UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rok: 2022 Bc. Renata Melvaldová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života ženy s nádorovým onemocněním prsu

Rok: 2022 Bc. Renata Melvaldová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Bc. Renata Melvaldová**
Osobní číslo:	**Z20410**
Studijní program:	**N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce:	**Kvalita života ženy s nádorovým onemocněním prsu**
Téma práce anglicky:	**Quality of life in women with breast cancer**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2055-0.
2. COUFAL, Oldřich, FAIT, Vuk a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3641-9.
3. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
4. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry.* 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem kvalita života ženy s nádorovým onemocněním prsu 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 § 47b 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24.04.2022

Jméno Příjmení: Renata Melvaldová

v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych upřímně poděkovat PhDr, Kateřině Horáčkové, Ph,D. za cenné rady, které přispěly k napsání této práce. Také jí děkuji za ochotu a čas, který mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

Dále děkuji primářce pražského onkologického centra a respondentkám, které se na průzkumu podílely.

V neposlední řadě děkuji svým nejbližším za podporu.

ANOTACE

Diplomová práce poukazuje na kvalitu života žen s karcinomem prsu docházejících k léčbě do pražského onkologického centra.

Teoretická část se věnuje epidemiologii, diagnostice, prevenci a léčbě karcinomu prsu, také kvalitě života z pohledu fyzického i psychického zdraví.

V průzkumné části jsou v grafech a tabulkách prezentována data, která byla získána z dotazníkového šetření, v němž byl použit standardizovaný dotazník SF-36. V onkologickém centru bylo rozdáno 77 dotazníků, jejich návratnost byla 100 %. Data ukazují kvalitu života pacientek v léčbě a po léčbě, přičemž tato kvalita byla hodnocena v 8 dimenzích. Pacientky v léčbě dosáhly nejnižšího průměru 18,33 v dimenzi fyzického omezení, u pacientek po léčbě nejnižšího průměru dosáhla dimenze vitalita, a to 49,15. Dále data znázorňují hodnocení kvality života respondentek, rozdělených do jednotlivých věkových kategorií, a průměrem je kvalita života věkových kategorií zhodnocena v 8 dimenzích.

KLÍČOVÁ SLOVA

diagnostika, dotazník SF-36, karcinom prsu, kvalita života, léčba, nežádoucí účinky léčby, onemocnění

TITLE

Quality of life in women with breast cancer.

ANNOTATION

The diploma thesis points out the quality of life of women with breast cancer who are receiving treatment at the Prague oncology center. The theoretical part deals with the epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment of breast cancer, as well as the quality of life in terms of physical and mental health. The research part contains graphs and tables of data that were obtained from a questionnaire survey, which used a standardized questionnaire SF-36. 77

questionnaires were distributed in the oncology center Medicon a.s., the return rate of the questionnaires was 100%. The data show patients' lives in treatment and after treatment, which were evaluated in 8 dimensions. The patients in treatment reached the lowest average of 18.33 in the dimension of physical functioning, in the patients after treatment the lowest average was 49.15 in the dimension of vitality. Furthermore, the data show the self-evaluation of the quality of life of the respondents divided into individual age categories

KEYWORDS

diagnostics, SF-36 questionnaire, breast cancer, quality of life, treatment, side effects of treatment

OBSAH

Úvod 14

1 Cíl práce 16

2 Teoretická část 17

2.1 Charakteristika karcinomu prsu 17

2.1.1 Vznik karcinomu prsu 18

2.1.2 Klasifikace karcinomu prsu 20

2.1.3 Diagnostika a prevence karcinomu prsu 23

2.2 Léčba karcinomu prsu 29

2.2.1 Chirurgická léčba 30

2.2.2 Ozařování a chemoterapie 31

2.2.3 Další formy léčby karcinomu prsu 35

2.3 Kvalita života pacientek s karcinomem prsu v procesu léčby a po skončení léčby 38

2.3.1 Vymezení kvality života v kontextu onkologického onemocnění 38

2.3.2 Kvalita života z hlediska fyzického zdraví 43

2.3.3 Kvalita života z hlediska psychického zdraví 45

2.3.4 Zvýšení kvality života žen s karcinomem prsu formou odborné pomoci 47

3 průzkumná část 53

3.1 Cíl průzkumné části 53

3.2 Metodologie výzkumu 54

3.2.1 Charakteristika respondentů 55

3.2.2 Analýza dat 55

4 Diskuze 107

4.1 Výzkumná otázka číslo 1 107

4.2 Výzkumná otázka číslo 2 108

4.3 Výzkumná otázka číslo 3 109

5 Závěr 111

6 Použitá literatura 113
6.1 Literární zdroje 113
6.2 Odborné časopisy 115
6.3 Internetové zdroje 117
6.4 Ostatní 120
7 Přílohy 121

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Počet respondentů podle věkových kategorii 56
Tabulka 2- Test normalit 57
Tabulka 3 - M-W U test 58
Tabulka 4 -Tabulka četností pacientek v léčbě v dimenzi omezení 60
Tabulka 5 -Tabulka četností pacientek po léčbě v dimenzi omezení rolí 60
Tabulka 6 - Tabulka četností v dimenzi emocionální pohoda u pacientek v léčbě 63
Tabulka 7 - Tabulka četností v dimenzi emocionální pohoda u pacientek po léčbě 63
Tabulka 8 - Tabulka četností v dimenzi celkového zdraví u pacientek v léčbě 66
Tabulka 9 - Tabulka četností v dimenzi celkového zdraví u pacientek po léčbě 66
Tabulka 10 - Test normalit pro hodnocení zdraví dnes a před rokem 68
Tabulka 11 - M-W U test pro srovnání zdraví 68
Tabulka 12 -Porovnání průměrů 106

Obrázek 1 – Schéma diagnostického procesu karcinomu prsu 24
Obrázek 2 – výskyt karcinomu prsu dle stadia nemoci 28
Obrázek 3 - Hodnocení dimenze fyzického fungování 59
Obrázek 4 - Omezení rolí v důsledku emočních problémů 61
Obrázek 5 - Energie/únava 62
Obrázek 6 - Sociální fungování 64
Obrázek 7 – Bolest 65
Obrázek 8- Porovnání v průměrech 67
Obrázek 9 - Srovnání zdraví dnes vs před rokem 69
Obrázek 10- Celkové zdraví 70
Obrázek 11- Současný zdravotní stav ve srovnání před rokem 71
Obrázek 12- Omezování zdraví pří usilovných činnostech 72
Obrázek 13- Omezování zdraví při středně namáhavých činnostech 73
Obrázek 14- Omezování zdraví při zvedání nebo nošení nákupu 74
Obrázek 15- Omezování zdraví pří vyjití několika pater 75
Obrázek 16- Omezování zdraví při vyjití jednoho patra 76
Obrázek 17- Omezování zdraví při předklonu, pokleku 77
Obrázek 18- Omezení zdraví při chůzi 1 km 78

Obrázek 19- Omezení zdraví při chůzi několik set metrů 79
Obrázek 20- Omezení zdraví při chůzi 100 metrů.....80
Obrázek 21- Omezené koupání a oblékání 81
Obrázek 22- Zkrácení času při práci v kontextu zdr. potíží.....82
Obrázek 23- Odvedená práce v porovnání s očekáváním v kontextu zdr. potíží 83
Obrázek 24- Omezování v druhu práce v kontextu zdr. potíží.....84
Obrázek 25- Obtíže při práci nebo jiných činnostech v kontextu zdr. potíží 85
Obrázek 26- Zkrácení času věnovaného práci v kontextu emocionálních potíží 86
Obrázek 27- Odvedená práce v porovnání s očekáváním v kontextu emocionálních potíží....87
Obrázek 28- Snížená pozornost z důvodu emocionálních potíží.....88
Obrázek 29- Míra omezenosti v životě v posledních 4 týdnech.....89
Obrázek 30- Bolesti v posledních 4 týdnech 90
Obrázek 31- Omezování v souvislosti s bolestmi.....91
Obrázek 32 - Pocit plnosti elánu.....92
Obrázek 33- Pocit nervozity 93
Obrázek 34- Pocit deprese 94
Obrázek 35- Pocit klidu a pohody 95
Obrázek 36- Pocit energie.....96
Obrázek 37- Pocit pesimismu a smutku 97
Obrázek 38- Pocit vyčerpanosti.....98
Obrázek 39 - Pocit štěstí 99
Obrázek 40- Pocit únavy.....100
Obrázek 41- Omezování společenského života v kontextu zdr. a emoc. potíží 101
Obrázek 42- Náchylnost k nemocem.....102
Obrázek 43- Zdraví na úrovni ostatních 103
Obrázek 44- Očekávání zhoršení zdravotního stavu 104
Obrázek 45- Perfektní zdraví.....105

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APOD	A podobně
AJ	A jiné
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
ČTK	Česká tisková kancelář
DBT	Tonosyntéza
HER	Humánní epidermální receptor
HRQOL	Health Related quality of life
IBA MU	Institut biostatistiky a analýz Masarykovi univerzity
IgG	Imunoglobulin G
KBT	Kognitivně-behaviorní terapie
KM	Kilometr
MG	Mamografie
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MR	Magnetická rezonance
MS	Microsoft Office
MUDR	Lékař
NAPŘ	Například
NST	Nespecifický typ
PET	Pozitronová emisní tomografie, psycho – edukativní terapie
RESP	Respektive
RTG	Rentgen
SVAB	Stereotaktická vakuová biobsie

TiS	Karcinom in situ
TJ	To je
TMN	Klasifikace zhoubných novotvarů
TX	Tumor nelze hodnotit
TZV	Takzvaně
USA	Spojené státy americké
USG	Ultrasonografie
UVAB	Vakuová biopsie pod ultrazvukovou kontrolou
WHO	World Health Organization

ÚVOD

„Zdravý ubožák je šťastnější než nemocný král.“ Arthur Schopenhauer

Kvalita života je vlastní vnímání životní situace je odrazem pohody jednotlivých lidí ve vztahu ke kultuře a k hodnotám ve kterých jedinec žije (Gurková, 2011, s. 21). V odborných literárních pramenech nalezneme pojem kvality života popisován z mnoha pohledů a způsobů chápání.

Karcinom prsu je jedním z nejvíce se vyskytujícím zhoubným nádorovým onemocněním u žen, a to nejen v ČR, ale v celé světové populaci. V ČR bývá ročně diagnostikováno zhruba 7 200 nových případu žen s tímto onemocněním (mamo.cz). Jako u jiných onemocnění, tak i u karcinomu prsu je sledována kvalita života. V současné době je kvalita života považována za hlavní cíl léčby u pacientů s onkologickou diagnózou. Kvalita života je u pacientek s diagnostikovaným onkologickým onemocněním nižší v oblasti fyzického i sociálního zdraví. Ke zvyšování kvality onkologicky nemocných žen napomáhá několik organizací.

Téma své diplomové práce jsem si zvolila nejen z důvodu mého předchozího zaměstnání na onkologické ambulanci, ale také z důvodu diagnostiky karcinomu prsu u mých blízkých a zároveň vrstevníků. Na onkologické ambulanci jsem mohla být svědkem strachu a nejistoty žen, které právě podstupovali léčbu či naopak je teprve léčba a terapeutický zákrok čekali. V blízkosti mých vrstevníků, jsem sdílela situaci, ve které se nacházeli. Dozvěděla jsem se co prožívají, co je nejvíce trápí a z čeho mají obavy, jak se cítí v léčbě, jak všechno, co podstupují vnímají, jak to ovlivňuje jejich sociální oblast, fyzické zdraví a jak reaguje na to všechno jejich psychika.

V teoretická část práce je věnována charakteristice karcinomu prsu, jeho vzniku a klasifikaci diagnostice a prevenci. Dále navazuje kapitola léčby karcinomu prsu, která pojednává o typech léčby a popisuje její nežádoucí účinky. Jako poslední kapitola vzhledem k průzkumné části obsahuje kvalitu života pacientek s karcinomem prsu v léčbě a po skončení léčby, následně navazují podkapitoly, které vymezují kvalitu života v kontextu onkologického onemocnění, kvalitu života z hlediska fyzického zdraví a psychického zdraví a podkapitolu zvýšení kvality života.

V průzkumné části je provedeno dotazníkové šetření za pomoci standardizovaného dotazníku zjišťujícího kvalitu života Short From- 36 (SF-36), který se skládá z 36 položek, položky jsou dále rozděleny do 8 dimenzí, součástí dotazníku byly 2 doplňující otázky.

Smyslem práce je poukázat na kvalitu života pacientek, kterým byl diagnostikován karcinom prsu. Tato práce je z ošetřovatelského hlediska přínosem ke zlepšení ošetřovatelského managmentu a k dalšímu rozvoji neziskových organizací.

1 CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části

Vytvoření teoretických východisek pro část empirickou. Zejména se jedná o seznámení s onkologickým onemocněním prsu o jeho příčinách vzniku, diagnostice, léčbě a prevence.

Dále se jedná o přiblížení kvality života pacientů s diagnózou ca prsu ve spojitosti s fyzickým a psychickým zdravím.

Cíl průzkumné časti

Hlavním cílem práce je monitorovat kvalitu života pacientek s onkologickým onemocněním prsu, které jsou v léčbě a porovnat je se vzorkem pacientek, které jsou po dokončené léčbě a popřípadě jen na HT. Cílem je také znázornit dopad daného onemocnění na jednotlivé oblasti života. Dalším cílem bylo zjistit, rozdílné hodnocení svého zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě. A posledním cílem bylo zmapovat hodnocení kvality života zúčastněných respondentek daných věkových kategorií.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V rámci teoretických východisek je přiblížena problematika karcinomu prsu, uveden je i základní popis daného onemocnění, s poukázáním na možné příčiny vzniku karcinomu prsu, způsoby diagnostiky, léčby a prevence. Zmíněny jsou známé typy karcinomu prsu a uvedeny jsou také statistiky týkající se výskytu karcinomu prsu v populaci občanů České republiky a též celosvětově. V závěru teoretických východisek je věnována pozornost kvalitě života žen, kterým bylo toto onemocnění diagnostikováno a léčí se s ním, či již léčbu absolvovaly.

2.1 Charakteristika karcinomu prsu

Karcinom prsu je nejčastějším karcinomem (zhoubným nádorem), který postihuje ženy. Největší incidence karcinomu prsu je v zemích severní a západní Evropy a dále v zemích Severní Ameriky (Šuk a Petruželka, 2014, s. 295). Zároveň se ovšem v poslední době (zejména v posledním desetiletí) daří vlivem pokroků v medicíně prodloužit délku života pacientek s tímto onemocněním (Petráková, 2015, s. 3).

K tomuto úvodnímu představení problematiky karcinomu prsu je zapotřebí doplnit, že karcinom prsu není pouze záležitostí žen. Dle Bielčikové (2016, s. 170) je však karcinom prsu u mužů onemocněním vzácným. U mužů v USA činí četnost karcinomu prsu pouze 1 % všech nádorů prsní žlázy a 1 % všech nádorů v mužské populaci. V České republice bylo v roce 2005 diagnostikováno 0,8 případů v mužské populaci na 100 tisíc mužů, v roce 2009 byla tato diagnóza stanovena u 55 mužů, což činí 0,7 případů na 100 tisíc mužů. Počty případů karcinomu mužů od 80. let minulého století narůstají, nicméně stále se jedná o onemocnění v případě mužů vzácné. Přežívání z hlediska genderu u této diagnózy není odlišné. U žen dle Váši (2021) představuje karcinom prsu přibližně 17-20 % všech maligních nádorů, ovšem při včasném odhalení mají ženy vysokou šanci na úplné vyléčení.

I když se tedy lze setkat s karcinomem prsu i u mužů, s ohledem na zaměření práce a vlastní průzkum popsaný ve třetí kapitole práce je pozornost věnována primárně ženám. Dále v textu je v první podkapitole teoretických východisek pojednáno o příčinách vzniku karcinomu prsu, možnostech diagnostiky, klasifikaci karcinomu prsu a v závěru podkapitoly jsou předloženy statistické údaje týkající se četnosti karcinomu prsu v české populace, zejména tedy v populaci žen.

2.1.1 Vznik karcinomu prsu

Prs tvoří zejména tuková, pojivová a mízní tkáň. Uvnitř prsu jsou mléčné žlázy (lobuly), které po porodu produkují mléko. Ductuly jsou kanálky, které spojují mléčné žlázy s bradavkou. Velká část nádorů je benigních: tvoří je cysty, případně nahromaděná pojivová tkáň. Karcinom prsu se projevuje abnormálním růstem některých buněk, které následně vytvářejí ve tkáni prsu novotvar. Onemocnění se může následně šířit do okolních lymfatických uzlin, metastazovat do dalších částí těla (Slezáková a kol., 2019, s. 99). Vzniku karcinomu mohou podle Prausové (2010, s. 27) předcházet premaligní změny, kterými jsou duktální hyperplazie, atypická duktální a lobulární hyperplazie. Z hyperplazií se vyvinou nejprve neinvazivní karcinomy.

Jednoznačná příčina vzniku karcinomu prsu dosud není známá (Váša, 2021). I když probíhá v této oblasti rozsáhlý výzkum, stále se nepodařilo určit, jaké ženy jsou tímto karcinomem více ohroženy. Veškeré odhady rizika vzniku karcinomu prsu jsou pravděpodobnostní (Abrahámová a kol., 2019, s. 35).

I když tedy není etiopatogeneze karcinomu prsu známá, jsou identifikovány rizikové faktory vedoucí k tomuto onemocnění. Jedná se zejména o hormonální substituční léčbu v menopauze či obecně užívání léčiv k vyrovnání estrogenního deficitu, užívání hormonální antikoncepce, především jedná-li se o dlouhodobé užívání. K dalším rizikovým faktorům se řadí dědičné vlivy, nezdravý životní styl, radiace, benigní onemocnění prsu (Halmo, 2014, s. 158; Váša, 2021). Šuk a Petruželka (2014, s. 296) řadí k dalším rizikovým faktorům obezitu či zvýšenou konzumaci alkoholu, což ovšem často souvisí s nezdravým životním stylem, dále se může jednat o vyšší věk (nad 40 let), časný začátek menstruace a pozdní nástup menopauzy. Rizikové je také první těhotenství až po 30. roku věku ženy či nuliparita, tedy stav, kdy žena nikdy nerodila, zvýšená denzita prsní základy na základě zjištění mamografického vyšetření, předchozí diagnóza zhoubného nádoru dělohy, ovaria nebo tlustého střeva, interrupce při prvním těhotenství. Naopak z faktorů snižujících riziko vzniku karcinomu prsu řadí autoři těhotenství před 20. rokem věku, více těhotenství, ovarektomii před 45. rokem, kojení a pravidelnou pohybovou aktivitu zejména v dětství a dospívání. Bielčiková (2016, s. 170) doplňuje také dysfunkci jater, onemocnění štítné žlázy nebo Klieneferterův syndrom.

Co se týče rizika otěhotnění in vitro, dle Krul et al. (2015, s. 11) je toto riziko vyšší u žen, které následně měly vícečetné těhotenství, přičemž jim byla implantována všechna přenesená embrya. Autoři toto své tvrzení zakládají na vlastním výzkumu provedeném na vzorku 12 589 žen, které podstoupily fertilizaci in vitro (IVF) v letech 1983-1995.

Hereditární karcinom prsu představuje 5-10 % všech karcinomů prsu. V těchto případech se onemocnění objevuje v nižším věku. Geny zvyšující riziko vzniku karcinomu prsu jsou BRCA 1 a 2, TP53, STK 11, PTEN a CDH 1, přičemž gen BRCA 1 se podílí na 52 % dědičných forem karcinomu prsu, BRCA 2 na dalších 32 %. V případě, že bylo zjištěno riziko dědičnosti karcinomu prsu, může žena po 18. roku věku podstoupit prediktivní genetické vyšetření. Pokud ani v rámci tohoto vyšetření není prokázána mutace, stále je žena považována za osobu s dvakrát větším rizikem karcinomu prsu. Pokud je zachycena mutace genu BRCA, doporučena je dispenzarizace či další profylaktická opatření: je možné provést preventivní mastektomii odstranění prsní žlázy, její objem je nahrazen silikonovým implantátem) či preventivní bilaterální adnexektomie (chirurgické odstranění vejcovodů a vaječníků). Gynekolog by měl také zvážit hysterektomii (chirurgické odstranění dělohy). Preventivní mastektomie, kterou je možné provést ovšem i u jiných žen než těch, u kterých je vyšší pravděpodobnost výskytu tohoto karcinomu, snižuje riziko karcinomu prsu o 90 %, bilaterální profylaktická adnexektomie snižuje riziko o 50 % (měla by být dle téhož zdroje provedena ideálně ve věku 35-40 let, případně ihned, jakmile je odhaleno vyšší riziko onemocnění ve vyšším věku), navíc se snižuje riziko vzniku karcinomu ovarií o 97 %.

