

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Životní spokojenost žen po ukončené léčbě karcinomu prsu

Bc. Tereza Beranová

Diplomová práce

2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích 24. 04. 2018

Bc. Tereza Beranová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu PhDr. Hrstkovi Ph.D. za odbornou pomoc, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu během studia.

ANOTACE

Tématem diplomové práce je životní spokojenost žen po ukončené léčbě karcinomu prsu. Hlavním cílem práce je zjistit kvalitu života a životní priority žen po onemocnění karcinomem prsu a porovnat se zjištěnou kvalitou života u skupiny ženské populace bez onkologického onemocnění.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je zpracována epidemiologie, etiologie, diagnostika a léčba karcinomu prsu. Podstatná část práce je věnována psychosomatice, rešerším na podobné téma. Praktická část obsahuje vyhodnocení dotazníkového šetření zaměřené na kvalitu života a životní priority. Diplomová práce je doplněna o přehledné a významné přílohy vztahující se k problematice karcinomu prsu a výzkumu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, životní spokojenost, karcinom prsu, dotazník WHOQOL – BREF.

TITLE

Life satisfaction of women after completed treatment of breast carcinoma.

ANNOTATION

The topic of the diploma thesis is life satisfaction of women after completed treatment of breast carcinoma. The main aim of the thesis is to determine the quality of life and life priorities of women after breast cancer and to compare the quality of life with the group of female population without oncological disease.

The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part deals with epidemiology, etiology, diagnostics and treatment of breast cancer. A substantial part of the work is devoted to psychosomatics and researches on a similar topic. The practical part contains evaluation of questionnaire survey focused on quality of life and life priorities. The diploma thesis is supplemented by clear and important attachments related to the issue of breast carcinoma.

KEYWORDS

Quality of life, life satisfaction, breast carcinoma, WHOQOL-BREF instrument

OBSAH:

ÚVOD.....	11
CÍL PRÁCE.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Karcinom prsu	15
1.1 Rozdělení karcinomu prsu.....	15
1.2 Neinvazivní karcinomy	15
1.3 Invazivní karcinomy.....	15
1.4 Etiopatogeneze a rizikové faktory.....	17
1.5 Příznaky karcinomu prsu.....	19
1.6 Screening.....	19
1.7 Diagnostika	21
1.8 Terapie.....	25
2 Epidemiologie karcinomu prsu.....	28
Národní onkologický registr	28
2.1 Incidence a mortalita zhoubných novotvarů	28
2.2 Zhoubný novotvar prsu u žen.....	29
2.3 Věková struktura pacientu s karcinomem prsu	30
2.4 Klinická stádia.....	31
2.5 Regionální přehled incidence nádorů.....	32
2.6 Regionální přehled mortality.....	32
2.7 Hlášená onemocnění zhoubnými novotvary (rok 2015)	33
3 Psychosomatika	34
3.1 Historie psychosomatiky	34
3.2 Psychosomatika.....	35
3.3 Psychosomatika v onkologii	35
3.4 Psychoonkologie	37
3.5 Psychoneurimunologie	38
3.6 Intervence sestry.....	38
4 Životní spokojenost	40
4.1 Pojetí kvality života.....	40
4.2 Pojem životní spokojenost	40
4.3 Faktory ovlivňující životní spokojenost.....	41
4.4 Měření životní spokojenosti.....	42

4.5	Koncepce metody SEIQol.....	42
5	Rešeršní šetření.....	44
5.1	Psychosociální dopady rakoviny prsu na život žen v reprodukčním věku	44
5.2	Onemocnění rakovinou prsu ze sociologické perspektivy.....	45
5.3	„Lebensqualität und Langzeitfolgen mehr als zwölf Jahre nach der Diagnose Brustkrebs“	46
5.4	Sociálně psychologické aspekty zdraví a nemoci u žen diagnostikovaných a léčených s karcinomem prsu	46
5.5	Kvalita života měřená jako změna v čase u českých žen s karcinomem prsu	47
	VÝZKUMNÁ ČÁST	49
6	Metodika výzkumu.....	51
6.1	Strategie výzkumného šetření	51
6.2	Výzkumný nástroj	51
6.3	Charakteristika zkoumaného souboru	53
6.4	Etický aspekt	53
6.5	Sběr dat.....	53
7	Analýza dotazníkového šetření.....	55
7.1	Zpracování dotazníků všeobecných údajů	55
7.2	Vyhodnocení dotazníku WHOQOL – BREF.....	58
8	Metodika testů	62
8.1	Mann – Whitneyův test pro dva nezávislé výběry	62
8.2	Wilcoxonův párový test	62
8.3	Korelační Analýza – Spearmanův korelační koeficient.....	63
9	Stanovené hypotézy	64
9.1	Vliv skupin na hodnocení dotazníku WHOQOL – BREF	64
9.2	Vliv doby od ukončení léčby na hodnocení dotazníku WHOQOL – BREF	65
10	Výsledky dotazníku SEIQoL	67
11	Diskuze	70
12	Závěr	75
13	Použitá literatura	78
14	Seznam příloh	83

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Screening karcinomu prsu - pokrytí cílové populace zvaním podle věku	20
Obrázek 2 - Screening karcinomu prsu - míra účasti podle věku	20
Obrázek 3 - Vývoj incidence ZN a novotvarů in situ u mužů a žen (1980 - 2015) (www.nor.cz)	29
Obrázek 4 - Absolutní počty případů karcinomu prsu (www.nor.cz)	30
Obrázek 5 - Podíl případů ve věkové kategorii. (www.nor.cz)	31
Obrázek 6 - Podíl klinických stádií (www.nor.cz)	31
Obrázek 7 - Regionální přehled incidence karcinomu prsu 1977 - 2015 (www.nor.cz)	32
Obrázek 8 - Regionální přehled mortality v období 1977 - 2015 (www.nor.cz).....	32
Obrázek 9 - Rozdělení respondentů podle typu prodělané léčby	58
Obrázek 10 - Vyhodnocení otázek č. 1 a č. 2	59
Obrázek 11 - Vyhodnocení domén 1-4.....	61
Tabulka 1 - Hlášená maligní onemocnění prsu v Pardubickém kraji za období 2014 - 2015 (www.svod.cz)	33
Tabulka 2 - Rozdělní testovaných skupin.....	55
Tabulka 3 - Základní charakteristiky proměnné - Věk	55
Tabulka 4 - Rozdělení respondentek podle vzdělání	56
Tabulka 5 - Základní charakteristiky proměnné - Věk v době onemocnění.....	56
Tabulka 6 - Základní charakteristiky proměnné - Doba od ukončení léčby.....	57
Tabulka 7 - Rozdělení respondentů podle typu prodělané léčby	57
Tabulka 8 - Vyhodnocení otázek č. 1 a 4. 2	59
Tabulka 9 - Vyhodnocení domén 1-4	60
Tabulka 10 - Výsledky Mann Whitneyova testu pro otázku č. 1 - Kvalita života a otázku č. 2 - Spokojenost se zdravím	65
Tabulka 11 - Výsledky Mann Whitneyova testu pro domény 1-4.....	65
Tabulka 12 - Spearmanův koeficient pro proměnnou - „Doba do ukončení léčby“ otázky č. 1 a č. 2 a domény 1-4.....	66
Tabulka 13 - Základní statistické charakteristiky pro proměnnou - Věk	67
Tabulka 14 - Základní statistické charakteristiky pro proměnné - Výpočet priorit a Teploměr spokojenosti	68
Tabulka 15 - Výpočet Wilcoxonova testu	68
Tabulka 16 - Přehled životních priorit žen po CA prsu	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AP	aritmetický průměr
BRCA 1	gen 1 pro familiární karcinom prsu
BRCA 2	gen 2 pro familiární karcinom prsu
C	označení karcinomu prsu dle MKN
CA	karcinom
CEA	karcinoembrionální antigen
CA	15-3 Tumorový Antigen 15-3
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Cue	cíl, potřeba
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DCIS	duktální karcinom in situ
EHIS ČR	Evropské výběrové šetření o zdraví
EKG	elektrokardiogram
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy
G grading	diferenciace
HER-2/neu	receptor typu 2 pro lidský epidermální růstový faktor
HRQOL	health- related quality of life
LCIS	lobulární karcinom in situ
max	maximum
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Min	minimum

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MR	magnetická resonance
NOR	Národní onkologický registr
n	počet respondentů
PET CT	pozitronová emisní tomografie
PSI	Performance Status Index
QLQ-30	Quality of life questionnaire - Core 30
QLQ-H&N35	Quality of life questionnaire - Head and Neck 35
QOL	kvalita života
RTG	rentgen
s.	strana
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SF-36	Short Form 36 Health Subject Questionnaire
SWLS	The Satisfaction with Life Scale
TNM	klasifikace zhoubných novotvarů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
UZ	ultrazvukové vyšetření
VEGF	vaskulární endoteliální růstový faktor VZP
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL WHO	Quality of Life Assessment
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Questionnaire
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF
ZN	Zhoubný nádor

ÚVOD

Již mnohokrát bylo definováno zdraví. Laicky lze říci, že nemoc je protikladem zdraví a znamená to též ztrátu jistoty vykonávat i nadále běžné činnosti dne. Nemoc, stejně jako zdraví, v sobě ukrývá tři složky, a to biologickou, psychologickou a sociální, díky čemuž je jedinec zasazen na všech jeho životních sférách. „Závažné zdravotní problémy tvoří psychologické i hmotné břemeno pro jednotlivce, rodiny i společenské skupiny.“ (Payne, 2005, s. 565)

V mnoha oblastech klinické medicíny se sleduje převážně dopad nemoci na pacienta a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života. Lékař se dnes zajímá, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi nebo jaký má dopad zvolená terapie na jejich kvalitu života. Pak je používán termín „kvalita života ovlivněná zdravím.“ Tento pojem je lépe specifikován jako „subjektivní pocit životní pohody,“ který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Není náhodou, že v medicíně byla kvalita života sledována nejdříve u onkologicky nemocných pacientů. Je známo, že život prodlužující terapie často svojí agresivitou zhoršuje kvalitu života, proto je potřeba alternativní terapeutické postupy posuzovat nejen podle klinických výsledků, ale i z hlediska jejich dopadu na životní spokojenost. (Payne, 2005, s. 211-212)

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním žen. V roce 2015 bylo zjištěno 7 102 nových případů (132,4 případů na 100 000 žen), což představovalo téměř 18,0 % ze všech hlášených zhoubných nádorů u žen. Pravděpodobně v souvislosti se screeningovým programem vzrostl v posledních letech také počet zachycených novotvarů in situ prsní žlázy, v roce 2015 bylo evidováno 617 případů, což je o 76,3 % oproti roku 2010. V roce 2015 zemřelo na ZN prsu 1 609 žen, tj. o 28 žen více než v roce předchozím. (www.uzis.cz)

Zhoubný nádor prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním žen. Jeho důsledky zasahují do všech oblastí života ženy, do života její rodiny, a tím ovlivňují jejich kvalitu života a životní spokojenost. Čím vyšší je incidence choroby a čím nižší je věk ženy v době diagnózy, tím závažnější jsou důsledky. Ňadra jsou vnímána jako atribut ženství a ženské krásy a jakožto symbol plodivé síly a zdroje výživy. Karcinom prsu je onemocnění, které v nás vzbuzuje hluboké city a pocity jak u postižených pacientek, tak u jejich okolí. (Abrahámová, Dušek a kolektiv, 2003, s. 11)

Nemoc je vnímána jako negativní zkušenost či zkouška, která může přinést pozitivní výsledky. Rakovina prsu jistě přiměje mnoho žen k zamyšlení nad svým vlastním životem, životními prioritami a snad i nad každodenním pocitem životního štěstí. V případě úspěšné léčby může být nemoc dostatečným impulsem k přehodnocení života a ke změně k lepšímu. V mé práci jsem se zajímala o kvalitu života žen v Pardubickém kraji, které prodělaly karcinom prsu a nyní jsou v dispenzární péči. Posouzení kvality života jsem se snažila ohodnotit pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Měření kvality života přináší mnoho dalších důležitých informací, které se u pacientů v běžné klinické praxi vůbec nezjišťují, jako jsou emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy a podobně. (Payne, 2005, s. 213)

Kvalita života je ale i definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. Cíle směřování života jsou hodnoceny podle hierarchie hodnot, duchovního hlediska. Ta se týká cílů, k nimž je životní úsilí daného člověka zaměřeno. (Křivohlavý, 2001, s. 40)

K definování individuální životní spokojenosti u pacientek po karcinomu prsu byla použita metoda SEIQoL. Tato metoda zjišťuje aspekty života, které jsou pro daného člověka zásadní. Rozhovor s pacientem je polostrukturovaný a je tematicky omezen na nejdůležitější aspekty kvality života a zároveň se zjišťuje relativní důležitost daného aspektu. Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade kritéria, jež by stanovila, „co je správné,“ ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považují za důležité. Pojetí kvality života dané osoby závisí tak na jejím vlastním systému hodnot.

„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky, a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“

Tomáš Garrigue Masaryk

CÍL PRÁCE

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou.

Cíle teoretické části:

- Představit epidemiologii maligních nádorových onemocnění prsu.
- Uvést přehled maligních nádorových onemocnění prsu, jejich diagnostiku, terapii.
- Informovat o výsledcích screeningového programu.
- Vysvětlit pojem psychosomatika.
- Seznámit se s pojmy psychoonkologie, psychoneuroimunologie.
- Rešerše.

Cíle empirické části:

- Zjistit kvalitu života žen po prodělané rakovině prsu.
- Porovnat kvalitu života žen po prodělaném karcinomu prsu s kvalitou života žen bez onkologického onemocnění.
- Zjistit životní priority-cíle u žen po prodělaném onemocnění rakoviny prsu a z toho plynoucí životní spokojenost.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část představuje teoretická východiska pro část empirickou. Tato část je rozdělena do pěti kapitol.

Kapitola první pojednává o onemocnění karcinomu prsu. Představuje základní rozdělení typů karcinomu prsu, možné příznaky, rizikové faktory, metody diagnostiky a způsoby léčby. Neopomenutelnou podkapitolou je v České republice úspěšně probíhající screeningové vyšetření prsu. Tato kapitola je doplněna o historické informace k vývoji léčby a screeningu rakoviny prsu.

Kapitola druhá je úzce zaměřena na získaná data z webových stránek Národního onkologického registru, ze stránek Ústavu zdravotnické informatiky a studií. Přehledně mapuje narůstající incidenci, ale i regionální výskyt a mortalitu. Pojednává také o výskytu klinických stádií onemocnění karcinomu prsu a nejčastějším věkovém zastoupení pacientek. Jelikož výzkum probíhal v Pardubicích, je tato kapitola ukončena konkrétními daty z Pardubického kraje.

Psychologické aspekty patří k významným rizikovým faktorům vzniku karcinomu prsu a o tom pojednává kapitola třetí. Vzhledem k obsáhlé tématice psychosomatiky, slouží tato kapitola k stručnému představení problematiky psychosomatiky, psychoonkologie a psychoneuroimunologie.

Kapitola čtvrtá vymezuje pojmy kvalitu života a životní spokojenost. Vysvětluje komplexnost tématiky a prolínání používaných pojmů. Je zaměřena na faktory životní spokojenosti. Kapitola je ukončena představením metod měření životní spokojenosti a bližším představením metody SEIQoL použité ve výzkumu v části diplomové práce.

Teoretickou část uzavírá kapitola pátá, která představuje rešeršní šetření zaměřené na téma kvality života a životní spokojenosti žen s karcinomem prsu. V kapitole jsou stručně představeny dvě diplomové práce zaměřené na psychosociální dopady onemocnění rakovinou, které se odrážejí v následné životní spokojenosti. Následné rešerše jsou zaměřeny na kvalitu života žen po karcinomu prsu. A závěrem je vyzdvihnut význam sociálně psychologických aspektů zdraví.

1 KARCINOM PRSU

1.1 ROZDĚLENÍ KARCINOMU PRSU

Maligní nádory prsu dělíme na invazivní a neinvazivní. Do neinvazivních karcinomů patří duktální karcinom in situ a lobulární karcinom in situ. Mezi invazivní karcinomy se pak řadí karcinom duktální, lobulární, tubulární, medulární, mucinozní-koloidní, papilární a specifické typy nádorů. Jako specifický typ je označován Pagetův karcinom, zánětlivý karcinom a vzácně se vyskytující karcinomy. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, kolektiv, 2012, s. 348)

1.2 NEINVAZIVNÍ KARCINOMY

Lobulární karcinom in situ (LCIS)

Většinou se nachází v excizích provedených po existenci jiné patologické léze prsu. Obvykle bývá nalezen náhodně a téměř vždy je asymptomatický. Mamograficky může být spojen s výskytem mikrokalcifikací. Vyskytuje se převážně u žen v perimenopauzálním období. V 50 %-70 % se vyskytuje multicentricky, ve 30 % bilaterálně. Při dlouhodobém sledování (10-25let) bylo zjištěno, že u 20 % postižených žen byl diagnostikován invazivní karcinom. Vzniká plynulým přechodem atypické lobulární hyperplazie v LCIS. (Abrahámová, Povýšil, Horák, 2000, s. 146)

Duktální karcinom in situ (DCIS)

Před zahájením screeningového vyšetření mamografem se DCIS klinicky manifestoval jako palpabilní léze nebo spontánní sekrece nebo jako pagetoidní afekce bradavky. Na základě preventivního mamografického vyšetření se počet DCIS bez klinického nálezu zvýšil na 25-30 %. DCIS je pozorován nejčastěji jako shluk mikrokalcifikací bez průkazu jádrového stínu. (Abrahám, Dušek a kolektiv, 2003, s. 112)

1.3 INVAZIVNÍ KARCINOMY

Invazivní duktální karcinom

Infiltrující duktální karcinom se nezdívka vyvine v oblasti radiální jizvy. Tvoří 70-80 % všech nádorů. Palpačně je hmatné tuhé až tvrdé ložisko o velikosti 1-2 cm. Nádory vytvářejí hvězdicovitě nebo lobulárně uspořádaná ložiska nezdívka špatně ohraničená proti okolní tkáni, do které vrůstají jednotlivé buňky. Někdy však bývá nádor ohraničený vazivovou

pseudokapsulou. Není jisté, zdali invazivní duktální karcinom vzniká na podkladě duktálního karcinomu in situ. Prognóza je ovlivněná jak histologickým gradingem, tak i přítomností angioinvaze, výskytem nekrotické nádorové tkáně nebo hustotou cévního zásobení nádorové tkáně a expresí estrogenních a progesteronových receptorů. (Abrahámová, Povýšil, Horák a kolektiv, 2000, s. 147)

Invazivní lobulární karcinom

Výskyt invazivního lobulárního karcinomu je unicentrický, unilaterálně, multicentricky a bilaterálně. Zastupuje 5-10 % karcinomů prsu. Lobulární karcinom je více agresivní než infiltrující karcinom duktální. Nádorové buňky rostou samostatně nebo v jednobuněčných řadách mezi pruhy kolagenního vaziva. Metastázuje do vzdálených míst např. do dělohy, ovarií, kostní dřeni nebo mozku. (Abrahámová, Povýšil, Horák a kolektiv, 2000, s. 147), (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012, s. 283)

Medulární karcinom

Představuje 1-5 % všech karcinomů. Typicky se vyskytuje u mladších žen a je pozorována vyšší frekvence v Japonsku. Na rozdíl od jiných infiltrujících duktálních karcinomů má výrazně lepší prognózu. Prognóza je obzvláště příznivá, pokud nádor nedosáhl rozměrů přes 3 cm v průměru a nejsou v době operace metastázy. Výskyt metastáz v axilární oblasti je taky mnohem nižší. Medulární karcinom je většinou dobře ohraničen oproti okolí a nevykazuje známky infiltračního růstu.

Papilární karcinom

Papilární karcinom patří k vzácné formě, představující pouze 2 % zhoubných nádorů prsu. Výskyt je nejčastější v postmenopauzálním věku. Papilární karcinom je tvořen převážně z papilárně uspořádaných ložisek a v nádoru se často najdou mikrokalciфикации. Mnoho karcinomů tohoto typu je vazivově opouzdřeny.

Tubulární karcinom

Tubulární karcinom zastupuje pouze 2 % karcinomů prsu a výskyt je patrný ve všech dekádách po dvacátém roku. Může být multicentrický, ale i bilaterální. Tvar bývá hvězdovitý. Označení tubulární karcinom lze použít pouze u těch nádorů, které jsou tvořeny minimálně 75 % tubulárními žlázkami. (Strnad a Daneš, 2001, s. 47-52)

Mucinozní karcinom (Taktéž gelatinózní, koloidní, mukózní karcinom, mukoidní karcinom)

Patří taktéž k vzácným formám představujícím pouze 2,5 % karcinomů prsu. Průměrný věk postižených pacientek se pohybuje v kategorii nad 50 let. Nádor je charakterizován pomalým růstem a lepší prognózou oproti duktálnímu invazivnímu karcinomu. Přibližně v 75 % případů se na periférii najde intraduktální karcinom.

Pagetova choroba bradavky

Pagetova choroba se samostatně vyskytuje vzácně, převážně vzniká v souvislosti s primárním vývodovým karcinodem in situ nebo při invazivním duktálním karcinomu. Typickým histologickým nálezem je přítomnost jednotlivých světlých velkých buněk nebo jejich skupin mezi epitelovými buňkami epidermis bradavky. Typicky se projevuje pálením, svěděním bradavky, povrchovou ulcerací nebo erozí. (Abrahámová, Povýšil, Horák a kolektiv, 2000, s. 147-151)

1.4 ETIOPATOGENEZE A RIZIKOVÉ FAKTORY

Zjistilo se více rizikových faktorů, které souvisejí se vznikem karcinomu prsu. Faktory lze rozdělit na faktory genetické, hormonální, dietní a další faktory zevního prostředí. Navzdory tomuto poznání postihne karcinom prsu až 50 % žen bez evidentní příčiny. S etiologií souvisí i primární prevence rakoviny prsu. Prevence jako redukce všech známých rizikových faktorů. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 183)

Genetické a vrozené faktory

Mutace supresorových genů BRCA 1, BRCA 2 a genu p 53.

Geneticky podmíněno je přibližně 5-10 % karcinomů prsu. Nejčastěji pozorované mutace jsou v oblasti genu BRCA 1 a BRCA 2. BRCA 1 je spojen až s 85 % celoživotním rizikem karcinomu prsu, tento gen je lokalizován na 17 chromozomu. BRCA 2 se nachází na 13 chromozomu a je spojen až s 84 % celoživotním rizikem vzniku karcinomu prsu.

K rizikovým genetickým faktorům patří syndrom Li- Fraumeniho, který je příčinou mutace tumor supresorického genu p53, což způsobuje zvýšené riziko onemocnění různými karcinomy včetně karcinomu prsu.

Familiární výskyt karcinomu prsu i bez průkazu uvedených genetických faktorů patří taktéž k rizikovým faktorům. Výskyt karcinomu v osobní či rodinné anamnéze, zejména v případě

výskytu nádoru premenopauzálně nebo oboustranně je považováno za rizikový faktor. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 183-184)

Hormonální faktory

Ženy, které měly pozdní menopauzu a časnou menarche, mají zvýšené riziko onemocnění rakoviny. Nuliparita a první porod v pozdním věku patří k dalším rizikovým faktorům. Ženy prvorodičky po 35. roce patří také k vysoce rizikovým. Substituční léčba estrogeny v kombinaci s gestageny je u žen v přechodu poměrně běžná, ale na druhé straně se podle řady studií riziko vzniku karcinomu prsu při užívání hormonální substituční terapie zvyšuje až o 50 %, ale až po deseti až patnáctiletém užívání. (Abrahámová, Povýšil, Horák a kol., 2000, s. 15)

Faktory osobní anamnézy

Riziko vývoje karcinomu prsu se liší u různých etnických skupin. U bělošské populace je výrazně vyšší riziko než u černošské. V incidenci karcinomu prsu hrají roli i geografické rozdíly. Věk patří k hlavním rizikovým faktorům. U žen nad 50 let věku je výrazně zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu.

