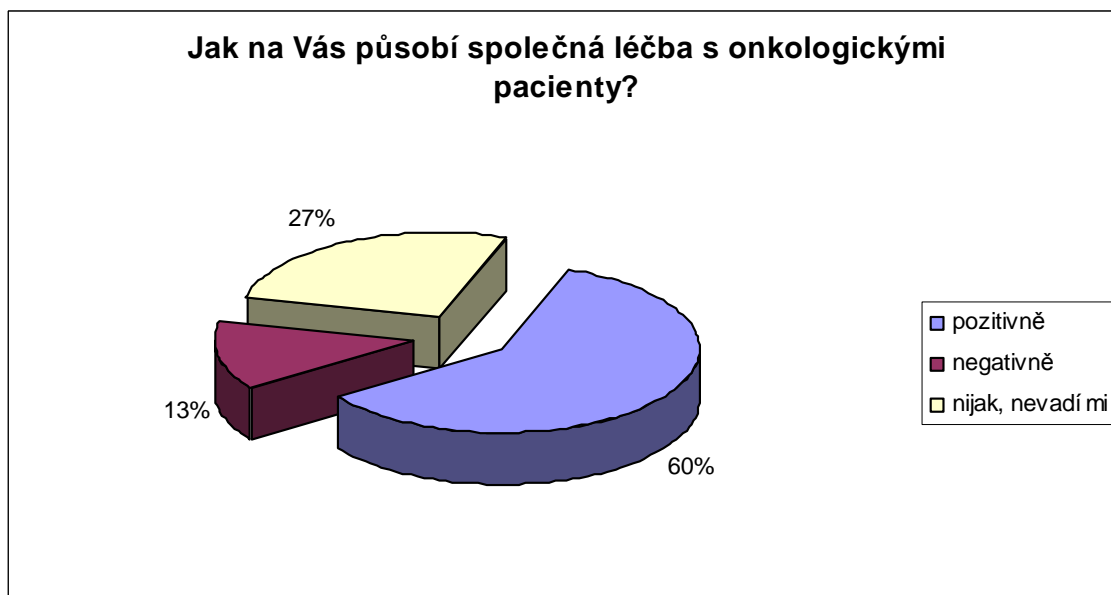
Otázka č. 20 měla za cíl zjistit, zda onkologičtí klienti podstupují lázeňskou léčbu společně. 65% zvolilo *ano*, ti podstupují tedy lázeňské procedury společně s dalšími onkologickými klienty, 20% zvolilo možnost *ne* a 15% označilo odpověď *nevím*.

Otázka č. 20.1

Jak na Vás působí společná léčba s onkologickými pacienty?

Tabulka č. 23 Vliv společné léčby

Působení společné léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
pozitivně	40	60
negativně	9	13
nijak, nevadí mi	18	27
Celkem	67	100