Abrahámová a kol. (2019, s. 39-41) přibližuje rizikové faktory spojené s životním stylem. Zvýšená konzumace alkoholu je riziková, neboť alkohol ovlivňuje hladinu estrogenu v organismu ženy. U žen, které konzumují 2-5 skleniček alkoholického nápoje denně, je riziko vzniku karcinomu prsu 1,5x vyšší. Obezita je riziková především u žen po menopauze. Velmi preventivně působí vhodná a dostatečná pohybová aktivita, která snižuje produkci steroidních hormonů ve vaječnících a též snižuje hladinu krevního inzulinu. U kouření dle autorky nebylo prokázáno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu, ovšem platí, že kouření je rizikové obecně z hlediska zdraví, včetně onkologických onemocnění. Z hlediska stravy se doporučuje dieta bohatá na zeleninu, ovoce, vlákninu. Bielčiková (2016, s. 170) ke stravě uvádí, že by měla být omezena konzumace červeného masa.

Posledním významným rizikovým faktorem, který je vhodné uvést, je stres, a to zejména chronický stres. Jak zmiňují Adam a kol. (2019, s. 107), laboratorními studiemi bylo prokázáno, že chronický stres urychluje vznik plicních metastáz karcinomu prsu. Dosud však nebylo zjištěno, z jakých důvodů chronický stres nepříznivě působí na zdravotní stav člověka, a mimo jiné má negativní vliv na vznik a růst nádorů. Je předpokládáno, že příčinou mohou být katecholaminy, vliv může mít i změna exprese genů v souvislosti s chronickým stresem.

2.1.2 Klasifikace karcinomu prsu

Klasifikací karcinomu prsu existuje několik druhů. V základní rovině se rozlišují karcinomy „in situ“ (neinvazivní karcinomy), invazivní karcinomy a speciální typy karcinomu (Dražan a Měšťák, 2006, s. 20-22; Prausová, 2010, s. 27-28).

Existují dvě hlavní klasifikace karcinomu prsu. První je vymezena ze strany Světové zdravotnické organizace (WHO), která rozlišuje tyto hlavní skupiny karcinomu prsu:

- epitelové nádory;
- invazivní nádory prsu: do této skupiny patří např. lobulární karcinom, tubulární karcinom, karcinom bohatý na tuky, karcinom bohatý na glykogen, mucinózní adenokarcinom či invazivní mikropapilární karcinom prsu;
- vzácné nádory a nádory typu slinných žláz: příkladem je adenoidně cystický karcinom;
- neuroendokrinní neoplazie;
- epitelové-myoepitelové karcinomy: do této skupiny patří např. neinvazivní lobulární neoplazie nebo duktální karcinom in suitu;
- benigní epiteliální proliferace a prekurzory: zástupcem je např. obvyklá duktální hyperplazie;
- papilární novotvary: jedná se např. o intraduktální papilom nebo zapouzdřený papilární karcinom;
- mezenchymální karcinomy: jedná se o poměrně širokou skupinu, do které patří např. cévní nádory, fibroblastické a myofibroblastické nádory či nádory hladkého svalstva – např. leiomyom bradavky a areoly;
- fibroepiteliální nádory:
- nádory bradavky;
- maligní lymfom: jednat se může o Burkittův lymfom, který může mít více forem (např. endemický nebo sporadický Burkittův lymfom);
- metastatické nádory;
- nádory mužského prsu: do této skupiny patří gynekomastie, karcinom, invazivní karcinom a karcinom in situ (Agarwal a Blanco, 2019).

Jak je z výše uvedené klasifikace zřejmé, nejsou rozlišovány nádory benigní a maligní. Tato klasifikace také zahrnuje nádory mužského prsu, které jsou vyčleněny zvlášť. Klasifikace akcentuje lokalizaci nádoru i tkáně, které jsou postiženy.

Druhá významná klasifikace je spojena s Mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10, v níž lze nalézt pod kódem C50 skupinu zhoubných novotvarů prsu, které se dělí dle lokalizace v místě prsu, a to následovně:

- C50.0: bradavka – mammila a dvorec – areola: v rámci tohoto kódu se rozlišuje maligní Pagetova nemoc neurčené lokalizace, maligní Pagetova nemoc prsu, novotvar prsní bradavky, novotvar prsního dvorce, Pagetova choroba bradavky, Pagetova nemoc bradavky, Pagetova nemoc prsu;
- C50.1: střední část prsu: do této skupinu patří pouze novotvar prsu centrální části;
- C50.2: horní vnitřní kvadrant prsu: zde se opět jedná jen o novotvar horního vnitřního kvadrantu prsu;
- C50.3: dolní vnitřní kvadrant prsu: obdobně i u tohoto kódu je evidován pouze novotvar vnitřního kvadrantu prsu;
- C50.4: horní zevní kvadrant prsu: možný je nález v horním zevním kvadrantu prsu;
- C50.5: dolní zevní kvadrant prsu: nález v dolním zevním kvadrantu prsu;
- C50.6: axiliární část prsu: možná je diagnóza novotvaru axiliárního výběžku prsu;
- C50.8: léze přesahující prs: v tomto případě se může jednat o novotvar dolní části prsu, novotvar ektopické lokalizace prsu, novotvar horní části prsu, novotvar ve střední části prsu, novotvar vnější části prsu a novotvar vnitřní části prsu;
- C50.9: prs NS: tento kód obsahuje všechny konkrétní diagnózy, k nimž patří duktální a lobulární karcinom neurčené lokalizace, duktální infiltrující a lobulární karcinom neurčené lokalizace, duktální infiltrující karcinom neurčené lokalizace, duktulární infiltrující karcinom neurčené lokalizace, infiltrující adenokarcinom neurčené lokalizace, infiltrující duktální adenokarcinom neurčené lokalizace, infiltrující lobulární karcinom neurčené lokalizace, intraduktální neinfiltrující papilární invazivní adenokarcinom neurčené lokalizace, intraduktální papilární invazivní karcinom neurčené lokalizace, intraduktální papilární invazivní adenokarcinom neurčené lokalizace, karcinom bohatý na lipidy, lobulární adenokarcinom neurčené lokalizace, lobulární a infiltrující duktální karcinom in situ neurčené lokalizace, lobulární a infiltrující duktální karcinom in situ prsu, lobulární a intraduktální karcinom neurčené lokalizace, lobulární karcinom neurčené lokalizace, medulární karcinom s lymfoidním stromatem, neurčené lokalizace, novotvar prsu NS, zánětlivý adenokarcinom neurčené lokalizace a zánětlivý karcinom neurčené lokalizace (ÚZIS, 2021).

K této klasifikaci lze doplnit data uváděná Roztočilem a kol. (2011, s. 380), dle kterých se invazivní karcinom prsu vyskytuje nejčastěji v horním zevním kvadrantu prsu (jedná se přibližně o 38,5 % všech případů), dále v centrální oblasti (29 %), v horním vnitřním kvadrantu (14,2 %), v dolním zevním kvadrantu (8,8 %) a v dolním vnitřním kvadrantu (5 %). Toto procentuální zastoupení odráží dle autorů objem prsní žlázy v jednotlivých kvadrantech prsu.

Pro účely práce je vhodné přiblížit nejčastěji se vyskytující karcinomy prsu, neboť různé typy karcinomů prsu vyžadují specifickou léčbu, která se pochopitelně promítá i do kvality života pacientek.

K nejčastěji se vyskytujícím druhům karcinomu prsu patří duktální karcinom prsu, který je lokalizovaný na vývodech mléčných žláz a tvoří 73 % všech případů karcinomu prsu. Jeho zvláštní formou je i Pagetův karcinom bradavky, který se vyskytuje nejčastěji u žen po menopauze. Druhým nejčastěji se vyskytujícím karcinomem prsu je lobulární karcinom prsu (14 %), který vzniká v lalůčcích prsních žláz. Tento typ karcinomu se vyskytuje častěji u žen před menopauzou (Abrahámová a kol., 2019, s. 67).

Duktální i lobulární karcinomy prsu mohou mít formu invazivní i neinvazivní. Duktální karcinomy in situ mohou být hmatné, jsou považovány za prekurzorovou lézi invazivního karcinomu prsu. Terapie bývá problematická. Většinou je indikován chirurgický zákrok, po němž může, ale nemusí následovat ozařování. Při nálezech o velikosti více než 4 cm či pokud je přítomno více ložisek, doporučována je mastektomie. Lobulární karcinom in situ bývá asymptomatický, tj. objeven je často náhodně. Není považován za prekurzorovou lézi. Průměrný interval od diagnózy tohoto typu (in situ) do vývoje invazivního karcinomu prsu je 15-20 let. Lobulární typ je možné pouze sledovat, případně pokud žena nechce čekat, jak se nádor dále vyvine, je možná oboustranná mastektomie s okamžitou rekonstrukcí. Invazivní duktální karcinom metastazuje do kostí, jater, plic a mozku. Tvoří přibližně 75 % všech invazivních karcinomů prsu. Invazivní lobulární karcinom je méně častý (6-8 %), na rozdíl od typu duktálního neobsahuje kalcifikace. Metastazuje do gastroinstestinálního traktu, retroperitonea (prostor mezi dutinou břišní, páteří a svaly zad), ovarií a dělohy. Prognóza je u tohoto typu lepší, problematická je však jeho včasná diagnostika, neboť může být zaměněn za difúzní zatuhnutí mléčné žlázy. Medulární karcinom bývá na rozdíl od invazivního lobulárního karcinomu zřetelně ohraničený, rozlišují se u něj dva typy: typický, který metastazuje vzácně, a atypický, který se vyvíjí obdobně jako invazivní duktální karcinom. Mucinózní karcinom je nádor, který ve zvýšené míře produkuje hlen. Vysoce maligní

a prognosticky závažný je komedonový karcinom (Dražan a Měšťák, 2006, s. 21-22). Daneš a kol. (2021, s. 49) k výše uvedenému doplňují, že v současné době se upouští od dělení invazivních karcinomů na 2 základní typy (invazivní duktální a invazivní tubulární karcinom). Termín invazivní duktální karcinom je nahrazen termínem invazivní karcinom NST (nespecifického typu). Všechny ostatní karcinomy, včetně tubulárního, lobulárního a mucinózního, jsou považovány za subtypy. Zrušena byla tedy také např. kategorie medulárního karcinomu. Důvodem rušení a změny klasifikace je neprokázání klinického významu této diferenciace.

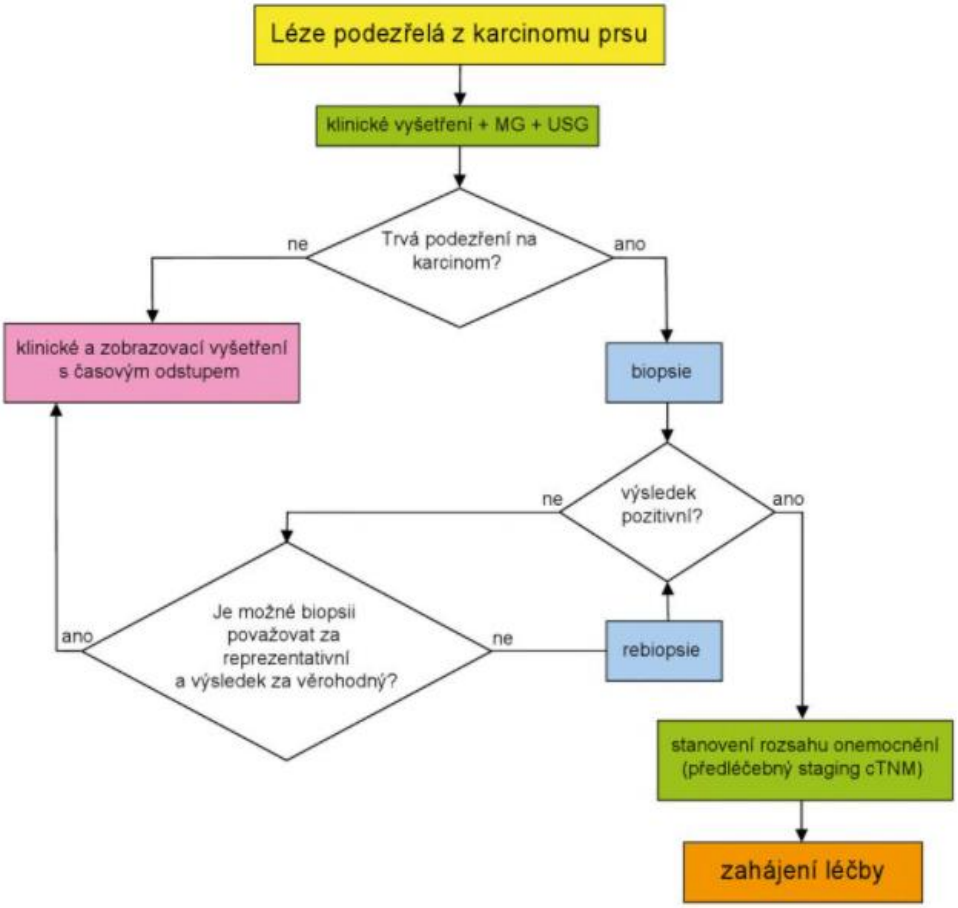
Na závěr tohoto pojednání je vhodné uvést také systém TNM (tumor, noduli, metastases), což je klasifikace důležitá pro určení stadia onemocnění. Dle výsledku je následně rozhodováno o dalším léčebném postupu (Prausová, 2010, s. 30). U písmene T se vyjadřuje velikost nádoru v prsu, případně zda je rozšířen do kůže nebo hrudní stěny. Pokud je užito označení TX, jedná se o vyjádření skutečnosti, že nelze tento parametr vyhodnotit. Zkratka Tis značí karcinom in situ. Písmeno N (uzliny) vyjadřuje, zda a do jaké míry se nádor rozšířil do lymfatických uzlin v okolí prsu. Písmeno M se týká metastáz, kdy je určováno, zda jsou metastázy přítomny, případně v jakém orgánu (Dražan a Měšťák, 2006, s. 28).

2.1.3 Diagnostika a prevence karcinomu prsu

Onemocnění karcinomu prsu probíhá velmi často bez jakýchkoliv příznaků. Mnohdy to bývá žena, která sama objeví v prsu hmatný nález. Diagnostika karcinomu prsu v počátečním stádiu tak bývá spíše vzácná, většinou se jedná o náhodu nebo nález zjištěný na mamografu. V případě zjištění hmatného, ovšem neohraničeného nálezu, kdy má navíc kůže pomerančový charakter, bradavka je vpáčená a přítomna je sekrece z prsu, se většinou jedná o nádor v pokročilém stádiu, s metastázemi do okolním tkání. V těchto případech, na rozdíl od včasné diagnostiky, nebývá prognóza příliš příznivá (Slezáková a kol., 2019, s. 101).

Základní schéma diagnostiky karcinomu prsu je zachyceno na obrázku 1, ze kterého je patrné, že základem je klinické vyšetření, které je doplněné o mamografické vyšetření (MG) a dále vyšetření ultrasonografické (USG). Další postup se již odvíjí od toho, zda stále přetrvává podezření na karcinom prsu. Jestliže tomu tak není, bezprostředně již další vyšetření prováděna nejsou, nicméně po určité době jsou zopakována, přičemž pochopitelně doba opakování dalších vyšetření závisí na mnoha faktorech, jakými jsou věk pacientky, genetická zátěž apod., charakter původního nálezu. Jestliže ovšem základní diagnostické vyšetření vykáže pozitivní nález, resp. je potvrzeno původní podezření, je dalším krokem biopsie. Výsledky biopsie jsou

posouzeny, a pokud je původní podezření zcela bez pochyb vyloučeno, diagnostický proces je ukončen. V případě, že nález z biopsie není zcela průkazný a riziko existence karcinomu přetrvává, provedena je rebiopsie (tj. časné opakování biopsie). Pozitivní nález při provedení biopsie indikuje pokračování v diagnostickém procesu. V této fázi je zapotřebí stanovit rozsah onemocnění a co nejdříve zahájit léčbu (Coufal, Vuk a kol., 2011, s. 82).



Obrázek 1 – Schéma diagnostického procesu karcinomu prsu

Zdroj: Coufal, Vuk a kol., 2011, s. 82

Biopsie je prováděna vždy, když je během vyšetření prsu nalezeno podezřelé ložisko v prsu nebo uzlinách. Biopsie je prováděna za kontroly zobrazovacími metodami (ultrazvukem), před její realizací je ovšem nutné zjistit, zda u pacientky není přítomno krvácivé onemocnění či zda pacienta neužívá léky na ředění krve. Vyšetření trvá přibližně půl hodiny, je provedeno s lokální anestézií, ambulantně. Rozlišují se dva typy biopsie: core-cut jehlou a vakuová biopsie (SVAB, UVAB). V prvním případě je vzorek odebrán pomocí mechanismu s pružinou, ve druhém případě v důsledku vytvořeného podtlaku. Vakuová biopsie umožňuje získat více materiálu, s čímž se pojí také spolehlivější určení diagnózy. SVAB je volen v případě, kdy není nález patrný na ultrazvuku (tvoří jej nejčastěji jen shluk mikrokalcifikací). Ke komplikacím

biopsie patří většinou jen krvácení v místě vpichu, bolestivost. Vzácněji dochází k zarudnutí prsu a zvýšení teploty jako projevy zánětu, který musí dále řešit lékař (Mamma HELP, 2020).

Léčba závisí na mnoha faktorech, přičemž jedním z klíčových je určení stadia onemocnění. Rozlišují se celkem 4 stádia, resp. 5 stádií (0-IV). Stadium 0 značí neinvazivní nádor (in situ). I v tomto případě je však nutné nádor odstranit, neboť bez léčby by se mohl změnit v invazivní zhoubný novotvar. Stadium I je časným stádiem invazivního karcinomu prsu. Tumor je menší než 2 cm, postižení je lokalizováno pouze v prsu a nejsou postiženy lymfatické uzliny v podpaží. Stádium III zahrnuje karcinomy prsu s velikostí 2-5 cm, případně i více než 5 cm, u některých případů jsou zasaženy i lymfatické uzliny. Toto stádium se dělí do dvou subtypů (IIA, IIB). Stadium III se třemi kategoriemi (IIIA, IIIB, IIIC) se vyznačuje postižením podpažních uzlin nebo uzlin v oblasti nadklíčku, nejsou však přítomny vzdálené metastázy, které jsou však přítomny ve stádiu IV, a to i ve vzdálených orgánech (Abrahámová a kol., 2019, s. 77-78; Büchler a Kořán, 2009, s. 8)

K určení stádia onemocnění slouží vyšetření krve zaměřené na zhodnocení činnosti ledvin a jater. Dále se jedná o rentgenové vyšetření (RTG), konkrétně RTG hrudníku (u pacientek dispenzarizovaných se tento snímek pořizuje jednou ročně), případně i skeletu (zejména při podezření na metastázy), scintigrafii skeletu (radiofarmakum je podáno do žíly, může odhalit metastatický kostní proces), ultrazvukové vyšetření břicha (USG), které slouží ke zjištění ložiskových změn v jaterních tkáních, žlučníku, sleziny atd., výpočetní tomografii (CT), která zpřesňuje rozsah a charakter změn zjištěných jinými metodami a též může zjistit velmi spolehlivě mozkové metastázy, magnetická resonance (MG), užívaná např. při nejednoznačném nálezu na skeletu, pozitronová emisní tomografie (PET). K hlavním vyšetřovacím metodám na počátku onemocnění patří RTG hrudníku, USG břicha a scintigrafie hrudníku (Abrahámová a kol., 2019, s. 70-73). V případě sekrece z bradavek se provádí duktografie, tj. vsunutí tenké kanyly do ústí mlékovodu, která do něj vstříkne malé množství kontrastní látky, pomocí níž lze zobrazit vnitřní část mlékovodu. Poté následuje mamografický snímek. Vyšetření se provádí výjimečně, ve specializovaných centrech (Mamma HELP, 2020).