Životní styl

Aktuální epidemiologické studie potvrdily nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu. Stravovací návyky také patří k rizikovým faktorům. Množství a složení stravy vytváří komplexní faktor s přímým vztahem k riziku vzniku rakoviny prsu. Zdá se, že dieta obsahující dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny je spojena s nižším rizikem vývoje karcinomu prsu. S tím souvisí i faktor obezity. Množství a rozložení tělesného tuku v organismu, věk v době výskytu nadváhy ovlivňuje metabolismus estrogenů a mohou tak zvýšit riziko vzniku karcinomu u žen po menopauze. (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 44)

Benigní změny prsou

Duktální hyperplazie, atypická duktální hyperplazie a atypická lobulární hyperplazie, duktální karcinom in situ a lobulární karcinom in situ patří mezi benigní změny prsu zvyšující riziko vzniku karcinomu prsu.

Vlivy zevního prostředí

Významným rizikem zevního prostředí je ionizující záření, hlavně před 40. rokem života z důvodu radiologické léčby jiného onemocnění. Podezření padá na elektromagnetické pole a pesticidy. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 184)

1.5 PŘÍZNAKY KARCINOMU PRSU

V prvopočátku není zhoubný nádor prsu většinou bolestivý a nezpůsobuje ani žádné jiné obtíže. Teprve při dalším růstu může způsobovat změny a příznaky. K nejčastějším příznakům patří: důlkovatění – vtahování kůže, váznutí prsu při pohybu a z toho plynoucí asymetrie, nepravidelné bradavky, pomerančová kůže, asymetrie ze zvětšeného objemu, sekrece z bradavky, zarudnutí a zateplení kůže a rozšířená žilní pletěň.

Exulcerace – zvrhodovatění patří k pozdním projevům karcinomu prsu, přesto se i dnes vyskytují.

Mastodynie – bolestivost prsů je nejčastější příčinou návštěvy žen u lékaře. Bolest může být způsobena hormonálními změnami, ale i například u starších žen také změnou v kostech hrudníku. (Abrahámová a kol. 2009, s. 57-63)

1.6 SCREENING

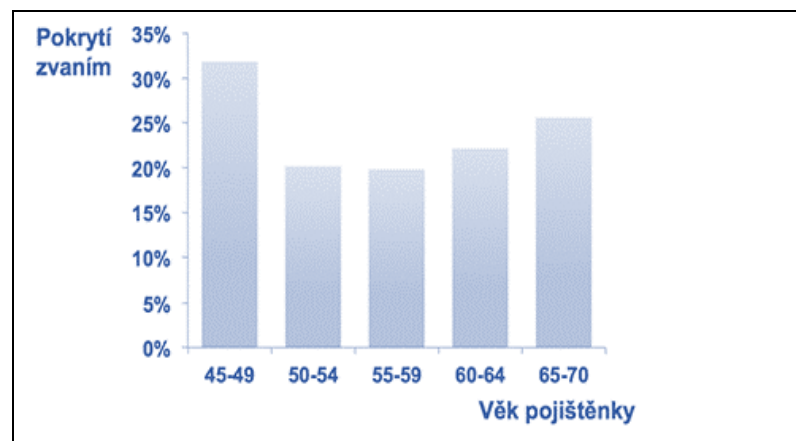
Prameny se shodují, že mamografie byla prvně zmíněna již v roce 1913. Berlínský chirurg A. Salomon vyšetřoval preparáty prsu po operacích, a to nejen histologicky, ale i rentgenologicky. Jako první poukázal na souhlas nálezů rentgenových, ale i demonstroval první kalcifikace. (Abrahámová, Dušek a kolektiv, 2003, s. 77)

Mamografický screening v Čechách byl oficiálně plošně zahájen od roku 2002. Od toho roku do roku 2016 v rámci preventivní mamografie byl u 36 734 žen odhalen zhoubný nádor prsu. Drtivá většina z těchto nádorů byla odhalena v časných stadiích, což bylo předpokladem pro úspěšnou léčbu. Program mamografického screeningu významně ovlivňuje populační epidemiologii karcinomu prsu. Populační screening karcinomu prsu je zahrnut v doporučení Rady Evropské unie. (www.linkos.cz)

Cílem aktivního vyhledávání-screeningu je detekování bezpříznakového karcinomu prsu, který je velmi malý, a ještě se nerozšířil cévním řečištěm. Jde o stadium carcinoma in situ. Screeningový test by měl být jednoduchý, levný, jednoduše proveditelný a interpretovatelný. Mamografie tyto kritéria zcela nesplňuje, ale přesto je to nejefektivnější metoda detekce

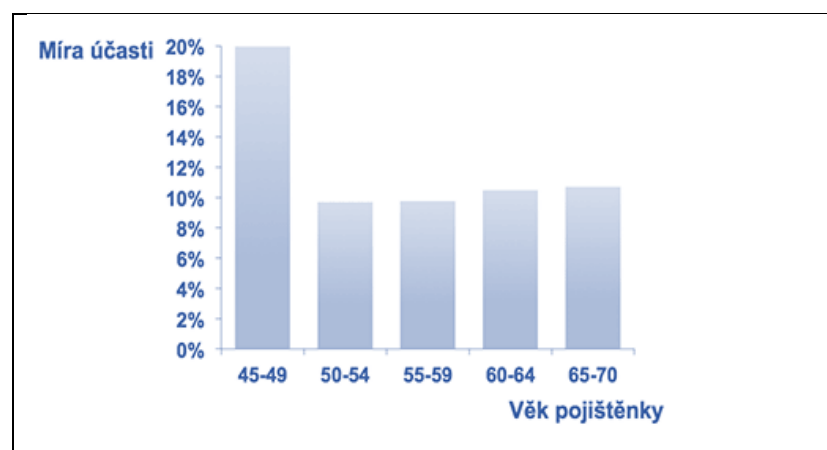
karcinomu prsu. Screening je vždy levnější než léčba u pozdních stádií karcinomu. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 346)

V České republice bylo od 1. ledna 2014 zahájeno adresné zvaní občanů k preventivnímu vyšetření zhoubných nádorů. V období leden – prosinec 2014 bylo celkem pozváno více než 1,9 milionu osob. Pozvánka na mamografický screening byla odeslána více než 521 tisícům žen ve věku 45 až 70 let. První výsledky potvrdily funkčnost zavedeného systému a potenciál pro navýšení pokrytí screeningu.



Obrázek 1 - Screening karcinomu prsu - pokrytí cílové populace zvaním podle věku

Screening karcinomu prsu – pokrytí cílové populace zvaním podle věku. Pozvání v období leden – září 2014, ženy ve věku 45 – 70 let, celkem 434 781 pozvaných. Zdroj dat: národní referenční centrum.



Obrázek 2 - Screening karcinomu prsu - míra účasti podle věku

Screening karcinomu prsu – míra účasti podle věku. Pozvání v období leden – březen 2014, ženy ve věku 45–70 let, celkem 181 650 pozvaných. Zdroj dat: Národní referenční centrum.

V roce 2017 byly prezentovány výsledky probíhajícího mamografického vyšetření v České republice na 15. ročníku konference „Datový audit mamografického screeningu v praxi.“

Bylo potvrzeno, že tento program je plně organizovaný, s jasně definovanými pravidly a sítí kontrolovaných akreditovaných center. Celkové pokrytí cílové populace mamografickým screeningem v roce 2016 dosáhlo 62,9 %. V roce 2016 bylo vyšetřeno 695 056 žen, což byl historicky nejvyšší počet v programu. Počet vyšetření v čase dlouhodobě roste. (www.mamo.cz)

Pokrytí mamografickým screeningem nad úrovní 60 % patří v rámci Evropy mezi nadprůměrné výsledky. Dlouhodobě klesající mortalita tohoto onemocnění při rostoucí incidenci svědčí o zřetelném dopadu screeningového programu na pokročilost onemocnění. Dlouhodobě se zvyšuje podíl zhoubných nádorů prsu diagnostikovaných v klinickém stadiu I, kde je relativní pětileté přežití takřka 100 %. V celé populaci postupně roste zastoupení stadia I (48,9 %).

V samotném screeningovém programu je v prvním stadiu nalezeno 75,7 % případů onemocnění. Mezi diagnostikovanými nálezy výrazně převládají nádory malé velikosti a v časném stadiu (Ca in situ: 11,2 %, T1: 65,3 %) a úspěch programu mamografického screeningu v ČR poukazuje i publikace Health at a Glance 2017, která upozorňuje na výrazné zlepšení pětiletého přežití pacientek s karcinomem prsu a na pokles úmrtnosti o více než 20 % během posledních deseti let. (www.linkos.cz)

1.7 DIAGNOSTIKA

Bez pochyby je nezbytné pečlivé vyšetření lékařem a mělo by být samozřejmou součástí klinického vyšetření žen podstupujících gynekologické vyšetření, ale i žen z jiných příčin hospitalizovaných. V časně diagnóze karcinomu prsu hrají praktičtí lékaři a gynekologové klíčovou roli, a proto by měli znát a praktikovat techniku klinického vyšetření prsu. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, kol, 2012, s. 349)

Při stanovení diagnózy jsou podstatná i fyzikální vyšetření, zvláštní důraz by měl být kladen na místní popis, který je optimálně doprovázen schématickým obrázkem prsu. Velikost se uvádí v cm, alespoň ve dvou rozměrech, umístění rezistence podle kvadrantů prsu. Taktéž se popisuje vztah afekce vůči okolí, pohyblivost, fixace, ohraničení. Změny barvy, tvaru a struktury. Palpační citlivost, bolestivost. Obdobný popis by se měl zaměřit i na spádovou axilu, s rozlišením ojedinělých uzlin, paketů a na stejnostranný nadklíček. (Konopásek, Petruželka, 1997, s. 26)

Hormonální markry

S karcinomem mléčné žlázy souvisí několik nádorových markerů. K sledovaným markerům patří karcinoembryonální antigen (CEA) a CA 15-3. Karcinoembryonální antigen se vyskytuje ve 40-50 % případů v přítomnosti vzdálených metastáz. Ale v případě markru CA15-3 může být hodnota zvýšena jen u lokálního onemocnění. Nicméně i pokročilé onemocnění může být zcela bez zvýšení uvedených markerů. Z praxe je známo, že přibližně 60 % pacientek má jeden z uvedených markerů zvýšený. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2010, s. 186)

Vyšetření hormonálních receptorů má význam pro další onkologicko-hormonální léčbu. Toto vyšetření určuje pozitivitu estrogenových receptorů v nádoru. Jsou-li přítomny estrogenové a progesteronové receptory, je dokázána větší účinnost hormonální terapie. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 351)

Stanovení klinického stadia nemoci (staging)

Metoda a rozsah terapie maligního onemocnění prsu závisí na jeho rozsahu. Klinické stádium nemoci stanovujeme pomocí klasifikace T, N, M (tumor-nodus-metastasis).

Stanovení kategorie T – kategorie T je vlastní popis primárního tumoru. Předoperačně se u stanovení velikosti primárního nádoru vychází z palpačního nálezu a výsledků zobrazovacích metod. O skutečném nálezu informuje až operační protokol. V operačním protokolu jsou zaznamenány informace o velikosti a umístění nádoru a jeho vztahu k okolí. Další informace o velikosti a vztahu k okolí jsou v kompetenci patologa.

Stanovení kategorie N – tato kategorie popisuje regionální uzliny. Regionální uzliny mohou být postiženy metastázemi. Hodnotí se jejich velikost a vztah k okolí. Vyšetřuje se palpačně a často s doplněním ultrasonografie. Mapping, nebo-li popis počtu a umístění uzlin, určuje chirurg. Informaci o tom, kolik uzlin bylo postiženo, zjistí patolog.

Stanovení kategorie M – písmeno M zastupuje vzdálené metastázy. Provedením dalších vyšetření se potvrdí nebo vyloučí vzdálené metastázy. Tím se zároveň dokončuje staging. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 349-350)

Tabulka č. 1 TNM klasifikace karcinomu prsu (Adam, Vorlíček, Vaníček, kol, 2004, s. 218), (viz příloha č. 1)

Histologická klasifikace

Premaligní změny – karcinom prsu může vzniknout i na základě benigních změn prsní žlázy. Mezi nemaligní změny řadíme duktální hyperplazii a atypickou duktální a lobulární hyperplazii.

Maligní neinvazivní změny – maligní, avšak neinvazivní, jsou duktální karcinom in situ a lobulární karcinom in situ.

Maligní invazivní nádory – invazivní nádory prsu dělíme na duktální (84%), lobulární (15%) a nezařaditelné (1%). (Adam, Vorlíček, Vaníček a kolektiv 2004, s. 217)

Histologický grading

Karcinomy prsu se dále dělí podle mikroskopických vlastností tzv. histologickým gradingem. Grading zahrnuje tkáňovou diferenciaci, tedy množství vytvořených tubulárních struktur. Buněčnou diferenciaci, tedy velikost a buňek, jader a počet jadérek. Proliferaci, tj. počet mitóz. Používá se čtyřstupňový systém G1 – G4. G1 znamená dobrou diferenciaci, G2 střední diferenciaci, G3 nízkou diferenciaci a G4 buňky nediferencované (anaplastické). (Adam, Krejčí, Vorlíček a kol. 2010, s. 188)

Neinvazivní vyšetření prsu

Mamografie

Mamografické vyšetření je speciální rentgenová metoda, která využívá měkkého záření. Hodnotí se obraz vzniklý sumací celého orgánu a užívá se dvojí projekce. Mamografie se převážně využívá k preventivnímu vyšetření žen, které nemají žádné příznaky. Využití je také k zobrazení a hodnocení hmatných změn v prsu za účelem zjištění velikosti léze, vztahu k okolním strukturám a vyloučení vícečetného postižení prsů. Mamografický obraz poskytuje stín žlázy, u kterého se hodnotí přímé či nepřímé známky patologického ložiska a uzliny v oblasti přední axilární žlázy. Nezastupitelná je tato metoda u žen středního a vyššího věku, kdy je parenchym žlázy většiny žen již v involuci a vzniklý obraz žlázy je dobře hodnotitelný a přehledný. Rentgenologické riziko překrytí léze ostatními strukturami žlázy je minimální.

Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření prsu, axily a nadklíčku má význam jako doplňující vyšetření k mamografii. Vyšetřovaný orgán je zobrazován po jednotlivých vrstvách. V diagnostice se využívá pro vyšetření hmatných změn u mladých žen, kdy je žláza ještě mamograficky

nepřehledná a UZ je považován za nezastupitelnou metodu s vysokou senzitivitou. Využití je i jako doplňující vyšetření u žen s neredukující žlázou k doplnění informací a taktéž k hodnocení pooperačních změn zejména u konzervačních výkonů, ale i k vyhledávání recidiv v takto změněném terénu. (Adam, Vorlíček, Vaníček, 2004, s. 215)

Doplňující vyšetřovací metody

Rentgenový snímek hrudníku, který umožňuje posouzení struktur dutiny hrudní a hrudního skeletu. Důležitá metoda pro zjištění plicních metastáz.

Scintigrafie skeletu je radioizotopová metoda, která prostřednictvím izotopu může odhalit kostní metastázi, která ještě není rentgenologicky patrná.

Ultrasonografie břicha mapuje ložiskové změny v jaterním parenchymu a stav žlučníku, žlučových cest, sleziny a pankreatu, včetně poměrů v retroperitoneu.

Rentgenologický snímek skeletu, výpočetní tomografie a magnetická rezonance mají nenahraditelnou roli při odhalení metastáz. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 350)

Intervenční výkony

Duktografie je rentgenový snímek prsu po aplikaci kontrastní látky do mlékovodu. Tato metoda se volí v případě spontánní sekrece z mamily, zejména pokud je krvavá.

Pozitronová emisní tomografie (PET/CT) je metodou nukleární medicíny. Využívá metabolismu glukózy v karcinomu prsní žlázy. Tato metoda dosahuje vysoké sensitivity i specifity. (Coufal, Fait, kol, 2011, s. 75)

Vyšetření sentinelové uzliny je lymfoscintigrafická metoda. Jejím principem je aplikace značeného radiofarmaka do oblasti kůže nad karcinomem a díky lymfatické drenáži se zobrazí první spádová uzlina. Tato uzlina se během operace extirpuje a odesílá k pooperačnímu histologickému vyšetření. Neobsahuje-li nádorové buňky, lze předpokládat, že se nádor nešíří ani do dalších uzlin v axile. (Adam, Vorlíček, Vaníček, 2004, s. 221)

Vakuová biopsie je novější metodou využívající podtlaku – vakua, který nasává tkáň do odběrového výřezu. Odběr se provádí pod kontrolou ultrazvuku nebo stereotaxe. Z jednoho vpichu lze odebrat i několik vzorků.

Aspirace tenkou jehlou zajišťuje materiál, který se hodnotí cytologicky. Cytologické vyšetření určuje diagnózu malignity. Ale neurčuje grade. Jedná se o odběr malého množství buněk a shluků do běžné jehly nasazené na injekční stříkačce.

Tkáňová punkční biopsie (Core biopsie) je považována za zlatý standard u mamárních ložiskových lézí. Jedná se o odběr válečku tkáně pomocí speciální jehly. Počet vzorků je závislý na charakteru léze. (Coufal, Fait, kol, 2011, s. 76-78)

1.8 TERAPIE

Obecné zásady

Při léčbě karcinomu prsu se téměř vždy postupuje multimodálně v závislosti na TNM klasifikaci a na dalších prognostických faktorech, které umožní předpokládání vývoje onemocnění u neléčeného pacienta. Tabulka (příloha 1.) Z pravidla se při léčbě využívá všech léčebných modalit: chirurgická a radioterapie, jakožto metody lokoregionální, a dále léčba systémová, jako chemoterapie, hormonoterapie a monoklonální protilátky. Všechny použitelné postupy mají své indikace. Současně je ale nutné provést predikci účinnosti léčby.

K prediktivním faktorům pravděpodobnosti léčebné odpovědi patří stanovení estrogenových a progesteronových receptorů, jejichž pozitivita potvrzuje kladnou odpověď na hormonoterapii. Z molekulárně – biologických prognosticko – prediktivních faktorů se stanovuje zvýšená exprese transmembránového protoonkogenu označovaného jako HER-2/neu. Zvýšená exprese je u 25-30 % invazivních karcinomů prsu a významně ovlivňuje nádorovou transformaci, proliferaci a metastazování. Je spojen také se signifikantně horší prognózou a korelací s nepříznivým faktorem, jako je postižení axilárních uzlin. (Adam, Vorlíček, Vaníček, 2004, s. 220)

Chirurgická léčba

Za otce chirurgických terapeutických výkonů je považován americký chirurg Halstedt, který provedl v r. 1882 tzv. „kompletní operaci“. Postupně narůstajícím významem dalších léčebných metod (chemoterapie, radioterapie) se ubíralo na radikalitě chirurgických výkonů. Dnes je snaha o co nejlepší funkční pooperační výsledky a maximální léčebný efekt a o co nejmenší narušení psychiky nemocné. Dnes se při operaci využívá dvou postupů. Parciální prs zachovávající operace, nebo radikální, kdy je odstraněn celý prs. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 354)

Modifikovaná radikální mastektomie

Tato léčba zahrnuje různé chirurgické postupy mající za cíl kompletně odstranit postižený prs a pektorální fascii. Původní Halstedova radikální mastektomie, která zahrnovala i odstranění pektorálního svalu, se již prakticky neprovádí. Klinické studie prokázaly, že odstranění musculus pectoralis není pro pacientky přínosné, pokud prorůstání nádoru přes fascii do svalu není zřetelné.

Disekce axilárních uzlin

Každá kurativní operace prsu by měla být provázena vynětím axilárních uzlin. Výjimkou je carcinom in situ. Doporučeným postupem před odstraněním uzlin je histologické vyšetření sentinelové uzliny, což je uzlina, která byla jako první postižena metastatickým procesem. Detekce sentinelové uzliny se provádí scintigraficky a speciálními barvivy (patentová modř). Negativita uzliny výrazně snižuje riziko postižení dalších uzlin. To by mohlo vést k upuštění od klasické disekce axily, po které je výrazné riziko pozdního lymfedému.