Graf č. 23 Vliv společné léčby

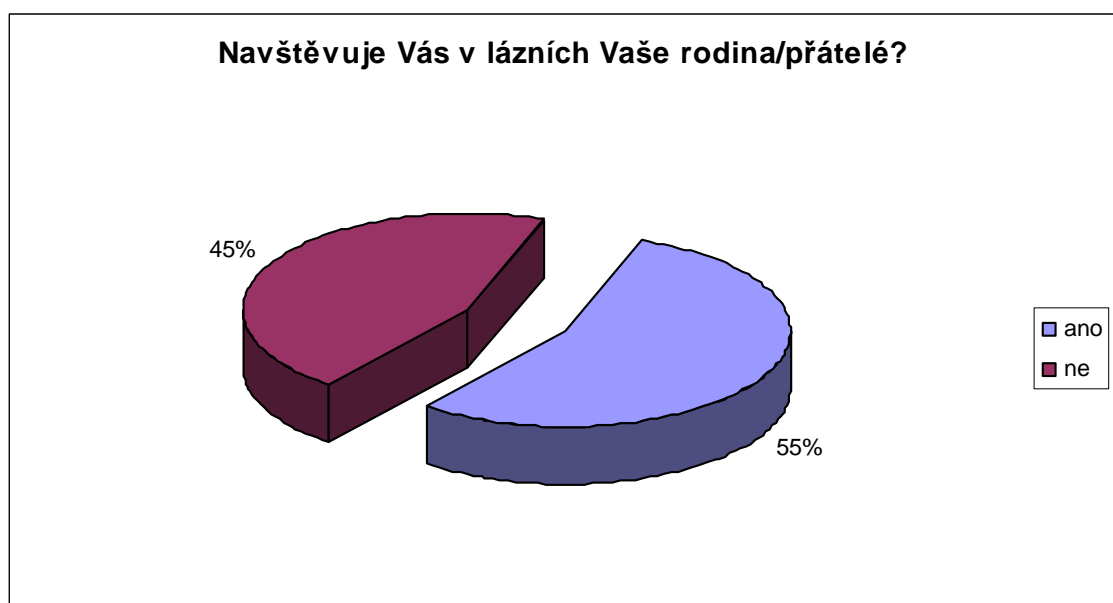
65% respondentů, kteří v otázce č. 20 odpověděli, že podstupují lázeňskou léčbu společně s dalšími onkologickými klienty odpovídalo na podotázku, jak na ně společná léčba působí. Na 60% respondentů působí společná léčba *pozitivně*, 27% klientů zvolilo možnost neutrální, *bez výraznějšího účinku* společné léčby a pouze na 13% odpovídajících respondentů působí společná léčba *negativně*.

Otázka č. 21

Navštěvuje Vás v lázních Vaše rodina/přátelé?

Tabulka č. 24 Návštěvy rodiny/přátel

Navštěvuje Vás v lázních Vaše rodina/přátelé?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	56	55
ne	46	45
Celkem	102	100



Graf č. 24 Návštěvy rodiny/přátel

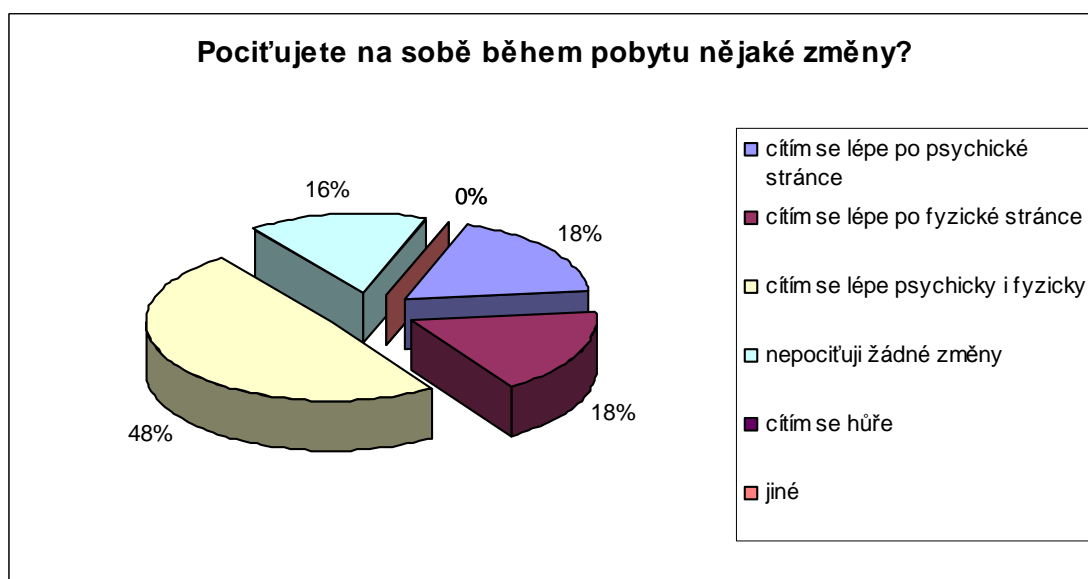
Z grafu č. 21 vyplývá, že 55% respondentů *navštěvuje* v lázních jejich rodina či přátelé, 45% klientů jejich rodina a přátelé *nenavštěvují*.

Otázka č. 22

Pocitujete na sobě během pobytu nějaké změny?