Strnad (2014, s. 11) uvádí, že prognóza zjištěných karcinomů prsu a doba přežití velmi výrazně závisí na stadiu nemoci, především však na velikosti nádoru v době stanovení diagnózy. V případě nádorů menších než 10 mm, které ovšem bývají většinou nehmatné a jejich odhalení tedy nebývá časté, je pětiletá doba přežití považována za vyléčení. Samozřejmě karcinom prsu může recidivovat později. U nádorů větších (20-30 mm) je pětiletá doba přežití jen u 65 %

karcinomů, regionální lymfatické uzliny bývají zasaženy v polovině případů. K tomuto lze doplnit, že se ovšem doba přežití s časem zvyšuje. Daneš a kol. (2021, s. 20) uvádějí, že zatímco v roce 1993-1997 bylo pětileté přežití žen s karcinomem prsu bez ohledu na stadium onemocnění 66,9 %, v letech 2013-2017 se jednalo o 88,6 %. K těmto údajům lze doplnit evropské srovnání. Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity (IBA MU) a ČTK zveřejnily výsledky studie EUROCARE-5 (EUROpean Cancer REgistries), která analyzovala data z onkologických registrů 29 zemí, včetně České republiky, a to v letech 2000-2007(studie EURCARE-6 se teprve připravuje). Česká republika se vymanila z ne zcela příznivých výsledků střední Evropy, resp. východoevropských zemí, u nichž byla zjištěna nejkratší doba přežití u všech onkologických onemocnění. Česká republika se ocitla v evropském průměru, u některých onkologických onemocnění dokonce mezi zeměmi nejlepšími. To se týkalo i České republiky v případě karcinomu prsu. V daném sledovaném období byl průměr pětileté doby přežití v Evropě 81,8 %, v zemích východní Evropy 73,7 %, u České republiky se jednalo o 78 %. Důvodem tohoto příznivého stavu byl organizovaný mamografický screening (IBA MU, ČTK, 2013).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že je velmi důležité nepodcenit prevenci. Nádory o velikosti 20-30 mm jsou podle Strnada (2014, s. 11) nádory, které si odhalí ženy samy v rámci samovyšetření. U mnoha žen tedy mívají karcinomy prsu větší velikost, což s sebou přináší mnohem nižší šance přežití nebo dalších negativních následků.

Základem prevence by mělo být samovyšetření, a to každý měsíc, nejlépe na konci menstruace, kdy jsou prsa méně citlivá, jsou měkčí než před menstruací a bez napětí (Mamma HELP, 2020). Vyšetření vždy po skončení menstruace uvádí také Hamplová (2019, s. 108), a to z důvodu nejmenších hormonálních změn v prsu. Dle Bellis (2021, s. 15) je však vhodnější provést samovyšetření 5.-10. den menstruačního cyklu.

Důležité je též pravidelné cvičení, dodržování zdravého životního stylu. Ženy by měly omezit konzumaci tučných jídel, omezit konzumaci alkoholu, kouření, vhodné je též, pokud žena otěhotní do 30. roku a kojí alespoň 6 měsíců. Po 20. roce by měly ženy absolvovat ultrazvukové vyšetření, od 40. roku mamografické vyšetření (Košňarová, 2019).

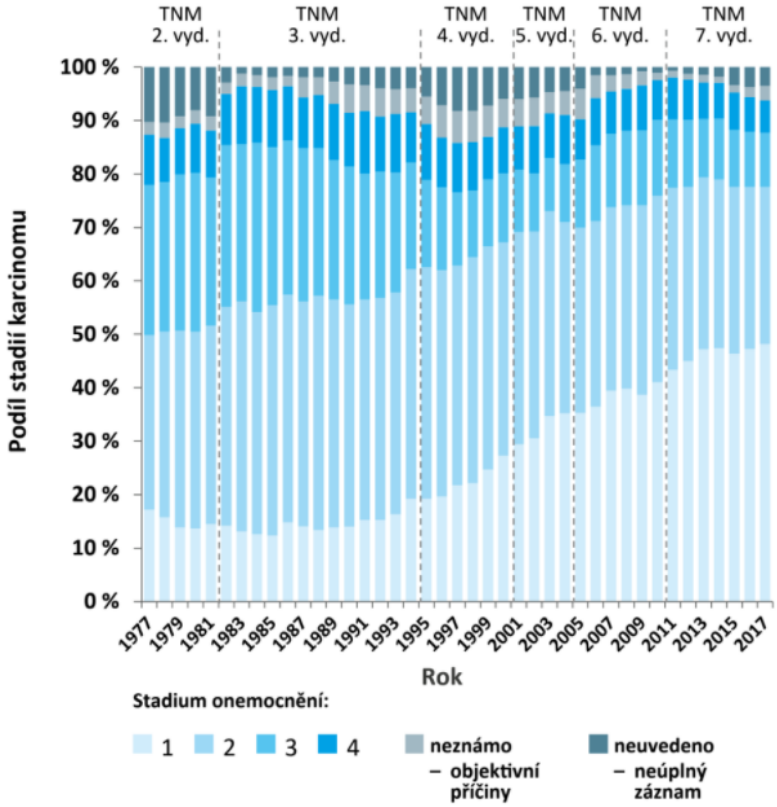
Kromě této primární prevence však existuje i prevence sekundární, která má velmi významnou roli v tom, že se daří záchyt onemocnění v časných stádiích. Sekundární prevence je spojena se screeningem, konkrétně prováděním mamografického vyšetření. Ze screeningu profitují především ženy s nádory, které rostou pomalu. Jestliže se však jedná o nádor, který roste rychle,

má krátkou preklinickou fázi a vysokou agresivitu, profit ze screeningu nebývá (v rámci pravidelného intervalu není nádor odhalen), prognóza není přínosná. Na 1 000 vyšetření (MG, USG) je odhaleno 5 případů (Daneš a kol., 2019, s. 26).

Mamografie (digitální) je rentgenologickým vyšetřením obou prsou, které trvá 10-15 minut (Mamma HELP, 2020). Využívání mamografie vede ke snížení počtu úmrtí o 30 %, a to v případě, že se jí účastní 70 % žen, kterým je určena. Alternativou k MG je digitální tomosyntéza (DBT), která má vyšší spolehlivost u žen s denzními prsy, je však dražší. Dosud v rámci ČR neexistuje jednotný systém pro zabezpečování kvality 3D snímků z DBT, proto je screening v ČR založen na digitální mamografii. Další možností je MR mamografie (je první volbou u žen s vysokým rizikem) a kontrastní mamografie (Daneš a kol., 2019, s. 26).

Screening je v ČR prováděn od 45. roku věku ženy (zdarma, jednou za dva roky). Ženy ovšem nejsou zvány písemně, k vyšetření podává doporučení praktický lékař nebo gynekolog. Zdravotní pojišťovny zvou pacientky až po 3 letech, pokud se do té doby na vyšetření nedostavily, což je ovšem nedostatečné (Daneš a kol., 2019, s. 29). Adresné zvaní pacientek bylo zavedeno pojišťovnami v roce 2014 (VZP, 2021). U žen s vyšším rizikem je screening hrazen i v případě nižšího věku, než je 45 let, a též s častější frekvencí (Strnad, 2014, s. 20). Další možností, která se však nepovažuje za vhodný screening, je ultrazvukové vyšetření, které je voleno u žen mladších 45 let. Ženy si jej hradí samy, pokud k němu nejsou doporučeny praktickým lékařem nebo gynekologem. U žen ve středním a vyšším věku je však ultrazvukové vyšetření nedostatečné (VZP, 2021). Hledány jsou i další způsoby prevence. V USA je zkoušena chemoterapie, ovšem látky podávané experimentálně rizikovým ženám (např. tamoxifen) mají mnoho vedlejších a závažných účinků, proto dosud nebyla tato forma zavedena (ve studii, které se zúčastnilo 16 000 žen ve věku 35 a více let, přičemž u žen ve věku 35-59 let bylo diagnostikováno riziko rozvoje karcinomu prsu v pěti letech, bylo pozorováno 50% snížení incidence karcinomu prsu ve skupině žen užívajících tamoxifen oproti skupině žen, která užívala placebo. Ovšem kvůli vedlejším účinkům, jako je karcinom endometria nebo tromboembolie, byl tamoxifen vyřazen z užití v rámci prevence). U žen s vyšším rizikem je formou prevence preventivní adnexetomie, tj. odstranění ovarií kolem 35. roku věku, dále se jedná o profylaktickou mastektomii a podávání antiestrogenů a inhibitorů aromatázy u nositelek mutací BRCA 2. V ideálním případě by měly ženy docházet na kontrolu prsou ultrazvukem po 20. roce každý rok, po 25. roce každý půlrok, od 25. roku je vhodná mamografie, s intervalem 1-2 let, od 35. roku každý rok (Strnad, 2014, s. 110-112).

Z hlediska léčby a přežití je velmi cenný údaj o tom, v jakých stádiích jsou karcinomy prsu zachyceny. Jak bylo uváděno v předchozí kapitole, stádium nemoci je klíčové pro dobu přežití. Na obrázku 2 je zachyceno, jak se v tomto ohledu diagnostika vyvíjí.



Obrázek 2 – výskyt karcinomu prsu dle stadia nemoci

Zdroj: Daneš a kol., 2021, s. 19

Z obrázku 2 je patrné, že narůstá počet odhalených onemocnění ve stadiu I (v roce 1977 bylo těchto případů přibližně 19 %, v roce 2017 téměř polovina všech odhalených případů), nicméně v případě stadií IV je tento rozdíl takřka zanedbatelný. U všech ostatních stádií je však sledován nárůst odhalení. Jak uvádějí Daneš a kol. (2021, s. 28), na této změně má zásadní podíl zavedení screeningu hrazeného ze zdravotního pojištění v roce 2002.

Riziko vzniku a rozvoje karcinomu prsu se liší v závislosti na věku ženy. V různých věkových obdobích existují různá rizika konkrétních typů karcinomů. Ženy mladší i starší 40-49 let jsou nejvíce ohroženy karcinomem kůže, v letech 20-29 let činí riziko kožního nádoru 22,6 %, u žen ve věku 90 a více let 51,2 %. Věkový interval 40-49 let je spojen právě s karcinomem prsu, který je tedy nejčastěji se objevujícím typem karcinomu u žen v tomto věku (32,5 %). Ve věku 20-29 let je třetím nejčastějším typem nádoru (12,5 %), po kožních nádorech a gynekologických nádorech, ve věku 30-39 let je již druhým nejčastějším typem nádoru (26,9

%). Karcinom prsu je v ČR diagnostikován každým rokem u 7 180 žen, 1 260 žen každým rokem na toto onemocnění umírá (Vláda ČR, 2021, s. 8-9, 16). Tato data lze doplnit daty z aktuální Statistické ročenky 2020, v níž je uvedeno, že zatímco v roce 2010 zemřelo na karcinom prsu (diagnóza C50) 1 655 osob, v roce 2019 se jednalo o 1 740 osob (Český statistický úřad, 2020, s. 140). Údaje jsou tedy vyšší, než je uváděno Vládou ČR (2021). Podle webového portálu SVOD, který vznikl za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR a který je dílem spolupráce Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně a Masarykova onkologického ústavu v Brně, činila v roce 2018 incidence počtu nových případů karcinomu prstu na 100 000 obyvatel 69 případů a mortalita též na 100 000 osob byla 13 případů. Mortalita se nijak výrazně nemění, počty nových případů ovšem narůstají: Nejvyšší mortalita je v Praze a v Jihočeském kraji, nejvyšší incidence se týká též Prahy, dále se jedná o Jihočeský kraj, Královéhradecký kraj a Jihomoravský kraj (Dušek a kol., 2019), což je tedy v souladu s výše uvedenými daty.

2.2 Léčba karcinomu prsu

U prokázaného karcinomu prsu určí patolog typ nádorového bujení, stupeň onemocnění a též odhad dalšího chování nádoru (např. ne/citlivost na podávání hormonů). Rozhodnutí o léčbě bývá týmové. Součástí týmu je kromě klinického onkologa a chirurga také rentgenolog, radiační onkolog, patolog, přičemž léčbu většinou vede klinický onkolog. Lékař sdělí pacientce léčebný plán, probere s pacientkou možnosti léčby, tedy konkrétní varianty, u nichž se zaměřuje na jednotlivé výhody a nevýhody (Abrahámová a kol., 2019, s. 83).

V rámci léčby se uplatňují metody lokálně-regionální (chirurgie, radioterapie) a metody celkové, tj. systémové, k nimž se řadí chemoterapie, hormonální léčba a biologická léčba. Zvolení léčebné strategie závisí na určeném stádiu onemocnění. V případě, že je onemocnění lokalizované (klinická stádia I-III), je volena kurativní léčba se záměrem vyléčit pacientku. Zásadní roli má chirurgie, doplněná o další postupy. Metastatické onemocnění (stádium IV) je však již nutností zvolit léčbu paliativní, kdy je cílem pozastavit nebo omezit růst nádoru, zejména pak prodloužit délku života (přežití) a zvýšit kvalitu života pacientky. I u tohoto stádia však mohou žít pacientky více let (Coufal, Vuk a kol., 2011, s. 109).

2.2.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba (operační výkon) je zastoupena radikálním výkonem, kterým je amputace prsu, nebo částečným, konzervativním výkonem, kdy zůstane prs zachován. Součástí výkonu také bývá odstranění podpažních (axiliárních) uzlin. Samotný výkon není v porovnání s ostatními příliš náročný, pacientka odchází po několika málo dnech z nemocnice domů (Abrahámová a kol., 2019, s. 84).

Operační výkon lze v případě karcinomu prsu rozdělit do několika skupin: možností je odstranění pouze tumoru, s větším nebo menším lemem zdravé tkáně (tento zákrok je označován jako tumorektomie, lumpektomie, tylektomie, široká excizé), dále odstranění větší části (konkrétně kvadrantu) prsu i s částí kožního krytu nad nádorem a svalové fascie pod nádorem (tento typ zákroku je označován jako kvadrantektomie) či odstranění příslušného kvadrantu prsu bez kožního krytu (segmentektomie) (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2016, s. 346-347). Názvy konkrétních operačních výkonů se mohou lišit. Valentová (2020, s. 20) rozlišuje lumpektomii (vyjmutí nádoru spolu s axiliární dissekcí), částečnou mastektomii (odstranění kvadrantu prsu nebo části prsu, opět s axiliární dissekcí), radikální mastektomii (odstranění celého prsu, malého prsního svalu a axiliární uzliny) a pouze axiliární dissekci, což je tedy vyjmutí podpažních mízních uzlin, což je podle Abrahámové a kol. (2019, s. 84) prováděno u každého operačního výkonu, neboť vyšetření tohoto vzorku následně umožňuje dále vhodně plánovat léčbu (zjišťován je typ nádorového onemocnění a jeho vztah k okolní zdravé tkáni). Nádor se může do lymfatických uzlin dále šířit, snahou je tedy tomuto dalšímu procesu zamezit. Büchler a Kořán (2009, s. 11) uvádějí, že většinou bývá odstraněna sentinelová uzlina, tedy uzlina nejblíž nádoru. Pokud je následné histologické vyšetření negativní, nemusí být odstraněny všechny lymfatické uzliny (Büchler a Kořán, 2009, s. 11).

Operační výkon je primárně indikován u stádií I nebo IIA. V poslední době je úsilím minimalizovat radikality výkonů, aby se snížily pooperační komplikace. Značně žádané bývá v poslední době provedení kontralaterální profylaktické mastektomie (tj. odstranění téměř celé prsní žlázy, je však zachován prsní dvorec s bradavkou a kůže pod ní, což také následně usnadňuje rekonstrukci prsu), a to jak pro kosmetický, tak i pro psychologický efekt (Čmejlová, 2020, s. 151).

Po provedení zákroku, v domácím prostředí, je zapotřebí dodržovat doporučené postupy a režim. Cílem je, aby se rána rychle zhojila a neobjevily se komplikace. K nejčastějším komplikacím patří hromadění tekutiny nebo krve pod jizvou (vzniká serom nebo hematom)

a infekce (Büchler a Kořán, 2009, s. 11). Halmo (2014, s. 159) uvádí jako další komplikaci, a to častou, postmastektomický algický syndrom. Pacientka mívá pocit cizí tkáně v okolí jizvy nebo uvádí mrtvení, menší citlivost. Na operované straně může vzniknout také tzv. syndrom zmrzlého ramene, což je ovšem dáno tím, že má žena po operaci tendenci s paží méně pohybovat, drží ji pokrčenou, blízko k hrudníku. Pomáhá zavčas zahájit rehabilitaci, cvičit paži, provádět jemné masáže jizvy.

Problematický je lymfedém, tedy otok paže, který je způsoben nedostatečným odtokem mízy v souvislosti s odstraněním mízních uzlin z pažní jamky. Během léčby by měla být kromě fyzioterapie věnována pozornost také pohybu, zvolit lze lázeňskou léčbu (Büchler a Kořán, 2009, s. 11). Lymfedém je poměrně závažný dopad na kvalitu života pacientky. Je zapotřebí mu předcházet, neboť léčba bývá náročná. Po operaci je doporučováno přeměřovat obvod končetiny krejčovským metrem, a to v zápěstí, pod loktem, nad loktem a pod ramenem. Za všech možných okolností by měla žena dbát na to, aby udržovala operovanou horní končetinu ve vyvýšené poloze. Přidává se péče o kůži (potírání lotiem bez parfému), následně je přikládána bandáž. Žena nosí kompresní rukávy, absolvuje lymfatické masáže, centripetální masáže (jedná se o sledování směru toky lymfy, který jde z periferie do centra). Léčba otoku je obdobná, nicméně není možné, aby se zdravotní stav pacientky vrátil do původního stavu (Abrahámová, 2019, s. 114).

2.2.2 Ozařování a chemoterapie

Ozařování (radioterapie) patří k nejstarší neoperační formě léčby karcinomů, přičemž za pozornost stojí, že bylo poprvé k ozařování přistoupeno u pacientky s karcinomem prsu, a to v roce 1895. Existují dvě formy ozařování: v prvním případě se užívají paprsky vycházející ze zářičů, radiotopy jsou uzavřeny v kontejnerech. S touto variantou se však v podmínkách ČR již nesetkáváme. Druhou možností je záření, které je uměle vyráběno v nejmodernějších přístrojích, kterými jsou lineární urychlovače. Tato druhá varianta je přesnější, rychlejší. Vlivem paprsků nádorové buňky umírají, nebo dochází ke ztrátě jejich schopnosti nekonečného množení, po určité době pak zaniknou, přičemž stejný dopad má radioterapie i na další buňky v okolí, tedy i zdravé buňky. Proto je také velmi důležité velmi přesně ozáření zaměřit. Ozáření je voleno ve třech různých případech: prvním je léčba nádorů velmi malých, kdy je provedena záchovná operace, není odstraněn celý prs. Radioterapie v tomto případě snižuje pravděpodobnost recidivy onemocnění a zvyšuje šanci na vyléčení. Dále se jedná o nádory větší (4-5 cm), kdy je odstraněn celý prs. V těchto případech existuje riziko, že po odstranění prsu se onemocnění objeví na hrudní stěně, která se tak z preventivních důvodů ozařuje. K ozáření

dochází též v případě postižení axiliárních uzlin. Nejčastěji je volena zevní radioterapie, kdy je pacientka vzdálena od přístroje přibližně 1 m, nedotýká se přístroje, přičemž k ozařování dochází ze dvou nebo až čtyř směrů, dle toho, zda je cílem ozářit jen prs, nebo i mízní uzliny v podpaží a podklíčku. Zářiče však mohou být zaváděny přímo do nádoru nebo místa po operaci. Jedná se o tzv. brachyterapii. Tato metoda je již invazivní, jedná se v zásadě o malý operační výkon. V těchto případech je aplikována velmi vysoká dávka záření přímo do oblasti nádoru, zároveň nedochází k žádnému poškození okolních tkání, což se ovšem děje či může dít v případě zevní radioterapie. U pacientek po částečném odstranění prsu je brachyterapie volena často, a to v kombinaci se zevním ozářením. Do místa, kde byl nádor, jsou zavedeny tupé jehly, následně je dle výpočtů do jehel zaveden speciálním přístrojem zářič. Celý výkon trvá několik minut a již se neopakuje (Abrahámová a kol., 2019, s. 88-89, 96-97).