Prs zachovávající operace

Do popředí zájmu se dostávají chirurgické metody spočívající v odstranění nádoru a zachování prsu. Zpočátku byla důvodem jen kosmeticko-psychologická stránka, nicméně studie prokazují opodstatnění. Prs zachovávající výkony doplněné standardně adjuvantní radioterapií jsou u lokalizovaných stádií rovnocenné radikálním ablačním výkonům. (Adam, Vorlíček, Vaníček, 2004, s. 221-222)

Radioterapie

V srpnu 1924 vyšetřoval doktor Keynes pacientku s rakovinou prsu s vředovitou maligní hrudkou. Keynes se obával celkové křehkosti ženiny konstituce. Než by pacientku vystavil radikálnímu zásahu, rozhodl se pro konzervativní postup. Voperoval ženě do prsu padesát miligramů radia, aby nádor ozářil a průběžně sledoval účinek. Zjistil, že došlo ke zlepšení a výrazná část nádoru se zmenšila, změkla a ztratila svou pevnost. Nádor se zmenšil velmi rychle, tak se Keynes rozhodl pro neradikální operaci. Mezi roky 1924-1928 se Keynes pokoušel o variace této strategie. (Mukherje, 2015, s. 178)

Radioterapie je komplexní terapie. Předoperační u inoperabilních nádorů, pooperační a paliativní ozařování kostních metastáz a centrální nervové soustavy. Radiační pooperační léčba má za úkol zničit zbylé nádorové buňky. Cílem je oblast jizvy, ponechaná část prsu, podpaží a nadklíček. V případě většího rozměru původního nádoru v prsu se provádí

předoperační ozařování prsu s cílem zmenšit tumor a pak jej odstranit. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 356)

Chemoterapie

V léčbě karcinomu prsu se v současnosti využívá kolem čtyřiceti cytostatik s prokázanou účinností. Každé cytostatikum má svůj vlastní mechanismus a působí v jiné fázi buněčného cyklu. Dle typu a rozsahu nádorového onemocnění vyplývá i časové postavení chemoterapie v léčbě. Předoperační chemoterapie se využívá ke zmenšení obtížně operovatelného nádoru, ale také k zasažení vycestovaných buněk. Pooperační chemoterapie po úspěšné operační terapii má zajišťovací funkci a ničí eventuální uniklé buňky. Chemoterapie léčebná má za úkol likvidaci prokázaných dceřiných nádorových buněk. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 356)

Hormonální terapie

Patří do nejstarších metod léčby karcinomu prsu. Asi jedna třetina pacientek s metastatickým postižením reaguje na hormonální léčbu. Hormonální léčba je indikována tehdy, jsou-li prokázány hormonální receptory. Hormonální léčba se liší u žen před menopauzou, a po menopauze. U žen před menopauzou se někdy provádí blokáce vaječnickových funkcí, a to ovarektomií nebo radiační kastrací. Stejného výsledku lze dosáhnout také aplikací některých léků. U žen po přechodu se dlouhodobě podávají tablety. Tento způsob je jednoduchý, efektivní a bez vedlejších účinků. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 357)

Biologická – monoklonální terapie

Karcinom prsu je prvním solidním nádorem, u kterého se začala uplatňovat cílená léčba protilátkou. Jedná se o léčivo s názvem trastuzumab (Herceptin). Podává se intravenózně a je zaměřeno proti extracelulární části epidermálního růstového faktoru HER2. Ten je zjizitelný na buňkách karcinomu prsu. Jeli tento znak přítomen, je indikací pro použití Herceptinu u pokročilého či metastazujícího karcinomu. U karcinomu prsu lze dále použít lapatinib (Tyverb), který působí proti intracelulární doméně HER2 nebo bevacizumab (Avastin) zaměřený proti endoteliálnímu růstovému faktoru VEGF. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 357)

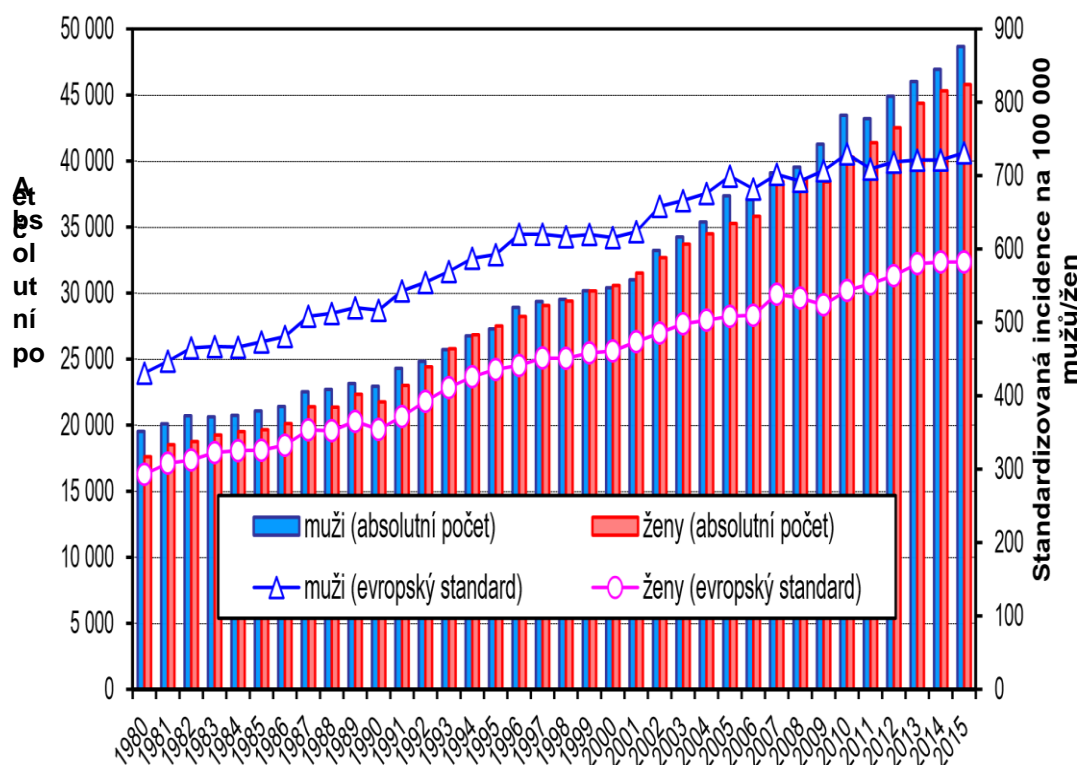
2 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU

NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ REGISTR

Národní onkologický registr (NOR) ČR je nedílnou součástí komplexní onkologické péče. NOR je celoplošným populačním registrem, který navazuje na registr provozovaný v ÚZIS ČR od roku 1976. Hlavním účelem Národního onkologického registru je registrace onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje, shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. NOR poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Údaje NOR slouží také k podpoře včasné diagnostiky a léčby novotvarů a před nádorových stavů, ke sledování trendů jejich výskytu, příčinných faktorů a společenských důsledků. NOR je členem IACR (Mezinárodní asociace onkologických registrů) v Lyonu, spolupracuje s Evropskou sítí onkologických registrů (ENCR) a udržuje kontakt s registry v zahraničí. (www.uzis.cz)

2.1 INCIDENCE A MORTALITA ZHOUBNÝCH NOVOTVARŮ

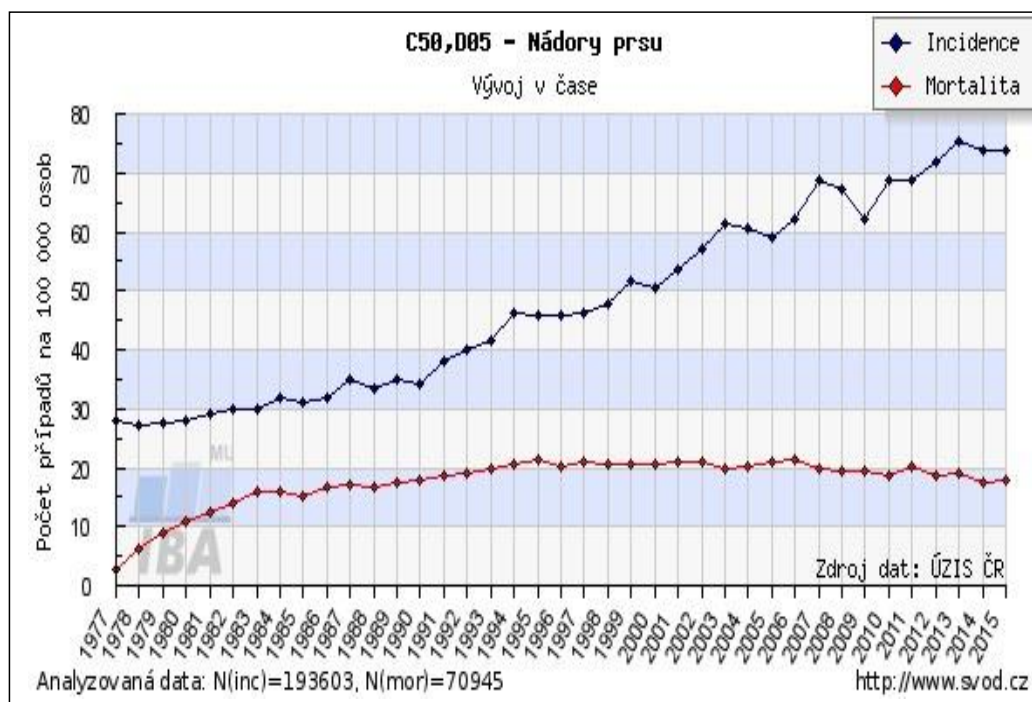
Ze statistických údajů NOR ČR vyplývá, že v roce 2015 bylo nově nahlášeno celkem 94 462 případů zhoubných novotvarů a novotvarů in situ. Z toho 48 666 případů u mužů a 45 796 případů u žen. Z dlouhodobého pohledu incidence zhoubných novotvarů v České republice roste. Pozitivní trendy stagnace, nebo dokonce mírného poklesu u některých závažných diagnóz, (ZN plic u mužů, ZN kolorekta) vyvažuje nárůst ZN prsu u žen a nárůst incidence ZN kůže u obou pohlaví. V absolutních číslech úmrtnost na zhoubné nádory vykazuje stagnaci, v relativních ukazatelích, především po standardizaci k věkové struktuře obyvatelstva, pokles, který je u obou pohlaví od roku 2003 stále více zřetelný. V roce 2015 zemřelo na zhoubný nádor 26 852 osob. Zhoubný nádor je dlouhodobě druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR po kardiovaskulárních chorobách, a to u obou pohlaví. (www.uzis.cz)



Obrázek 3 - Vývoj incidence ZN a novotvarů in situ u mužů a žen (1980 - 2015)
(www.nor.cz)

2.2 ZHOUBNÝ NOVOTVAR PRSU U ŽEN

Nejčtenějším onkologickým onemocněním žen (s výjimkou zhoubného nádoru kůže) byl i v roce 2015 zhoubný nádor prsu při 7 102 zjištěných nových případech (132,4 případů na 100 000 žen) představovalo téměř 18,0 % ze všech hlášených ZN u žen (dg. C00 – C97). Standardizovaná míra incidence i úmrtnosti ZN prsu proti předchozímu roku je stabilizovaná (Obrázek I.). S největší pravděpodobností v souvislosti se screeningovým programem vzrostl v posledních letech také počet zachycených novotvarů in situ prsní žlázy, v roce 2015 bylo evidováno 617 případů (podobně jako v roce předchozím, ale nárůst o 76,3 % oproti roku 2010). Přestože je léčba karcinomu prsu zvláště v raných stádiích velmi úspěšná (relativní pětileté přežití léčených pacientek u nádorů I. klinického stádia dosahuje téměř 100 %, u II. klinického stádia dosahuje přežití více jak 90 %), zůstává ZN prsu i nadále jednou z nejčastějších onkologických příčin úmrtí u žen. V roce 2015 zemřelo na ZN prsu 1 609 žen, tj. o 28 žen více než v roce předchozím. (www.nor.cz)



Obrázek 4 - Absolutní počty případů karcinomu prsu (www.nor.cz)

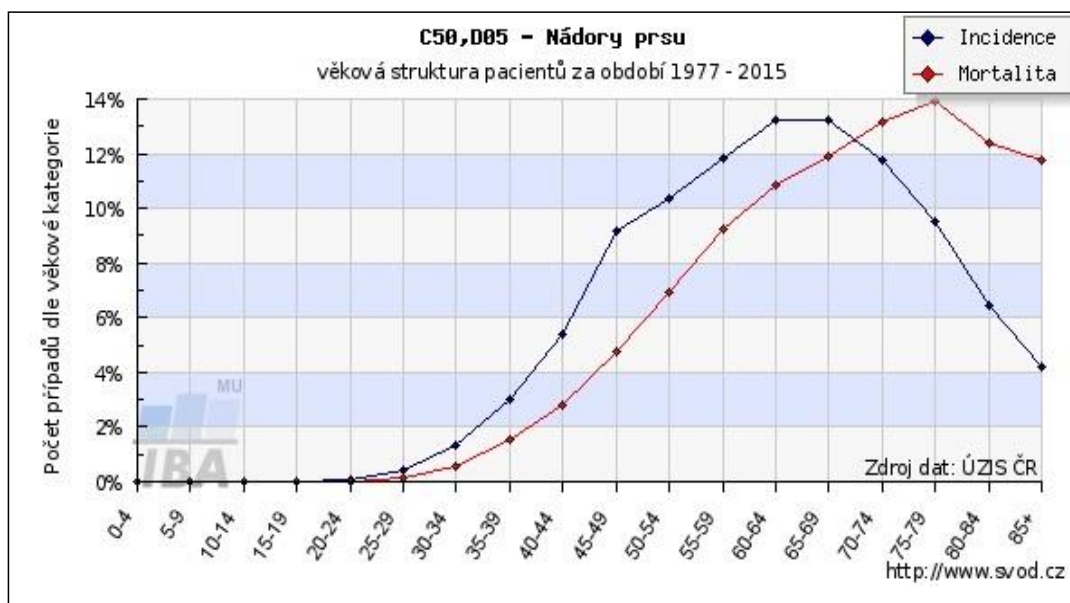
Prevalence

Přibližně od poloviny 90. let je možné pozorovat postupné zlepšování epidemiologické situace, jedná se především o stabilizaci, a dokonce mírný pokles mortality (viz výše). Při stále rostoucí incidenci je však nevyhnutelným důsledkem zvyšování prevalence, tedy počtu žijících žen, u kterých byl v minulosti diagnostikován a léčen karcinom prsu. V roce 2014 dosáhla prevalence hodnoty 76 047 žen a ve srovnání s rokem 2004 (47 210 žen) tak vzrostla o 61 %. (www.mamo.cz)

2.3 VĚKOVÁ STRUKTURA PACIENTU S KARCINOMEM PRSU

Nejčetnější postiženou skupinou karcinodem prsu jsou pacientky v produktivním věku. Typický věk české pacientky s karcinodem prsu sice leží v intervalu 60–69 let, ale více než 36 % všech nemocných je mladších než 60 let. (www.mamo.cz)

Incidence karcinomu prsu se zvyšuje s věkem, každých 10 let se výskyt zdvojuje až do menopauzy a poté je zvyšování každoročně o to dramatičtější. Po 50. roce věku je nejprudší vzestup. Před 20. rokem je výskyt karcinomu prsu velmi vzácný. Již podle věkové skupiny 40-44 let je patrné, že se u nás během 28 let pozoruje přesun incidence do mladších věkových kategorií. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 340-341)

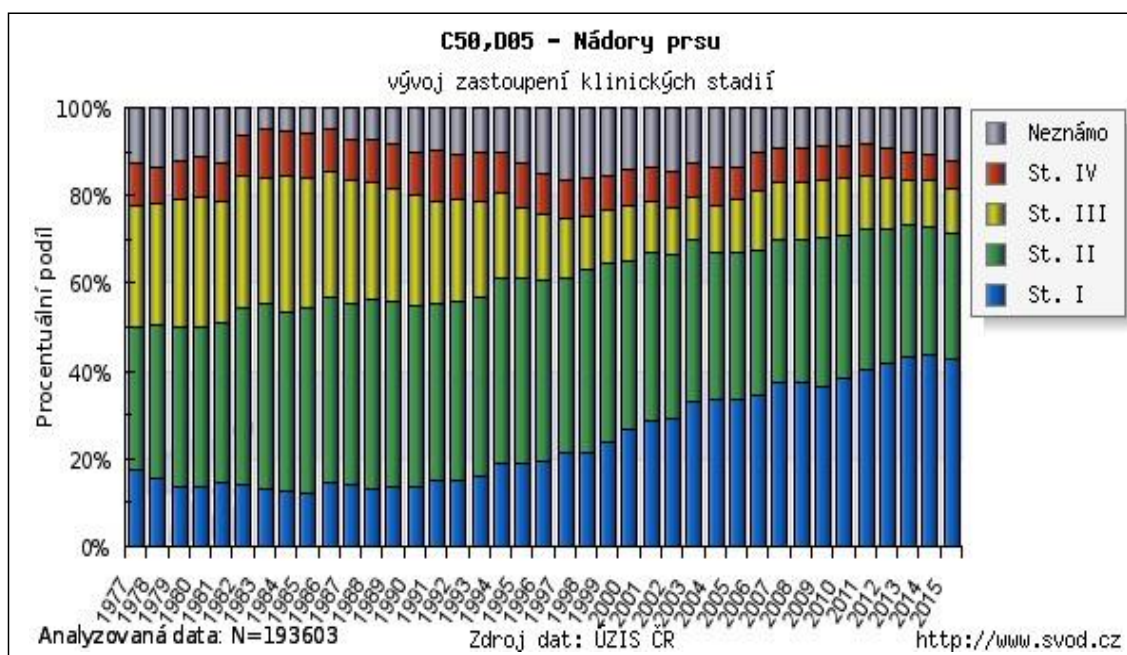


Obrázek 5 - Podíl případů ve věkové kategorii. (www.nor.cz)

2.4 KLINICKÁ STÁDIA

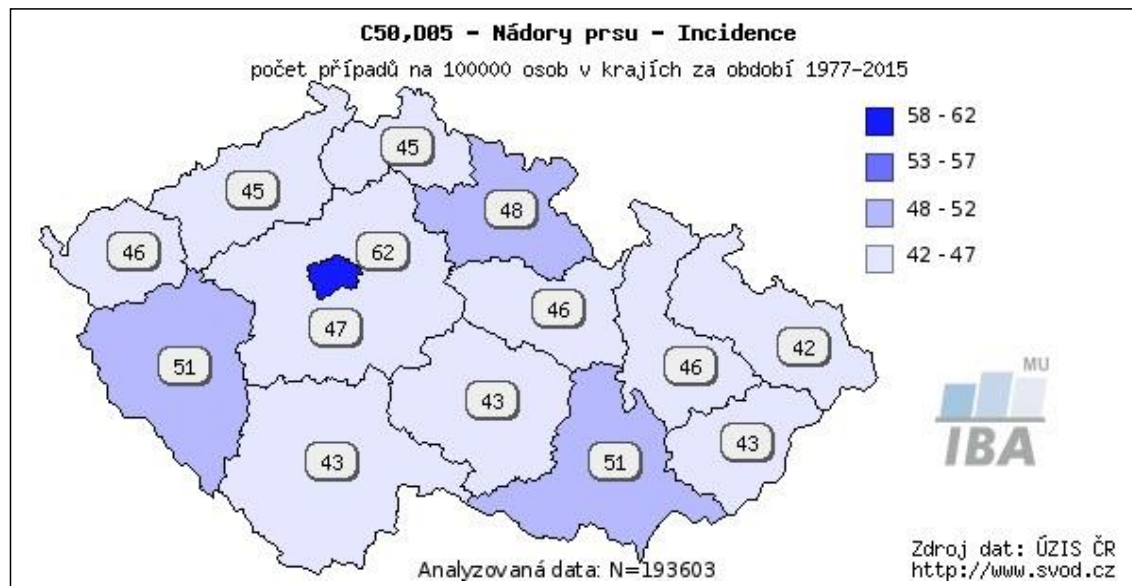
Záchyt onkologického onemocnění v méně pokročilém klinickém stadiu výrazně zvyšuje naději na dobrý výsledek léčby a na dlouhodobé přežití. Dostupná populační data o karcinomu prsu ukazují stále rostoucí podíl časných stádií u nově diagnostikovaných případů onemocnění. To je velmi pozitivní trend, neboť 5leté přežití pacientek, u nichž byl karcinom prsu diagnostikován v klinickém stadiu I. či dokonce jako karcinom in situ, činí téměř 100 %.

(www.mamo.cz)



Obrázek 6 - Podíl klinických stádií (www.nor.cz)

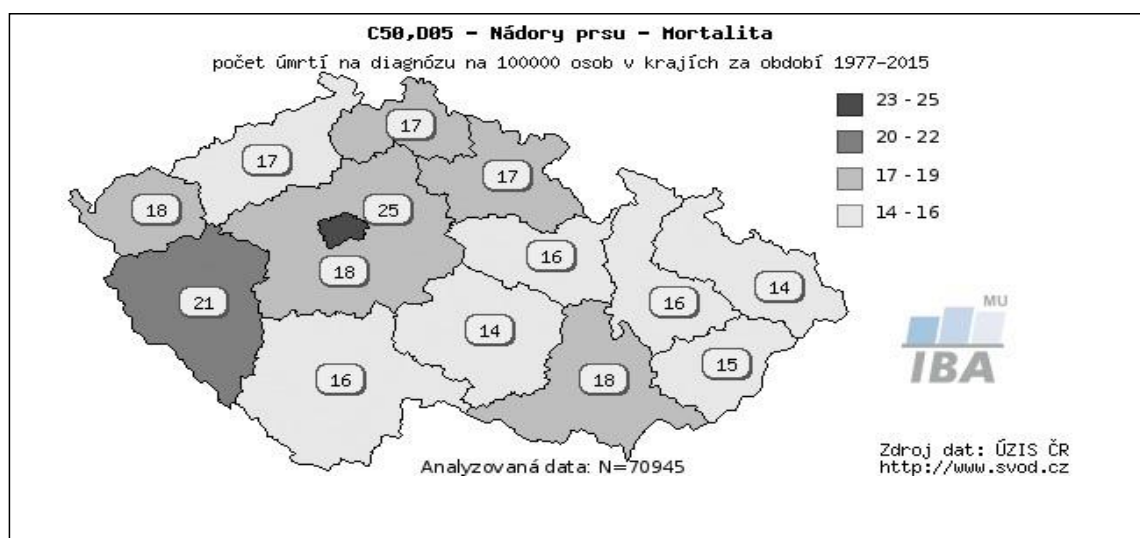
2.5 REGIONÁLNÍ PŘEHLED INCIDENCE NÁDORŮ



Obrázek 7 - Regionální přehled incidence karcinomu prsu 1977 - 2015 (www.nor.cz)

Incidence a mortalita diagnózy karcinomu prsu v jednotlivých krajích odráží samotnou rizikovost regionu pro výskyt nádorových onemocnění prsu, je však ovlivněna i dalšími faktory, jako například rozdíly v demografické struktuře populací v jednotlivých krajích. (www.mamo.cz)

2.6 REGIONÁLNÍ PŘEHLED MORTALITY



Obrázek 8 - Regionální přehled mortality v období 1977 - 2015 (www.nor.cz)

Geografické rozdíly v incidenci a mortalitě jsou známé. Ve vyspělých zemích Evropy a v Americe je nejvyšší výskyt karcinomu prsu. V Evropě se výskyt snižuje od severu k jihu

a od západu k východu. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi se zmenšují, ale incidence karcinomu prsu je v západních zemích oproti Dálnému východu pětinasobná. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 342)

2.7 HLÁŠENÁ ONEMOCNĚNÍ ZHOUBNÝMI NOVOTVARY (ROK 2015)

Tabulka 1 - Hlášená maligní onemocnění prsu v Pardubickém kraji za období 2014 - 2015 (www.svod.cz)

Věk	Absolutní počet
15-19	1
25-29	5
30-34	11
35-39	23
40-44	40
45-49	56
50-54	55
55-59	62
60-64	97
65-69	127
70-74	92
75-79	67
80-84	50
85+	25
Celkem	711

Nepochybně díky pokroku ve výzkumu a novým metodám léčby pacienti s rakovinou žijí lépe a déle než v minulosti. Lidé v Pardubickém kraji navíc mají podle statistik v porovnání s jinými regiony slušnou šanci, že se vyléčí. Úmrtnost na rakovinu byla v Pardubickém kraji mezi lety 1994 až 2015 druhá nejnižší v zemi, ve výskytu novotvarů přitom patří kraj „jen“ mezi lepší průměr. Z toho by se dalo s jistou opatrností usuzovat, že lékařům v Pardubicích se daří rakovinu léčit. Počet onkologických onemocnění se zvyšuje, stále více nádorů se totiž díky pokroku v medicíně daří zachytit dříve a včas. (www.multiscan.cz) „Obecně lze říct, že díky screeningu stoupá počet pacientek s karcinomem prsu a pacientů s karcinomem prostaty. Naštěstí se díky kvalitní léčbě daří rozevírat nůžky mezi počtem nově nahlášených pacientů a úmrtností,“ uvedl lékař Komplexního onkologického centra v Pardubicích Vít Ulrych. (www.multiscan.cz)

3 PSYCHOSOMATIKA

„Rozhodl jsem se být šťastný, protože je to dobré pro mé zdraví.“

Voltaire

3.1 HISTORIE PSYCHOSOMATIKY

Původ slova „psychosomatika“ je z řečtiny, a to ze dvou slov psyché (duše) a sóma (tělo), a označuje pochopitelnou souhru tělesných a duševních procesů. Každý pocit vyvolává nějakou tělesnou reakci a každá tělesná reakce rozpoutá nějaké pocity, a to je naprosto zdravá podoba prožívání. Pojmy psychosomatické choroby a psychomatózy patří k patologickým formám vztahu mezi tělem a duší, tudíž spolupůsobení fyzických a psychických faktorů při vzniku a průběhu nemoci. (Nováková, 2011, s. 76)