Tabulka č. 25 Pociťované změny

Pocitujete na sobě během pobytu nějaké změny?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
cítím se lépe po psychické stránce	18	18
cítím se lépe po fyzické stránce	18	18
cítím se lépe psychicky i fyzicky	50	48
nepocituji žádné změny	16	16
cítím se hůře	0	0
jiné	0	0
Celkem	102	100



Graf č. 25 Pociťované změny

Otázka č. 22 měla za cíl zjistit, zda a jak lázeňská péče pomáhá onkologickým klientům. 48% respondentů uvedlo, že se cítí lépe *psychicky i fyzicky*, 18% respondentů odpovědělo zlepšení *psychické*, dalších 18% uvedlo zlepšení *fyzické* a 16% klientů nepocitovalo na sobě *žádné změny*.

Otázka č. 23

Měl/a byste v budoucnu zájem o další pobyt v lázních?

Tabulka č. 26 Zájem o další lázeňský pobyt

Měl/a byste v budoucnu zájem o další pobyt v lázních?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	102	100
ne	0	0
nevím	0	0
Celkem	102	100



Graf č. 26 Zájem o další lázeňský pobyt

V otázce č. 23 odpovědělo 100% respondentů jednoznačně, o další lázeňský pobyt by v budoucnu *mělo rozhodně zájem*.

Otázka č. 24

Máte zájem o účast v onkologických klubech (Mamma Help, Klub stomiků...)?

Tabulka č. 27 Onkologické kluby

Máte zájem o účast v onkologických klubech?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	28	27
ne	54	53
již se účastním	20	20
Celkem	102	100



Graf č. 27 Onkologické kluby

Otázka č. 24 měla za cíl zjistit, zda-li mají onkologičtí klienti zájem o účast v onkologických klubech nebo zda se již účastní. 53% dotazovaných respondentů zvolilo možnost *ne*, 27% vybralo odpověď *ano* a 20% klientů uvedlo, že se onkologických klubů *již účastní*.

7 DISKUZE

V praktické části své bakalářské práce jsem se zaměřila na vliv lázeňské péče na pacienty po onkologickém onemocnění. Zda jim pobyt v lázních pomáhá cítit se lépe, jaký mají pohled na vlastní onemocnění, jejich názory na lázeňskou péči a vědomosti personálu, trávení volného času a zda-li jsou v lázních v kontaktu s dalšími onkologickými klienty.

Dotazníkové šetření obsahovalo 24 otázek. Z dotazníků jsem zjistila, že většina respondentů byly ženy, 77%. Nejvíce zastoupená, ze 49-ti%, byla věková kategorie 45-65 let. Další otázka se zaměřovala na postižení konkrétního tělního systému onkologickým onemocněním. Nejčastější odpověď, 32%, byla reprodukční systém, kde byl nejvíce uváděn karcinom prsu, dělohy a děložního čípku. Druhá nejčastější odpověď, 19%, byla možnost jiné – onemocnění lymfatického systému a krevních elementů. Další část se věnovala způsobu léčby onkologického onemocnění a doby, od ukončení léčby po nástup do lázní. 85% respondentů prodělalo kombinovanou léčbu. V této otázce se ukázalo, že v dnešní době je ve většině případů nutná komplexní léčba. Většina respondentů uváděla léčbu chemoterapeutiky a radioterapii, často doplněnou o chirurgickou či hormonální léčbu. 43% respondentů nastoupilo do lázní po roce a více, od ukončení léčby, což je správně. U respondenta, který podstoupil lázeňskou léčbu již po několika měsících se dokonce objevila odpověď, že by byl rozhodně lepší větší rozestup. Menší část klientů odpověděla, že se stále léčí. Jednalo se o ženy po onkologickém onemocnění prsu na hormonální léčbě.

Na otázku týkající se délky pobytu v lázních odpovědělo 68% klientů možností 3 týdny. Lázeňský pobyt onkologického klienta by měl opravdu trvat 21 dní s možností prodloužení až o dva týdny.