Ozařování má za cíl zabránit návratu nádoru v jizvě po operaci. V některých případech bývá ozařování voleno namísto operačního výkonu, zároveň bývá volena v případech, kdy nelze přistoupit k chirurgické léčbě. Radioterapie je prováděna jen v některých nemocnicích, což je dáno tím, že je k ní potřeba speciálních přístrojů. Jedno ozáření trvá 4 minuty, většinou trvá tento typ léčby 5 týdnů, dávek je 25, ovšem tento počet se může měnit, dle charakteru onemocnění (Büchler a Kořán, 2009, s. 11). Paprsek neprostupuje se stejnou intenzitou celou tkání, dávka v okolí ozařované oblasti tak prudce klesá a ve větší vzdálenosti je již zcela zanedbatelná (Abrahámová a kol., 2019, s. 88-89). Obrázky zachycující teleterapii (ozařování ze zdroje mimo tělo pacienta) a brachyterapii (ozařování zdroji zavedenými do tělních dutin a tkání) (Tomancová, Vaňásek, Vítek a Doležal, 2009, s. 208) jsou doplněny v oddílu příloh (Příloha A a Příloha B)

Radioterapie patří k nejvíce kontrolovaným postupům v medicíně, neboť pokud nastane chyba, nelze ji nijak vrátit zpět. Jestliže tedy je na pracovišti radioterapie prováděna, pracoviště je pravidelně kontrolováno ze strany Státního úřadu pro jadernou bezpečnost. Sledován je pracovní postup, léčebné protokoly, kompetence pracovníků, navíc v samotném zařízení je prováděna vícestupňová kontrola, což v praxi znamená, že každý krok je sledován dvěma pracovníky (Abrahámová a kol., 2019, s. 96).

Chemoterapie je způsob léčby, při kterém jsou užívána cytostatika jako léky, které dokážou ničit nekontrolovatelně se množící rakovinné buňky, zastavovat a/nebo zpomalovat jejich růst, zabránit dalšímu šíření nádoru (Beierová a Kadlčík, 2020, s. 191). Léky jsou podávány injekčně nebo v podobě infuze. Preparát bývá podáván v ordinaci lékaře nebo v nemocničním prostředí.

Chemoterapie bývá opakovaná, resp. probíhá v cyklech, po kterých nastává fáze odpočinku, aby se organismus zotavil. Cykly trvají 2-3 týdny. Frekvence podávání léků bývá různá. V některých případech je lék podán pouze na začátku cyklu, jindy se dávkování opakuje několik dní po sobě, v jiných případech je látka aplikována pouze jednou týdně. Jak adjuvantní, tak i neadjuvantní chemoterapie trvá 3-6 měsíců (Horáková, 2017).

Chemoterapie je chápána jako léčba systémová, neboť je cílena na celé tělo. Doplňuje chirurgickou léčbu a ozařování, přičemž v některých případech je chemoterapie indikována ještě před operací se záměrem zmenšit velikost karcinomu. Samotná léčba prostřednictvím chemoterapie trvá několik měsíců, je realizována v cyklech trvajících 2-3 týdny (Beierová a Kadlčík, 2020, s. 191). Jestliže se jedná o nasazení chemoterapie před operačním výkonem, je označována jako neadjuvantní chemoterapie (jako adjuvantní se označuje léčba, která doplňuje nebo zvyšuje účinnost jiné základní léčebné metody). Cílem je zmenšit velikost nádoru, dále je tato volba možností posoudit chemosenzitivitu in vivo a též může neadjuvantní chemoterapie vést k časné eradikaci mikrometastatického systémového postižení. Dochází také k efektivnější distribuci léčiva do tkáně. K nevýhodám patří možnost progrese tumoru při léčbě, kdy také může nastat oddálení od přistoupení k operativnímu výkonu (Paulík, 2015, s. 22). Horáková (2017) doplňuje, že má chemoterapie nežádoucí účinky, které vedou ke značnému snížení kvality života. Jedná se například o nechutenství, ztrátu vlasů, nevolnost, zvracení, průjem, zvýšené riziko infekcí, únavu a další.

Büchler a Kořán (2009, s. 11) vysvětlují příčinu některých uvedených stavů. Cytostatika ničí nejen nádorové buňky, ale poškozují také všechny rychle se množící buňky v těle. Proto také dochází k výše zmíněným nežádoucím účinkům

Při chemoterapii jsou např. užívány antracykliny, tedy cytostatika podávaná injekčně, která vedou mimo jiné k alopecii. Vlasy začínají vypadávat již při aplikaci první dávky, tedy přibližně 10.-14. den po zahájení chemoterapie. Dalším vedlejším účinkem bývá neutropenie (nedostatek bílých krvinek), vedoucí ke zvýšení tělesné teploty při kontaktu s injekcí. Řešením bývá podávání růstových faktorů, antibiotik, nebo i hospitalizace. Při poklesu imunity se může v dutině ústní objevit soor (bělavý povlak) jako důsledek přemnožení kvasinek. Častější jsou kvasinkové infekce pochvy nebo močového ústrojí. Taxany jako další podávaná cytostatika jsou neurotoxické. Objevit se může parestézie (nepříjemné pocity brnění, mravenčení, bolesti) na prstech dolních a horních končetin. Ihned po aplikaci první dávky, ale i kdykoliv později při aplikaci další dávky taxanů, se může dostavit hypersenzitivní reakce, projevující se tlakem do

hlavy, pálením v obličeji, dechovou tísní apod. Zvyšuje se také hmotnost pacientky. Podávání paclitaxelu souvisí se žloutnutím nehtů, nehet se může i odlomit z lůžka. U docetaxelu se může několik dní po jeho podání objevit zarudnutí dlaní až tvorba puchýřů (Bellis, 2021, s. 54-56).

Ztráta vlasů je jedním z vedlejších projevů léčby, které ženy prožívají velmi těžce. Ženy se za ztrátu vlasů stydí, často se pak sociálně izolují. Paruka jim alespoň částečně vrátí sebevědomí. V současné době již existuje široká nabídka paruk. Jejich dostupnost zvyšuje také nadační fond *Daruj vlasy*. V rámci tohoto projektu jsou vyráběny na míru paruky z pravých vlasů. Na jednu paruku jsou zapotřebí 3-4 dárci (Heralová, 2018).

Zvracení bývá u některých cytostatik vyšší. Lze však tyto stavy předvídat, lékař by měl předepsat léky tlumící zvracení. Pokud tato situace není zvládnuta, pacientka si vytvoří podmíněný reflex na absolvování chemoterapie, zvracení se pak stává primárně záležitostí psychickou. Při toxickém poškození sliznice může v krajním případě nastat perforace střeva a zánět pobřišnice. Objevuje se také alergie, neurotoxicita, nefrotoxicita, kardiotoxicita, poruchy gonád, tedy v důsledku léčby mohou být postiženy některé orgány a jejich funkce, a to i několik měsíců po skončení chemoterapie. Záleží mimo jiné i na množství cytostatik, které jsou pacientce podávány. Pokud nastane poškození srdečního svalu, nelze dosáhnout po ukončení léčby návratu do původního stavu. Je proto velmi důležité monitorovat srdeční činnost během léčby. Nefrotoxicita se projevuje jako pocity brnění, v důsledku ztráty hořčíku, později může docházet k zadržování dusíkatých látek v těle. Vedlejší příznaky jsou nejsilnější na začátku chemoterapie, s dalšími cykly většinou ubývají na intenzitě, vyčerpává se však kostní dřeň. Problematické bývají také infekce. U žádného cytostatického režimu nelze vyloučit myelosupresi. Závažná infekce se projevuje zvýšenou tepovou frekvencí, poklesem krevního tlaku, zrychleným dýcháním, ale i dočasným zhoršením kognitivních funkcí. Některé infekce mohou být život ohrožující (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 140-143).

Dostavují se také různé symptomy, které jsou sice somatické, ovšem indikují psychické problémy (úzkost, panickou ataku, depresi). V případě úzkosti se ženy potýkají s nevolností, slabostí, jejich srdce buší zrychleně, objevují se pocity na omdlení, přítomny jsou také návaly horka. Při výskytu těchto symptomů, z nichž se mnohé dostavují v souvislosti s léčbou, je vždy zapotřebí pátrat po tom, jestli nemají psychickou příčinu. Je-li tomu tak, je nutné tyto psychické obtíže vhodně a zavčas léčit (Watson a White, 2009, s. 8).

Chemoterapie je první volbou v případě metastazujícího onemocnění. Může být nasazena bez zahájení jiného typu léčby, nebo při selhání předchozí hormonální léčby, po zvolené adjuvantní chemoterapii. Každý případ je posuzován jednotlivě (Šuk a Petruželka, 2014, s. 311). Marek, Vrablík a kol. (2019, s. 603) uvádějí, že i když je základním předpokladem, že adjuvantní chemoterapie je vždy účinná, není tomu tak vždy. U nádorů s malou invazivitou není považována adjuvantní chemoterapie za efektivní. Obecně podle Horákové (2017) platí, že je chemoterapie indikována jako adjuvantní po chirurgickém zákroku, s cílem snížit relaps, dále jako neadjuvantní chemoterapie, kdy je cílem snížit velikost tumoru před operací, třetí typ indikace se pojí s pokročilým nádorem, je tak aplikována u žen s metastázemi.

U neadjuvantní chemoterapie bývá podávána kombinace antracyklinů s taxany. Veškerá plánovaná chemoterapie by měla být podána před samotným chirurgickým zákrokem. Po aplikaci chemoterapie je zapotřebí provést kontrolní vyšetření na mamografu, s doplněním o mamologický ultrazvuk po 3-6 měsících, přičemž pravidlem je tato kontrola po druhém cyklu. Adjuvantní terapie bývá indikována na období 1 roku (Paulík a Sirák, 2020, s. 11).

Před zahájením chemoterapie je zapotřebí informovat pacientku o riziku předčasného ovariálního selhání, které následně není možné napravit. Proto také bývá pacientkám doporučena konzultace ohledně umělého oplodnění, kdy lze uvažovat o předléčebné prezervaci embryí, oocytů nebo ovariální tkáně. Pacientkám může být také s cílem ochránit ovaria podáván goserelin, u kterého byla prokázána dvojnásobná četnost následných úspěšných těhotenství (Paulík a Sirák, 2020, s. 10).

2.2.3 Další formy léčby karcinomu prsu

Kromě výše uvedených postupů se užívá v léčbě karcinomu prsu také hormonální léčba a léčba biologická, a to v případě invazivního metastatického karcinomu (Paulík a Sirák, 2020, s. 14). Jak vysvětluje Mukherjee (2015, s. 201-202), léčba rakoviny zpočátku probíhala až živelně. Lékaři a výzkumníci hledali jakýkoliv způsob, jak rakovinu vymýtit. V rámci různých experimentů umíralo mnoho pacientů na vedlejší účinky léků, resp. na jejich nesprávnou indikaci. Předpokládáno bylo, že bude objeven jeden lék, který bude účinný na všechny druhy rakoviny. Až později vědci zjišťovali, že onkologické onemocnění, byť stejného druhu (např. karcinom prsu) může mít různé příčiny, které je zapotřebí zohlednit při léčbě. Zároveň také začala být věnována větší pozornost etice, zejména v souvislosti s eliminací nepříznivých vedlejších účinků při užívání nových, alternativních způsobů léčby. Počátky hormonální léčby

přinesly tedy mimo jiné poznání, že je nejprve zapotřebí chorobu důsledně poznat, teprve až dle dobrého určení příčin a souvislostí lze přistoupit k léčbě.

Užívání hormonální léčby je poměrně staré, datuje se až do roku 1896, ovšem ještě předtím, v roce 1836, upozornil sir Cooper na souvislost mezi růstem karcinomu prsu a menstruačním cyklem. Později byla zjištěna souvislost mezi hormonální činností a růstem karcinomů prostaty nebo karcinomu štítné žlázy. V současné době je tak hormonální léčba součástí systémové léčby nádorových onemocnění. Velmi často vede užití hormonální léčby k posílení terapeutického účinku chemoterapie (Klener a Klener, 2013, s. 79).

Hormonální léčba by podle Paulíka a Siráka (2020, s. 15) měla být metodou první volby v případě hormonálně pozitivního karcinomu prsu bez rychlé progrese, viscerální krize (rychle progredující jaterní postižení), včetně absence bezprostředního ohrožení viscerální krizí. U pacientek premenopauzálních bývá indikována kastrace (nejčastěji chirurgická). Podmínkou je, aby pacientka nebyla předléčena hormonální ani jinou systémovou terapií pro pokročilé onemocnění.

Petráková (2018, s. 302) uvádí, že bývá hormonální léčba užívána až v 90 % všech případů léčby karcinomu prsu. Jedná se přibližně o 65 % případů žen premenopauzálních a 80 % případů žen postmenopauzálních.

V rámci hormonální léčby se nejčastěji užívá tamoxifen, který byl původně vyvinut jako antikoncepční pilulka, v praxi však působil opačně, pro antikoncepci tedy použitelný nebyl. O jeho využití se však začala zajímat M. Coleová, která se specializovala na léčbu karcinomu prsu. Léčba byla zprvu zahájena jako test, který skončil nečekaně úspěšně, neboť u 10 pacientek ze 46, které se pokusy zúčastnily, se zmenšil jak nádor v prsu, tak i metastáze v plicích, zmizela bolest v kostech. Biochemik V. C. Jordan později zjistil, že buňky nádoru prsu, které produkovaly estrogenový receptor, dokázaly vázat tamoxifen, růst nádoru tak dále nebyl možný. O pět let později po pokusech Coleové provedl v roce 1977 B. Fischer výzkum na vzorku 1 891 žen s karcinomem prsu pozitivní na estrogenový receptor, polovinu žen léčil tamoxifenem. Riziko relapsu rakoviny prsu se snížilo u těchto žen o 50 %, přičemž nejlepších výsledků bylo dosaženo u žen starších 50 let, u kterých byla horší odpověď na chemoterapii (Mukherjee, 2015, s. 196-197).

Hormonální terapie bývá aplikována po dobu 5-10 let. Může mít vedlejší účinky, jako např. bolest kloubů, pocení, nárůst hmotnosti, návaly apod., u pacientek může mít různý vliv na kardiovaskulární systém, kostní metabolismus. Při hormonální terapii je tedy důležitá

mezioborová spolupráce, osloven bývá gynekolog, osteolog, psycholog apod. Některé pacientky se rozhodnou pro její ukončení nebo přerušení v souvislosti s přáním otěhotnět. Zapotřebí je monitorovat hladinu hormonů, sledovat stav menopauzy (Paulík a Sirák, 2020, s. 11). Jak podotýká Petráková (2018, s. 303-304), vliv této léčby je především v 10.-15. roce sledování, kdy bylo prokázáno významného riziko relapsu onemocnění, který nastává v případě pacientek s pozitivními hormonálními receptory až po delší době od ukončení léčby. Největší přínos je u pacientek mladších 35 let, u kterých byla zároveň v rámci léčby nasazena adjuvantní chemoterapie.

Biologická léčba bývá volena v případě HER2 pozitivního karcinomu prsu (tj. s chybou v genu HER2), kterých je přibližně pětina ze všech karcinomů prsu. U HER2 negativního karcinomu prsu je zatím předmětem výzkumů, není aplikována standardně. Biologická léčba bývá také nazývána jako cílená, neboť využívá k boji s nádorovými buňkami vlastní imunitní systém. Z tohoto důvodu má také minimální vedlejší účinky, neboť zasahuje pouze rakovinné buňky. Podávány jsou protilátky uměle vyrobené v laboratoři, které se zaměřují na buňky nádoru prsu, které ničí, nebo brání v jejich růstu, případně dochází k narušení signálu zapříčiňujícího růst nádorových buněk. Biologická léčba je v prvním případě podávání protilátek podávána injekčně, pokud jsou do těla vpravovány molekuly cílící na komponenty uvnitř rakovinné buňky, aby bylo zabráněno jejich růstu, podávány jsou tablety (Šťastná, 2017).

Biologická léčba probíhá s užitím látek, jakými jsou trastuzumab, pertuzumab, docetaxel Paulík a Sirák, 2020, s. 15), problematická je úhrada léků, zejména nových léků, které jsou drahé, pojišťovny je tedy neproplácejí a léčbu si tak pacientky hradí, případně žádají pojišťovnu o výjimku. Výrazná změna nastala na konci roku 2020, kdy byl schválen k úhradě jeden ze tří nových léků ze skupiny CKD 4/6 inhibitorů (Režňáková, 2021). Trastuzumab, který je užíván nejčastěji, je monoklonální protilátka třídy IgG proti proteinu HER2. Užívá se jak k adjuvantní terapii včasného karcinomu, tak i k paliativní léčbě pozdní fáze onemocnění. Při včasném záchytu choroby vede k 50% snížení recidivy. V kombinaci s chemoterapií jsou výsledky ještě příznivější (Fusek a kol., 2012, s. 133). Přesto ovšem dochází u metastazujícího onemocnění relativně často k primární rezistenci na léčbu, u poloviny pacientek s metastatickým HER2 pozitivním karcinomem prsu navíc později vznikají mozkové metastáze, tedy léčba není vždy účinná. Je však většinou dobře tolerována. Největším rizikem protilátky trastuzumab je její kardiotoxicita, vedoucí ke snížení systolické funkce. Riziko je zvýšeno u pacientek, které absolvovaly předchozí léčbu antracykliny (Büchler a Čejková, 2015, s. 8).

Z dalších léků užívaných v rámci biologické léčby se jedná např. o lapatinib, který je podáván perorálně. Lapatinib bývá podáván i v kombinaci s protilátkou trastuzumab u pacientek s negativními hormonálními receptory, u kterých nastalo selhání léčby pomocí trastuzumab v kombinaci s chemoterapií. Výlučně v kombinaci s trastuzumab se podává pertuzumab. Terapií první volby je kombinace látek trastuzumab, pertuzumab a taxan Büchler a Čejková, 2015, s. 10-11).

Petráková (2018, s. 304) popisuje případy žen léčených dlouhodobě, tedy 5 let hormonální léčbou, u kterých vede tato léčba k nežádoucím účinkům, jako je muskuloskeletální bolest, osteoporóza, fraktury, vaginální suchost, deprese, větší ztráta libida. Některé druhy léčby tedy mohou kvalitu života pacientem s karcinomem prsu snižovat po velmi dlouhou dobu. Vždy je tak podle autorky zapotřebí dobře zvažovat přínosy i negativa uvažované léčby.

2.3 Kvalita života pacientek s karcinomem prsu v procesu léčby a po skončení léčby

Dále v textu je nejprve vymezen termín kvalita života. Následně je věnována pozornost kvalitě života pacientek s karcinomem prsu, a to jak z hlediska jejich fyzického, tak i psychického zdraví.

2.3.1 Vymezení kvality života v kontextu onkologického onemocnění

Tématu kvality života začala být ve větší míře věnována pozornost ve druhé polovině 60. let minulého století. Pojem kvalita života byl nejprve pojímán jako protiklad vůči kvantitě života, tedy délce přežití v případě indikace určité léčby. Stále více bylo zřejmé, že i když moderní léčba může prodloužit život člověka, je zapotřebí zabývat se také tím, jaká je kvalita takto prodlouženého života, zejména co se týče soběstačnosti jedince a spokojenosti s jeho životem. Jednou z prvních oblastí medicíny, kde začal být tento pojem používán, byla onkologie, přičemž sledována byla kvalita života pacientů po chemoterapii (Tomeš, Šámalová a kol., 2017, s. 104).

V současné době se jedná o termín interdisciplinární, s nímž se lze setkat v řadě různých oborů (lékařství, ošetřovatelství, psychologie, politika, enviromentalistika apod.). Nejvíce je však zkoumána kvalita života v lékařství. I pro tuto skutečnost však dosud nebyla vytvořena všeobecně přijímaná definice termínu kvality života (Heřmanová, 2012, s. 408-409). V medicíně je užíván koncept Kvality života související se zdravím (HRQoL), který začal být

rozvíjen v 70. letech minulého století. Pozornost je v rámci tohoto konceptu věnována konceptualizaci zdraví, podpoře zdraví a hodnocení dopadů na zdraví. Vytvořeny byly nástroje pro měření HRQoL, modely kvality života (Gurková, 2011, s. 42).