V průběhu staletí se na souvislosti mezi tělem a duší pohlíželo různě. Starořecký lékař Hippokratés byl přesvědčen, že každý pocit ovládá jednotlivý orgán: srdce se při návalu radosti rozšiřuje a při prožívání zlosti stahuje. Antičtí Řekové byli psychosomatické nakloněni. Středověká církev oddělila tělo od duše a v 17. stol francouzský filozof René Descartes přišel s vědeckým dualismem těla a duše, s jehož neblahými následky se potýkáme dodnes. Až počátkem 20. století se opět začal projevovat zájem o psychosomatiku. Moderní psychosomatika se zrodila z prací Zigmunda Freuda a jeho žáků, ukázalo se, jak velkou roli hraje duše při vzniku a vývoji tělesných poruch. Model konverze předvedl, jak mohou psychické konflikty „konvertovat“ v tělesné symptomy. Nejvýznamnější psychoanalytická koncepce byla sepsána německým internistou a psychoanalytikem Franzem Alexanderem. Jeho dílo Psychosomatické lékařství, které sepsal roku 1950 v chicágské emigraci, popisuje sedmero onemocnění s údajně specifickou psychodynamikou nemoci. Byl přesvědčen, že určité tělesné poruchy vznikají jako následek specifického, nevědomého psychického konfliktu spočívající v rozporu mezi dvěma žádostmi nebo mezi žádostí a zákazem. A tak touha po závislosti, opoře a zaopatření může rozporovat potřebu nezávislosti a samostatnosti. Této potřebě není vyhověno, a tak z emocionálního napětí a blokování uspokojení touhy povstává chronická porucha vegetativní regulace. Jeho práce podpořila vývoj psychosomatiky jako samostatné vědní disciplíny. Této Alexandrově metodě se také říká teorie specifčnosti, což znamená, že určité choroby jsou výsledkem specifických konfliktů. Roku 1977 byl navržen americkým lékařem a psychoanalytikem Georgem Engelem biopsychosociální model

nemoci, který připouští vzájemné ovlivnění těla, duše a sociálního okolí. Celostní, integrativní chápání nemoci, se zohledněním biologické, psychologické a sociální úrovně procesu onemocnění patří dnes ke koncepčním základům moderní psychosomatiky. (Morschitzky, Sator, 2006, s. 12-14)

3.2 PSYCHOSOMATIKA

Psychosomatický pohled neprezentuje v žádném případě nějakou alternativní medicínu, tedy konkurenci, která stojí jako alternativa, tudíž zcela jiná možnost než možnosti současné medicíny, která je založená na důkazech pozitivistického ražení, zpracovaných statistiky. S požadavkem brát v úvahu stejně vážně faktory biologické, tak obtížně měřitelné faktory sociální a psychologické, třeba i neuchopitelné faktory duchovní nebo-li spirituální, je vlastně doplněním redukcionistického pohledu medicíny na člověka jako na biologický preparát. (Honzák, 2017, s. 11)

„Všeobecně se přijímá definice psychosomatiky, podle níž se psychosomatika zabývá psychickými příčinami, průvodními a následnými projevy tělesných poruch, působením těchto poruch na pacientovo psychosociální okolí a na vztah mezi pacientem, terapeutem a lékařem. V situaci extrémní psychické nebo psychosociální zátěže může každý člověk onemocnět. Stejně zátěžové faktory mohou způsobit u různých lidí různá onemocnění. Stejně tak nejrůznější stresové situace mohou způsobit stejnou nemoc. Někteří lidé jsou k onemocnění náchylnější než jiní, protože nemají dostatečné strategie ke zdolávání potíží nebo protože žijí v méně příznivých životních podmínkách.“ (Morschitzky, Sator, 2007, s. 15)

3.3 PSYCHOSOMATIKA V ONKOLOGII

Zhoubná přeměna probíhá v buňce na genetické tedy molekulární úrovni. Nad ní je pak složitější úroveň tkáňová, následně orgánová, a ještě výše systémová úroveň mezi orgánové součinnosti, která zajišťuje tělesné funkce organismu včetně nervových regulací. A teprve na jakémsi pomyslném vrcholu se nachází úroveň vyšší nervové činnosti a psychických funkcí. Není snadné si představit, jak může psychický pochod přímo ovlivnit buněčnou a molekulární úroveň. Západní medicína se domnívá, že souvislost chronického stresu a vzniku nádoru je možná kaskádou hormonálních stresových reakcí, které vedou k vyplavení glukokortikoidních hormonů, jenž utlumí imunitní reakci. Také je možné, že chronická psychická zátěž vede k uvolňování tkáňových hormonů - cytokinů, které ovlivňují zánětlivé reakce a množení buněk a tento stav může ovlivnit genovou mutaci. Je ale také možné, že člověk žijící

v chronickém stresu o sebe méně dbá, neplní své potřeby a má narušený životní režim. Tradiční čínská medicína se staví k problému rakoviny opatrně. Avšak s ohledem na preventivní a celostní zaměření klade také východní medicína důraz na vyrovnanost toků energií či celkovou tělesnou a psychickou rovnováhu jako prevenci vzniku zhoubných nádorů. Není důvod tomu nevěřit. (Žaloudík, 2008, s. 46)

K významným rizikovým faktorům karcinomu prsu jsou řazeny i psychologické aspekty. Onkologické choroby jsou některými autory řazeny mezi psychosomatické onemocnění. Studie, které analyzovaly osobnostní charakteristiky ve vztahu k riziku vzniku nádorového onemocnění, jsou většinou retrospektivní, tudíž není možné objektivně posoudit stav pacienta před propuknutím onemocnění. U osob s prokázanými depresivními stavy byla v prospektivní epidemiologické studii potvrzena 2,5krát vyšší incidence malignit. Provedené epidemiologické studie neposkytují zcela konzistentní závěry o úloze akutních či chronických depresivních stavů žen a riziku vzniku karcinomu. Mechanismus účinku není taky zcela jasný, vychází se z předpokladu ovlivnění metabolismu a produkce ženských hormonů. (Abrahámová, Dušek a kol, 2003, s. 47)

V dnešní době je potvrzena návaznost nejčastějších druhů rakoviny na některé civilizační jevy, jako je třeba kouření u rakoviny plic. Původ rakoviny prsu, dělohy a vaječníků můžeme snad vyvodit z naší hektické doby a z civilizačně podmíněných poruch rytmu života, které neumožňují ženám být prostě ženami. Tento stav je způsoben životními podmínkami a nejedená se o životní prostředí, stravovací návyky a životní styl, ale převážně jsou to duševní struktury, vzorce, které se odrážejí v životních zvyklostech. Aspekt normopatie, který nutí člověka žít natolik podle společenských norem, že nechává za sebou všechno, co je mu vlastní, někdy dokonce i vlastní životní cestu. Tento aspekt je důsledkem nátlaku na člověka průmyslově vyspělé země, který je nucen se neustále přizpůsobovat a který již zmasověl-stal se spotřebitelem, poplatníkem, voličem, pacientem. Více žen se přizpůsobuje archetypálně mužským životním rytmům a tím odsouvají své archetypálně ženské záležitosti do pozadí a jsou více výkonnostně orientované. Protože rakovina prsu je hlavní příčinou úmrtí žen věkové kategorie v rozmezí 35 až 45 let, je předpoklad, že v předešlém období se nacházely problémy, které nešly řešit jinak. Rakovině prsu velmi často předchází nezpracované trápení, které si žena přímo chránila, „hřála na prsou“, a které často pozastavilo její vlastní život. V případě, že se žena nikdy nezastane sama sebe, když ve svém životě neprojeví tvrdost a agresivitu a nepřijímá žádná rozhodná opatření, musí počítat s tím, že tuto úlohu převezmou

druzí a rakovina může vyjádřit toto drama ve všech jeho proměnách. (Ruediger Dahlke, 2003, s. 335)

Vše, co poslouží k vlastní individuální cestě ženy, může být i prevencí rakoviny. Tento postoj vyžaduje prolomení normy a omezujícího rytmu požadovaného kroku společnosti s jeho strojovým taktem, který brání seberealizaci a vykročení vlastní cestou. Lidé, kteří jsou připraveni po vyslechnutí diagnózy „rakovina“ radikálně otočit kormidelním kolem svého života a nabrat kurs směrem k sobě a svým potřebám, životnímu úkolu, mohou zažít zázrak zvaný spontánní remise. Řešení je přirozeně individuální. Přesto lze vymezit rámec zpracování vlastního tématu. Je potřeba odhalení tématu a nasazení vlastní síly. Odvážně a ofenzivně ve prospěch vlastních prsou, otevřít své srdce a rozpoznat hada na svých prsou. Je nutno vrátit se ke svému životnímu snu, nalézt odvalu a sílu k radikálnímu zvratu a přeměně a začít prožívat svou vlastní ženskost bez ohledu na případnou hrozbu materiální ztráty. Uskutečnit vývojovou cestu ženy k vlastní jedinečnosti. (Margarit a Ruediger Dahlke, 1999, s 338-339)

3.4 PSYCHOONKOLOGIE

Psychoonkologie patří k novějším pojmům dnešní doby a lze jej definovat jako interdisciplinární obor, který se pohybuje na pomezí onkologie, psychologie, sociologie, imunologie a endokrinologie. V řadě zemí je považována za samostatný vědní obor. Zabývá se psychologickou stránkou pacienta s nádorovým onemocněním od počátku, tedy od sdělení diagnózy nemoci a v jejím dalším průběhu. (Dostálová, 2016, s. 48)

Zvládání krizových situací a psychický stav pacienta s nádorovým onemocněním je ovlivněn jeho premorbidní osobností, taktéž vědomím, jakou nemocí trpí a bezpochyby příznaky onemocnění. Jedna z definic premorbidní osobnosti, je od Pervina, který považuje osobnost za „ty charakteristiky člověka, které jsou podkladem konzistentních vzorců chování, přičemž těmito charakteristikami se rozumí myšlenky, city, a to pozorovatelné a (navenek vyjádřitelné) chování“. (Dostálová, 2016, s. 49)

Způsob zvládání životních těžkostí je něčím, co je pro onkologické pacienty velmi specifické. Tento způsob však není u všech onkologických pacientů stejný. Prospektivní studie žen (Greer a Watson 1985), u nichž se objevila rakovina prsu, bylo zjištěno, že ty ženy, u nichž se vyskytovala výrazná snaha s nemocí bojovat, přežily 5-8 let a vykazovaly větší počet roků bez relapsu. Na rozdíl od žen, které situaci braly se stoickým klidem, popřípadě vykazovaly

charakteristiky HH-syndromu. Nejlépe bojovaly se svou rakovinou ženy, které pojalý k nemoci mocnou nenávist a velké nepřátelství spojené s dobrou kontrolou vlastní emocionalitý. (Asbjort, Lilleba, Eyolf, 2004, s. 171-172)

3.5 PSYCHONEURIMUNOLOGIE

Působení zhoubného nádoru významně ovlivňuje a mění imunitní odpověď organismu a zároveň uvědomění si existence diagnózy působí jako další stresor. Emoční stav pacienta má značný vliv na regulační systém organismu, jak potvrzuje psychoneuroimunologie. Tento dvacet let starý interdisciplinární obor se zabývá vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním a imunitním systémem. Tyto regulační systémy pracují v úzké souvislosti a psychické a psychosociální faktory do nich zasahují. Psychické a imunitní procesy se vzájemně ovlivňují a odborníci proto používají název cirkulární kauzalita. Pokud je přesáhnutá adaptační kapacita organismu, dochází ke vzniku stresu. Odpověď na tuto zátěž se objeví jak na autonomní vegetativní nervové úrovni, tak na úrovni endokrinní. Podle psychobiologické koncepce stresu je odpověď organismu v emoční úrovni na stresor hněvem a na úzkost strachem až depresí. Z této reakce dochází k bezprostřednímu ovlivnění imunitních dějů. Z toho plyne, že tělesná a duševní schránka člověka tvoří jeden celek. (Dostálová, 2016, s. 62)

3.6 INTERVENCE SESTRY

Není pochyb, že sestra má nezastupitelné místo v každodenní komunikaci s pacientem a vytváří si s pacientem profesionální vztah, který mu může napomáhat zvládat jeho onemocnění. Příznivé působení na emoční oblast pacienta není omezeno pouze na aktivity terapeuta. Pacientovi může pomoci i člověk bez teoretického vzdělání v psychoterapii. Příznivě působit na emoční stav pacienta lze i náhodným a nekvalifikovaným zásahem ze strany zdravotníka či rodiny. Je třeba ve správné chvíli použít ty správná slova. Během rozhovoru pomůže pacientovi vzbuzování kladných emocí. Jedním z prostředků je cílené navozování situací, které jsou pozitivní a pacienta uspokojí. Pacient by měl pociťovat, že jeho blaho je pro personál důležité, měl by cítit zájem o jeho osobnost. Také kontrasty hrají roli. Pokud to je možné, je dobré nahrazovat pacientův trvající neměnný pocit kontrastem. I drobné změny můžou povzbudit k vyšší motivaci. Za určitých okolností funguje i přenášení citů. Vyrovnaný optimistický pacient může být prospěšným dalším pacientům. Emoce pacienta mohou být také vnímány jako neverbální signály, kterými pacient komunikuje

a sděluje svůj niterní stav. Naděje patří k libým emocím a představuje budoucí uspokojení. Čím větší naději pacient má, tím lépe zvládá svůj současný stav. I přestože je prognóza infaustní, neměla by být naděje zmařena. Pokud pacient má naději, je dobré mu ji ponechat v míře, kterou si sám určí. (Dostálová, 2016, s. 63-64)

4 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

4.1 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA

Výzkum kvality života bývá označován za jedno z nejdůležitějších ale i za jedno z nejkontroverznějších témat. A to především za kontroverzní skutečnost, že neexistuje jasný a jednoznačný koncept, co „kvalita života“ znamená. Na počátku 20. století se pod „kvalitou života“ rozuměla především materiální úroveň společnosti, v 60. letech se začalo uvažovat o obsáhlejší pojetí tohoto pojmu a „kvalita života“ se začala chápat jako nematerialistická dimenze života (Duffková 1986). Nadále se výzkum kvality života výrazně individualizoval a dnes se orientuje převážně na subjektivní vnímání a hodnocení vlastního života. Přejít od „kvality života“ ke „štěstí“ a „životní spokojenosti“ však problém s definicí nevyřešil. Nadále nejsou oba pojmy přesně definovány a nejsou jednotné názory na rozdíl mezi těmito pojmy. Často se rozlišuje štěstí jako stav, ve kterém převažují pozitivní emoce nad negativními, a životní spokojenost, v níž se odráží rozumové hodnocení vlastního života (např. Diener, Lucas 2000 a; Kim, Hatfield 2004; Stack, Eshleman 1998). (Hamplová, s. 36, 2002)

Payne (2005) konstatuje, že v rámci shrnutí všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní. Objektivní kvalita života je zaměřena na splnění požadavků týkající se materiálních, sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Subjektivní pojetí kvality života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví je chápáno jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci.“ Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života jako stupeň, ve kterém jedinec užívá důležité možnosti života. Možnosti přitom vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk v životě má, a tyto zprostředkovávají interakci mezi ním a prostředím. „Užívání si“ (enjoyment) je složeno ze dvou komponentů, a to z dosažení určitého naplnění v rozhodujících životních oblastech a ze zážitku spokojenosti. (Payne, 2005, s. 208)

4.2 POJEM ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Od nepaměti lidé hledají štěstí a spokojenost. Již před třicetiletými staletími se Aristoteles domníval, že více než cokoli jiného lidé hledají právě štěstí. Jaký je vlastně smysl lidské existence? Aristoteles zdůrazňuje, že lidé, místo aby prioritně hledali štěstí a prostřednictvím toho pak dosáhli dalších cílů, tak hledají štěstí v něčem jako je bohatství, majetek, sláva

a snaží se dosáhnout pocitu štěstí prostřednictvím něčeho. Tohle hledání blaženosti se často stává samo o sobě cílem. Ale je to jen prchavé a závislé na náhodě a na jiných lidech. (Blatný a kol., 2005, s. 83)

Životní spokojenost patří k jednomu z klíčových pojmů v širší oblasti psychologie osobní pohody (well-being). V české terminologii jsou dále používány termíny jako pocit blaha, subjektivní komfort, prožitek osobní pohody a podobně. (Kaspříková, 2009, s. 27)

Při definování kvality života psychology se často setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Toto pojetí předpokládá, že kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen. A spokojen je, když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal. Ehteld (1999) uvádí, že uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá, tak rychle, jak dotyčný očekával. Z toho vyplývá definice kvality života jako „prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu.“ (Křivohlavý, 2002, s. 169)

Blatný (2005) považuje životní spokojenost za hlavní složku osobní pohody. Dále ji definuje jako vědomé a globální hodnocení vlastního života jako celku, kdy pojem globální spokojenost značí další kognitivní složku osobní pohody. Ovšem nepovažuje ji za celkovou životní spokojenost. Za významný faktor životní spokojenosti považuje pozitivní hodnocení vlastní osoby a dále také temperamentové charakteristiky osobnosti. (Blatný, 2005, s. 83-107)

Hnilica uvádí definici celkové spokojenosti se životem jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v jednotlivých oblastech, k nimž patří rodina, sousedé, přátelé, zdraví, práce. Řadí sem i spokojenost v subjektivních oblastech života, ke kterým navíc přidává sociální postavení a ekonomický statut. (Hnilica, 2004, s. 193-202)

4.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Faktory, ovlivňující životní spokojenost, se stali terčem zájmu výzkumů posledních čtyř desetiletí. Například Wilson (in Diener, 1999) ve své práci shrnul, že šťastná osoba je: „Mladá, zdravá, s kvalitním vzděláním a dobrým platem, extrovertní, optimistická, bezstarostná, věřící, vdaná či ženatá, s vysokou sebeúctou, vysokou pracovní morálkou, obou pohlaví, s nenáročnými aspiracemi a různými stupni inteligence.“

K faktorům, které se podařilo prokázat v různých výzkumech, neodmyslitelně patří demografické faktory jako manželství, rodina, vzdělání, pohlaví, zaměstnání, příjem a věk.

A zcela nepochybně faktory chování a projevů chování. To znamená sociální kontakt, aktivity, životní události. Bylo prokázáno, že i osobnostní faktory jako jsou sebeúcta, temperamentové charakteristiky, inteligence, internalita, optimismus, ale i pozitivní iluze patří k těmto faktorům a stejně tak i biologické faktory, kam patří důležitý faktor zdraví. (Švandová, 2011, s. 26)

4.4 MĚŘENÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI

Definice spokojenosti a štěstí, která je nejednotná, způsobuje poměrně problematické snahy o empirický výzkum. Jak uvádí Hamplová: „Psychologové štěstí, spokojenost a pohodu měří poměrně složitými indexy (Ryff 1989; Bradburn 1969; Cantril 1965; Andrews, Withey 1976; cit. dle Smith 1979), běžně se však životní spokojenost a štěstí hodnotí pomocí jen jedné otázky, ve které mají lidé sami o sobě říct, jak jsou celkově spokojeni či šťastní (např. Bjornskov 2003; Kim, Hatfield 2004; Near et al. 1978; Smith 1979; Toth et al. 2002).“ Používání více otázek a škál je samozřejmě lepší než použití jednoduché otázky, protože dokáže postihnout vícerozměrný koncept spokojenosti a štěstí, oba způsoby měření štěstí a životní spokojenosti jsou však překvapivě spolehlivé. (Hamplová, 2002, s. 13)

4.5 KONCEPCE METODY SEIQOL

Zkratkou SEIQol se rozumí Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life- Systém individuální hodnocení kvality života. Jedná se o způsob zjišťování kvality života na podkladě životní spokojenosti, který neklade předem kritéria, která by stanovila, co je žádoucí, správné či dobré, ale pouze pracuje s osobními představami dotazovaného, co on považuje ve svém životě za důležité. Celý koncept dotazníku je výpovědí dané osoby o vlastním systému hodnot. Taktéž o aspektech života, které jsou pro danou osobu závažné. V pozadí výzkumů životní spokojenosti a kvality života je domněnka, že hodnoty kvality života jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav lidí lépe hodnocen. Tomuto pojetí nasvědčuje i provedený výzkum za použití metody SEIQol (O'Boyle, MCGee a Joyce, 1994), kde při zhoršeném zdravotním stavu došlo i k poklesu hodnoty života. Je však důležité podotknout, že pojetí výzkumu s metodou SEIQol je širší, než je klasický biomedicínský pojem „zdravotní stav“. Pravdou je, že v souboru hodnot – podnětů „cue“ uváděných většinou respondentů se vyskytuje „zdraví“ jako jedna z pěti nejčastěji uváděných hodnot, ale zároveň se ukazuje, že váha tohoto momentu není stejná. Jelikož metoda zahrnuje i údaje o psychickém stavu pacienta, je to stav o míře spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal. Tato

zjišťování jsou výrazně citlivější než klasické údaje o zdravotním stavu. A není to pojetí klasické kvality života, ale vychází z celkové míry životní spokojenosti dané osoby. (Křivohlavý, 2002, str. 174-175)

5 REŠERŠNÍ ŠETŘENÍ

Narůstající zájem související s problematikou kvality života v ošetrovatelství je zaznamenán v průběhu posledních třech desetiletí. V databázi MEDLINE byla zveřejněna kvalita života v názvu vědecké práce poprvé v roce 1975. Roku 1983 se kvalita života objevuje v CINAHLU (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Periodikum *Advances of Nursing Science* věnovalo kvalitě života o dva roky později speciální číslo se zaměřením na subjektivní fenomenalickou perspektivu. Od toho období se rozsah a obsah tohoto pojmu vyvíjí, rozšiřuje, krystalizuje a bývá často pojmem, s kterým se pracuje ve výzkumu a v teorii. V medicíně a ošetrovatelství je zaznamenána různorodost přístupů a definic, které se snaží zachytit lidskou zkušenost s konceptem kvality života. Kvalita života je těžko uchopitelný pojem z důvodu komplexnosti s jeho inter a intraindividuálními determinantami a multidimenzionálností. Zprvopočátku se kvalita života může zdát jako jednoduchý pojem, který však představuje přímo nepozorovatelnou, latentní proměnou, popsatelnou a měřitelnou pouze zprostředkovaně. (Gurková, 2011, s. 15)

K vyhledání prací přibližujícím se tematicky k mé diplomové práci jsem použila databáze PubMed, UK A-Ž, BiblioMedica. Za účelem vyhledání rešerší v německém jazyce jsem použila databáze Springer Link, WISSENWASWIRKT. Pro vytvoření rešerší jsem zvolila rešeršní PICO otázku: Jaká je kvalita života žen po karcinomu prsu? K vyhledávání jsem použila tato klíčová slova: žena (P), kvalita života (I), karcinom prsu (Co). Následně jsem vytvořila pokročilou vyhledávací strategii, při které jsem jednotlivá klíčová slova rozšířila o jiné výrazy, a ty následně propojila pomocí Booleanských operátorů. Pokud se jednalo o synonyma či slova s velmi podobným významovým obsahem, tak následoval operátor OR. Pokud jsem potřebovala vyhledat současně dva termíny s různým významovým obsahem použila jsem operátor AND. Též jsem použila symbol „*“ u slov, kde kořen slova zůstal zachován, jen se měl dohledávat s různými koncovkami.