Další část dotazníků se týkala informovanosti lázeňských hostů a lázeňského personálu. Vědomosti personálu v oboru onkologie označilo 63% jako plně dostačující. Vědomosti personálu v rehabilitaci zvolilo 62% respondentů jako dobré. Hodnocení přístupu personálu ke klientům vyšlo v 84% pozitivní, bez výhrad. Informovanost klientů byla vyhodnocena ze 73% jako dostačující. Z klientů, kteří uvedli, že nemají dostatek informací o svém zdravotním stavu a jeho případných změnách, mělo 64% z nich o tyto informace zájem. V otázce týkající se získávání nových informací o onkologickém onemocnění mělo tuto možnost 58%. 30% se o tuto možnost nezajímalo. Lázeňští klienti by určitě měli mít mož-

nost získávat nové informace jednak o svém onemocnění a další věci týkající se zdraví, ale také o změnách jejich zdravotního stavu.

V otázkách týkající se kontaktu s dalšími lázeňskými hosty a onkologickými klienty má více jak polovina zájem být v kontaktu. Většinou společně strávený čas pomáhá a cítí se díky němu lépe. Také více jak polovina respondentů podstupuje léčbu společně s onkologickými klienty, a ta na 60% z nich působí pozitivně. 55% respondentů navštěvuje v lázních rodina či přátelé, ale u mnoha klientů, kteří odpověděli, že je v lázních nikdo ne navštěvuje se objevily poznámky telefonního kontaktu s rodinou. Což je pro lázeňského klienta určitě pozitivní, mít také možnost být stále v kontaktu se svými blízkými, během celého pobytu.

Na otázku týkající se pociťovaných změn odpovědělo kladně 84% respondentů. Ti na sobě cítili pozitivní změny psychické i fyzické, či jen změnu psychiky nebo fyzického stavu.

100% respondentů by mělo v budoucnu zájem o další lázeňský pobyt. Otázkou ale zůstává, zda by byl zájem stále tak velký, pokud by si museli pobyt platit klienti sami.

Na poslední otázku týkající se účasti v onkologických klubech odpovědělo 53% negativně, 27% by zájem o účast mělo a jen 20% se již účastní.

Pro výzkumnou část byly stanoveny a vyhodnoceny následující cíle:

C1 - Zjistit vliv lázeňského prostředí na psychickou stránku pacienta.

Domnívala jsem se, že lázeňské prostředí bude mít pozitivní vliv na psychickou stránku pacienta. 44% respondentů bylo v dobré psychické kondici při nástupu do lázní, 23% bylo ve velmi dobré, 22% ve velmi špatné psychické kondici a 11% klientů ve špatné. Lázeňská léčba má určitě vliv na klienty. Můj názor se mi potvrdil v otázce týkající se pociťovaných změn během léčby, kde 48% respondentů uvedlo změny po psychické i fyzické stránce, 18% pociťovalo pouze psychické zlepšení a dalších 18% respondentů uvádělo fyzické změny k lepšímu. Pouze 16% klientů uvedlo, že nepociťuje žádné změny. Dle mého názoru mohlo mít částečný vliv i způsob trávení volného času. Na tuto otázku odpovídala většina respondentů volbou odpovědi využívání návštěv divadel, koncertů a dalších společenských akcí. Ve většině případů doplněnou nejméně jednou další aktivitou, kde se nejčastěji jednalo o procházky po městě a okolí. Tím by se možná také dalo vysvětlit zlepšení stavu, mini-

málně psychického. Má domněnka se tedy potvrdila. Lázeňská péče a lázeňské prostředí má vliv na psychickou stránku pacienta.

C2 - Zjistit zájem pacientů o kontakt s dalšími klienty s nádorovým onemocněním.

Předpokládala jsem, že onkologičtí návštěvníci lázní budou mít zájem setkávat se s dalšími onkologickými pacienty, aby si mohli sdělovat své pocity a zkušenosti s onemocněním. Předpoklad se mi po vyhodnocení dotazníkového šetření potvrdil. 68% respondentů je ve svém volném čase v lázních v kontaktu s dalšími onkologickými pacienty a z nich celých 82% respondentů se díky těmto kontaktům cítí lépe. 65% onkologických klientů podstupuje i lázeňskou léčbu společně a z nich 60% uvedlo, že společná léčba má na ně pozitivní vliv.