Za jednu nejobsáhlejších, ale též nejčastěji užívanou definici kvality života je považována definice vytvořená v roce 1995 ze strany Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO), v níž je na kvalitu života nahlíženo jako na *„individuální vnímání vlastní pozice v životě, v kontextu té kultury a v systému těch hodnot, v nichž jedinec žije. Vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům… Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu… Kvalita života není totožná s pojmy „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem“* (WHO, 1995, In Heřmanová, 2012, s. 412). Jak doplňují Tomeš, Šámal a kol. (2017, s. 105), v této definici se WHO pokusila integrovat všechny důležité fenomény, které bývají dávány do souvislosti s kvalitou života a k nimž patří zejména přesah do veškerých oblastí života, subjektivnost, vliv kultury či vlastních očekávání.

Přestože dle WHO není kvalita života totéž jako duševní nebo osobní pohoda, životní spokojenost apod., bývá kvalita života často právě tímto způsobem definována V medicínských oborech je spojována kvalita života se zmírňováním bolesti a utrpení, ale též se soběstačností a nezávislostí v aktivitách běžného života, mnohdy také se schopností zvládat stres, způsobilostí žít v sociálních vztazích, s uspokojováním potřeb z různých oblastí života, se spokojeností s vlastním životem (Gurková, 2011, s. 33, 47). Podle Veenhovena (2000, in Tomeš, Šámal a kol., 2017, s. 105-106) jsou pro kvalitu života významné čtyři aspekty, a to vhodnost prostředí (životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň), užitečnost života (sebepřesahující tendence, vnímání smyslu ve vlastním životě), životaschopnost jedince (zdraví, způsobilost, psychologický kapitál, resilience nebo odolnost) a vlastní hodnocení života (subjektivní pohoda, životní spokojenost, pocit štěstí), přičemž vhodnost prostředí a užitečnost života patří ke vnějším kvalitám konceptu kvality života, životaschopnost jedince a vlastní hodnocení života ke vnitřním kvalitám. Zdraví, a to fyzické i psychické, se v tomto modelu řadí k životaschopnosti jedince. Aspekt vlastního hodnocení života je aspektem, který bývá častým předmětem výzkumu, neboť existují nástroje, jak takto pojatou kvalitu života měřit.

Existují ovšem i jiné koncepce a modely. Jak uvádí Gurková (2011, s. 49), Ferrel et al. v roce 1992 pojímali kvalitu života jako zmírnění tělesného nebo psychického distresu, udržování tělesných a duševních schopností a využívání podpůrných sociálních sítí. Feranns et al. ztotožnili kvalitu životu se subjektivním pocitem pohody, který se odvíjí od spokojenosti, nebo naopak nespokojenosti s oblastmi života, které jsou pro jedince důležité. Jako další významné pojetí kvality života uvádí autorka koncepci Padilly et al. z roku 1985, kteří definovali kvalitu života jako schopnost přizpůsobit se rozdílu mezi skutečnou a očekávanou duševní (psychickou) pohodou. Tyto rozdíly zdůraznili také např. Calman nebo Cella a Tulsky ve svých výzkumech v 80. a 90. letech minulého století. Podle Argayové, Angelovičové a Dimunové (2021, s. 28) se v ošetřovatelství nahlíží na kvalitu života často úžeji, v kontextu prožívané nemoci.

Podle Bužgové (2015, s. 101-102) nejčastěji kvalita života hodnocena v rovině fyzické, psychické, sociální a spirituální pohody. Tyto oblasti se s nástupem a prožíváním nemoci velmi často mění. Nezřídka není pacient schopen vést běžný život, bývá odkázán na pomoc druhých, ocitá se v pracovní neschopnosti, čímž jsou narušeny jeho sociální kontakty. Nepohoda psychická se může také promítat do fungování v mezilidských vztazích nebo vztahu jedince k sobě samému, včetně např. narušeného vnímání tělesné integrity a obecně nízkého sebepojetí. V nemoci lidé přemýšlejí o smyslu svého života, bilancují dosavadní uznávané hodnoty.

V případě pacientů s karcinomem prsu se hodnocení kvality života soustředí na tři hlavní oblasti, kterými jsou oblast fyzická, psychická a sociální. Do fyzické oblasti bývá zahrnuta funkční rovina zdraví, včetně přítomnosti různých disabilit, sledovány jsou symptomy spojené s nemocí a léčbou a různé komplikace. V případě psychické oblasti je věnována pozornost prožívání stresu, psychologické pohodě (well-being), kognitivnímu fungování a do této oblasti bývá zahrnuta i rovina spirituální. Oblast sociální se pojí se socioekonomickým statutem, změnou sociálních rolí, fungováním v sociálních vztazích, vnímanou podporou a pomocí ze strany blízkého sociálního okolí, účastí na sociálním životě (Luo et al., 2020, s. 89).

Onkolog Marek Svoboda v rozhovoru s Perlíkovou (2021) uvádí, že kvalita života je v současné době vnímána jako hlavní cíl léčby onkologických pacientů, přičemž pozornost je věnována nejen kvalitě života pacienta, ale i jeho nejbližších. Kvalitě života je věnována pozornost jak během léčbě, tak i po léčbě. MUDr. M. Svoboda, který je ředitelem Masarykova onkologického ústavu v Brně, zmiňuje v rozhovoru s Petrlíkovou (2021) program, k němuž se v ústavu zavázali a který by měl být zaměřen na péči o onkologicky přeživší. V rámci tohoto

programu bude nejen monitorováno, zda se nemoc pacientovi nevrací, jaké jsou přítomny případné nežádoucí dlouhodobé účinky, které mají vliv na kvalitu života, zároveň by měly být realizovány intervence ve prospěch zdraví pacienta, obnášející podpůrnou péči a psychosociální podporu. Svoboda dále zdůrazňuje, že je z praxe zřejmé, že lidé, kteří mají vyšší kvalitu života, jsou lidmi pozitivně smýšlejícími. Tito lidé lépe zvládají onkologické onemocnění, daří se jim s nemocí lépe bojovat. Jedná se tedy o významný faktor ovlivňující efektivitu léčby.

Akcent na kvalitu života u onkologických pacientů lze nalézt také v případě *Evropského plánu boje proti rakovině*. V rámci tohoto plánu jsou zdůrazněny čtyři oblasti, kterými jsou prevence, včasné odhalení, diagnostika a léčba a čtvrtou je kvalita života stávajících i bývalých onkologických pacientů. V současné době již není pojímáno jako dostatečné, aby se pacient vyléčil a žil dlouho. Je důležité, aby žil pacient dlouhý spokojený, naplněný život, v němž nebude např. čelit diskriminaci z důvodu svého onemocnění. Z programu Evropské komise tak má být financována *Iniciativa pro lepší život onkologických pacientů*. Měla by být vytvořena tzv. *chytrá karta bývalého onkologického pacienta*, která by obsahovala anamnestické údaje a též by umožnila sledovat další péči pacienta. (Evropská komise, 2021). Za pozornost stojí, že zatímco v roce 2013 uváděla v evropské studii v rámci kampaně zaměřené na ženy s metastatickou rakovinou prsu jen polovina oslovených pacientek, že se jim zhoršil jejich pracovní status v důsledku nemoci, v roce 2019 se jednalo o 74 % oslovených. Tyto změny se týkaly nutnosti ukončit pracovní poměr, zkrácení pracovního úvazku, nutnosti přejít na jiný typ práce nebo více pracovat z domu. Některé ženy byly dokonce svými zaměstnavateli požádány o to, aby samy ukončily pracovní poměr. Z průzkumu z roku 2019 vyplynulo, že 60 % nemocných žen čelilo snížení příjmu v důsledku nemoci, přičemž u 51 % respondentek nastalo snížení příjmu o více než 30 % (Cardoso a Harmer, 2020, s. 12).

K hlavním problémům, s nimiž se onkologičtí pacienti potýkají, patří problémy spojené s nedostatečně propojenou (kooperující) oblastí zdravotní a sociální. Psychosociální potřeby pacientů nebývají často dostatečně uspokojeny, problémy mívají pacienti i finančního rázu, jednat se může o praktické problémy (týkající se např. rehabilitace), závažné jsou emoční problémy. Pacienti se obávají recidivy. Náročnější je situace pro pacienty s metastazujícím onemocněním. Značně problematická je rovina pracovní. Bylo prokázáno, že profesní postavení onkologických pacientů se výrazně zhoršuje i několik let od stanovení diagnózy (Evropská komise, 2021).

Ve státech Evropy většinou chybí programy zacílené na sociální integraci onkologických pacientů po ukončení léčby, včetně programů pro pacienty, kteří v důsledku choroby získali sníženou pracovní schopnost. Nedochází k zohledňování pracovních podmínek pro onkologické pacienty. Plánována je tak pro evropské země podpora programů zaměřených na rekvalifikaci onkologických pacientů, které by měly být financovány z Evropského sociálního fondu plus. Pacientům se také zhoršuje ekonomická situace, pojistné jim bývá výrazně zvýšeno i mnoho let po úspěšné léčbě. Zároveň je zapotřebí zaměřit se i na blízké pacientů, kteří prožívají velkou zátěž při onemocnění nejbližších a je také je pro ně náročné sladit osobní a pracovní život a pokud přecházejí na péči o svého blízkého, snižuje se také jejich finanční příjem. Blízkým pacientů, jejich kvalitě života, není téměř vůbec věnována žádná pozornost (Evropská komise, 2021).

V roce 2017 byla odstartována celoevropská kampaň *My Time, Our Time*, do které se zapojilo mnoho různých pacientských organizací v Evropě, zapojena je i Česká republika, pro tyto účely byly zřízeny webové stránky, které se věnují problematice kvality života pacientek s metastatickou rakovinou prsu, která je dnes pojímána jako chronické onemocnění. Kampaň je zaměřena na podporu jak samotných pacientek, tak i jejich blízkých. V České republice žije s touto diagnózou přibližně 3 500 žen. Návrat rakoviny vedlo u těchto žen k postižení řady orgánů, jakými jsou plíce, játra, kosti nebo mozek. Velmi často se jedná o ženy mladé, které jsou v produktivním věku, mají děti, ženy vyššího věku pečují o vnoučata. To, co je těmto ženám společné, jsou finanční potíže, strach z budoucnosti, sociální izolace, prožívají úzkosti, depresivní stavy (Mareš, 2018). Pacientky napříč různými evropskými zeměmi zůstávají na své problémy samy, nevědí, kam se obrátit o pomoc. Ze strany lékařů se jim po návratu nemoci často nedostane dostatek informací, lékaři značně spoléhají na to, že již tyto ženy získaly informace v rámci své dřívější léčby. Nicméně pro pacientky je pak jejich životní situace mnohem náročnější. Aby se dokázaly zorientovat v tom, co potřebují, jak se změnil jejich život, potřebují o své situaci více přemýšlet a s někým o ní hovořit. To se ovšem velmi často neděje. Pokud je však žena dostatečně informovaná, může snáze zaujmout aktivní přístup ke své nemoci a životu obecně (Cardoso a Harmer, 2020, s. 20). Dle Slavíkové a Čadkové Svejkovské (2019, s. 13), v České republice jsou pacientkám k dispozici zejména služby zdravotnické, které se zaměřují na podporu léčby onemocnění. Kromě toho však lze využívat i sociální služby a obecně pomoc z oblasti sociální práce. Existuje také mnoho různých neziskových organizací, spolků, které často vznikly na popud samotných pacientů. Přestože tedy existuje poměrně široká síť pomoci, a to v různých aspektech života, tato pomoc je nesystematická, chybí

propojení různých institucí a organizací, pacientkám se nedostává potřebné informovanosti. Neexistuje žádná zastřešující organizace a za práva a potřeby pacientek (obecně ani onkologických pacientů) nebojuje jedna jediná instituce. Toto roztříštění pak snižuje dostupnost péče a podpory pacientkám.

Jak je zřejmé, v případě žen s karcinomem prsu je zapotřebí nahlížet na kvalitu jejich života v kontextu modelů, které zohledňují více oblastí života. Nejedná se pouze o spokojenost se životem či to, do jaké míry jsou ženy soběstačné. Jak zdůrazňují Kim a Han (2021, s. 541), dopad onemocnění karcinomu prsu je multidimenzionální. Pacientky mají finanční potíže, psychické potíže, vnímají samy sebe jako méně atraktivní, rozpadají se jim vztahy. Péče o děti a domácnost bývá náročnější. U každé pacientky mohou do popředí vystupovat jiné problémy, což závisí jak na průběhu nemoci, tak i osobnosti pacientky a životních podmínkách.

2.3.2 Kvalita života z hlediska fyzického zdraví

Pro zlepšení kvality fyzického zdraví pomáhá dodržovat vhodnou životosprávu. Není nutné držet speciální dietu. Ženy mají někdy tendenci snažit se snížit hmotnost již během léčby, což se ovšem nedoporučuje. Je důležité uplatňovat zásady racionální výživy, mít dostatek pohybu, nekouřit (Büchler a Kořán, 2009, s. 16).

Tím, že je u pacientek narušena imunita, je velmi důležité věnovat pozornost přípravě pokrmů. Ovoce a zeleninu je zapotřebí vždy dobře umýt a dbát také na to, aby nebyly konzumovány potraviny, které jsou plesnivé či mohou plíseň obsahovat (uzeniny, plesnivé sýry, ořechy). Uzeniny by obecně neměly být konzumovány, neboť obsahují hodně soli a přídavných látek, které jsou špatně tráveny. Průmyslově vyrobená jídla by měla být zcela z jídelníčku eliminována. Vhodné jsou ale potraviny sterilované, zavařené, vakuované. V prvních třech dnech je důležité konzumovat pouze jídla, která lze dobře strávit. Žena by měla jíst častěji, doporučováno je 5-8 jídel denně, a to z důvodu eliminace hladu, který vyvolává nevolnost. Měly by být také přijímány energeticky bohaté potraviny. Mnohdy ženy nemají příliš chuť k jídlu, neboť je chuť negativně ovlivněna podstupující chemoterapií. Není nutné dodržovat pravidelnost ve stravování, je však zapotřebí jíst alespoň malé porce a častěji. Je doporučováno nejíst v prvních dnech léčby jídla, která má žena ráda. Tím, že se mění jejich chuť, může nastat odpor vůči nim, který následně přetrvá. V prvních dnech chemoterapie je také nutné více pít, aby byly co nejrychleji odstraněny toxiny z těla. Žena by však neměla pít během jídla, neboť se jí rychleji zaplní žaludek, což opět může vést k nevolnostem (Bleierová a Kadlčík, 2020, s. 134-136).

Životospráva se pojí s dalšími fenomény, které mají vliv na kvalitu života z hlediska fyzického zdraví a k nimž patří např. spánek. Vlivem starostí mohou u žen nastávat poruchy spánku. Nicméně ženy potřebují spát, spánek jim dodává potřebnou sílu a energii, kterou odčerpává náročná léčba. Pokud trpí žena poruchami spánku, je vhodné zaměřit se na zavedení pravidelného režimu spánku, důležité je také pokusit se nespat během dne. Mnohdy se mohou poruchy spánku pojit s bolestí. V těchto případech je tedy zapotřebí řešit s lékařem prožívanou bolest. Jestliže se poruchy spánku pojí např. s návaly horka, lze se též obrátit na lékaře, který může předepsat účinnou medikaci (Watson a White, 2009, s. 13).

Na webu Cesta domů (2016) je shrnuto, jakým způsobem je ovlivněno fyzické zdraví pacientů, kteří podstupují onkologickou léčbu. Je zapotřebí připravit se na to, že bude léčba náročná a fyzické symptomy se budou pojit i se symptomy psychickými: bolest může vést k únavě, depresím. Léky proti bolesti mohou zlepšit prožívanou kvalitu života, mohou však mít vedlejší účinky, jako je bolest břicha, zad, kloubů. Nikdy by neměla být přerušena nebo ukončena léčba pro přítomnou bolest. Situaci je nutné řešit s lékařem. Pomoci mohou masáže, akupunktura, východní cvičení (shiatsu apod.). Při intenzivní bolesti, která trvá více než 24 hodin, je nutné konzultovat situaci s lékařem. Velmi nepříjemná je bolest hlavy. Pomáhá cvičení, relaxační techniky, omezení kouření, konzumace kávy. Podobně zdůrazňují Mokhtari-Hessari a Montazeri (2020), že symptomy, které doprovázejí léčbu, prokazatelně zhoršují kvalitu života pacientek, nicméně mnohým symptomům lze předejít, nebo je může žena lépe zvládat, pokud je na ně dostatečně připravena, přičemž přístup k léčbě má pochopitelně vliv i na její efektivitu. Nemusí tedy podle autorů nutně platit, že ženy, které absolvují léčbu karcinomu prsu, musí mít výrazně narušenou kvalitu života. Je však zapotřebí, aby byly aktivní ve vyhledávání informací, ptaly se lékařů na následky léčby, zavčas řešily symptomy, které se objeví.

Důležité je také zohlednit další aspekty zdravého životního stylu. Jak prokázali Shin et al. (2017) ve svém výzkumu provedeném na vzorku 231 žen ve věku 21-78 let, kterým byl diagnostikován karcinom prsu v I. až III. stadiu, ženy s vyšší mírou fyzické aktivity pociťují v menší míře únavu a bolest spojenou s onemocněním, sexuální život je u nich kvalitnější, a to oproti ženám s nižším zastoupením fyzické aktivity v jejich životě.

Fyzické aktivity, kterým se může žena věnovat, nemusí být náročné. Doporučována je např. jóga, která má příznivý dopad nejen na oblast fyzického zdraví, ale též na psychiku pacientky. Józe se navíc mohou věnovat i pacientky vyššího věku, které ovšem snášejí léčbu často lépe,

kvalita života u nich nebývá natolik negativně poznamenána, jako je tomu u žen nižšího věku (Mokhtari-Hessari, Montazeri (2020).

2.3.3 Kvalita života z hlediska psychického zdraví

S nemocí se musí žena nejprve vyrovnat. V rámci diagnózy a léčby se rozlišuje několik stádií onemocnění, která jsou doprovázena v rovině psychického zdraví různými projevy. V prediagnostickém období zažívá pacientka nejistotu, může být úzkostná, což se může projevit také např. zhoršením spánku, příjmu potravy, vyšší konzumací návykových látek. V této fázi také ženy mají často tendenci popírat skutečný stav, nebo jej bagatelizují. Za maladaptivní reakci se považuje zvýšené sledování tělesných symptomů, nepřiměřené očekávání. V rámci stanovení diagnózy je velmi důležité, jak k jejímu sdělení přistoupí lékař. V žádném případě, a to ani v situaci, kdy nelze zachránit život pacientky, by neměl lékař vzít pacientce naději. I v terminálním stádiu nemoci lze prožít život kvalitně. Pokud v této fázi čelí pacientka závažným problémům, nedokáže se s diagnózou vyrovnat, nastat může i odmítnutí léčby, což může vést k fatálním důsledkům. V této fázi není chybou předepsat pacientce psychofarmaka, aby situaci zvládala lépe a bylo ji tak možné snáze získat ke spolupráci při léčbě. V tomto stádiu se u pacientek objevují silné pocity zloby, které jsou ovšem normální (Raudenská, Javůrková a kol., 2011, s. 192). Jak však podotýkají Weinberger et al. (2010, s. 410), ne vždy se skutečně jedná o depresi. Mnohem častěji zažívají ženy silný distres.

Přijetí jakékoliv závažné informace probíhá jako sled několika fází: na začátku je popření, následuje smlouvání, zloba, posléze by měl jedinec přijmout skutečný stav. Při sdělení diagnózy a před zahájením léčby je velmi důležité, aby se pacientka neizolovala. Lze také vyhledat odbornou pomoc. Především by se však měla svěřit svým blízkým. Při léčbě se pacientky více zabývají možností smrti. Pacientka by měla být mimo jiné podporována v tom, aby si zařídila některé své osobní záležitosti, jejichž neuzavření může vést k většímu stresu, který je nepříznivý z hlediska úspěšného zvládnutí léčby. Pokud je to možné, měla by žena využít pomoci okolí nebo různých služeb ke zvládnutí některých běžných úkonů, na které nemusí mít dostatek sil, ať již kvůli únavě, nebo pro nepříznivý psychický stav. Pro ženy bývá velmi náročné vyrovnat se se změnou těla, tedy ztrátou vlasů, změnou hmotnosti, odstraněním prsu, obecně tedy i se změnou tělesného schématu. Problematická je také případná fertilita a obecně změny v sexuálním životě, které mohou vyplývat i z postoje, který žena zaujme vůči svému změněnému tělu (Raudenská, Javůrková a kol., 2011, s. 192).