5.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ DOPADY RAKOVINY PRSU NA ŽIVOT ŽEN

V REPRODUKČNÍM VĚKU

Tématem práce Havlíčkové byly psychosociální dopady rakoviny prsu na život žen, které prožívaly svou nemoc v reprodukčním věku. Respondentky byly do výzkumného vzorku vybírány zcela záměrně, jelikož v takto orientovaném výzkumu se cílí na požadované vlastnosti, které se výzkumník rozhodl zkoumat. Kritéria byla zaměřená zejména na věk

a dobu po absolvované léčbě. Byly vybírány ženy do 45 let a druhým významným požadavkem byla maximální doba po léčbě 5 let, aby tak pacientky měly ještě v živé paměti prožívání a dopady této nemoci. Za pomoci kvalitativního výzkumného přístupu se autorka snažila nalézt odpovědi na výzkumné otázky, jejichž cílem bylo podat reflexi změn na úrovni sociální opory, také životních hodnot, jež tato nemoc přináší a ovlivňuje jejich spokojenost se životem. Výsledky výzkumného šetření této práce poukázaly na pět kategorií, kterých se dotýkají psychosociální důsledky nemoci, a to „Prvního setkání s nemocí“, kde respondentky vypovídají o době, kdy do jejich života vstoupila nemoc a jak tuto skutečnost sdílely se svým okolím, dále se ukázala kategorie „A co já s tím, kde ženy popisují svoje rozhodnutí bojovat či nebojovat s nemocí“ a také její prožívání, následuje „Já a moje povinnosti“, ve které respondentky sdělují, jak v průběhu této životní události řešily svoje úkoly spojené s dětmi, domácností, partnerem, prací a financemi, dále se objevila kategorie „Já jako žena, která se zaměřuje na samotné ženství“, předposlední byla „Vnější zdroje pomoci“, ve které jsou důležitými opěrnými body zejména rodina, přátelé, stejně nemocné ženy a poslední kategorie.“ A jak to mám teď“, jenž vypovídá o proměně jejich životních hodnot a současných priorit. (Havličková, 2016, s. 72) Výpovědi respondentek poukázaly na komplexnost psychosociálních dopadů nemoci a na problémy vzniklé nemocí, jako například komunikace nemoci vůči okolí a hlavně vůči dětem. (Havličková, 2016, s. 20-72)

5.2 ONEMOCNĚNÍ RAKOVINOU PRSU ZE SOCIOLOGICKÉ PERSPEKTIVY

Autorka Rožánková zaměřila svou práci na rakovinu prsu ze sociologické perspektivy z pohledu mladé matky po oznámení onkologické diagnózy. Jako hlavní záměr její práce, která se věnuje mladým ženám, jež mají minimálně jedno dítě předškolního věku a jímž byla diagnostikována rakovina prsu, bylo objasnit změny, které v životě ženy po zjištění diagnózy nastávají. Záměrem je především věnovat se sociálnímu pozadí, kdy v důsledku nemoci dochází například k poruše schopnosti plnit společností očekávané sociální úkoly a role. Tyto změny zahrnují nejzásadnější oblasti, a sice mateřství, partnerství a finanční zabezpečení. Jsou to velmi důležité oblasti v životě mladých žen a všechny souvisí s jejich pocitem uspokojení.

V důsledku fyzického omezení má žena problémy s výchovou dětí a je pro ni zapotřebí výrazné pomoci rodiny. Náročná léčba značně zasahuje i do partnerského vztahu a problematický je i návrat zpět do zaměstnání. Život ženy a celé její rodiny po zjištění diagnózy dostává úplně nový rozměr. Cílem práce bylo rozkrýt, k jakým změnám v klíčových

oblastech na základě diagnózy došlo. „Hlavní výzkumná otázka zní: Jaké změny vnáší onemocnění karcinomem prsu do oblasti mateřství, partnerství a finančního zabezpečení v životě mladé rodiny. Pro výzkum byly zvoleny polostrukturované rozhovory.“ (Rožánková, 2014, str. 8) Při posuzování oblastí vyplynulo z výzkumu, že pro ženu byla nejobtížnější oblast mateřství. Ženy litovaly, že se dostatečně nemohly věnovat výchově dítěte. U osmi z deseti respondentek neměla nemoc vliv na partnerský vztah. Mnohem horší situace nastala u žen, u kterých během léčby vztah s partnerem skončil. Tyto dvě ženy skončily jako samoživitelky, tudíž by samy nezvládaly finančně zabezpečit sebe a své dítě a byly odkázány na finanční pomoc ostatních. (Rožánková, 2014, s. 62-65)

5.3 „LEBENSQUALITÄT UND LANGZEITFOLGEN MEHR ALS ZWÖLF JAHRE NACH DER DIAGNOSE BRUSTKREBS“

Autorka ve své práci sledovala kvalitu života v dlouhodobých důsledcích více jak dvanáct let po diagnóze karcinomu prsu. Cílem této práce bylo zjistit, do jaké míry prodělaná rakovina prsu i po letech ovlivňuje život pacientek. Míra zátěže byla hodnocena pomocí stanovení kvality života a disponsibility strachu u pacientek po prodělaném karcinomu prsu. Výsledky byly porovnány se skupinou zdravých žen. Data byla získána od 143 pacientek, které prodělaly karcinom prsu v období od roku 1985-1995. Pro získání dat použila autorka SF-36, GAD-7 a dotazník, který sama vytvořila. Z dotazníku kvality života SF-36 vyplynula podobná data u obou skupin, pouze u škály tělesného a emočního plnění rolí se ukázaly horší výsledky u skupiny žen po onemocnění karcinomu prsu. Autorka uvádí, že její hypotéza o snížené kvalitě života žen se nepotvrdila, ale předpokládá, že výsledek je ovlivněn menším počtem respondentů. Vysoce signifikantní se ukázala souvislost mezi kvalitou života a disponibilitou komorbidit vzniklých na základě primárního onemocnění společně s mírou strachu a subjektivní fyzické zátěže. Z celkového závěru práce vyplývá, že kvalita života žen po prodělané rakovině prsu před více jak dvanácti lety není nijak negativně ovlivněna. Jednotlivé negativní výsledky v kvalitě života byly převážně způsobeny sociálními faktory anebo jinými přidruženými onemocněními. (Christine Miriam Schneider, 2010, s. 64)

5.4 SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZDRAVÍ A NEMOCI U ŽEN DIAGNOSTIKOVANÝCH A LÉČENÝCH S KARCINOMEM PRSU

Přehledová studie vedená odborným týmem z Ústavu sociálních věd v Praze si vzala za cíl popsat vztah mezi sociální oporou a kategoriemi zdraví a nemoci se zaměřením na pacientky

diagnostikované s rakovinou prsu a pacientky léčené s rakovinou prsu. Z prozkoumání dosavadních studií vyplynulo, že studie poměrně systematicky dokumentují pozitivní vztah mezi sociální oporou a průběhem nemoci či pravděpodobností přežití. Včasná psychosociální léčba může navíc snížit pravděpodobnost recidivy onemocnění. V zahraniční literatuře již existuje velký počet studií o vztahu mezi sociální oporou a onemocněním karcinomem prsu. Při zaměření na podpůrnou péči a poskytování sociální opory při zvládání onkologických onemocnění, lze konstatovat, že tato oblast není v rámci zdravotní péče v ČR dostatečně rozvinutá, a to jak v péči o hospitalizované pacienty, tak v péči o pacienty propuštěné do ambulantní péče. Psychosociální péče je rozhodně důležitá pro pacienty samotné, ale má i zásadní přínos pro jejich rodiny a nejbližší okolí. Neinformovanost pacientů a jejich rodin je potom spojena s pocitem bezmoci, bezradnosti a psychické nepohody (Spiegel, Sands, Koopman, 1994). Díky účinnosti psychosociální péče při znovuzapojení se onkologických pacientů do běžného života i zvládání nemoci mívá tento typ psychosociální péče značné sociální i ekonomické dopady. Skutečnost, že psychosociální péče je nejen efektivní, ale i ekonomická, podporuje celá řada empirických studií (Carlson, Bultz, 2004). Zásadním přínosem je snížení celkových nákladů na psychiatrické intervence a léčbu depresivních stavů a omezení nákladů. (Československá psychologie, et al, 2015)

5.5 KVALITA ŽIVOTA MĚŘENÁ JAKO ZMĚNA V ČASE U ČESKÝCH ŽEN

S KARCINOMEM PRSU

Tato rešerše byla doplněna až v průběhu zpracování diskuze, kdy byl dohledán článek v časopisu *Klinická onkologie* (2016), který byl pravděpodobně reakcí na výzkum v podkapitole 6.2. Při výzkumu Kvality života žen měřené jako změnu v čase u českých žen, byl použit nově validovaný nástroj FACT-B (Functional assessment of cancer therapy used for breast cancer patients.)

Kolektiv autorů se podílel na výzkumu vlivu karcinomu prsu na kvalitu života (quality of live) QOL s porovnáním s věkově vyrovnanou skupinou žen zdravých. Výzkumný soubor byl tvořen 74 ženami s karcinomem prsu, které retrospektivně vyplnily sebe posuzující dotazníky před léčbou a následně po léčbě. Stejně početná skupina zdravých žen, taktéž vyplnila tytéž dotazníky. Kvalita života byla hodnocena pomocí dotazníku SF-36, Dotazníku životní spokojenosti a výzkumnou verzí FACT-B. Z výsledků po statistické analýze dat vyplynulo, že u většiny komponent byla u pacientek nalezena nižší QOL, a to převážně u fyzického fungování, tělesné bolesti, celkového zdravotního stavu, citového a tělesného funkčního

stavu, fyzické tělesné pohody. Jediný detekovaný vzestup v QOL byl zaznamenán v doméně sociální a rodinné pohody. Z celkového výsledku vyplývá, že QOL pacientek byla nižší v porovnání se skupinou zdravých žen, z čehož lze vyvodit doporučení pro zlepšení následné péče a minimalizaci negativních vlivů, které má karcinom prsu na kvalitu života. (Klinická onkologie, et al, 2016, s. 114)

Každá onkologická léčba, tedy i léčba karcinomu prsu je v první řadě zaměřena na zničení nádoru a zamezení nádorového rozšíření. Obecně platí, že lidé, kteří přijmou svoji nemoc jako výzvu a nepoddají se, nerezignují, mají větší šanci na vyléčení než ti, kteří se odevzdají. Touha žít a bojové nastavení dodává tělu sílu bojovat s nádorem a nutí ho k uzdravení. U karcinomu prsu je velmi důležité, aby pacientka měla emocionální a sociální podporu blízkých osob, ale i profesionálů. A jak potvrzují předešlé rešerše, ženy převážně strádají v emocionální a sociální sféře, a přitom cílem léčby není jen pouze přežití a dosažení co možná nejdelší délky života, ale za podstatnou hodnotu je považována také kvalita života s onemocněním a po ukončené léčbě.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života a životní spokojenost žen po ukončené léčbě karcinomu prsu. Zjistit nakolik prodělané onkologické onemocnění ovlivnilo život žen a porovnat jejich kvalitu života s kontrolní skupinou – s ženami, které neonemocněly žádným onkologickým onemocněním. Předpokladem bylo, že prodělané onemocnění, přestože už byla ukončena léčba, ovlivňuje nadále kvalitu života. Ženy si často uvědomují riziko recidivy, a to se zajisté také odráží v každodenním životě. Dílčím cílem bylo zjistit životní spokojenost a životní priority žen po ukončené léčbě karcinomu prsu. Onkologické onemocnění pravděpodobně přiměje většinu lidských bytostí k zamyšlení nad životními prioritami a životní spokojeností či smyslem života. Je to zásah do všech oblastí lidského bytí, jak fyzické, psychické, sociální, tak i spirituální oblasti. Pro ženy je o to niternějším prožitkem onemocnění rakovinou prsu.

Výzkumná část je řazena do pěti kapitol navazujících na teoretický základ. Úvodem výzkumné části jsou představeny výzkumné cíle a z toho plynoucí výzkumné hypotézy. Jelikož při výzkumu byly použity kromě doplňujícího dotazníku osobních údajů ještě dva výzkumné nástroje, a to WHOQOL BREF a SEIQol, byly zvoleny ještě dvě výzkumné otázky, které se vztahují k druhému zmiňovanému dotazníku.

Kapitola šestá je zaměřena na metodiku sběru dat a etický aspekt. Upřesňuje informace o výběrových kritériích a o respondentech souboru. Popisuje strategii výzkumného šetření a následně samotný sběr dat. Představuje zvolené nástroje výzkumu a způsob jejich hodnocení.

Výsledky sběru dat jsou prezentovány v sedmé kapitole. Začátek podkapitoly je zaměřen na kompletní vyhodnocení souboru respondentek v souvislosti s dotazníkem osobních údajů. U kontrolní skupiny byl vyhodnocen pouze věk. Následné podkapitoly se zaměřují na vyhodnocení zmiňovaných dotazníků z pohledu popisné statistiky.

Kapitola osmá představuje metodiku použitých statistických metod. V této kapitole jsou představeny metody, které byly použity v následující kapitole.

Testování hypotéz a vztahů u zkoumaných souborů je zpracováno v deváté a desáté kapitole. Kdy každá kapitola je zaměřená na jednotlivé výzkumné nástroje. Tato kapitola byla vypracována pod dohledem statistického odborníka.

Výzkumná část je ukončena diskuzí a shrnutím celého výzkumu v závěru.

Výzkumné otázky a testovací hypotéza

Hlavním cílem práce je porovnat kvalitu života žen po prodělaném karcinomu prsu s kvalitou života žen bez onkologického onemocnění.

1. Dílčí cíl: Zjistit kvalitu života žen po ukončené léčbě karcinomu prsu.
2. Dílčí cíl: Zjistit životní cíl u žen po prodělaném onemocnění rakoviny prsu a z toho plynoucí životní spokojenost.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou priority-cíle žen po ukončené léčbě karcinomu prsu?
2. Odpovídá procentuální životní spokojenost uvedené hodnotě na teploměru spokojenosti?

Testovaná hypotéza k dotazníku kvality života WHOQOL-BREFF

HO: Mezi kvalitou života žen po ukončené léčbě karcinomu prsu a kvalitou života žen bez onkologického onemocnění není žádný rozdíl.

HA: Mezi kvalitou života žen po ukončené léčbě karcinomu prsu a kvalitou života žen bez onkologického onemocnění je významný rozdíl.

6 METODIKA VÝZKUMU

V teoretické části je zmiňována kvalita života žen po ukončené léčbě karcinomu prsu a z toho plynoucí životní spokojenost. Hlavním cílem bylo zjištění míry kvality života patientek po prodělaném karcinomu prsu pomocí standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006), který byl doplněn o dotazník všeobecných údajů vlastní tvorby a dotazníku SEIQoL. Všechny dotazníky jsou k nahlédnutí v příloze č. F-G a podrobněji popsány v kapitole 6. 2.

6.1 STRATEGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Původně bylo předpokládáno, že sběr dat proběhne v klidnějším prostředí a ženy po karcinomu prsu budou osloveny v centru MAMMA Help Hradec Králové. Bohužel centrum odmítlo jakoukoliv spolupráci.

Výzkum byl proveden se ženami po ukončené léčbě karcinomu prsu, které se léčily v Pardubické nemocnici-Multiscan a.s. na základě povolení primáře a dále schválení etické komise Nemocnice Pardubického kraje, a.s. Oba souhlasy jsou k nahlédnutí v příloze č. B-D.

Období sběru dat bylo plánováno od 10/2017-01/2018. Ženy po prodělaném karcinomu prsu byly kontaktovány v dispenzární ambulanci Multiscenu s.r.o., ve které jsou ženy po prodělaném onemocnění sledovány. Podstatou výzkumu byl samovýběr na základě získání informovaného souhlasu žen z výzkumné skupiny. Plánovaný počet žen ve výzkumné skupině byl 50, stejný počet žen byl předpokládán i ve skupině kontrolní. K oslovení žen z kontrolní skupiny došlo v gynekologické ambulanci, po předešlém souhlasu, praktikující gynekoložky MUDr, Ditrychové v Pardubicích.

6.2 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ

Článek na téma „Metody hodnocení kvality života u žen s karcinomem prsu-přehled a základní charakteristika“ (Klinická onkologie, 2015) se zabývá přehledem a stručným popisem dostupných validovaných nástrojů ve světě a v České republice, které jsou specificky určeny pro posuzování oblastí souvisejících s HRQOL u patientek s karcinomem prsu. Z výsledku studie vyplynulo, že obecným problémem sebeposuzovacích dotazníků specificky zaměřených na HRQOL žen s karcinomem prsu bývá absence validizace. Rovněž bývá nedostatečně standardizována metodologie vývoje těchto nástrojů. Většina dotazníků nebyla

přeložena do českého jazyka. Ze závěru článku vyplývá, že v českém a jazykovém a kulturním prostředí metoda pro posouzení kvality života vztahené k onkologickému onemocnění prsu doposud neexistuje. (Klinická onkologie, 2015, s. 332-337)

Na základě výše uvedených informací byl použit jako výzkumný nástroj pro získání dat standardizovaný dotazník k hodnocení kvality života WHOQOL-BREF. Jedná se o zkrácenou verzi původní podoby dotazníku WHOQOL 100. Členové výzkumné skupiny WHOQOL vytvořili WHOQOL – BREF a podkladem byly výsledky z 20 výzkumných světových center. Složení otázek ve zkrácené formě vychází ze 4 domén. Jedná se o fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí. Dotazník se skládá z 26 otázek, přičemž první 2 otázky jsou zaměřeny na celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (Q1-Q2). Pacienti odpovídají na pevně definované otázky pomocí Likertovy škály. Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1-5 a u domén 4-20. Vyšší skóre odpovídá lepší kvalitě života, vyjma otázky 26. Výsledná data jsou hodnocena v podobě doménových skór a jako hodnoty odpovědí dvou samostatných položek. Skóre je definováno jako průměrný součet sečtený z jednotlivých výsledků odpovědí. K výpočtům jsou použity aritmetické průměry, rozptyl a směrodatná odchylka. Metodika autorek Dragomerické, Bartoňové (2006) je vodítkem pro vytvoření hrubých skór domén a jejich transformaci na hodnotu 4-20.

Dotazníky kvality života byl doplněn o dotazník vlastní tvorby, který byl zaměřen na osobní data: věk, vzdělání, věk v době diagnostiky onemocnění, datum ukončení léčby a způsob terapie.

Ve výzkumu byl také použit dotazník SEIQoL (Schedule for the Evaluation on of Individual Quality of Life-Program hodnocení individuální kvality života), který uvedl do České republiky J. Křivohlavý. (Křivohlavý, 2002, s. 172)

Respondent je požádán, aby uvedl pět životních cílů, životních podnětů vedoucích k životní spokojenosti, které on sám považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. Ne více, a ne méně než pět. Termín „cue“, překladem „životní cíl“, patří ke klíčovým pojmům metodiky daného dotazníku. Hlubší význam termínu „cue“ lze vyjádřit jako cílový podnět snažení, směřování či smysl života vedoucí k pocitu životní spokojenosti. Jedná se o životní úkoly a cíle, u kterých se následně hodnotí míra uspokojení a dosahování daného cíle v procentech, kde dolní hranice je 0 % a horní hranice 100 %, což znamená úplné uspokojení. Následným krokem je vyjádření důležitosti daného životního cíle, kdy pět vybraných oblastí životních cílů je podle důležitosti rozděleno do celkového součtu 100 %. Závěr dotazníku byl doplněn

o analogovou vizuální škálu-teploměr spokojenosti se životem, kdy respondent zakreslil svůj pocit životní spokojenosti v rozmezí 0 až 100, kdy nejvyšší spokojenost je rovna 100. (Křivohlavý, 2001 s. 243-246)

Při vyhodnocení SEIQol se násobí u každého tématu jeho důležitost s mírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovná součtu součinnů všech pěti oblastí. A tento výsledek se dělí 100. Výsledek se následně pohybuje v rozmezí 0–100. Porovnání se provádí v dané skupině. Tento dotazník byl použit pouze u skupiny pacientek po ukončené léčbě karcinomu prsu.

6.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

K hlavním kritériím zkoumaného souboru žen patřila ukončená léčba karcinomu prsu a podpis informovaného souhlasu s uskutečněním výzkumu. Kritériem kontrolní skupiny byl podepsaný informovaný souhlas a žádné prodělané onkologické onemocnění. Respondentky byly osločovány podle věkových kategorií, které byly již známy z vyhodnocení u žen po ukončené léčbě karcinomu prsu. Účelem bylo, aby obě skupiny měly podobné zastoupení ve stejných věkových kategoriích. V gynekologické ambulanci bylo náročné získat zastoupení žen ve věkové kategorii nad 70 let a nemožné získat ženy nad 80 let. Souvislost věku s gynekologickými preventivními prohlídkami by mohlo být zajímavým tématem výzkumu.

6.4 ETICKÝ ASPEKT

Před zahájením výzkumu proběhlo schválení etické komise. Ženy, které s výzkumem souhlasily, byly hned na začátku seznámeny se záměrem výzkumu a se způsobem prezentování výsledků. Taktéž si byly vědomi možnosti, kdykoliv od výzkumu odstoupit. Před zahájením byl ženám předložen k podpisu informovaný souhlas a slíbena anonymita. V závěrečné práci nejsou uvedeny žádné osobní údaje o respondentkách.

6.5 SBĚR DAT

Sběru dat předcházela pilotní studie. Pilotáž proběhla u 10 zdravých respondentek různého věku. Průvodní dopis s doplňujícími informacemi, informovaný souhlas a dotazník WHOQOL-BREF vyplnily respondentky bez obtíží. Nesrovnalosti se objevily při pokusu o vyplnění SEIQol. Často ženy reagovaly dotazy k postupu vyplňování, nebyly se jisté v úkolu procentuálního rozložení. Obtíže měly převážně respondentky ve věku nad 60 let. Z vyhodnocení vyplynulo, že z počtu 10 dotazníků byly 4 dotazníky SEIQol nesprávně nebo nekompletně vyplněny. Z výsledku pilotní studie vyplynulo doporučení uváděné od

Křivohlavého (2001) při metodě SEIQol do určité míry strukturovaný rozhovor, který je tematicky omezen na nejdůležitější aspekty kvality života.

Sběr informací od žen po ukončené léčbě karcinomu prsu proběhl v dispenzární ambulanci. Před oslovením respondentek byla zkontrolována kritéria v dokumentaci. Ženy byly osloveny a seznámeny se záměrem v čekárně. V případě souhlasu s výzkumem byly respondentky doprovázeny do sesterny, kde bylo zajištěno dostatek času a soukromí. Ženy postupovaly při vyplňování informovaného souhlasu, doplňujícího dotazníku a dotazníku kvality života WHOQOL-BREF samostatně. Při vyplňování dotazníku SEIQol byl veden s respondentkami strukturovaný rozhovor zaměřený na nejdůležitější aspekty. Navzdory strukturovanému rozhovoru měly ženy ve věkové kategorii nad 60 let často problém s vyplněním dotazníku. Některé z žen si nepřály z důvodu nesrozumitelného dotazníku ve vyplňování pokračovat. V případě větší podpory od výzkumníka by došlo ke zkreslení výsledků, proto bylo vyplňování tohoto dotazníku u daných žen ukončeno a byly použity k výzkumu pouze dotazníky WHOQOL-BREF. Po ukončení vyplňování byly vhozeny do uzavřeného boxu. Kontrolní skupina žen byla oslovena v gynekologické ambulanci. Sběr dat probíhal stejným způsobem jako u žen po prodělaném karcinomu prsu. Kontrolní skupina vyplňovala pouze informovaný souhlas, doplňující dotazník a dotazník kvality života WHOQOL-BREF.

Plánovaný počet žen po ukončené léčbě karcinomu prsu byl 50. Při vyhodnocení výsledků došlo k vyřazení 8 žen na základě neúplného dotazníku Kvality života WHOQOL-BREF nebo neúplného doplňujícího dotazníku osobních dat. Celkový počet oslovených žen bylo 50 a z toho 42 dotazníků lze použít pro výzkum. Celkový počet žen v kontrolní skupině byl 43, z důvodu neúplného vyplnění dotazníku došlo k vyřazení 7 dotazníků. Celkový počet vyplněných dotazníků SEIQol, který vyplňovala pouze zkoumaná skupina žen po karcinomu prsu, byl 23, což je výrazně nižší počet než kompletní skupina respondentek. I přes strukturovaný rozhovor vedený během vyplňování došlo k neúplnému dokončení vyplnění dotazníku nebo k chybnému vyplnění, a to převážně u žen ve věkové skupině nad 60 let. Část žen ze zkoumaného souboru nechtěla pokračovat ve vyplňování.