C3 - Zjistit dostatečnost lázeňské péče pro onkologické pacienty.

Domnívala jsem se, že lázeňská péče nebude pro pacienty úplně dostatečná, především z důvodu chybění lázeňských procedur zaměřené přímo na onkologické klienty. Domněnka se mi nepotvrdila, 88% respondentů je s nabídkou léčebných procedur spokojeno. Spokojenost se projevila i v otázce celkové spokojenosti s pobytem, kde pozitivně odpovědělo 96% respondentů. Nespokojenost byla vyjádřena ženami, z důvodu absence kadeřnických a kosmetických služeb.

Z dotazníkového šetření tedy vyplývá spokojenost lázeňských hostů s pobytem a péčí. Zásluhu na tomto zjištění má zajisté i vysoká kvalita českého lázeňství, což pozitivně přispívá k dobré rekonvalescenci po nádorovém onemocnění.

8 ZÁVĚR

Onkologické onemocnění je v současnosti zásadní problém moderní společnosti. Incidence nádorových onemocnění stále roste. Naštěstí díky zvyšující se kvalitě lékařské péče, novým technologiím a preventivním programům dochází za poslední roky k stabilizaci mortality, a dokonce u některých maligních onemocnění, i k jejímu poklesu.

Účinnost léčby závisí také z velké míry na včasné diagnostice a zahájení rychlé, účinné léčby. Jak jsem si ověřila dotazníkovým šetřením, léčba je v dnešní době ve většině případů komplexní, kdy se volí hned několik léčebných možností. Po ukončení léčebné fáze, kdy není přítomen žádný nádor, metastázy či postižení uzlin a nedochází-li k recidivě, mohou onkologičtí klienti využít lázeňské péče. Analýzou dotazníkového šetření jsem zjistila, že zájem o lázeňský pobyt je velký. Klienti jsou v lázních ve většině případů spokojeni, množství léčebných procedur se zdá s ohledem na onkologické onemocnění dostatečné a svůj volný čas v lázních si užívají naplno. Více jak polovina lázeňských hostů využívá možnost kontaktu s dalšími onkologickými klienty, což uvádějí jako pozitivní vliv na sebe sama. Tyto všechny skutečnosti potvrdily i odpovědi v otázce týkající se pocíťovaných změn v průběhu pobytu. U většiny se projevilo zlepšení jejich fyzického či psychického stavu. Z celé praktické části tedy vyplývá velký přínos a vliv lázeňské léčby pro onkologické klienty.

Bakalářská práce mi přiblížila pohled onkologických pacientů na tak závažné onemocnění, jako je obávaná rakovina a upevnila mi můj názor na důležitost dodržení vhodné rehabilitace a rekonvalescence po onkologickém onemocnění a na zlepšení zdravotního stavu klientů právě díky lázeňské péči.

Se zjištěnými skutečnostmi seznámím veřejnost prostřednictvím článku v odborném tisku. Cílem tohoto zveřejnění bude také posílit víru pacientů v úspěšnosti léčby svého onemocnění a získání pozitivního pohledu na svůj život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Z; VORLÍČEK, J; VANÍČEK, J. *Diagnostické a léčebné postupy : U maligních chorob*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-7169-792-3.
- [2] BECKER, H. *Chirurgická onkologie*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0720-9.
- [3] CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-341-3.
- [4] CASEMORE, R. *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-454-0.
- [5] JANČA, J. *Alternativní medicína : Komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. Praha : Eminent, 1991. ISBN 80-900302-1-1.
- [6] KLENER, P. *Chemoterapie : minimum pro praxi*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-028-9.
- [7] KUBÁLEK, V. *Úvod do cytodiagnostiky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-333-3.
- [8] KUSHI, M. *Rakovina - výživa : Makrobiotika*. Praha : Svítání, 1991. ISBN 80-900238-4-3.
- [9] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [10] MAČÁK, J; MAČÁKOVÁ, J. *Patologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0785-3.
- [11] MORSCHITZKY, H; SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
- [12] NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [13] PETRUŽELKA, L; KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0395-0.