Není tedy překvapující, že ženy jak během léčby, tak i po ní nezřídka prožívají úzkostné a depresivní stavy. Deprese postihuje přibližně třetinu pacientek s diagnózou karcinomu prsu. Je to dáno tím, že žena nejprve zažije po sdělení diagnózy šok. Obává se o svůj život, nemusí být schopna vykonávat svoji práci, vnímá odpovědnost za své děti apod. Léčba je náročná. Je nutné pravidelně docházet do nemocnice, chemoterapie nemusí být snášena dobře. Ubývá fyzických sil. Nejhorších bývá prvních šest měsíců léčby. Právě v této době prožívají ženy depresi, která pak postupně ustupuje, ovšem u některých žen může zůstat i několik let po léčbě. Depresi je však možné léčit. K psychofarmakům lze alternativně zvolit psychoterapii. Psychoterapie je v případě těchto pacientek hrazena ze zdravotního pojištění. Bylo prokázáno, že pacienti, kteří k boji s nemocí zaujmou proaktivní postoj, až bojový postoj, žijí až o deset let déle oproti těm, kteří zaujali spíše rezignující postoj. Je v pořádku plakat, zažívat silné emoce. Ty by žena neměla tlumit. Celkově je zapotřebí zaujmout aktivní roli, převzít kontrolu nad svým životem. Pravděpodobnost úspěšné léčby se zvyšuje v případě, kdy má žena chuť žít, když má cíle, kterých chce dosáhnout, je otevřená vůči své budoucnosti, učí se ze zkušeností, má vysokou míru odolnosti vůči zátěži a dokáže se dobře adaptovat na změny (Büchler a Kořán, 2009, s. 16).

Léčba i následná rekonvalescence přináší také do života ženy mnoho dalších nežádoucích změn, které se týkají jejího sociálního fungování nebo trávení volného času, včetně seberealizace. Některé zájmové aktivity nemůže dočasně, nebo i trvale vykonávat. Nezřídka přichází žena o zaměstnání. Je důležité zjistit, jaký je postoj ženy k těmto ztrátám. Pomáhá získat ke spolupráci rodinu, některé ztráty lze také kompenzovat jinými aktivitami (Raudenská, Javůrková a kol., 2011, s. 192).

V období po léčbě se dostavuje strach z návratu nemoci, ženy se mnohdy paradoxně ocitají v horším psychickém stavu. Ženy se více pozorují a každý, i banální symptom (bolest, tlak, píchnutí apod.) silně prožívají, špatně spí (Raudenská, Javůrková a kol., 2011, s. 192-193). Podle Büchlera a Kořán (2009, s. 16) je zapotřebí, aby ženy s těmito starostmi nezůstávaly samy. Měly by o nich hovořit se svými blízkými, nebo i odborníky.

To však bývá často problematické, a to kvůli tomu, jaký je jejich přístup ke zvládání zátěžových situací. Blatný a Adam (2008, s. 638-643) uvádějí, že existuje tzv. osobnost typu C (cancer personality), tedy osobnost disponovaná k rozvoji rakoviny. Jedná se o osoby, u nichž se vyskytuje depresivita a malá emoční expresivita. V zásadě lidé s tímto typem osobnosti mají tendenci potlačovat emoce, a to zejména negativní (hněv apod.). Navenek se prezentují jako

lidé klidní. Bývá pro ně obtížné vyrovnat se se stresem. Často zažívají pocity bezmoci a beznaděje, které mohou vyústit v depresi. Nejčastěji lidé s tímto typem osobnosti onemocní rakovinou prsu (jedná se však také o rakovinu plic, krku, hlavy, tračníku, konečníku, slinivky, kůže, ovšem v mnohem menší míře). Deprese je u těchto osob často vyústěním toho, jak přistupují k zátěži ve svém životě: potlačí hněv, pociťují bezmoc (jsou pasivní při řešení určitých situací, nesvěří se druhým. Stres, který se projevuje i na fyzické úrovni, pak může spouštět tělesné procesy, které vedou k rakovině. Toto poznání, které není nové (začalo v 60. letech minulého století), umožňuje nahlédnout na psychické zdraví u pacientek s karcinomem prsu odlišným způsobem: deprese nemusí být důsledkem rozvoje choroby. Tyto ženy k ní mají predispozice, a to predispozice, které lze ovlivnit odlišným postojem k životu, zejména zvládání stresu.

V terminálním stádiu nemoci je běžný strach z opuštění, z bolesti, nedokončených úkolů, strach z neznámého. Je důležité poskytovat vhodnou paliativní péči, respektovat přání pacientky, dovolit, aby své ztráty odtruchlila (Raudenská, Javůrková a kol., 2011, s. 193-194).

Paliativní péče patří ještě stále k tématům, která jsou tabu. Dalším takovým tématem je sexualita. Podle Matyášové (2014) však pacientky mají často sexuální problémy nebo obecně problémy s přijetím svého těla, které je zjizveno, se změněnou hmotností apod. Ženy se mohou za své tělo stydět. odmítají tak sexuální aktivity se svým partnerem, což může být velkým rizikem pro udržení partnerského vztahu. Přitom partner může být ženě velmi nápomocný jako průvodce procesem léčby. Je tedy důležité, aby ani tato oblast nebyla podceňována, a to jak lékaři, tak i pacientkami. O této problematice lze hovořit jak s ošetřujícím lékařem, tak i např. odborníky, k nimž patří sexuologové nebo psychologové. Sexualita se navíc úzce pojí se sebevědomím ženy, které je karcinomem prsu a s ním související léčbou též značně negativně zasaženo.

2.3.4 Zvýšení kvality života žen s karcinomem prsu formou odborné pomoci

To, že žena podstoupí operační zákrok nebo chemoterapii či jiné formy léčby, není zakončením léčby. Důležitá je následná péče. Ženám je ze strany zdravotní pojišťovny hrazena rehabilitace. Fyzioterapeutka edukuje pacientku, jaké cviky má provádět, aby byla co nejrychleji obnovena funkčnost ramenního kloubu, pružnost kůže a jizvy. Pokud žena provádí cvičení dle doporučených postupů, daří se snižovat lymfedém, který velmi negativně ovlivňuje kvalitu života (Büchler a Kořán, 2009, s. 11).

Je velmi důležité, aby ženy dobře kooperovaly s lékaři a dalšími odborníky (např. fyzioterapeuty). Již první nebo druhý den po operaci se začíná s rehabilitací, která je důležitá nejen z hlediska eliminace riziko vzniku lymfedému, ale též je jejím cílem zabránit zkracování a fibróze kloubního pouzdra ramene, restrikci dýchacích projevů. Využíváno je především polohování, lymfodrenáž. Vytvářen bývá plán následné péče, který by měla žena dodržovat (Pitr a Študentová, 2016, s. 257-259).

Jak zdůrazňuje Matyášová (2014), pro úspěšnou léčbu a podporu pacientky je nezbytné, aby byla dobře navázána spolupráce odborníků, kteří se podílejí na konkrétním případu. I když se lékař primárně soustředí na medicínské hledisko, může registrovat projevy úzkosti, deprese, a v takovém případě může odkázat pacientku k vyhledání odborné psychologické pomoci. Specifický fenoménem je tzv. psychoonkologie. Vznik tohoto oboru odkazuje na význam péče nejen o tělo, ale též o psychiku pacientky. Jak autorka dále podotýká, v USA je běžné, že v okamžiku, kdy je u pacienta zahájena léčba, ustaví se týmová spolupráce. O pacienta je navíc pečováno nejen při jeho pobytu v nemocnici, ale též v domácím prostředí, s využitím telemedicíny, online konzultací na aplikaci Skype apod. Pokud zažívá pacient krizi, nemusí se obracet na krizovou linku nebo hledat odborníka, který mu pomůže touto krizí projít. V ustaveném týmu jsou k dispozici i tito odborníci. V českém prostředí se tomuto modelu blíží Masarykův onkologický ústav v Brně a dětská onkologická centra v Brně a v pražském Motole.

Především však ženy potřebují podporu a psychologickou péči. Té se jim většinou dostává jen minimálně ze strany lékařů. Lékaři se soustředí na medicínskou stránku a očekávají, že žena sama bude řešit to, co ji trápí. Pacientky však často nevědí, že mají možnost využít odbornou pomoc, neznají instituce, na které se mohou obrátit. Důležité tak je, aby se žena nebránila navštívit psychologa, psychoterapeuta, přičemž tito odborníci mnohdy pracují i s dalšími rodinnými příslušníky (Büchler a Kořán, 2009, s. 17). Psychologové, nebo pracovníci organizací, které pomáhají těmto pacientkám, nabídnou mimo jiné pomoc v tom, jak přistoupit k boji s nemocí, jak zvládat náročné situace, které se pojí s léčbou (Bellis, 2021, s. 21).

Věnovat se psychické rovině zdraví je důležité pro compliancie pacientky. Pokud je pacientka v zajetí svého negativního myšlení, může rezignovat na některé postupy, které by ovšem měla vždy dodržovat. Nemusí jim věnovat patřičnou pozornost. Není neobvyklé, že se žena odkloní od svých blízkých, začne konzumovat ve větší míře návykové látky, stravuje se nezdravě, nechce cvičit. Jedná se však o zcela přirozený proces, který může nastat po stanovení diagnózy. Tento stav by však měl trvat minimálně. Pokud se žena chová tímto způsobem, je nutné nahlížet

na její situaci jako na situaci, kdy je žádoucí zvážit vyhledání psychologické pomoci. V rámci využití psychologické pomoci by mělo nastat stanovení cíle této formy pomoci, stejně jako dílčích kroků, jak jich dosáhnout. Je zapotřebí věnovat také pozornost tomu, jak žena nahlíží na svoji situaci. Mnohdy si neví rady s tím, jak o svých starostech a úzkostech hovořit s druhými. Stává se hrdinkou, ovšem toto hrdinství jí může brát síly potřebné na boj s rakovinou. Nezbytné je tak analyzovat copingové strategie (tj. strategie zvládání stresu), které žena užívá. Pokud jsou identifikovány nevhodné strategie, mělo by být pracováno na tom, aby si žena osvojila a preferovala strategie vhodnější, k nimž patří strategie zaměřená na problém a vyhledání sociální opory. Pomoc, která že ženám psychology a psychoterapeuty nabízena, obsahuje jak emoční, tak i praktickou pomoc. Tato pomoc může být poskytována po velmi dlouhou dobu. Ženy často čelí tlaku, aby se co nejdříve navrátily ke svému dřívějšímu způsobu života, jestliže je léčba ukončena. Vše ale má nebo by mělo mít svůj čas. Ženy potřebují dlouhodobou podporu, neboť musí restaurovat svůj sebeobraz, prožívání vlastní identity. Navíc psychologická pomoc je příznivá i pro rovinu somatického zdraví. Lze se zaměřit na některé symptomy zejména chemoterapie, jakými jsou nevolnost nebo bolest. Intenzivní psychoterapie léčí závažnější symptomy, jakými je deprese. Přestože může být mnohdy efektivnější individuální psychoterapie, většinou je také velmi užitečná psychoterapie skupinová, kdy bylo mimo jiné prokázáno, že účast na skupinové psychoterapii snížila riziko relapsu o 45 % a riziko úmrtí v souvislosti s touto diagnózou až o 56 %. Pokud byl počet sezení v rozsahu větším než 20, riziko úmrtí v souvislosti s karcinomem prsu se sníží až o 68 % (Chang a Haber, 2011).

Některé ženy však mohou mít zábrany k účasti na psychoterapii. Alternativou je online sezení, které je více anonymní, žena může zůstat ve svém bezpečném prostoru, je také snazší vypnout obraz terapeuta a psychoterapii ukončit snáze, než by tomu bylo v případě osobního setkání. I tato forma psychoterapie umožňuje snížit strach z návratu nemoci, nicméně z hlediska kvality života má dopad spíše na rovinu psychického než fyzického zdraví (Compen et al., 2018, s. 2416-2418).

I s výhledem na možnou smrt je důležité uvědomit si, že je každý okamžik cenný. Je vhodné plakat, pláč by však neměl provázat celou léčbu. Naopak, pozitivní přístup přispívá k úspěšnosti léčby. Je zapotřebí obklopit se lidmi, kteří jsou pozitivní a dokážou poskytnout pacientce potřebnou oporu. Pokud je to možné, právě v této době by si měla žena plnit své sny, které odkládala. Měla by usilovat o to, aby v jejím životě byla co nejvíce zastoupena radost a příjemné zážitky, které by žena měla sdílet s blízkými. Je také zapotřebí změnit priority. Práce

může často počkat. Mnohem důležitější je čas strávený s rodinou a přáteli. Je důležité věnovat se koníčkům, zkoušet různé sporty, které přináší odreagování a zlepšují psychickou pohodu. (Bellis, 2021, s. 21-28).

Guarino et al. (2020, s. 211-222) se zabývají tím, jaký dopad má psychoterapie na pacientky s karcinomem prsu. Existuje mnoho různých forem psychoterapie. Podle autorů by měla být volena forma psychoterapie, která snižování míry distresu. Pomáhají však různé formy psychoterapie: individuální či skupinová, zaměřená na posílení well-being, rozvíjející určité dovednosti užitečné při zvládání náročnosti léčby i života po léčbě. Na způsoby zvládání, které jsou označovány jako copingové strategie, se zaměřuje kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která využívá různé techniky, včetně např. technik relaxačních. Psycho-edukativní terapie (PET) se soustředí na edukaci pacientek. Autoři podotýkají, že u této formy psychoterapie byl prokázán velmi pozitivní vliv na kvalitu života, což je dáno i tím, že velmi příznivě snižuje psychopatologickou symptomatologii (deprese, úzkost). Nicméně dle autorů všechny tyto druhy psychoterapie pomáhají, ovšem pacientky s karcinomem prsu více profitují z individuální psychoterapie, která u nich napomáhá snižovat úzkost a posilovat well-being. PET má velký význam z hlediska compliance při léčbě, neboť posiluje zaměřenost pacientek na medicínské hledisko, které je pochopitelně primární. Psychoterapie cílí na psychickou stránku pacientky, ovšem nejdůležitější je podstupovat léčbu dle doporučeného postupu. Z hlediska negativního smýšlení žen, které se obávají toho, že léčba nebude úspěšná a ony zemřou, je velmi efektivní KBT. Prostřednictvím KBT může pacientka nahlédnout na své maladaptivní vzorce myšlení, měnit kognitivní schémata, s čímž se následně pojí i změna chování. Její příznivý vliv byl prokázán u deprese, která se u těchto pacientek často objevuje. S kvalitou života podle autorů souvisí psychické symptomy, a to úzkost, deprese a negativní emoční ladění. Na tyto fenomény by se tedy měla psychoterapie nejvíce zaměřovat.

Kromě klasické a dlouhodobější psychoterapie lze volit programy a techniky, které zmírňují psychické napětí. U somaticky nemocných pacientů pomáhá relaxace. Relaxace vede ke snižování úzkosti. Není nutné kontaktovat přímo odborníka. Lze si přečíst některé knihy, sledovat dostupná videa na streamovacích platformách, důležité je ovšem nepřestat v nácviku, který by měla žena zahájit již na počátku léčby. Osvědčená je také Jacobsonova progresivní relaxace a různá autosugestivní cvičení, v České republice je oblíbený Schultzův autogenní trénink. Některým pacientkám pomáhají autosugesce. Lidé, kteří jsou hypnabilní, mohou podstoupit hypnózu, přičemž při tréninku lze pomocí autosugesce a hypnózy kontrolovat prožívanou bolest. Jinou technikou je imaginace, tedy práce s vizuálními obrazy, kdy je

v případě karcinomu prsu pracováno s obrazy, které souvisí se stavem pacientky. Představivost je vedena směrem spojeným s cílem porazit rakovinu. Využíván je imunitní systém pacientky. Pacientka si tak může představovat své leukocyty jako velké dravé ryby, které zahánějí menší ryby (rakovinné buňky). Imaginace je prováděna třikrát denně (Faleide, Lillebeta a Faleide, 2010, s. 179-180).

Velkou pomocí jsou různé organizace, často neziskové, založené bývalými pacienty, které se zaměřují jak na osvětu související s rakovinou prsu (nebo obecně onkologickým onemocněním), tak i konkrétní pomocí onkologickým pacientům. Gregor et al. (2014, s. 2S129-2S130) představují nejvýznamnější z nich, které jsou následující:

- Aliance žen s rakovinou prsu: tato organizace pomáhá s pořádáním různých sportovních a společenských akcí pro pacientky s rakovinou prsu, pořádá také odborné semináře, koordinuje projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby karcinomu prsu;
- Dialog Jesenius: organizace vydává informační materiály o onkologické prevenci a léčbě, organizuje také různé informační kampaně;
- Mamma HELP: organizace cílí na zlepšení kvality života onkologicky nemocných žen. Pozornost věnuje také osvětě zaměřené na výskyt, prevenci a možnost léčby rakoviny prsu;
- Nejsi na to sama: organizace pomáhá ženám s karcinomem prsu, ale též jejich blízkým. Informuje veřejnost o možnostech prevence.

Za pozornost stojí, že organizace Mamma HELP oznámila v roce 2020, že se svojí činností končí. Příčinou se stal nedostatek sponzorů, tedy nemožnost dále organizaci provozovat z finančních důvodů. Během své šestnáctileté existence navštívilo brněnskou kancelář více než sedm tisíc žen, pro které bylo často snazší a přínosnější svěřit se cizí osobě, odborníkovi, než o své situaci hovořit s někým blízkým (ČT24, 2020).

Patrně nejznámější je Aliance žen proti rakovině, která je mimo jiné zastřešující organizací pro 40 různých dílčích organizací, které onemocněly rakovinou. Novějším projektem je projekt *Bellis,* který je zaměřený na ženy do 45 let. Dále se jedná o projekt *Ostře sledovaná prsa* a *Neviditelné ženy.* Existuje také projekt *Zdravá prsa pro neslyšící.* V rámci projektu Bellis je poskytována ženám do 45 let odborná i laická pomoc v průběhu léčby i po ní. Pozornost je věnována obavám žen, nebezpečí, kterému je vhodné se vyhnout po absolvování léčby, v rámci projektu je také ženám pomáháno vrátit se zpět do jejich života. Cílem projektu Neviditelné ženy je zviditelnit pacientky s metastatickým karcinomem prsu, informovat o této formě karcinomu prsu veřejnost. Kampaň Ostře sledovaná prsa je kampaní putovní. Navštěvována

jsou města České republiky, ženy, ale i muži jsou vedeni k tomu, aby nepodceňovali prevenci (Anon, 2021).

Lze shrnout, že téma karcinomu prsu je tématem komplexním. U pacientek je výrazně negativně zasažena rovina fyzického, ale též psychického zdraví, narušena je oblast sociálního fungování. Žena také může ztrácet svoji víru, nebo ji naopak v nemoci nachází. Péče o tyto pacientky by měla být vždy komplexní, přičemž velkou pozornost je nutné věnovat také kvalitě života pacientek.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Praktickou část práce jsem zaměřila na průzkum kvality života žen s onkologickým onemocněním prsu. Zjišťovala jsem, jak ženy s tímto nemocněním zvládají běžné denní činnosti v jednotlivých oblastech života.

3.1 Cíl průzkumné části

Hlavním cílem práce je monitorovat kvalitu života pacientek s onkologickým onemocněním prsu, které jsou v léčbě a porovnat je se vzorkem pacientek, které jsou po dokončené léčbě a popřípadě jen na HT. A také znázornit dopad daného onemocnění na jednotlivé oblasti života Pro tento cíl byla stanovena 1 výzkumná otázka. Dalším cílem bylo zjistit, rozdílné hodnocení svého zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě. A posledním cílem bylo zmapovat hodnocení kvality života zúčastněných respondentek daných věkových kategorií.

Naším předpokladem bylo, že pacientky v léčbě hodnotily dotazník menším počtem bodů nežli pacientky po léčbě.