7 ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

7.1 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ VŠEOBECNÝCH ÚDAJŮ

Výzkumu se zúčastnilo 42 pacientek po karcinomu prsu, v kontrolní skupině bylo 43 žen bez CA. Žádná z těchto žen nikdy neprodělala žádné onkologické onemocnění. Tato skupina bude sloužit pouze jako kontrolní skupina pro porovnání hodnocení kvality života a dotazníku WHOQOL – BREF.

Tabulka 2 - Rozdělení testovaných skupin

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pacientky po CA prsu	42	49,4
Pacientky bez CA	43	50,6
Celkem	85	100,0

Následující tabulka (tabulka 3) ukazuje základní charakteristiky věku. Tato proměnná je jako jediná, kromě otázek dotazníku WHOQOL – BREF, uvedena pro obě testované skupiny. Věkový průměr pacientek po karcinomu prsu je 64,5 let. Medián i Modus, tj. nejčastěji se vyskytující věk, je 66 let. Ve výzkumu byla nejmladší pacientka ve věku 43 let a nejstarší ve věku 84 let. Věkový průměr kontrolní skupiny je 61,1 let. Nejmladší respondentce kontrolní skupiny bylo 40 let, nejstarší 75 let.

Tabulka 3 - Základní charakteristiky proměnné - Věk

	Skupina pacientů	
	Pacientky po CA prsu	Pacientky bez CA
Počet	42	43
Průměr	64,5	61,1
Medián	66,0	62,0
Modus	66,0	62,0
Minimum	43,0	40,0
Maximum	84,0	75,0
Směrodatná odchylka	11,2	9,9

Následující otázky se již týkají pouze pacientek po karcinomu prsu. U pacientek se sledovalo nejvyšší dokončené vzdělání, viz tabulka 4. Mezi pacientkami se nejčastěji objevovaly ženy

se středoškolským vzděláním (23 respondentek; 54,8 %) a ženy, které jsou vyučeny (11 respondentek; 26,2 %).

Tabulka 4 - Rozdělení respondentek podle vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	3	7,1
Vyučena	11	26,2
Středoškolské	23	54,8
Vysokoškolské	5	11,9
Celkem	42	100,0

Následující otázka ze základní informativní části zjišťovala věk respondentek, kdy jim byla diagnostikována rakovina. Základní charakteristiky této proměnné můžeme vidět v tabulce 5. Průměrný věk, kdy respondentkám byl diagnostikován karcinom prsu, je 55,9 let. Nejčastější věk, kdy byl ženám diagnostikován karcinom prsu, byl 65 let. Nejmladší léčené pacientce ve výzkumu bylo 20 let, nejstarší pacientce bylo 83 let.

Tabulka 5 - Základní charakteristiky proměnné - Věk v době onemocnění

	Věk v době onemocnění
Počet	42
Průměr	55,9
Medián	58,5
Modus	65,0
Minimum	20,0
Maximum	83,0
Směrodatná odchylka	13,4

Další otázka z této části se týkala toho, jak dlouho uběhlo od ukončení léčby. Základní charakteristiky této proměnné můžeme vidět v tabulce 6. Průměrná doba od ukončení léčby je 5,1 let. Nejčastěji uběhl 1 rok od ukončení léčby. 1 rok je zároveň nejkratší doba, která uběhla od ukončení léčby. Nejdéle od ukončení léčby je doba 20 let.

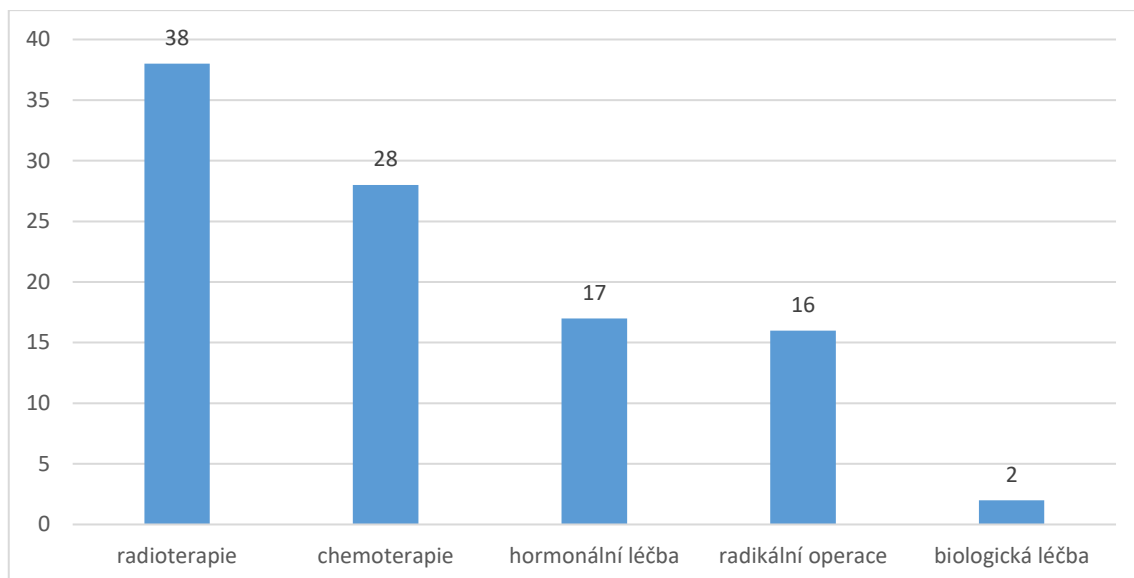
Tabulka 6 - Základní charakteristiky proměnné - Doba od ukončení léčby

	Doba od ukončení léčby
Počet	42
Průměr	5,1
Medián	3,0
Modus	1,0
Minimum	1,0
Maximum	20,0
Směrodatná odchylka	5,6

Poslední sada otázek z části úvodních informací zjišťovala typ podstoupené léčby. Respondentky mohly samozřejmě uvést více typů léčby, které podstoupily. Přehled prodělaných léčebných postupů ukazuje tabulka 7 a graf 1. Nejčastějším typem prodělané léčby je radioterapie. Tento typ léčby podstoupilo 38 žen, tj. 90,5 % žen ve výzkumu. Chemoterapii podstoupilo 28 žen, tj. 66,7 % žen ve výzkumu. Hormonální léčbu podstoupilo 17 žen, tj. 40,5 % žen ve výzkumu. 16 Žen (38,1 %) podstoupilo radikální operaci a 2 ženy (4,8 %) podstoupily biologickou léčbu.

Tabulka 7 - Rozdělení respondentů podle typu prodělané léčby

Typ léčby		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
parciální operace	ano	26	61,9
	ne	16	38,1
	celkem	42	100
radikální operace	ano	16	38,1
	ne	26	61,9
	celkem	42	100
chemoterapie	ano	28	66,7
	ne	14	33,3
	celkem	42	100
radioterapie	ano	38	90,5
	ne	4	9,5
	celkem	42	100
hormonální léčba	ano	17	40,5
	ne	25	59,5
	celkem	42	100
biologická léčba	ano	2	4,8
	ne	40	95,2
	celkem	42	100



Obrázek 9 - Rozdělení respondentů podle typu prodělané léčby

7.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU WHOQOL – BREF

Dotazník WHOQOL – BREF se skládá z 26 otázek s pevně danými odpověďmi na Likertově škále v rozmezí 1–5. Kromě prvních 2 otázek jsou odpovědi rozděleny do 4 domén: domény prostředí, domény sociálních vztahů, domény prožívání a domény fyzického zdraví. Hrubé skóre středních hodnot (AP) pro domény 1 až 4 jsou dle metodiky dotazníku 4 až 20, kdy hodnota pod 4 značí nízkou kvalitu života a hodnota nad 20 naopak úroveň kvality života vysokou.

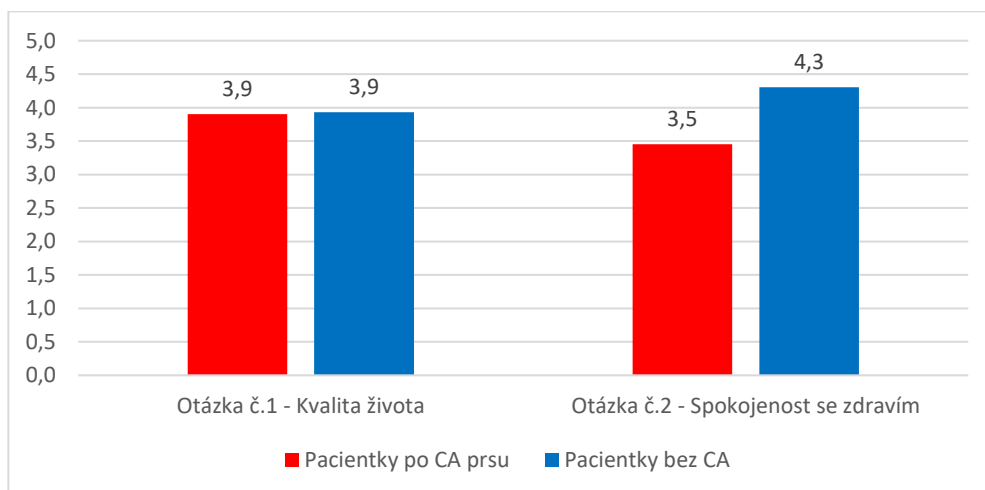
U hodnocení celkové kvality života (otázka č. 1) a zdraví (otázka č. 2) se používá dle stejné metodiky škála od 1 do 5, kdy hodnoty 5 označují vysokou kvalitu života. Výsledky těchto dvou otázek ukazuje tabulka 8. Hodnocení kvality života je hodnoceno lehce nadprůměrně (AP = 3,9). Je zajímavé, že průměrné hodnocení kvality života je stejné, jak u respondentek u CA prsu, tak i u žen z kontrolní skupiny. U žen po CA prsu můžeme vidět, že žádná z nich nehodnotila kvalitu života hůře než známkou 3, zatímco ženy bez CA hodnotily kvalitu života nejnižší sledovanou známkou 2.

U hodnocení spokojenosti se zdravím respondentek je AP mezi skupinami již rozdílné. Ženy po CA prsu hodnotí spokojenost se zdravím hůře (AP = 3,5) než ženy v kontrolní skupině (AP = 4,3). Pro lepší přehlednost přikládám zobrazení průměrných skóre v grafu, viz graf 2.

Tabulka 8 - Vyhodnocení otázek č. 1 a 4. 2

			Počet	Průměrné skóre (AP)	Medián	Minimum	Maximum
Skupina pacientů	Pacientky po CA prsu	1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	42	3,9	4,0	3,0	5,0
		2. Jak jste spokojena se svým zdravím?	42	3,5	4,0	1,0	5,0
	Pacientky bez CA	1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	43	3,9	4,0	2,0	5,0
		2. Jak jste spokojena se svým zdravím?	43	4,3	4,0	3,0	5,0

AP – aritmetický průměr



Obrázek 10 - Vyhodnocení otázek č. 1 a č. 2

Ostatní otázky dotazníku byly zařazeny do jednotlivých domén. Vyhodnocení domén 1 až 4 ukazuje tabulka 8. Jedná se o standardizované skóre dotazníku WHOQOL – BREF, které bylo vypočteno z původních 26 otázek na základě postupu dle příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace podle Dragomerické a Bartoňové. Důležité je si uvědomit, že výsledné průměrné skóre může nabývat hodnoty pouze od 4 do 20. Čím vyšší skóre, tím je hodnocení lepší.

Doména 1 představuje kvalitu života v oblasti fyzického zdraví. Podle hodnoty AP lze říci, že kvalita života je v této oblasti u pacientek po CA prsu spíše na vyšší úrovni (AP 14,56). To samé platí u domény 4 – prostředí, kdy AP vyšel u pacientů 15,80. Doména 3 hodnotí sociální vztahy, a i v tomto případě mají pacienti kvalitu života na vyšší úrovni. Poslední doménou (doména 2) je oblast prožívání, kde AP vyšel 13,7, což je nejnižší hodnocení ze všech sledovaných domén. Lze tedy říci, že všichni pacienti mají ve všech doménách kvalitu života

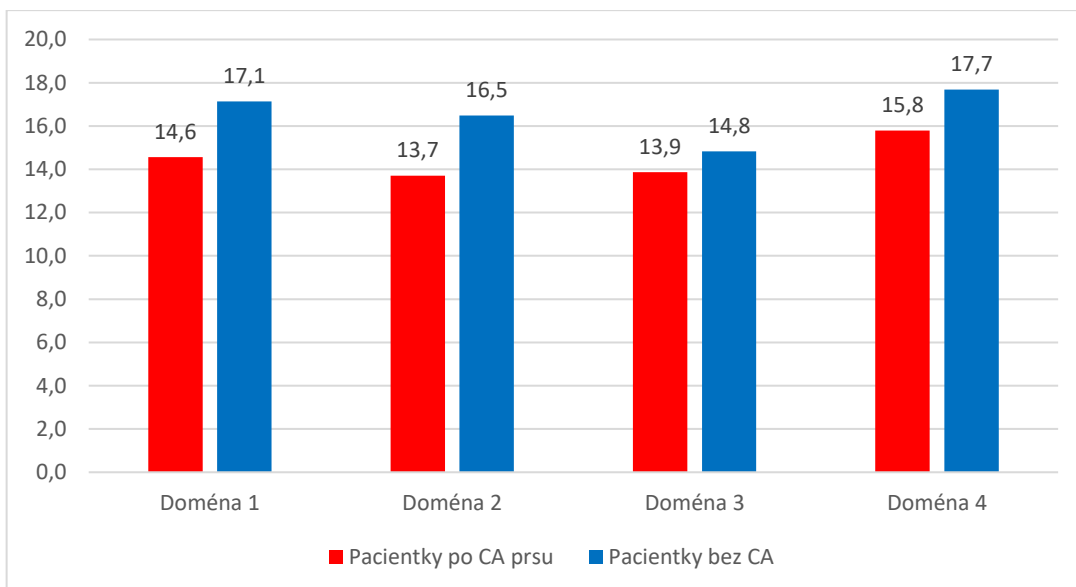
spíše na vyšší úrovni. Avšak v porovnání jednotlivých domén mezi sebou je oblast prožívání a oblast sociálních vztahů o něco nižší než u ostatních domén.

Druhá část tabulky je věnována kontrolní skupině, tj. pacientkám bez karcinomu prsu. Z tabulky vidíme, že hodnocení jednotlivých domén je v porovnání se sledovanou skupinou vyšší. Největší rozdíl v hodnocení můžeme vidět u domény 2 – prožívání (rozdíl 2,78 bodů) a u domény 1 – fyzické zdraví (rozdíl 2,57 bodů). Téměř minimální rozdíl v hodnocení sledované a kontrolní skupiny je u domény 3 – sociální vztahy, kde byl rozdíl pouze 0,96 bodů.

Pro lepší přehlednost přikládám zobrazení průměrných skóre v grafu, viz graf 3.

Tabulka 9 - Vyhodnocení domén 1-4

			Počet	Průměrné skóre (AP)	Medián	Minimum	Maximum
Skupina pacientů	Pacientky po CA prsu	Doména 1 – fyzické zdraví	42	14,56	14,90	9,70	20,00
		Doména 2 – prožívání	42	13,70	14,00	8,70	18,00
		Doména 3 – sociální vztahy	42	13,87	13,30	4,00	18,70
		Doména 4 – prostředí	42	15,80	16,00	10,00	20,00
	Pacientky bez CA	Doména 1 – fyzické zdraví	43	17,13	17,10	14,90	19,40
		Doména 2 – prožívání	43	16,48	16,70	13,30	18,70
		Doména 3 – sociální vztahy	43	14,82	14,70	9,30	20,00
		Doména 4 – prostředí	43	17,69	17,50	15,50	20,00



Obrázek 11 - Vyhodnocení domén 1-4

8 METODIKA TESTŮ

Na základě předpokladu, že data jsou původně ordinální, tj. pořadová a zároveň jsme u stávajících i nových proměnných domén ověřili normalitu pomocí Shapiro-Wilkova testu a hypotézu o tom, že data pocházejí z normálního rozdělení, jsme bohužel museli zamítnout, tj. všechna data pocházejí z jiného než normálního rozdělení. Z toho důvodu budou použity pro ověření našich stanovených hypotéz neparametrické testy.

8.1 MANN – WHITNEYŮV TEST PRO DVA NEZÁVISLÉ VÝBĚRY

Tento test používáme k ověření shodné úrovně dvou malých výběrů z neznámých rozdělení, tj. výběrů nepocházející z normálního rozdělení, kdy není možné použít klasický parametrický test o shodě středních hodnot, tj. dvouvýběrový t-test.

Testová hypotéza sleduje shodu mediánů. Tento test je založen na uspořádání všech zjištěných hodnot dle velikosti, je tedy použitelný i pro pořadové proměnné.

Testovým kritériem U je počet všech případů, v nichž ve vzestupné posloupnosti všech pozorování hodnotám jednoho výběru předcházejí hodnoty výběru druhého.

Testovanou hypotézu ověřuje pomocí porovnání výsledné p-hodnoty s hladinou významnosti, která je nejčastěji $\alpha = 5\%$. V případě, že p-hodnota je vyšší než námi stanovená hladina významnosti, testovanou hypotézu o shodné úrovni ve sledovaných skupinách nezamítáme.

8.2 WILCOXONŮV PÁROVÝ TEST

Tento test se používá v případě, pokud ověřujeme shodnou úroveň sledované měřitelné veličiny ve dvou populacích na základě dvou závislých výběrů. V případě, že z nějakého důvodu (data nepocházejí z normálního rozdělení či máme velmi malé výběry) nelze použít parametrický párový t-test, volíme opět test neparametrický. Výsledkem konfrontace dvojic souvisejících s pozorováním jsou jejich difference. V případě používání neparametrických testů jako je Wilcoxonův nás nezajímají hodnoty diferencí, ale pouze jejich znaménka, popř. jak difference uspořádat podle velikosti a přiřadit jim pořadová čísla. Testovým kritériem Wilcoxonova párového testu je pak menší z obou součtů pořadových čísel, které získáme zvlášť pro kladné a zvlášť pro záporné difference:

$$R = \min(R+, R-)$$

Kde:

R+ - kladné difference mezi dvojicemi pořadí

R- - záporné difference mezi dvojicemi pořadí

Kritické hodnoty rozdělení tohoto testového kritéria jsou tabelovány.

8.3 KORELAČNÍ ANALÝZA – SPEARMEŮV KORELAČNÍ KOEFICIENT

Korelační analýza sleduje vztah dvou a více číselných neboli kvantitativních proměnných. Jedná se o vzájemný lineární vztah. Nekorelované veličiny mohou být závislé, jejich závislost však bude nelineárního typu. Pro proměnné pocházející z normálního rozdělení se obecně používá Pearsonův korelační koeficient, který vychází ze znalosti základních charakteristik výběrů, tj. kovariance a rozptyly sledovaných výběrů.

Je-li rozsah malý, podmínka normálního rozdělení není splněna nebo máme-li pochybnosti o linearitě zkoumaného vztahu veličin X, Y, je vhodnější použít Spearmanův koeficient pořadové korelace.

$$r_s = 1 - \frac{6 * \sum_{i=1}^n d_i^2}{n * (n^2 - 1)}$$

Kde:

d_i - difference pořadových čísel uspořádaných hodnot veličin X a Y

n – celkový rozsah souboru

Tento koeficient je vlastně Pearsonovým korelačním koeficientem těchto pořadí. Koeficient je tedy vhodný také pro ordinální proměnné.

Hodnoty stejně jako Pearsonova korelačního koeficientu leží v intervalu od -1 do 1, se stejnou interpretací.

Stejně jako předchozí koeficient, i Spearmanův koeficient pořadové korelace můžeme testovat v hypotéze o nezávislosti veličin. Má však vlastní kritické hodnoty. Pro větší rozsahy má veličina $r_s * \sqrt{n - 1}$ přibližně normované normální rozdělení a kritickými hodnotami jsou tedy kvantily tohoto rozdělení.

Testy byly zpracovány ve statistickém programu IBM SPSS Statistics 23, pod dohledem odborníka na statistiku.

9 STANOVENÉ HYPOTÉZY

9.1 VLIV SKUPIN NA HODNOCENÍ DOTAZNÍKU WHOQOL – BREF

V první řadě na základě základních výsledků dotazníku WHOQOL – BREF, budeme testovat vliv zařazení žen do experimentální, tj. skupiny po CA prsu a kontrolní skupiny, tj. ženy bez CA. Jelikož proměnná skupina je proměnná s dvěma kategoriemi a pro ověření vlivu této skupiny na hodnocení jednotlivých proměnných otázek dotazníku WHOQOL – BREF, bude použit Mann – Whitneyův test.

Testové hypotézy budou ve tvaru:

H_0 : Mezi kvalitou života žen po ukončené léčbě karcinomu prsu a kvalitou života žen bez onkologického onemocnění není žádný rozdíl.

H_1 : Mezi kvalitou života žen po ukončené léčbě karcinomu prsu a kvalitou života žen bez onkologického onemocnění je významný rozdíl.

V prvním kroku jsme testovali samostatné otázky, tj. otázku č. 1, která sledovala kvalitu života a otázku č. 2, která sleduje spokojenost se svým zdravím. Na základě provedeného testu testovanou hypotézu o shodě úrovně hodnocení zamítáme na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ pouze u otázky č. 2 (P-hodnota (sig.) $< \alpha$). Výsledky Mann Whitneyova testu vidíme v Tabulce 10.

Celkově můžeme říci, že hodnocení kvality života se neliší mezi pacientkami po CA prsu a pacientkami bez CA, tudíž v tomto případě nulovou hypotézu přijímáme. Ale u 2. otázky hodnocení spokojenosti se zdravím je výsledek velmi rozdílný mezi pacientkami s CA prsu a kontrolní skupinou, a z toho vyplývá, že nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu. Tyto závěry můžeme porovnat s výsledky dotazníků pro tyto otázky viz tabulka 8, kde vidíme, že u otázky č. 1 jsou AP pro obě skupiny stejné (3,9), ale u otázky č. 2 je hodnocení kontrolní skupiny vyšší (AP kontrolní skupiny = 4,3; AP experimentální skupiny = 3,5).

Tabulka 10 - Výsledky Mann Whitneyova testu pro otázku č. 1 - Kvalita života a otázku č. 2 - Spokojenost se zdravím

	1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	2. Jak jste spokojena se svým zdravím?
Mann-Whitney U	878,500	417,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,809	0,000

Stejný test byl proveden i pro nově vytvořené proměnné – domény:

Doména 1 – fyzické zdraví

Doména 2 – prožívání

Doména 3 – sociální vztahy

Doména 4 - prostředí

Výsledky testu, testové kritérium (U) a p-hodnotu (sig.) ukazuje tabulka 11. Na základě provedeného testu s porovnání p-hodnoty (sig) s námi zvolenou hladinou významnosti $\alpha = 5\%$ testovanou hypotézu nezamítáme pouze u domény 3 – sociální vztahy. U všech ostatních domén jsme testovanou hypotézu zamítli, tj. u těchto domén existují statisticky významné rozdíly v hodnocení mezi pacientkami s CA prsu a kontrolní skupinou žen bez CA. U všech sledovaných domén je celkové hodnocení u žen bez CA vyšší než u žen po CA prsu, jen u domény 3 nejsou statisticky významné rozdíly.