- [14] ŘIHÁČKOVÁ, P; VORLÍČEK, J. *Osudové příznaky : Myslíme na prevenci rakoviny*. Brno : Atelier Zidlicky, 2009. ISBN 978-80-254-4332-3.
- [15] SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III : Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
- [16] ŠAFRÁNKOVÁ, A; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- [17] TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie : Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
- [18] WEINBERG, R. *Jediná odrodilá buňka : Jak vzniká rakovina*. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-1071-8.
- [19] DIENSTBIER, Z; SKALA, E. *Co bychom měli vědět o rakovině*. Praha : Liga proti rakovině.
- [20] DIENSTBIER, Z; SKALA, E. *Informovaný pacient : O nádorové prevenci a péči praktického lékaře* . Praha : Liga proti rakovině.
- [21] HOLEČKOVÁ, P. *Výživa u onkologicky nemocných*. Praha : Liga proti rakovině.
- [22] *Anamnéza* [online]. 2011 [cit. 2011-05-21]. Dnešní pokroky a možné perspektivy v léčbě nádorových onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.anamneza.cz/modules/clanek.php?id=840&sekce=6>>.
- [23] *Linkos : pro pacienty a jejich blízké* [online]. 2010 [cit. 2011-05-22]. Maligní lymfomy. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/pacienti/lymfom.php>>.
- [24] *Svaz léčebných lázní České republiky* [online]. 2009 [cit. 2011-05-23]. Účinky lázeňské léčby. Dostupné z WWW: <<http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/ucinky-lazenske-lecby>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DNA	Deoxyribonukleová kyselina
UV	Ultrafialové záření
RTG	Rentgenové záření
HBV	Hepatitis B virus
EBV	Epstein-Barr Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HTLV-1	Human T-cell Leukemia Virus
St.	Stadium
CT	Počítačová tomografie
MRI	Magnetická rezonance
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
ALP	Alkalická fosfatáza
GMT	Gama-glutamyltransferáza
LD	Laktátdehydrogenáza
PSA	Prostatický specifický antigen
AFP	Alfafetoprotein
CEA	Karcinoembryonální antigen
Ca	Karcinom
ORL	Otorhinolaryngologie
HLA	Human Leukocyte Antigens
atd.	a tak dále
aj.	a jiné
apod.	a podobně

č.	číslo
C1,2,3	cíl 1,2,3
P	příloha
s.	strana
cit.	citováno

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	<i>Pohlaví respondenta.....</i>	36
Graf č. 2	<i>Věk respondenta.....</i>	37
Graf č. 3	<i>Tělní systém.....</i>	38
Graf č. 4	<i>Způsob léčby.....</i>	40
Graf č. 5	<i>Ukončení léčby.....</i>	41
Graf č. 6	<i>Počet lázeňských pobytů.....</i>	42
Graf č. 7	<i>Důvod pobytu.....</i>	43
Graf č. 8	<i>Délka pobytu.....</i>	44
Graf č. 9	<i>Psychická kondice při nástupu.....</i>	45
Graf č. 10	<i>Pohled na vlastní onemocnění.....</i>	46
Graf č. 11	<i>Spokojenost s pobytem.....</i>	47
Graf č. 12	<i>Dostatečnost lázeňských procedur.....</i>	48
Graf č. 13	<i>Vědomosti personálu v onkologii.....</i>	49
Graf č. 14	<i>Vědomosti personálu v rehabilitaci.....</i>	50
Graf č. 15	<i>Spokojenost s personálem.....</i>	51
Graf č. 16	<i>Dostatek informací o zdravotním stavu.....</i>	52
Graf č. 17	<i>Zájem klientů o informace.....</i>	53
Graf č. 18	<i>Možnost získávání dalších informací.....</i>	54
Graf č. 19	<i>Volný čas.....</i>	55
Graf č. 20	<i>Kontakt s dalšími onkologickými pacienty.....</i>	56
Graf č. 21	<i>Vliv kontaktu s onkologickými klienty.....</i>	57
Graf č. 22	<i>Společná lázeňská léčba.....</i>	58
Graf č. 23	<i>Vliv společné léčby.....</i>	59
Graf č. 24	<i>Návštěvy rodiny/přátel.....</i>	60