Výzkumná otázka č. 1: Existuje rozdíl mezi počtem bodů získaných ve všech dimenzích dotazníku kvality života po léčbě a v léčbě?

Výzkumná otázka č. 2: Existuje rozdíl mezi hodnocením zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě?

Testovací hypotézy:

H_0-Získaný počet bodů ve všech dimenzích dotazníku kvality života pacientů v léčbě a po léčbě, je stejný není mezi nimi rozdíl.

H_A- Mezi získaným počtem bodů ve všech dimenzích dotazníku kvality života pacientů v léčbě a po léčbě, je statisticky významný rozdíl.

H_0-V hodnocením zdraví dnes ve srovnání před rokem pacienty v léčbě a po léčbě není žádný rozdíl hodnocení je stejné.

H_A-V hodnocením zdraví dnes ve srovnání před rokem pacienty v léčbě a po léčbě, je statisticky významný rozdíl.

3.2 Metodologie výzkumu

Pro dosažení požadovaného cíle jsem si zvolila kvantitativní výzkumné šetření. V tomto šetření jsem uplatňovala metodu standardizovaného dotazníku SF-36, který obsahuje 36 položek, které jsou dále rozděleny do 8 dimenzí. Dotazník zahrnuje jednu srovnávací otázku, která nepatří do žádné dimenze.

1. Fyzické fungování – obsahující 10 položek ve kterých je zahrnuta míra fyzické aktivity
2. Omezení z důvodu fyzického zdraví – obsahující 4 položky, které zahrnují, v jakém rozsahu zabraňuje míra fyzického zdraví vykonávat pracovní a jiné denní aktivity.
3. Omezení rolí v důsledku emočních problémů – obsahující 3 položky, které zahrnují, jak emoční problémy narušují pracovní a jiné denní aktivity.
4. Energie/únava – obsahující 5 položek, které popisují cítění životní energie.
5. Emocionální pohoda – obsahující 5 položek, které zahrnují všeobecné zdraví.
6. Sociální fungování – dimenze obsahující 2 položky, které zahrnují jak zdravotní stav a emocionalita společenské aktivity.
7. Bolest – obsahuje 2 položky, které zahrnují dopad na běžné vykonávání denních činností.
8. Celkové zdraví – dimenze zahrnuje 5 položek, které vypovídají o subjektivním hodnocení zdravotního stavu.

Výše zmíněné položky jsou hodnoceny na škále od 0-100 viz. Příloha vyšší dosažené skóre značí lepší kvalitu života.

Celý dotazník byl doplněn pro účely tohoto výzkumu dvěma otázkami, které zjišťují, do které věkové skupiny respondenti patří, a v jaké situaci se nacházejí v souvislosti s léčbou. U získaných výsledků byla provedena statistická analýza dat. Tento dotazník lze nalézt v příloze C. Dotazník byl předložen v tištěné formě v celkovém počtu 77 kusů. Průzkum probíhal v období od 18.12.2021 do 10.3.2022.

O souhlas k provedení výzkumu byla požádána vedoucí lékařka onkologického centra v Praze.

3.2.1 Charakteristika respondentů

Dotazníkové šetření bylo provedeno na vzorku pacientek navštěvující onkologické pražské centrum. Všechny dotazníky byly vyplněny anonymně. Dotazníky byly rozděleny podle věkových kategorií a následně bez ohledu na věk byly dotazníky rozděleny podle pacientek, které se nacházeli v léčbě a které již byly po léčbě bez hormonální i s hormonální terapií.

3.2.2 Analýza dat

Tato část prezentuje výsledky získaných dat z rozdaných dotazníků, kterých bylo rozdáno 77 kusů. Návratnost těchto dotazníků byla stoprocentní. Odpovědi z dotazníku byly převedeny podle oficiálního systému TS skóre, kdy je pro jednotlivé odpovědi přirazeno rozmezí 1-5/0-100. Zanalyzovaná data jsou prezentována v tabulkách a grafech programu MS Excel a dále v programu STATISTIKA. Nejprve byla ověřena normalita dat za pomocí Kolmorov – Smirnov, Liieforsův test a Shapiro-Wilkův test. Veškeré číselné údaje spadaly no nenormálního rozložení dat. Pro testování null hypotézy byl použit Mann-Whitneyův pořadový test, jedná se o neparametrický test, který se používá k porovnání dvou nezávislých výběrů. Tabulky a krabicové grafy porovnávají kvalitu života v léčbě a po léčbě v 8 dimenzích. A dále porovnávají věkové kategorie v jednotlivých dimenzích. Jednotlivé grafy udávají a porovnávají odpovědi respondentů, daných věkových kategorií, na jednotlivé otázky.

Doplňující otázka č.1:

Do jaké věkové skupiny patříte?

Tabulka 1 - Počet respondentů podle věkových kategorii

Věková skupina	Počet	Procenta
20-30	4	5,2
31-40	14	18,2
41-50	29	37,7
51-60	13	16,9
61-70	17	22,1
Celkem	77	100,0

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1 znázorňuje počet respondentek v daných věkových kategoriích. Z těchto dat lze vyčíst, že nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 40-50 let. Naopak nejméně je zastoupena věková kategorie 20-30 let.

Doplňující otázka č.2

Uveďte prosím, zda jste v léčbě nebo po léčbě (chemoterapie, radioterapie, biologická léčba, HT)

K této otázce se vztahuje výzkumná otázka č.1 Existuje rozdíl mezi počtem bodů získaných ve všech dimenzích dotazníku kvality života po léčbě a v léčbě?

H_0-Získaný počet bodů ve všech dimenzích dotazníku kvality života pacientů v léčbě a po léčbě je stejný, není mezi nimi rozdíl.

H_A- Mezi získaným počtem bodů ve všech dimenzích dotazníku kvality života pacientů v léčbě a po léčbě je statisticky významný rozdíl.

H_0-Mezi kvalitou života pacientek v léčbě a po léčbě není statisticky významný rozdíl.

H_A-Mezi kvalitou života pacientek v léčbě a po léčbě je statisticky významný rozdíl.

Tabulka 2- Test normalit

FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	Testy normality- pro jednotlivé dimenze			
	K-S p	Lilliefors p	W	p
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,760579	0,000000
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,638074	0,000000
OMEZENÍ FYZ. ZDRAVÍ				
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,470325	0,000000
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,633788	0,000000
OMEZENÍ ROLÍ EMOCIONÁLNÍ				
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,610032	0,000000
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,618577	0,000000
ENERGIE/ÚNAVA				
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,906673	0,000000
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,908417	0,000000
EMOCIONÁLNÍ POHODA				
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,930986	0,000001
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,917841	0,000000
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ				
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,896750	0,000100
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,867504	0,000000
BOLEST				
v léčbě	p > .20	p < ,05	0,952093	0,019558
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,873928	0,000000
CELKOVÉ ZDRAVÍ				
v léčbě	p < ,01	p < ,01	0,911889	0,000000
po léčbě	p < ,01	p < ,01	0,901496	0,000000

Tabulka zobrazuje testy normality všech osmi dimenzí. Bylo zjištěno, že všechny výběry, kromě dimenze bolesti v léčbě, nepochází z normálního rozložení dat (ověřeno všemi třemi testy). K ověření hypotéz byl použit neparametrický dvouvýběrový, Mann-Whitney U test.

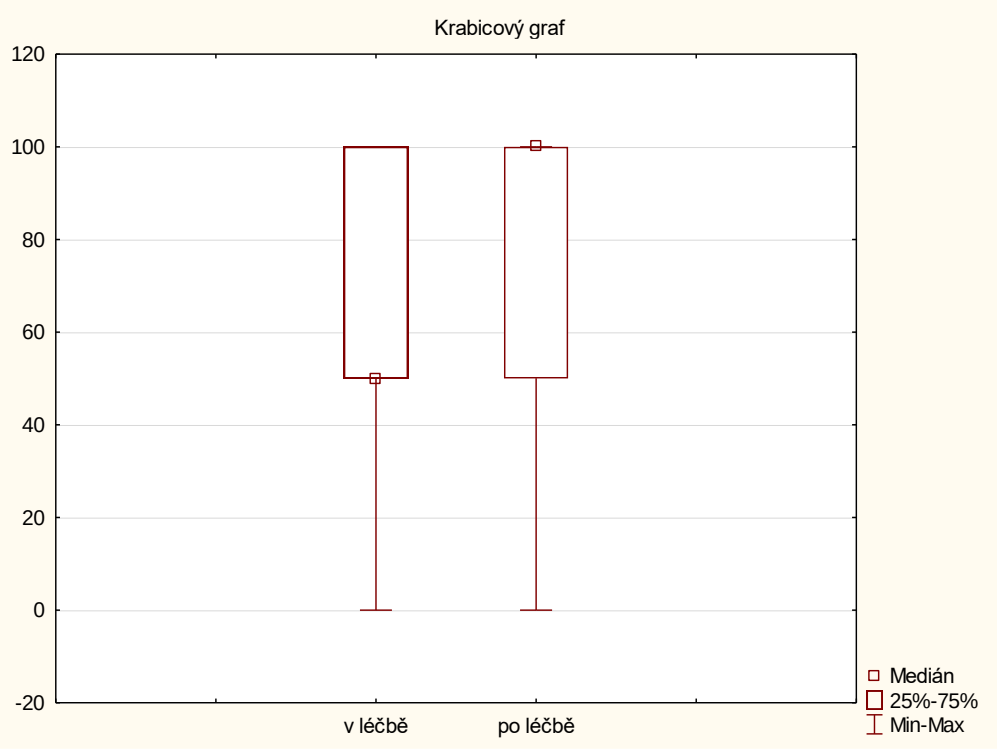
Zdroj: vlastní

Tabulka 3 - M-W U test

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Označené testy jsou významné na hladině p <,05000				
	FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	100503,5	196331,5	55353,50	-5,03213	0,000000
	OMEZENÍ ROLÍ – FYZICKÉ ZDRAVÍ				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	14488,00	33098,00	7228,000	-5,31567	0,000000
	OMEZENÍ ZDRAVÍ V DŮSLEDKU EMOCIONÁLNÍCH PROBLÉMŮ				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	8896,500	17899,50	4801,500	-3,11517	0,001839
	ENERGIE/ÚNAVA				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	14893,50	32692,50	7633,500	-4,78364	0,000002
	EMOCIONÁLNÍ POHODA				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	24892,50	49412,50	13567,50	-3,80998	0,000139
	SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	3948,000	7987,000	2118,000	-2,59904	0,009349
	BOLEST				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	3162,000	8773,000	1332,000	-5,51115	0,000000
	CELKOVÉ ZDRAVÍ				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	25064,00	49241,00	13739,00	-3,53891	0,000263

Z tabulky vyplývá, že dle Mann-Whiteynova U testu je ve všech doménách statisticky významný rozdíl mezi pacientkami v léčbě a po léčbě (p-hodnoty <0,05). U všech domén pacientky po léčbě skórují výše než pacientky v léčbě.

Zdroj: vlastní



Obrázek 3 - Hodnocení dimenze fyzického fungování

Na grafu můžeme vidět, že medián u pacientek v léčbě je 50 a u pacientek po léčbě je 100. Hodnocení fyzického fungování dosahovalo lepších výsledků u pacientek po léčbě.

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 -Tabulka četností pacientek v léčbě v dimenzi omezení

Body	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
0	98	98	81,67	81,67
100	22	120	18,33	100,00
Celkem	120		100,00	

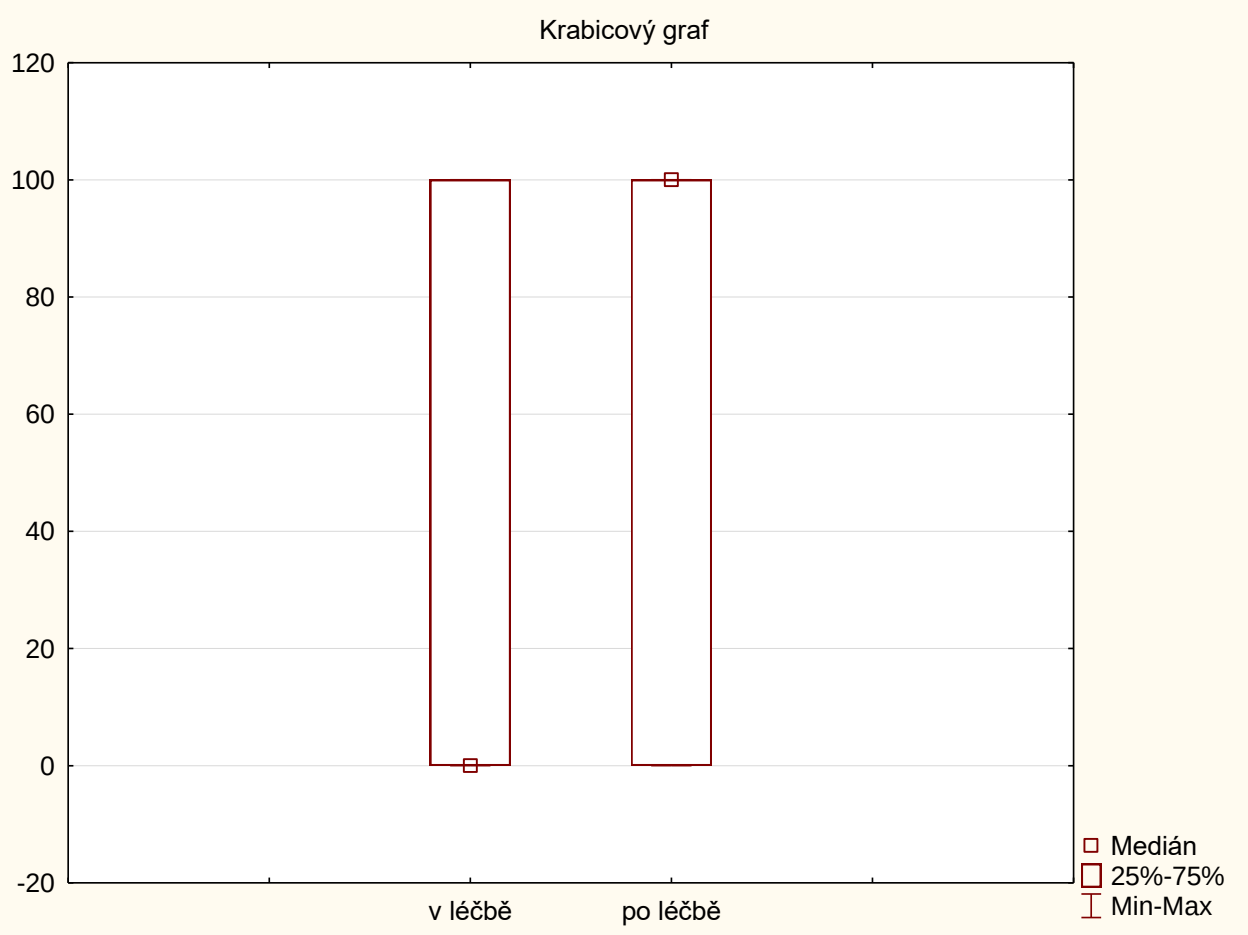
Tabulka četností zobrazuje bodové hodnocení v dimenzi omezení rolí v důsledku fyzického zdraví pacientkami v léčbě. Pacientky v této dimenzi udávaly z velké části bodové hodnocení 0.

Tabulka 5 -Tabulka četností pacientek po léčbě v dimenzi omezení rolí

Body	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
0	86	86	45,74	45,74
100	102	188	54,26	100,00
Celkem	188		100	

Tabulka četností zobrazuje bodové hodnocení v dimenzi omezení rolí v důsledku fyzického zdraví pacientkami po léčbě. Pacientky v této dimenzi udávaly z velké části bodové hodnocení 100.

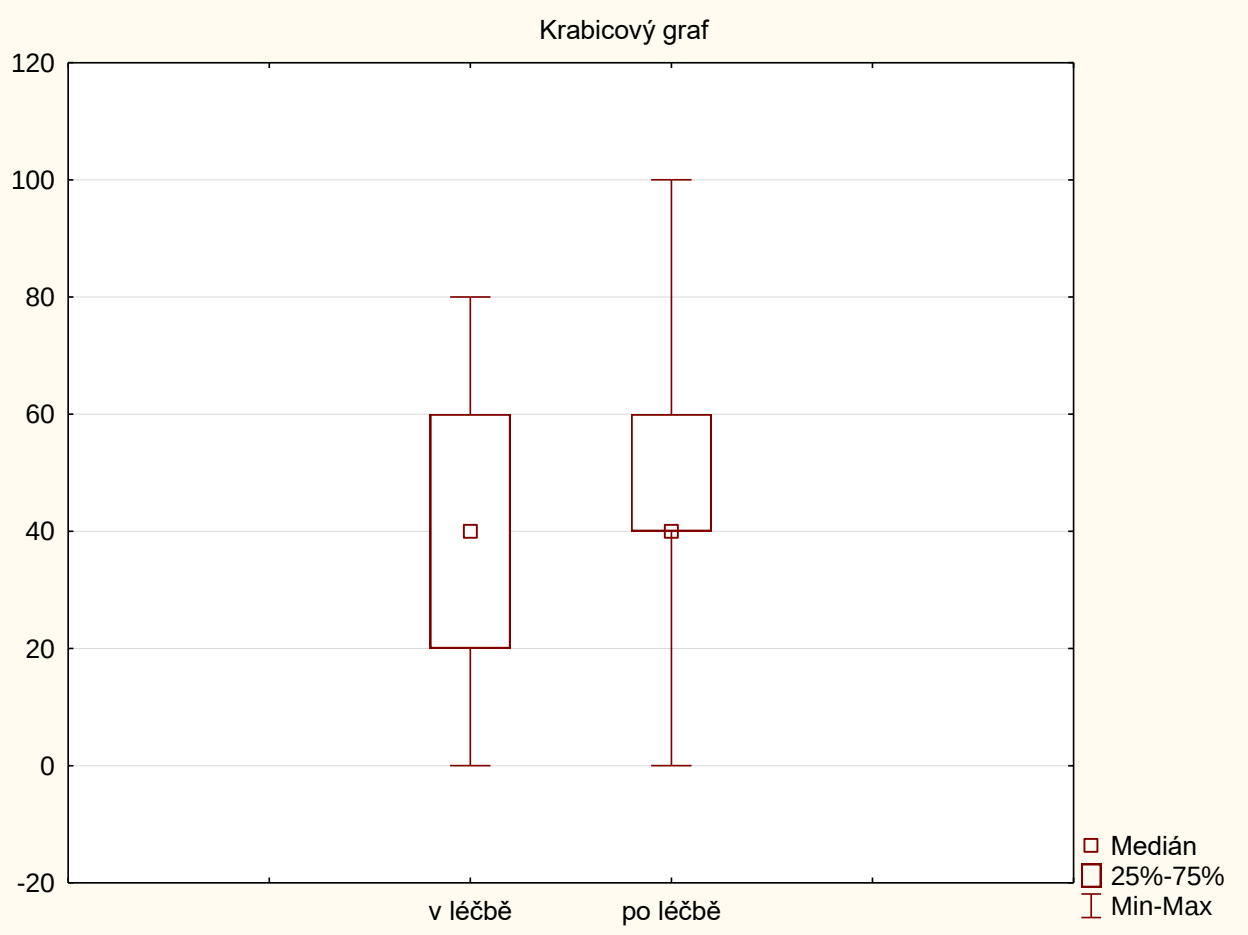
Zdroj: vlastní



Obrázek 4 - Omezení rolí v důsledku emočních problémů

Na grafu můžeme vidět, že medián u pacientek v léčbě je 0 a u pacientek po léčbě je 100. Hodnocení omezení rolí v důsledku emočních problémů dosahovalo lepších výsledků u pacientek po léčbě.

Zdroj: vlastní



Obrázek 5 - Energie/únava

Na grafu můžeme vidět, že medián u pacientek v léčbě je 40 a u pacientek po léčbě je také 40. Hodnocení energie a únavy dosahovalo lepších výsledků u pacientek po léčbě.