Tabulka 11 - Výsledky Mann Whitneyova testu pro domény 1-4

	Doména 1 Fyzické zdraví	Doména 2 Prožívání	Doména 3 Sociální vztahy	Doména 4 Prostředí
Mann-Whitney U	337,000	256,000	765,000	408,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,220	0,000

a. Grouping Variable: Skupina pacientů

9.2 VLIV DOBY OD UKONČENÍ LÉČBY NA HODNOCENÍ DOTAZNÍKU WHOQOL – BREF

V druhé části ověřování hypotéz bychom rádi ověřili hypotézu, že hodnocení otázek dotazníku WHOQOL – BREF závisí na době, která již uběhla od ukončení léčby. Jelikož se

jedná o vztah vždy 2 číselných proměnných, použijeme Spearmanův korelační koeficient. Výsledky ukazuje tabulka 12, kde pro každou dvojici proměnných vidíme hodnotu korelačního koeficientu a p-hodnotu (sig.), kterou můžeme opět porovnávat s hladinou významnosti $\alpha = 5\%$ a tím ověřit, který korelační koeficient je statisticky významný. Z dané tabulky vidíme, že žádná sledovaná p-hodnota není nižší než $\alpha = 0,05$, a proto musíme konstatovat, že proměnná doba od ukončení léčby nemá statisticky významný vliv na žádnou ze sledovaných proměnných.

Tabulka 12 - Spearmanův koeficient pro proměnnou - „Doba do ukončení léčby“ otázky č. 1 a č. 2 a domény 1-4

		Doba od ukončení léčby
1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	Correlation Coefficient	0,05
	Sig. (2-tailed)	0,76
	N	42,00
2. Jak jste spokojena se svým zdravím?	Correlation Coefficient	0,21
	Sig. (2-tailed)	0,18
	N	42,00
Doména 1 - Fyzické zdraví	Correlation Coefficient	0,23
	Sig. (2-tailed)	0,15
	N	42,00
Doména 2 - Prožívání	Correlation Coefficient	0,28
	Sig. (2-tailed)	0,07
	N	42,00
Doména 3 - Sociální vztahy	Correlation Coefficient	0,27
	Sig. (2-tailed)	0,08
	N	42,00
Doména 4 - Prostředí	Correlation Coefficient	0,23
	Sig. (2-tailed)	0,14
	N	42,00

10 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU SEIQoL

Druhým dotazníkem, který byl předložen ale pouze pacientkám po karcinomu prsu, byl dotazník SEIQoL. Dotazník byl původně předložen všem 42 respondentkám, které byly zařazeny do experimentální skupiny, tj. ženy po karcinomu prsu. Dotazník však nakonec vyplnilo pouze 23 pacientek.

V první řadě jsme zjišťovali průměrný věk respondentek. Zajímalo nás totiž, zda platí obecný předpoklad, že starší pacienti mají větší problém vyplnit tento dotazník, a proto jej často vyplnit odmítnou. Výsledky ukazuje tabulka 13. Z ní vidíme, že průměrný věk respondentek dotazníku SEIQoL je 56,9 let. Pokud tuto hodnotu porovnáme s průměrným věkem pacientek po CA prsu u dotazníku WHOQOL – Bref (Tabulka 2), zjistíme, že průměrný věk těchto pacientek byl 64,5 roku. Vidíme, že je zde téměř 10tiletý rozdíl.

Tabulka 13 - Základní statistické charakteristiky pro proměnnou - Věk

Počet	23
Průměr	56,9
Medián	59
Modus	59
Minimum	40
Maximum	78
Směrodatná odchylka	9,7

V dalším kroku naší analýzy dotazníku SEIQoL jsme se zaměřili na hodnocení přes priority a přes teploměr spokojenosti. Základní charakteristiky obou proměnných ukazuje tabulka 14. Z ní můžeme vidět, že průměrné hodnocení je vyšší pomocí Teploměru spokojenosti než výpočet přes priority. Nejvyšší možná hodnota životní spokojenosti u obou hodnocení je 100 a hodnoty mediánu, které nejsou ovlivněny extrémními hodnotami jsou u výpočtu priorit 78 a u teploměru spokojenosti 80, předpokládáme, že životní spokojenost žen po ukončené léčbě karcinomu prsu se nachází na uspokojivé vyšší úrovni.

Tabulka 14 - Základní statistické charakteristiky pro proměnné - Výpočet priorit a Teploměr spokojenosti

	Výpočet - priority	Teploměr spokojenosti
Průměr	77,7	81,1
Medián	78,0	80,0
Modus	63,0	90,0
Minimum	61,0	60,0
Maximum	100,0	100,0
Směrodatná odchylka	11,3	11,8

K dotazníku SEIQoL se vztahují výzkumné otázky uvedené v cílech empirické části:

Odpovídá procentuální životní spokojenost spokojenosti uvedené na teploměru životní spokojenosti?

Jaké jsou priority-cíle žen po ukončené léčbě karcinomu prsu?

Zda existují statisticky významné rozdíly v procentuálním hodnocení a hodnocením pomocí teploměru životní spokojenosti, můžeme opět ověřit pomocí statických testů. V tomto případě je vhodné použít dvouvýběrový párový test, použijeme neparametrický Wilcoxonův test. Testové kritérium a p-hodnotu (sig.) můžeme vidět v tabulce 15. Jelikož není p-hodnota menší než $\alpha = 0,05$, testovanou hypotézu o shodné úrovni sledovaných proměnných nezamítáme, tj. i když se úroveň hodnocení jednotlivých proměnných zdá rozdílná, statisticky významné rozdíly v hodnocení nejsou.

Tabulka 15 - Výpočet Wilcoxonova testu

	Teploměr spokojenosti - Výpočet - priority
R	-1,754
Asymp. Sig. (2-tailed)	,079

V poslední části jsme se zaměřili na to, jaké priority pacientky nejčastěji uváděly. Přehled priorit ukazuje tabulka 16. Část priorit byla již sloučena do skupin např. vnučky – vnoučata apod. Není překvapující, že mezi nejčastěji uváděnými prioritami jsou uvedeny rodina (20 výskytů; 17,4 %) a ve stejném zastoupení zdraví. Mezi dalšími prioritami můžeme nalézt děti a vnoučata (11 výskytů; 9,6 %) a také partnerský vztah (6 výskytů; 5,2 %). Pokud bychom

toto vše považovali za kategorii rodina, přesahovala by tato priorita dalece i zdraví. Mezi další často uváděné priority pak patří zahrada, chalupa (10 výskytů; 8,7 %). Opět s touto prioritou mohou souviset další, jako je relaxace či koníčky.

Tabulka 16 - Přehled životních priorit žen po CA prsu

Priority	Četnost	Relativní četnost
rodina	20	17,4%
zdraví	20	17,4%
děti a vnoučata	11	9,6%
zahrada, chalupa	10	8,7%
přátelé	7	6,1%
relaxace	6	5,2%
zaměstnání	6	5,2%
partnerský vztah	6	5,2%
koníčky	5	4,3%
sport	3	2,6%
cestování	2	1,7%
kultura	2	1,7%
ruční práce	2	1,7%
akrobatické ježdění na motorce	1	0,9%
astrologie	1	0,9%
čtení	1	0,9%
folklor	1	0,9%
hudba	1	0,9%
můj pocit spokojenosti	1	0,9%
peníze	1	0,9%
pes	1	0,9%
pohyb	1	0,9%
soběstačnost	1	0,9%
tanec	1	0,9%
turistika	1	0,9%
vaření	1	0,9%
vztahy	1	0,9%
životní spokojenost	1	0,9%
Celkem	115	100,0%

11 DISKUZE

Křivohlavý ve své publikaci konstatuje, že stanovení závažné diagnózy, jakou onkologická diagnóza bez pochyby je, s sebou přináší nejen potřebu vyrovnat se s tímto faktem, ale také zvládat řadu problémů souvisejících s léčbou, která zasahuje do nejhlubších oblastí života. (Křivohlavý, 2002, s. 128).

Onemocnění karcinomem prsu a následná léčba významně ovlivňuje kvalitu života žen, a proto jsme předpokládali, že kvalita života u našich respondentek po onkologickém onemocnění bude ve všech zkoumaných oblastech (fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztazích, prostředí) nižší než u zdravé populace. Tento předpoklad se potvrdil pouze částečně. V oblasti fyzického zdraví, prožívání a prostředí se skutečně ukázalo, že ženy po karcinomu prsu pocíťují nižší úroveň oproti kontrolní skupině. Naopak při hodnocení celkové kvality života hodnotily obě skupiny kvalitu života naprosto stejně, a to na vyšší úrovni. Výsledek v doméně sociálních vztahů potvrzuje vyšší úroveň u žen po prodělaném onkologickém onemocnění.

Vysvětlením vyšší úrovně ve zmiňovaných oblastech může být na základě prožití těžké životní zkoušky, kterou je bez pochyby boj s nemocí. Může to být uvědomění si, jak je život jedinečný a že pojetí celkové kvality života a pocity spokojenosti či štěstí je pouze stav mysli. A že není nic důležitějšího než rodina. Doména sociálních vztahů byla zaměřena na otázky osobních vztahů a podporu poskytnutou od blízkého okolí. Vyšší úroveň napovídá dostatečné sociální opoře a rodinného zázemí, které je tak podstatné pro úspěšnou léčbu.

Z výzkumného šetření Havlíčkové (2016), (kapitola 5. 1.) také vyplynulo, že pro respondentky bylo velmi důležité mít někoho na blízku, aby se necítily na celou tíživou situaci tak samy, což významně tlumilo psychosociální dopady nemoci na jejich život. Stejně tak, jak uvádí Křivohlavý (2009), který zmiňuje, že aby pacientka byla schopná zvládnout těžkou zátěž nemoci, potřebuje emoční a sociální oporu od druhých lidí. Tato sociální opora může být chápána jako nárazníkový či tlumící systém, jenž chrání člověka před nepříznivými vlivy krizových událostí a představuje také síť vztahů, jež je charakteristická vzájemnou podporou a dává druhým pocit společenství a emoční sounáležitosti (Cohen & Wills in Křivohlavý, 2009; Newcomb & Keefe in Pierce et al., 2001). Havlíčková také uvádí, že respondentky velmi kladně oceňují podporu partnera, dětí a celkově jejich rodiny, kvůli omezení schopnosti vykonávat svoje povinnosti. „Z výzkumného šetření je patrné, že v průběhu nemoci přejímají běžné činnosti jako je starost o domácnost anebo výchova dětí

ostatní členové domácnosti nebo širší okolí. Tato praktická stránka sociální opory je po ženu velmi významná, jelikož právě péče o děti je téma, které všechny respondentky v průběhu nemoci řeší nejvíce.“ (Havlíčková, 2016, s. 68)

Hlavním cílem přehledové studie na téma Sociálně psychologické aspekty zdraví a nemoci u žen diagnostikovaných a léčených s karcinomem prsu (kap. 5. 4.) bylo popsat vztah mezi sociální oporou a kategoriemi zdraví a nemoci. „Sociální opora je definována jako vnímání nebo zažívání zkušenosti, že jedinec je milován a druzí lidé se o něj zajímají, projevují o něj starost, že je oceňován a je součástí sociální sítě“ (Wills, 1991, podle Friedman et al., 2011) V odborné literatuře se již dlouho diskutuje o přímém vztahu mezi významem sociální opory a o průběhu nemoci a rekonvalescence. Některé přehledové studie naznačují, že zatímco u některých jiných typů onkologických onemocnění je efekt psychosociálních faktorů na průběh nemoci nejednoznačný, v případě karcinomu prsu dosavadní studie poměrně systematicky dokumentují pozitivní vztah mezi sociální oporou a průběhem nemoci či pravděpodobností přežití, a to pravděpodobně díky vysoké senzitivitě tohoto onemocnění vůči hormonálním a imunologickým faktorům (Falagas et al., 2007; Garssen, 2004; Nausheen et al., 2009)“. (Československá psychologie, at al, s. 123-124)

K podobnému výsledku, a to ke zvýšení kvality života v sociální/rodinné oblasti taktéž dospěli výzkumníci při šetření na téma „Kvalita života měřená jako změna v čase u českých žen s karcinomem prsu“ (kap. 5. 5.), kde byly použity pro hodnocení QOL tři výzkumné nástroje, a to dotazník SF-36, Dotazník životní spokojenosti a česká výzkumná verze dotazníku FACT-B. Po vyhodnocení dotazníků za pomoci Mann-Whitneyova U testu byl nalezen statisticky významný pokles v QOL u pacientek s karcinomem prsu a to u následujících komponent: „Fyzické fungování ($p = 0,021$), Tělesná bolest ($p = 0,001$), Celkový zdravotní/ tělesný stav ($p = 0,031$), Citový a tělesný funkční stav ($p < 0,001$), ($p = 0,023$) a Fyzická tělesná pohoda ($p = 0,001$). Jediný detekovaný vzestup QOL v průběhu času byl nalezen pro doménu Sociální/ rodinnou pohodu ($p = 0,024$)“ (Klinická onkologie, str., 2016). I přes použití jiných výzkumných nástrojů byly odpovědi shrnuty do podobných domén jaké jsou v doporučení hodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, a to nám poskytuje možnost srovnání.

Samostatně hodnocená otázka, která byla zaměřena na spokojenost se svým zdravím ukázala, že ženy po CA prsu hodnotí spokojenost se zdravím hůře ($AP = 3,5$) než ženy v kontrolní skupině ($AP = 4,3$). Z toho vyplývá i negativní hodnocení domény fyzického zdraví.

Doména fyzického zdraví u dotazníku WHOQOL- BREF zahrnuje dotazy zaměřené na každodenní život, pohyblivost, spánek, bolest, pracovní výkon a potřebu lékařské pomoci pro každodenní život. Výsledkem hodnocení této domény byl statisticky významný rozdíl mezi skupinou žen po karcinomu prsu a kontrolní skupinou, ve smyslu nižší kvality u žen po CA prsu. Stejný výsledek vyplynul i z výše uvedeného výzkumu, kdy u komponentu Fyzického fungování, Tělesné bolesti, Celkového zdravotního/tělesného stavu a Celkové fyzické tělesné pohody byl nalezen pokles v QOL u pacientek s karcinomem prsu.

Otázky zaměřené na zdravé prostředí, podmínky k životu a dostatek peněz a s tím související bezpečnost zahrnuje doména prostředí. Do této domény také patří i dotaz o možnosti vykonávání zálib a možném přístupu k informacím. I v této doméně došlo k významnému rozdílu mezi ženami po CA prsu a kontrolní skupinou. Rožánková (2014), (kap. 5. 1.), která se ve své práci zajímala o onemocnění rakoviny prsu ze sociologické perspektivy a z toho plynoucí změny v oblastech mateřství, partnerství a finančního zabezpečení zjistila, že horší životní situace z pohledu životního prostředí byla u žen, u kterých vztah s partnerem během léčby skončil. V případě, že ženy skončily jako samoživitelky, tudíž by samy nezvládaly finančně zabezpečit sebe a své dítě, byly odkázány na finanční pomoc ostatních. Co se tedy týče finanční stránky, tak pokud byla žena během léčby na mateřské nebo rodičovské dovolené, tak její situace nebyla nemocí výrazně ovlivněna, a pokud byla žena se svým partnerem, tak nepociťovala žádnou finanční tíseň. (Rožánková, 2014) Skupina žen po CA prsu v našem výzkumu byla z velké části zastoupena ženami předdůchodového a důchodového věku, kdy lze předpokládat, že finanční situace a z toho plynoucí podmínky životního prostředí jsou ovlivněny vyplácenou nemocenskou a výší důchodu. Zjišťování rodinného stavu u respondentek jsme bohužel nezařadili do dotazníku všeobecných informací, tudíž nemůžeme hodnotit rodinné zázemí a z toho vycházející ekonomickou situaci ženy.

Poslední hodnocenou doménou je doména prožívání. Tato doména zahrnuje otázky. Jak moc Vás těší život? Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? Jak se dokážete soustředit? Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? Jak jste spokojená sama se sebou? Jak často prožíváte negativní pocity? Jak již bylo zmíněno, psychický stav úzce souvisí se vznikem, průběhem, vyléčením, ale i možnou recidivou karcinomu prsu. Každé onkologické onemocnění je velkou psychickou zátěží, která vzniká již při prvním oznámení zjištěné diagnózy, a tato zátěž dlouhodobě přetrvává. Tomuto faktu odpovídá i hodnocení domény Prožívání, kde u pacientek po Ca prsu je popsán pokles kvality života oproti kontrolní skupině. K stejnému výsledku došel i kolektiv autorů ze Sociálního ústavu (kap. 5. 5.), kdy

u pacientek po karcinomu prsu taktéž zaznamenali pokles QOL u komponentu Citový a tělesný funkční stav.

Pacientky se během vyplňování dotazníku SEIQoL zamýšlely nad svými životními prioritami. Často se vracely do minulosti a vzpomínaly, jaké to bylo před onemocněním a většinou s úlevou konstatovaly, že svůj život pod hrozbou smrtelné diagnózy přehodnotily. Přebudovaly svůj žebříček životních hodnot a priorit. Začaly si více užívat dne a uvědomily si, že méně je někdy více. Při vyplňování se měly zamyslet nad pěti životními oblastmi, které považují za stěžejní ve svém životě. Jako nejčastěji uváděná životní priorita byla Rodina, která byla zastoupena ve stejném počtu jako Zdraví. Třetí nejčastěji uváděnou podstatnou životní oblastí byly děti a vnoučata. Dotazník SEIQOL použila Mackerlová ve svém výzkumu Kvality života pacientů po laryngektomii, kde uvádí, že nejčastěji se objevovala taktéž témata – zdraví, zájmy a přátelé, rodina. (Mackerlová, 2011). Křivohlavý (2002) uvádí jako nejčastěji použité „cues“ také zdraví, práce, rodina, náboženství, finance a vzdělání, ale podotýká, že se objevují i podněty jako politika, estetika a jiné. Také bylo zjištěno, že například jen 2 lidé ze 42 uvedli stejnou pětici podnětů. Je zajímavé, že respondentky z našeho výzkumu sice pocítují nedostatky v doméně prostředí, kde jsou zahrnuty finance, ale žádná z žen neuvedla finance jako životní prioritu.

Respondentky také zaznamenávaly svoji životní spokojenost na Teploměru životní spokojenosti. I přes všechny útrapy a psychický stres hodnotily svoji životní spokojenost na vysoké úrovni. Průměrná životní spokojenost žen byla 81 %. Tak jak uvádí Havlíčková (str. 69 2016) „Psychosociální dopady karcinomu prsu se ukázaly také na změně životních hodnot jednotlivých respondentek. Z jejich výpovědí je patrné, že se začaly po prodělané nemoci více soustředit samy na sebe, na sebelásku, ale také na celkové zvolnění rychlého tempa života, které pro ně bylo typické před nemocí.“ S podobnými výsledky výzkumu zaměřeného na pacientky s rakovinou prsu, přispěl i Taylor et al. (1984), kdy bylo zjištěno, že více než 50 % dotazovaných žen přehodnotily jejich dosavadní způsob existence a také pohled na sebe samu, s čímž se pojila i proměna jejich životních priorit. Dle autorů bylo uvedeno, že střet s touto zátěžovou situací pomohl pacientkám k růstu jejich osobnosti a k lepší schopnosti přizpůsobovat se nárokům prostředí, ve kterém žijí. Pozitivní zjištěním bylo, že střet s nemocí mnohé respondentky z mého výzkumného šetření posunul k větší samostatnosti a odvaze uskutečňovat svoje sny. To že nemoc může znamenat, také začátek něčeho pozitivního vnímá i Kast (2000), která o této krizi v životě člověka hovoří jako o šanci, jenž se mu dostává, a na základě čehož může u něj nastat osobnostní růst. Celkové přehodnocení životních priorit je

také znatelné na pomyslném žebříčku hodnot jednotlivých respondentek, které začaly umisťovat do popředí sebe, svoje děti, partnera a celkovou životní spokojenost. (Havlíčková, 2016)

K limitům práce rozhodně patřila časová náročnost a obtížnost vyplňování dotazníků. Respondentky s sebou často neměly brýle a potřebovali pomoci se čtením. Jako limitující se také ukázala spolupráce respondentek při vyplňování dotazníku SEIQoL. Původním předpokladem byl stejný počet obou výzkumných nástrojů u pacientek po karcinomu prsu. Bohužel, při sběru dotazníku životních priorit a životní spokojenosti SEIQoL nebylo možné naplnit tento předpoklad. Jelikož respondentky nebyly ztotožněny s obsahem dotazníku a dotazník shledávali příliš komplikovaný, nechtěli s vyplňováním dotazníku pokračovat. Souhlasily s použitím prvního dotazníku WHOQL-BREF ke studii a vyplňování dotazníku SEIQoL nezačaly anebo nedokončily. Jejich rozhodnutí bylo respektováno, počínání bylo v pořádku v souladu s informovaným souhlasem. Vzhledem k psychosociální tématice, by bylo jistě zajímavé zjišťovat také rodinný stav u žen po karcinomu prsu, ale i u žen v kontrolní skupině. K dispozici je nemalá část studií, která se zabývá životní spokojeností single žen a žen žijících v manželství a bylo by zajímavé porovnat výsledky kvality života vdáných žen po karcinomu prsu s ženami svobodnými či ovdovělými. Bohužel, nebyl rodinný stav zahrnut do osobního dotazníku.

12 ZÁVĚR

Tématem diplomové práce bylo zjištění životní spokojenosti žen po karcinomu prsu. Samotnému průzkumu předcházela teoretická část zaměřená na onemocnění karcinomu prsu a na statistická data vztahující se k tomuto onemocnění. Úkolem teoretické části bylo přiblížit pojmy psychoonkologie, neuropsych imunologie a pojednat o problematice bližší specifikace životní spokojenosti a kvality života. Teoretickou část uzavírá kapitola rešerší na obdobná témata, která jsou následně použita v diskuzi. Empirická část představuje kompletní metodiku, výzkumu za použití výzkumných nástrojů kvality života WHOQOL-BREFF a výzkumu životní spokojenosti SEIQol. Výsledky dotazníkového šetření byly prezentovány a statisticky zpracovány v následujících kapitolách.

Z provedeného výzkumného dotazníkových šetření vyplynulo, že celková kvalita života žen není ovlivněna prodělaným onemocněním a není nižší než kvalita života žen bez onkologického onemocnění. Ukázalo se, že i životní spokojenost žen po karcinomu prsu je na vysoké úrovni. Nižší úroveň oproti kontrolní skupině byla zaznamenána při hodnocení kvality zdraví a při hodnocení jednotlivých domén, u kterých ženy pociťují nedostatky, a to v oblasti fyzického zdraví, v oblasti životního prostředí, a hlavně v oblasti prožívání. V sociální oblasti nevyplýval statisticky významný rozdíl a z toho lze usuzovat, že tato skupina žen v oblasti sociálních vztahů nestrádá, což také potvrzuje výsledek dotazníku SEIQol, kdy v uvedených životních prioritách figuruje nejbližší sociální zázemí-rodina společně se zdravím jako nejčastěji zastoupena položka, a to v počtu 20 z 23 respondentek.