Graf č. 25	<i>Pocitované změny.....</i>	<i>61</i>
Graf č. 26	<i>Zájem o další lázeňský pobyt.....</i>	<i>62</i>
Graf č. 27	<i>Onkologické kluby.....</i>	<i>63</i>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	<i>Pohlaví respondenta.....</i>	36
Tabulka č. 2	<i>Věk respondenta.....</i>	37
Tabulka č. 3	<i>Tělní systém.....</i>	38
Tabulka č. 4	<i>Způsob léčby.....</i>	40
Tabulka č. 5	<i>Ukončení léčby.....</i>	41
Tabulka č. 6	<i>Počet lázeňských pobytů.....</i>	42
Tabulka č. 7	<i>Důvod pobytu.....</i>	43
Tabulka č. 8	<i>Délka pobytu.....</i>	44
Tabulka č. 9	<i>Psychická kondice při nástupu.....</i>	45
Tabulka č. 10	<i>Pohled na vlastní onemocnění.....</i>	46
Tabulka č. 11	<i>Spokojenost s pobytem.....</i>	47
Tabulka č. 12	<i>Dostatečnost lázeňských procedur.....</i>	48
Tabulka č. 13	<i>Vědomosti personálu v onkologii.....</i>	49
Tabulka č. 14	<i>Vědomosti personálu v rehabilitaci.....</i>	50
Tabulka č. 15	<i>Spokojenost s personálem.....</i>	51
Tabulka č. 16	<i>Dostatek informací o zdravotním stavu.....</i>	52
Tabulka č. 17	<i>Zájem klientů o informace.....</i>	53
Tabulka č. 18	<i>Možnost získávání dalších informací.....</i>	54
Tabulka č. 19	<i>Volný čas.....</i>	55
Tabulka č. 20	<i>Kontakt s dalšími onkologickými pacienty.....</i>	56
Tabulka č. 21	<i>Vliv kontaktu s onkologickými klienty.....</i>	57
Tabulka č. 22	<i>Společná lázeňská léčba.....</i>	58
Tabulka č. 23	<i>Vliv společné léčby.....</i>	59
Tabulka č. 24	<i>Návštěvy rodiny/přátel.....</i>	60

Tabulka č. 25	<i>Pocitované změny.....</i>	<i>61</i>
Tabulka č. 26	<i>Zájem o další lázeňský pobyt.....</i>	<i>62</i>
Tabulka č. 27	<i>Onkologické kluby.....</i>	<i>63</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Vany pro perličkové, přísadové a uhličité koupele a pro podvodní masáže

Příloha č. 3 Inhalační léčba

Příloha č. 4 Diatermie

Příloha č. 5 Endovakotron - elektroléčba

Příloha č. 6 Rehabilitace

Příloha č. 7 Rehabilitační bazén

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená respondentko, respondente,

jmenuji se Martina Vrbíková, studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma **Význam lázeňské péče na rekonvalescenci pacientů u nádorových onemocnění.**

Obracím se proto na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní.

Dotazník obsahuje 24 otázek. U každé otázky zvolte prosím pouze jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.

Veškeré informace budou využity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Martina Vrbíková

1. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Věk

- a) méně jak 20 let
- b) 20-45 let
- c) 46-65 let
- d) 66 a více let

3. Kterého tělního systému se týká Vaše onemocnění? Uveďte také prosím přímo konkrétní část

- a) dýchací systém
- b) trávicí systém
- c) endokrinní systém
- d) vylučovací systém
- e) reprodukční systém
- f) kožní systém
- g) jiné

4. Jakým způsobem jste byl/a léčen/a?

- a) chirurgicky
- b) chemoterapeutiky
- c) ozařováním
- d) hormonálně
- e) kombinací více typů léčby:
- f) jiné

5. Po jak dlouhé době od ukončení léčby jste jel/a do lázní?

- a) bezprostředně po léčbě
- b) po 1 - 3 měsících
- c) po 4 – 6 měsících
- d) po více jak půl roce
- e) po roce a více
- f) stále se léčím, způsob léčby:

6. Kolikrát jste již byl/a v lázních?

- a) jsem v lázních poprvé
- b) dvakrát
- c) více jak dvakrát

7. Proč jste se rozhodl/a pro pobyt v lázních?

- a) na doporučení lékaře
- b) na vlastní žádost

8. Jaká je délka Vašeho pobytu v lázních?

- a) méně než 2 týdny
- b) 2 týdny
- c) 3 týdny
- d) měsíc
- e) více jak měsíc

9. V jaké jste byl/a psychické kondici při nástupu do lázní?

- a) velmi špatné
- b) špatné
- c) dobré
- d) velmi dobré

10. Jaký máte pohled na vlastní onemocnění?

- a) velmi negativní
- b) spíše negativní
- c) neutrální
- d) jiné

11. Jste doposud s pobytem spokojen/a? (možnost zvolit více odpovědí)

- a) ano
- b) ne , z důvodu:
 - a) nespokojenosti s lázeňskou léčbou
 - b) nespokojenosti s ubytováním
 - c) nespokojenosti se stravou
 - d) nespokojenosti s prostředím
 - e) nespokojenosti s personálem
 - f) nedostatku možností využití volného času
 - g) špatné možnosti kontaktu s dalšími pacienty
 - h) jiné

12. Zdá se Vám nabídka léčebných procedur dostatečná s ohledem na Vaše onkologické onemocnění?

- a) ano
- b) ne, z důvodu

13. Zdají se Vám vědomosti lázeňského personálu v onkologii dostatečné?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

14. Zdají se Vám vědomosti lázeňského personálu v rehabilitaci s ohledem na onkologické onemocnění dostatečné?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

15. Jste spokojen/a s přístupem personálu k pacientům?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

16. Máte dostatek informací o Vašem zdravotním stavu během pobytu, jeho případných změnách?

- a) ano
- b) ne

Máte o tyto informace zájem?

- a) ano
- b) ne

17. Máte během pobytu možnost získávat další informace o onkologickém onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nezajímá/a jsem se

18. Jak využíváte svůj volný čas v lázních? (možnost zvolit více odpovědí)

- a) návštěvy divadla, koncertů, dalších společenských akcí...
- b) návštěvy dalších pacientů
- c) pasivní odpočinek
- d) jiné

19. Stykáte se během pobytu ve svém volném čase s dalšími onkologickými pacienty?

a) ano

Cítíte se díky kontaktu s dalšími pacienty lépe?

a) ano

b) ne

b) ne, z důvodu: a) nemám zájem

b) nevím, zda-li zde další pacienti jsou

c) jiné

20. Podstupujete lázeňskou léčbu společně s dalšími onkologickými pacienty?

a) ano

Jak na Vás působí společná léčba s onkologickými pacienty?

a) pozitivně

b) negativně

c) nijak, nevadí mi

b) ne

c) nevím

21. Navštěvuje Vás v lázních Vaše rodina/přátelé?

a) ano

b) ne

22. Pociťujete na sobě během pobytu nějaké změny?

a) cítím se lépe po psychické stránce

b) cítím se lépe po fyzické stránce

c) cítím se lépe psychicky i fyzicky

d) nepociťuji žádné změny

e) cítím se hůře

e) jiné

23. Měl/a byste v budoucnu zájem o další pobyt v lázních?

a) ano

b) ne, z důvodu

c) nevím

24. Máte zájem o účast v onkologických klubech (Mamma HELP, Klub stomiků...)?

- a) ano
- b) ne
- c) již se účastním

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Zde máte možnost případně uvést Vaše připomínky, názory nebo dodatky k dotazníku:

.....

.....

.....

**PŘÍLOHA P II: VANY PRO PERLIČKOVÉ, PŘÍSADOVÉ A
UHLIČITÉ KOUPELE A PRO PODVODNÍ MASÁŽE**



PŘÍLOHA P III: INHALAČNÍ LÉČBA



PŘÍLOHA P IV: DIATERMIE



PŘÍLOHA P V: ENDOVAKOTRON – ELEKTROLÉČBA



PŘÍLOHA P VI: REHABILITACE



PŘÍLOHA P VII: REHABILITAČNÍ BAZÉN