Podstatným zjištěním výzkumu shledávám fakt, že doména Prožívání patřila k doménám s nižší životní kvalitou. Tschutschke (2004) uvádí, že se zvyšujícím množstvím přeživších pacientů se ve stejné míře zvyšuje význam psychologické, psychoterapeutické nebo psychiatrické intervence. Empirickými studii jsou podloženy cíle působení jako zmírnění pocitů osamělosti prostřednictvím rozhovorů s ostatními, kteří se nacházejí v podobné situaci, redukce strachu z léčby, snížení zoufalství a deprese, pomoc při objasňování informací, zmírnění pocitů izolace, bezmoci a beznaděje. (Tschutschke, 2004, s. 109)

Ženy s diagnózou rakoviny prsu prožívají po stanovení diagnózy a během léčby velmi široké spektrum psychologických a emocionálních ale i praktických situací, se kterými se musejí vypořádat. Od zpracování prvotního šoku z diagnózy, který může vygradovat až do posttraumatické poruchy až po obavy z recidivy při pravidelných dispenzárních kontrolách po ukončení léčby. Ženy prožívají zátěžové situace v oblasti sociálních rolí, změnami

v uspořádání rodinného života, omezením pracovní schopnosti a změnou finanční situace. Část nemocných žen se musí vyrovnat s dalším postupem nemoci a s možností smrti. Zajisté je velmi důležité, aby pacientky v průběhu léčby, ale jak se ukázalo i po ukončení léčby měly prostor pro sdílení svých těžkostí a emocionálních stavů.

Vzhledem k různorodosti a komplexitě psychických omezení u pacientek s karcinomem prsu v různých stádiích nemoci a léčby a o různé kvalitě a intenzitě, by bylo velmi rozumné, aby mohla být každá pacientka v péči onkologicky vyškoleného psychologa nebo lékaře, který ji kvalifikovaně a citlivě vysvětlí vše potřebné o její nemoci a o léčebných metodách. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 58)

Bez pochyby je velmi důležité, aby pacientky v průběhu léčby, ale jak se ukázalo i po ukončení léčby měly prostor pro sdílení svých těžkostí a emocionálních stavů. Myslím si, že by pacientky měly být nejen při oznámení diagnózy informovány o možnosti intervence psychologa či psychoterapeuta. Pacientky by měli vědět, že nemusí být na všechno samy, že se není za co stydět, když využijí pomoci nejen po stránce fyzické. Domnívám se, že by měli být pacientky již od prvopočátku informovány o významu psychické stránky v procesu léčení. Pacientky by měly vědět, že narušení psychologické sféry a prožívání výrazného utrpení a zoufalství, se následně negativně projeví na průběhu onemocnění. V případě, že by pacientka radikálně odmítala odbornou psychologickou pomoc, měla by být informována o možnostech formálních i neformálních setkání pacientek s rakovinou prsu. „Dle výzkumu Taylor et al. (1984) se ukázalo, že je pro pacientky s rakovinou prsu také podstatné při jejím zvládnání pozitivní sebehodnocení, jež plynulo ze srovnání svého stavu se stejně nemocnými ženami, pokud tedy byla na tom jiná pacientka hůř, začaly samy sebe vidět v lepším světle, což jim dávalo větší chuť bojovat. Právě tento fakt je možná důvodem, proč ženy s rakovinou prsu také vyhledávaly sobě rovné. Avšak z výpovědí informantek byla spíše patrná potřeba sounáležitosti.“ (Havlíčková, 2016, s. 68)

Pravidelné dispenzární kontroly mohou být, vzhledem k možnému výskytu recidivy, ženou vnímány jako zátěžová stresová situace a bylo by vhodné i přes to, že už byla ukončena léčba informovat pacientku o možnostech psychické podpory a předat ženě kontakty na sdružení, které slouží ženám, jako psychosociální podpora, kam patří například Mamma Help nebo Aliance žen s rakovinou prsu, která v roce 2012 v rámci své organizace vytvořila projekt Bellis, zaměřovaný na mladé pacientky s rakovinou prsu.

„Chceš-li hojit tělo, musíš předně hojit duši.“

Platón

13 POUŽITÁ LITERATURA

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0499-4.

ADAM, Zdeněk, Jiří VANÍČEK a Jiří VORLÍČEK. Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

ANDERKOVÁ, L., N. ELFMARKOVÁ, T. SVERÁK, et al. KVALITA ŽIVOTA MĚŘENÁ JAKO ZMĚNA V ČASE U ČESKÝCH ŽEN PO KARCINOMU PRSU. Klinická onkologie [online]. Brno, 2016, 6.10.2015, 29(2), 113-121 [cit. 2018-04-26]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/203/4956.pdf>

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-781-7.

BLATNÝ, Marek. Psychosociální souvislosti osobní pohody. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-86633-35-7.

BŘEZINOVÁ, Kateřina, Dana HAMPLOVÁ a Jitka BURIÁNKOVÁ. SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZDRAVÍ A NEMOCI U ŽEN DIAGNOSTIKOVANÝCH A LÉČENÝCH S KARCINOMEM PRSU. Československá psychologie [online]. 2015, LIX(2), 115-131 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <http://cspsych.psu.cas.cz/result.php?id=881>

DAHLKE, Margit, Rüdiger DAHLKE a Volker ZAHN. Nemoc jako řeč ženské duše: interpretace ženských klinických obrazů a šance na uzdravení. Olomouc: Fontána, 2012. ISBN 978-80-7336-671-1.

DAHLKE, Rüdiger. Krankheit als Sprache der Seele: Bedeutung und Chance der Krankheitsbilder. Vollst. Taschenbuchausg., 8. Aufl. München: Goldmann, 2003. ISBN 3442162408.

DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum 2006. ISBN 9788085121827

DUŠEK, L., MUŽÍK, J., KUBÁSEK, M., KOPTÍKOVÁ, J., ŽALOUDEK, J., VYZULA, R.: Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno 2005. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. ISSN 1802-8861.

DUŠEK, L. a kol. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2015], [cit. 2017-2-27]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

HAMPLOVÁ, Dana. Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory. Praha: Sociologický ústav AV ČR, c2004. Sociologické studie. ISBN 80-7330-063-x.

HAVLÍČKOVÁ, Hana. Psychosociální dopady rakoviny prsu na život žen v reprodukčním věku [online]. Brno, 2016 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/mzgpk/HavlickovaH_DP_Final_2016.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Bohumíra Lazarová, Ph.D.

HINDLS, Richard. Statistika pro ekonomy. 7. vyd. Praha: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-16-9.

HOLOUBKOVÁ, Eva, Kateřina SKŘIVANOVÁ, Jan NEVĚD a Jiří JARKOVSKÝ. Metody hodnocení kvality života u žen s karcinomem prsu – přehled a základní charakteristika. Klinická onkologie [online]. Brno: Ambit media, 2015, 6.10.2015, 28(5), 332-337 [cit. 2018-04-26]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/197/4771.pdf>

HONZÁK, Radkin. Psychosomatická prvouka. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-912-4.

HORÁK, Jaromír, Ctibor POVÝŠIL a Jitka ABRAHÁMOVÁ. Atlas nádorů prsu. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-771-0.

HNILICA, Karel. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. Československá psychologie. 2004, 48(3), 193-202.

KASPŘÍKOVÁ, Kateřina. Ženy na mateřské a rodičovské dovolené a jejich životní spokojenost [online]. Brno, 2008 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/hpof9/DP_-_Kasprikova_-_Zivotni_spokojenost_zen_na_MD.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Iva Burešová, Ph.D.

KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA. Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-66-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 2. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.

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

MÁJEK, O., DANEŠ, J., SKOVAJSOVÁ, M., BARTOŇKOVÁ, H., ŠNAJDROVÁ, L., GREGOR, J., MUŽÍK, J., DUŠEK, L. Mamo.cz: Program mamografického screeningu v České republice [online]. Brno, 2014 [cit. 2017-10-07]. Verze 1.4c. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php>

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. Patologie. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky. Praha: Portál, 2007. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-218-8.

NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3709-6.

MUKHERJEE, Siddhartha. Vládkyně všech nemocí: příběh rakoviny. Přeložil Jan ŠMARD. Brno: Masarykova univerzita, 2015. Poprvé v češtině. ISBN 978-80-210-7761-4.

Onkoprevence pro Českou republiku [online]. 30. 4. 2017 [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/>

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

PECÁKOVÁ, Iva. Statistika v terénních průzkumech. Praha: Professional Publishing, 2008. ISBN 978-80-86946-74-0.

ROŽÁNKOVÁ, Jana. Onemocnění rakovinou prsu ze sociologické perspektivy: Život mladých matek po oznámení diagnózy rakoviny prsu [online]. Praha, 2014 [cit.20180318].Dostupnéz:https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/70763/DPTX_2010_2_11210_0_314503_0_108544.pdf. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Dana Hamplová, Ph.D.

SCHNEIDER, Christine Miriam. Lebensqualität und Langzeitfolgen mehr als zwölf Jahre nach der Diagnose Brustkrebs [online]. Würzburg, 2010 [cit. 2018-03-13]. Dostupnéz:https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/4660/file/Christine_Schneider_Dissertation.pdf. Inaugural - Dissertation. Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Vedoucí práce Priv.-Doz. Dr. med. M. Schmidt.

STRNAD, Pavel a Jan DANEŠ. Nemoci prsu pro gynekology. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-714-1.

ŠNAJDROVÁ, L., GREGOR, J., MUŽÍK, J., Mamo.cz: Program mamografického screeningu v České republice [online]. Brno, 2014 [cit. 2014-10-07]. Verze 1.4c. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php>.

ŠVANDOVÁ, Jolana. FAKTORY ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI OSOB SENIORSKÉHO VĚKU, VZHLEDEM K NABÍDCE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7anspw/>>.. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Marie Chrásková.

TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Národní onkologický registr (NOR) [17. 3.2017].<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Národní onkologický registr (NOR) [17. 3.2017].<http://www.uzis.cz/crkraje/kraje/pardubicky-kraj>

ULRICH, Vít, PULPÁN, David, ed. Možná zažíváme historický okamžik v onkologii [online]. 30.5.2017 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: [/www.multiscan.cz/novinky/mozna-zazivame-historicky-okamzik-v-onkologii-1262](http://www.multiscan.cz/novinky/mozna-zazivame-historicky-okamzik-v-onkologii-1262)

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří, Jan ŽALOUDÍK a Rostislav VYZULA. Onkoprevence pro Českou republiku. [online]. 30. 4. 2009 [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/prevence-askrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/>

ŽALOUDÍK, Jan. Vyhněte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

14 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - TNM Klasifikace (Adam, Vorlíček, Vaníček, kol, 2004, s. 218).....	84
Příloha B - Souhlas Etické komise.....	85
Příloha C - Potvrzení o provedení výzkumu.....	86
Příloha D - Žádost o provedení výzkumu.....	87
Příloha E - Informovaný souhlas.....	88
Příloha F - Dotazník Kvality života – WHOQL-BREFF.....	90
Příloha G - Dotazník SEIQoL.....	93

Příloha A - TNM Klasifikace (Adam, Vorlíček, Vaníček, kol, 2004, s. 218)

T Primární nádor
TX primární nádor nelze posoudit
T0 žádné známky primárního nádoru
Tis carcinoma in situ
T1 nádor je menší než 2 cm
T2 2-5 cm
T3 nádor je větší než 5 cm
T4 jakákoliv velikost nádoru s šířením do kůže nebo na hrudní stěnu
N Regionální mízní uzliny
NX regionální mízní uzliny nelze posoudit
N0 bez metastáz do regionálních uzlin
N1 s infiltrací regionálních uzlin, bez fixace
N2 fixované axilární uzliny
N3 infiltrace nitrohrudních uzlin
M Vzdálené metastázy
MX přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit
M0 bez vzdálených meta
M1 jsou i vzdálené metastázy (plíce, pleura, kosti, játra, nadledvinky, mozek, ovarium)

Klinická stadia karcinomu prsu dle TNM klasifikace

Klinická stadia karcinomu prsu dle TNM klasifikace			
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II A	T0,1	N1	M0
II B	T2,3	N1	M0
III	T0-4	N2	M0
IV	T0-4	N0-3	M1

Příloha B - Souhlas Etické komise

1

Zápis ze schůze Etické komise
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
pracoviště Pardubická nemocnice
ze dne 6. 10. 2017 (15.00 h)

Přítomni: MUDr. David Stuchlík, MUDr. Marek Sychra, Anna Němcová, MUDr. Josef Hájek, CSc.,
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., MUDr. Petr Formánek, MUDr. Iveta Kolářová, Ph.D.,
Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.

Omluvena: Mgr. Jaroslav Procházka, MUDr. Zuzana Kala Grofová, JUDr. Ludmila Rožnovská,

Schůzi zahájil a řídil MUDr. David Stuchlík.

Členové EK byli seznámeni s korespondencí se SÚKL a multicentrickými etickými komisemi za období 11.9.2017 – 6.10.2017.

Diplomová práce – 6.10.2017

Bc. Beranová Tereza, studentka navazujícího magisterského studijního programu Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, předložila EK žádost o posouzení a vyjádření ohledně etické přípustnosti předkládaného výzkumného projektu (šetření) s názvem **Zjištění kvality života a spokojenosti žen po karcinomu prsu**, e-mail byl doručen 18. 9. 2017.

Jméno vedoucího práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Cíl šetření: Diplomová práce by měla být zaměřena na ženy, u nichž proběhla léčba karcinomu prsu a nyní jsou sledovány v dispenzární ambulanci. Práce by měla sledovat kvalitu života těchto žen a změny, které toto onemocnění přináší, a to v oblasti psychické, sociální, rodinné, pracovní i volnočasové. Dotazníky bude zjišťována kvalita života a s tím související spokojenost s životem. Dotazník se zabývá subjektivním hodnocením životní spokojenosti a jejich jednotlivých složek a na hodnotový systém. Dotazníkům bude předcházet průvodní dopis, který bude doplněn o osobní údaje a informace typu, v kolika letech byla rakovina u pacientky diagnostikována a kdy byla ukončena léčba.

Stejně dotazníky budou následně vyplněny stejným počtem zdravých žen a výsledky obou skupin budou porovnány.

Doba trvání celého projektu od 10/2017 do 1/2018.

Ke sběru dat bude použit Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace - WHOQOL-BREF (krátká verze) a dotazník SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) uvedl do České republiky J. Krivohlavý (2001).

Dotazníkům bude předcházet průvodní dopis, který bude doplněn dotazy k osobním údajům.

Členové EK výzkumný projekt – v souladu s požadavky směrnice ICH GCP – schválili.

Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D. byla ve střetu zájmu, nehlasovala.

V Pardubicích 9. 10. 2017

Zapsala: Ivana Faiklová

Předběžný termín příští schůze etické komise: **10. 11. 2017**

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Pardubická nemocnice
Kýjevská 44, 532 03 Pardubice
Etická komise -1-

.....
MUDr. David Stuchlík
předseda etické komise

Příloha C - Potvrzení o provedení výzkumu



Potvrzení o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Beranová Tereza
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií,
Studijní program Studijní obor/ročník	Ochrana zdraví ve vybraných klinických oborech
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Magisterská diplomová práce
Téma	Kvalita poskytnutí péče po ukončení léčby rakoviny prsu
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Hroba Zdeněk, Ph.D.
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt	Mgr. Chrástková Lucie
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Soubor respondentů	
Metodika výzkumu	Dotazník
Zahájení výzkumu	
Konec výzkumu	
Vyjádření studenta/tky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky:
Vyjádření studenta/tky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky:
Vyjádření odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn*	Název: Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice Pracoviště: Oddělení klinické a radiční onkologie S prováděním výzkumu souhlasím/nesouhlasím Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta/tky / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta/tky souhlasím/nesouhlasím Jméno: doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc. Pozice: Razítko a podpis:

.....
Vedoucí práce

.....
Vedoucí katedry

Potvrzený souhlas s výzkumem k bakalářské nebo diplomové práci odevzdá student se dvěma výtisky práce na studijní oddělení v termínu dle harmonogramu Fakulty zdravotnických studií.

* V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti jiných fakult UPA, vyjádření vyplní proděkanka pro vnitřní záležitosti a vzdělávací činnost Fakulty zdravotnických studií. V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti FZS, vyjádření vyplní vedoucí katedry, pod kterou student provádějící výzkum patří.

Průmyslova 395, 532 10 Pardubice, telefon 466 037 722, 466 670 550, fax 466 670 550, e-mail dekanat.fzs@upce.cz,
bankovní spojení KB Pardubice 37030561/0100, IČO 00216275, DIČ CZ00216275

Aktualizace: leden 2015

Příloha D - Žádost o provedení výzkumu



Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce v Nemocnice Pardubického kraje, a.s. (určeno pro nelékařské profese)

Příjmení a jméno studenta	Jeranová Tereza			
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra				
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství ve výborných klinických dovedech / kombin.			
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)	Magisterská			
Téma práce	Klinická spolupráce s ležícími pacienty v léčbě karcinomu prsu			
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Hroška Zdeněk, Ph.D. Ph.D.			
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt	Maj. Chrástková Lucie			
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum <u>ne</u> bude/ <u>bu</u> dě spojen s finančním zatížením NPK Podpis:			
Soubor respondentů, počet				
Metodika sběru dat	Dotazník			
Zahájení výzkumu / ukončení výzkumu	07. 08. 2015			
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: <i>Tereza Jeranová</i>			
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky: <i>Tereza Jeranová</i>			
Souhlas odpovědného pracovníka NPK	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE	Podpis:	<i>Mgr. Kateřina Součková</i>
Souhlas představitel NPK se zveřejněním názvu zařízení	Podpis:			
Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat				
Nemocnice, klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet respondentů
NPK - OKO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>[Signature]</i>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

[Signature]
Vedoucí práce

[Signature]
Vedoucí katedry

Žádost je současně potvrzeným souhlasem s výzkumem k bakalářské, diplomové nebo disertační práci. Student odevzdá se dvěma výtisky závěrečné práce na studijní oddělení v termínu dle harmonogramu odevzdávání závěrečných prací. Fakulty zdravotnických studií. Součástí žádosti je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru) určený respondentům ve výzkumném souboru včetně informovaného souhlasu a stručný obsah práce. V případě retrospektivního šetření student nesmí nahlížet do NIS ani dokumentace pacienta. Anonymní data mu předá pověřený pracovník oddělení, kde výzkum probíhá

Příloha E - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní,

Jmenuji se Tereza Beranová a jsem studentkou navazujícího magisterského studijního programu Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

V současné době probíhá na ambulanci Multiscenu s.r.o. studie, která se zabývá hodnocením kvality života u pacientek po prodělané léčbě karcinomu prsu. Data získaná v rámci studie budou použita v mé diplomové práci zcela anonymně. V diplomové práci „Životní spokojenost žen po prodělaném karcinomu prsu“ bude porovnána kvalita života žen po prodělaném karcinomu prsu a kvalita života žen bez onkologického onemocnění.

Děkuji za Vaši ochotu a čas dotazník vyplnit.

Bc. Tereza Beranová
studentka magisterského studia
Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Cíl studie

Cílem studie je pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF hodnotit celkovou kvalitu života a zdravotní stav u pacientek po prodělané rakovině prsu. Dalším cílem studie je zhodnocení životních priorit pomocí dotazníku životních priorit SEQoL.

Průběh studie

Při návštěv v onkologické ambulanci vyplní pacientka oba dotazníky – první se týká celkové kvality života, druhý se týká životních priorit. V průběhu vyplňování se může nemocný obrátit s dotazem na studenta Fakulty zdravotnických studií, nebo ošetřující personál.

Možná rizika

Vyplnění dotazníku nepřináší žádná zdravotní rizika, nejedná se o invazivní vyšetření.

Ochrana osobních dat

V této studii budou porovnáována data získaná od jednotlivých pacientů z vyplněných dotazníků (dotazník celkové kvality života, dotazník životních priorit). Následně budou dotazníky vyplněny stejným počtem zdravé populace žen. Získané výsledky budou publikovány odborné veřejnosti v tomto směru běžnou formou.

Souhlas a odmítnutí studie

Pokud se rozhodnete zúčastnit se studie, požádám Vás o Váš souhlas. Podepište, prosím, předložený informovaný souhlas poté, co si jej pečlivě prostudujete. Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná, není honorovaná a není pro Vás spojena se žádnými náklady. Máte právo kdykoli svůj souhlas k účasti v této studii zrušit bez udání důvodu. Případné odmítnutí nebude mít pro Vás žádné nevýhody nebo negativní následky. Na další lékařskou péči o Vás to nebude mít žádný vliv.

Tímto potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Od šetření mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu, aniž by to mělo dopad na péči, které se mi dostává. K odstoupení od šetření dostačuje moje ústní sdělení výzkumníkovi, že odstupuji. Rozumím cíli, povaze výzkumného šetření a v čem spočívá

moje zapojení. Beru na vědomí, že veškeré o mně poskytnuté údaje budou anonymizovány a souhlasím, že výsledky mohou být použity pro vědecko-výzkumné účely a jejich následné publikování.

V Pardubicích dne:

Pacient/respondent

.....

.....

jméno, příjmení

podpis

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

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/á
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Formulář č. 2 Zjišťování kvality života

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Jméno: _____ Rod. číslo: _____
 Adresa: _____
 Město: _____
 Datum: _____

Dotazník	Skóre	Průměr	Standardní odchylka
1. Napište celkem pět pro Vás nejdůležitějších témat: tj. životních oblastí Vašich základních zájmů – životních cílů. Každou oblast napište na jeden řádek. Napište víc ani méně oblastí, prosím přesně pět. Nejdříve napište heslovitě hlavní téma např. rodina, a následně rozvedte téma konkrétněji, o čem přesně jedná.			
2. Uvedte u každého tématu, jak se Vám podle Vašeho zdání, daří uskutečňovat to, čeho jste v dané oblasti chtěli dosáhnout. Uvedte to v procentech od 0 %-100 % (0 je nejvyšší míra spokojenosti, 100 úplná spokojenost).			
3. Uvedte u každé oblasti zdjmu, jak moc je tato oblast pro Vás důležitá. Představte si, že pro všech pět životních oblastí, které jste uvedli, máte k dispozici celkem sto procent. Vaším úkolem je rozdělit těchto sto procent mezi Vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. To napište na levý okraj. Součet všech pětí dílů musí dávat dohromady sto procent.			
4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměrů“ vaší celkové životní spokojenosti“.			

(Křivoňavý, 2001)

Formulář č. 2 Zjišťování kvality života SEIQoL

Nejprve bych si přála, abyste se zamysleli nad tím, o čem Vám v životě jde především. Jde o to, co má pro Vás skutečný význam, co se stává cílem Vašeho života. Jde mi o výčet těch oblastí života, které jsou pro Vás osobně skutečně důležité. Jde mi o zjištění Vašich odpovědí na otázku, pro co žijete?

Vyplnění probíhá ve 4 krocích:

1. Napište celkem pět pro Vás nejdůležitějších témat: tj. životních oblastí Vašich základních zájmů – životních cílů. Každou oblast napište na jeden řádek. Napište víc ani méně oblastí, prosím přesně pět. Nejdříve napište heslovitě hlavní téma např. rodina, a následně rozvedte téma konkrétněji, o čem přesně jedná.
2. Uvedte u každého tématu, jak se Vám podle Vašeho zdání, daří uskutečňovat to, čeho jste v dané oblasti chtěli dosáhnout. Uvedte to v procentech od 0 %-100 % (0 je nejvyšší míra spokojenosti, 100 úplná spokojenost).
3. Uvedte u každé oblasti zdjmu, jak moc je tato oblast pro Vás důležitá. Představte si, že pro všech pět životních oblastí, které jste uvedli, máte k dispozici celkem sto procent. Vaším úkolem je rozdělit těchto sto procent mezi Vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. To napište na levý okraj. Součet všech pětí dílů musí dávat dohromady sto procent.
4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměrů“ vaší celkové životní spokojenosti“.