Zdroj: vlastní

Tabulka 6 - Tabulka četností v dimenzi emocionální pohoda u pacientek v léčbě

Body	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
0	3	3	2,00	2,00
20	21	24	14,00	16,00
40	40	64	26,67	42,67
60	42	106	28,00	70,67
80	34	140	22,67	93,33
100	10	150	6,67	100,00
Celkem	150		100	

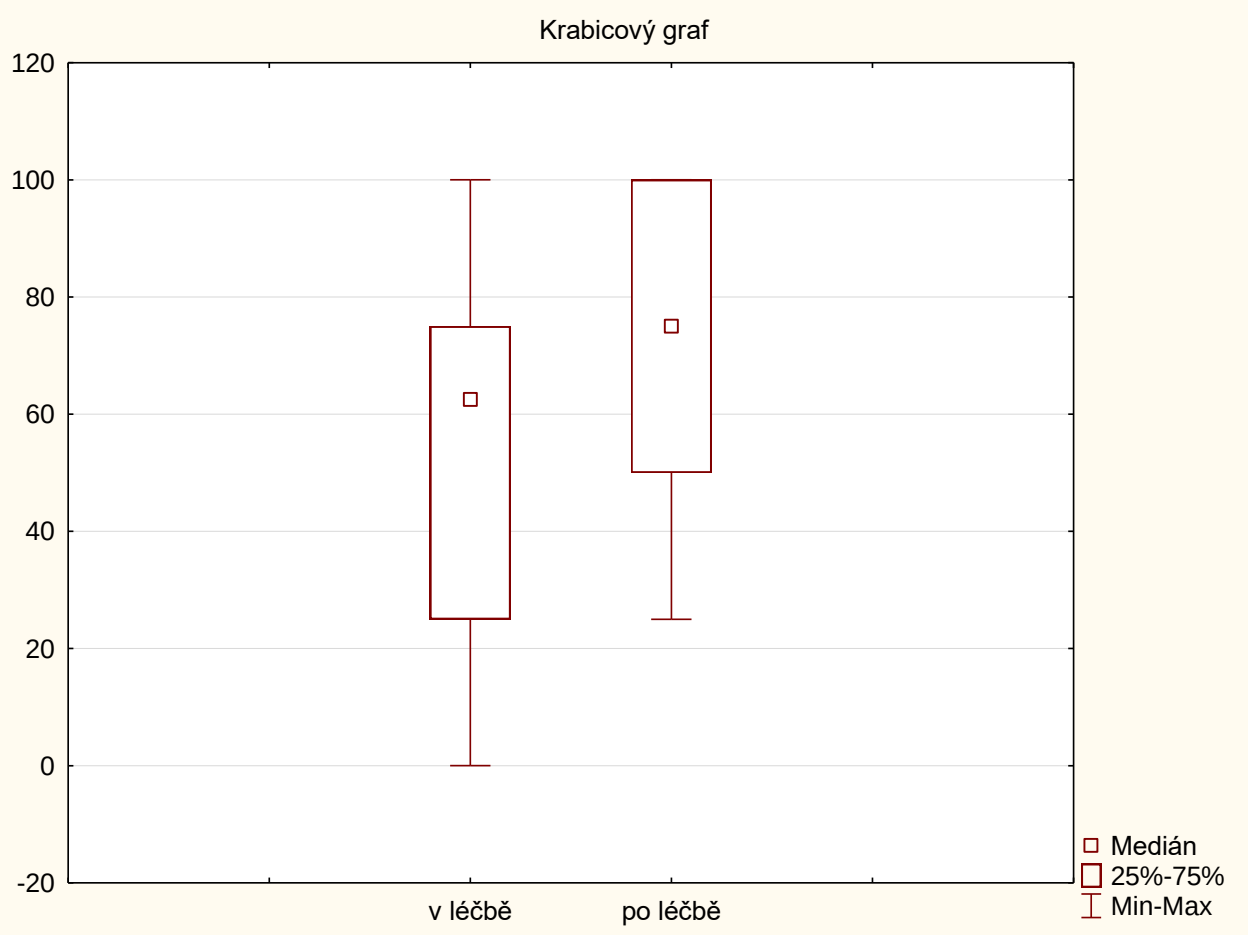
Tabulka četností zobrazuje bodové hodnocení v dimenzi emocionální pohoda pacientkami v léčbě. Vidíme, že nejvyšší četnost hodnocení této dimenze dosahovala 60 bodů.

Tabulka 7 - Tabulka četností v dimenzi emocionální pohoda u pacientek po léčbě

Body	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
0	1	1	0,43	0,43
10	1	2	0,43	0,85
20	14	16	5,96	6,81
40	42	58	17,87	24,68
60	74	132	31,49	56,17
80	72	204	30,64	86,81
100	31	235	13,19	100,00
Celkem	235		100	

Tabulka četností zobrazuje bodové hodnocení v dimenzi emocionální pohoda pacientkami po léčbě. Vidíme, že nejvyšší četnost hodnocení této dimenze dosahovala 60 bodů. Druhou nejvyšší četností bylo hodnocení 80 body.

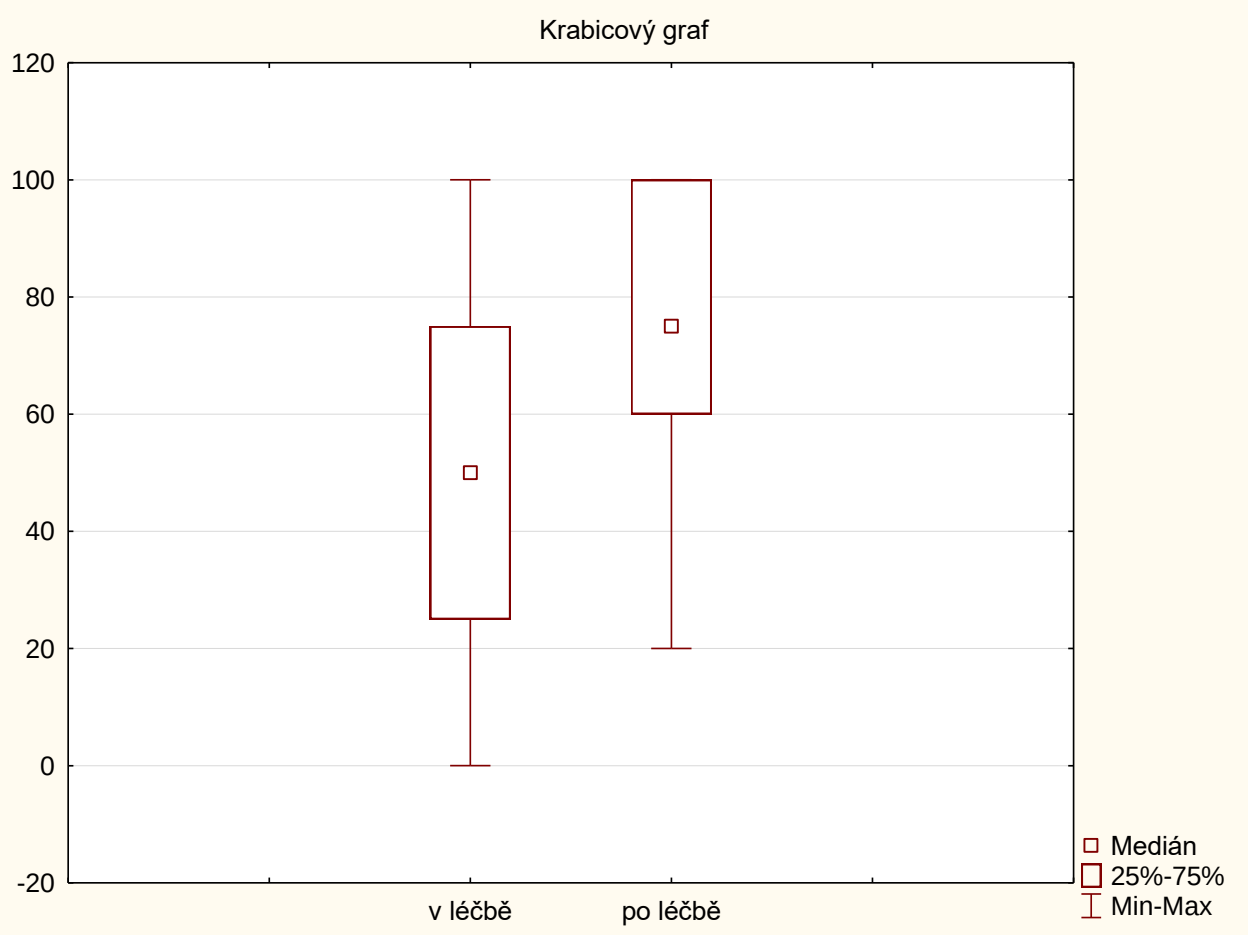
Zdroj: vlastní



Obrázek 6 - Sociální fungování

Na grafu můžeme vidět, že medián u pacientek v léčbě je 62 a u pacientek po léčbě je 72. Hodnocení sociálního fungování dosahovalo lepších výsledků u pacientek po léčbě.

Zdroj: vlastní



Obrázek 7 – Bolest

Na grafu můžeme vidět, že medián u pacientek v léčbě je 50 a u pacientek po léčbě je 75. Hodnocení bolesti dosahovalo lepších výsledků u pacientek po léčbě.

Zdroj: vlastní

Tabulka 8 - Tabulka četností v dimenzi celkového zdraví u pacientek v léčbě

Body	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
0	23	23	15,33	15,33
25	37	60	24,67	40,00
50	45	105	30,00	70,00
75	27	132	18,00	88,00
100	18	150	12,00	100,00
Celkem	150		100	

Tabulka četností zobrazuje bodové hodnocení v dimenzi celkového zdraví pacientkami v léčbě. Vidíme, že nejvyšší četnost hodnocení této dimenze byla 50 bodů.

Tabulka 9 - Tabulka četností v dimenzi celkového zdraví u pacientek po léčbě

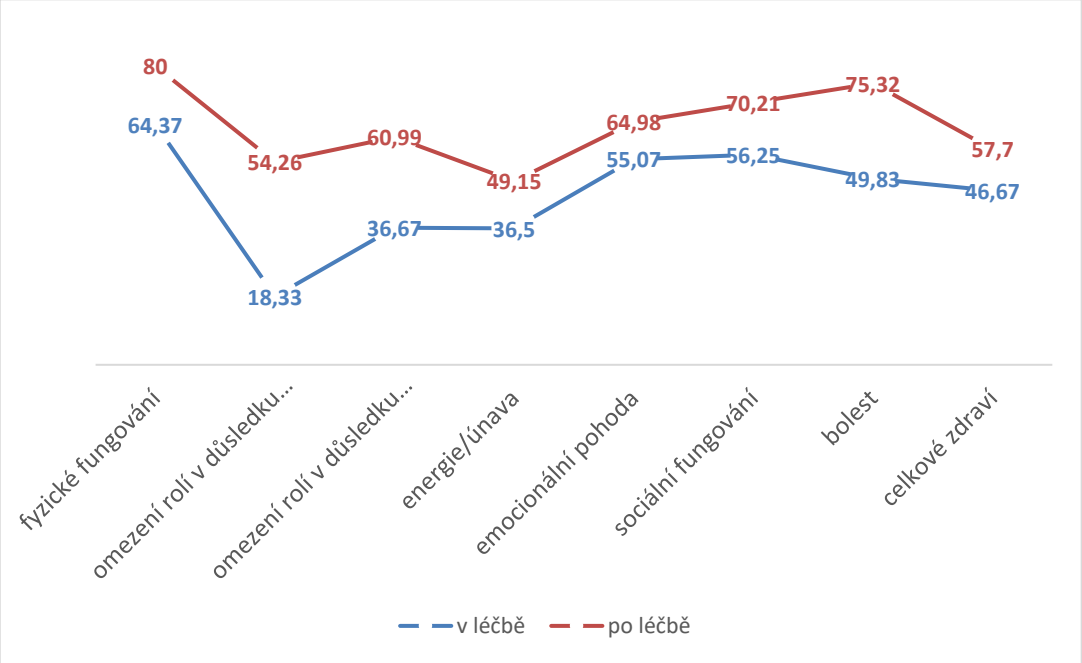
Body	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
0	22	22	9,36	9,36
25	27	49	11,49	20,85
50	76	125	32,34	53,19
75	73	198	31,06	84,26
100	37	235	15,74	100
Celkem	235		100	

Tabulka četností zobrazuje bodové hodnocení v dimenzi celkového zdraví pacientkami po léčbě. Vidíme, že nejvyšší četnost hodnocení této dimenze dosahovala 75 bodů.

Zdroj: vlastní

Závěr: Zamítáme nulovou hypotézu, protože testováním byl potvrzen statisticky významný rozdíl. Rozdíl je statisticky významný na hladině významnosti 0,05. Potvrzuji tedy alternativní hypotézu ve všech 8 dimenzích. Respondentky po léčbě dosahují ve všech dimenzích lepších výsledků.

Mezi kvalitou života pacientek v léčbě a po léčbě je statisticky významný rozdíl. Pacientky po léčbě dosahují vyšší kvality života než pacientky v léčbě.



Obrázek 8- Porovnání v průměrech

Obrázek 11 zobrazuje grafické porovnání průměrů jednotlivých dimenzí u pacientek v léčbě a po léčbě. Vidíme, že nejnižšího průměru dosahují pacienti v léčbě v dimenzi omezení rolí v důsledku fyzického zdraví, naopak u pacientek po léčbě je nejnižší průměr u dimenze energie/únava.

Zdroj: vlastní

Hodnocení otázky číslo 2, která není zařazena do žádné z 8 dimenzí.

H_0-V hodnocení zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě není žádný rozdíl, hodnocení je stejné.

H_A-V hodnocení zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě je statisticky významný rozdíl.

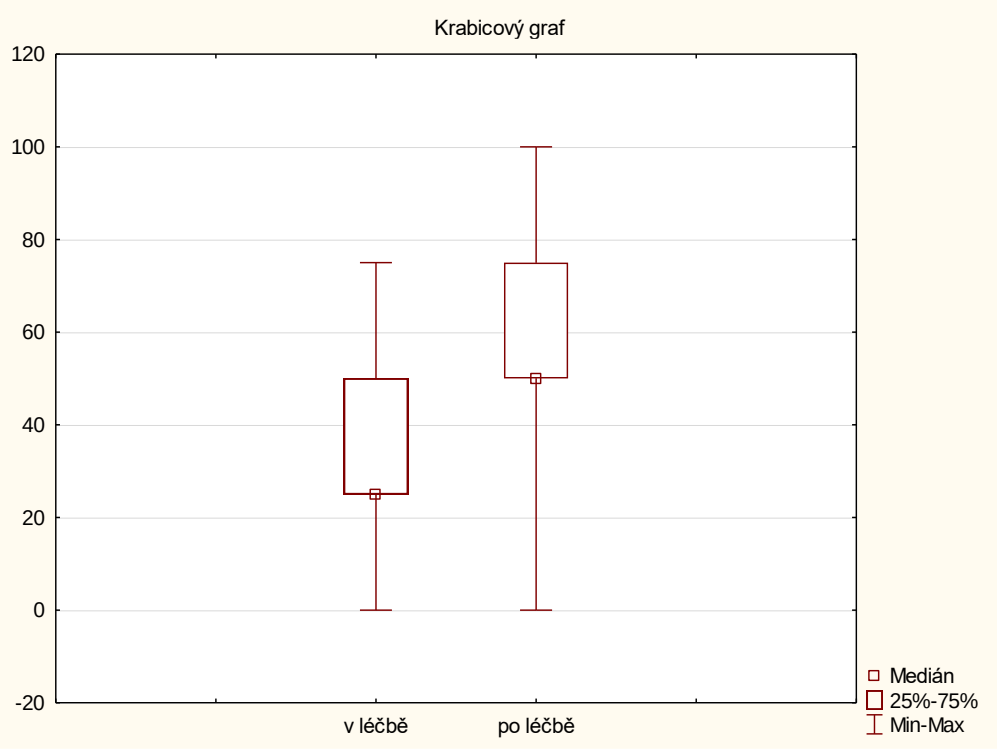
Tabulka 10 - Test normalit pro hodnocení zdraví dnes a před rokem

Proměnná	Testy normality (Tabulka1)					
	N	max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
v léčbě	30	0,244969	p < ,05	p < ,01	0,871267	0,001788
po léčbě	47	0,274970	p < ,01	p < ,01	0,879490	0,000170

Tabulka 11 - M-W U test pro srovnání zdraví

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test kvalita Označené testy jsou významné na hladině p <,05000				
	Sčt poř. v léčbě	Sčt poř. po léčbě	U	Z	p-hodn.
počet bodů	889,0000	2114,000	424,0000	-2,92999	0,003390

Zdroj: vlastní



Obrázek 9 - Srovnání zdraví dnes vs před rokem

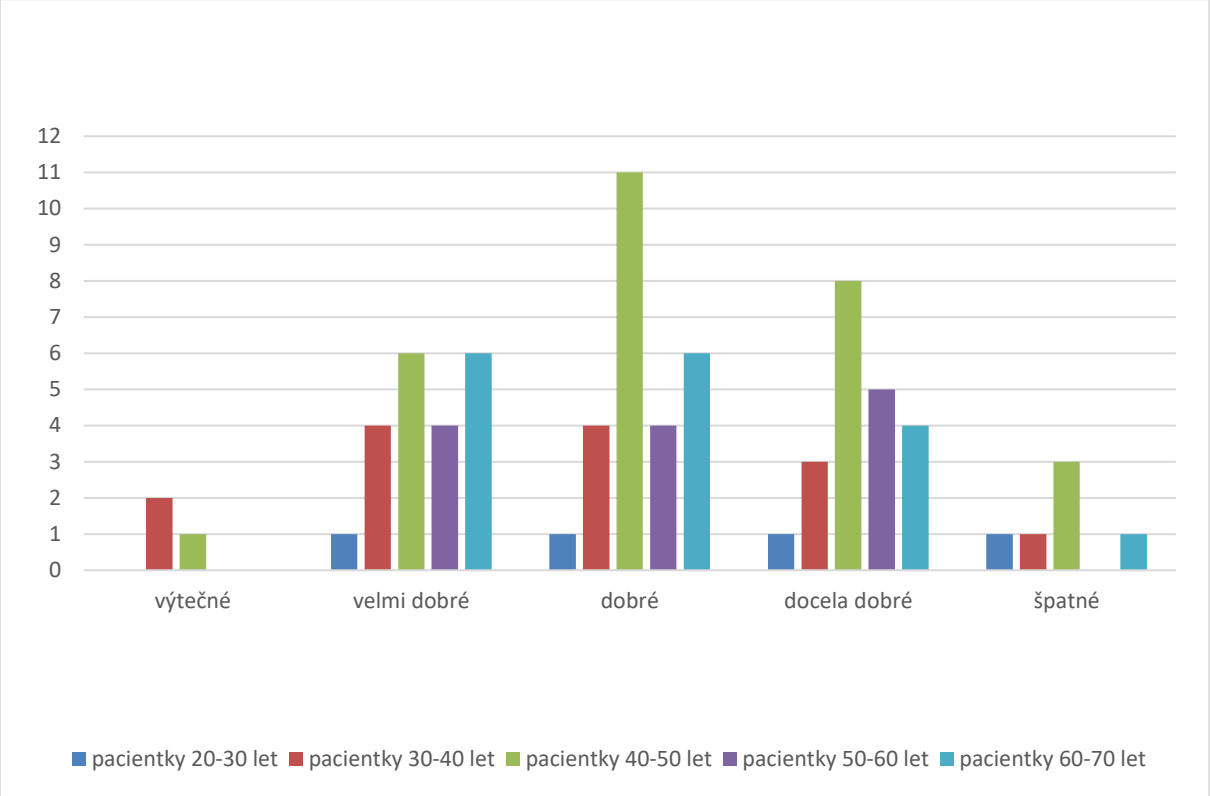
Na grafu můžeme vidět, že medián u pacientek v léčbě je 25 a u pacientek po léčbě je 50. Hodnocení s porovnáním zdraví dnes a před rokem dosahovalo lepších výsledků u pacientek po léčbě. Toto tvrzení bylo ověřeno M-W U testem.

Zdroj: vlastní

Závěr: Testováním byl potvrzen statisticky významný rozdíl v hodnocení zdraví dnes ve srovnání před rokem. Testování bylo provedeno na hladině významnosti 5 %. Pacientky po léčbě dosahovaly lepších výsledků než pacientky v léčbě.

Otázka č. 1

Řekla byste, že vaše zdraví je celkově?



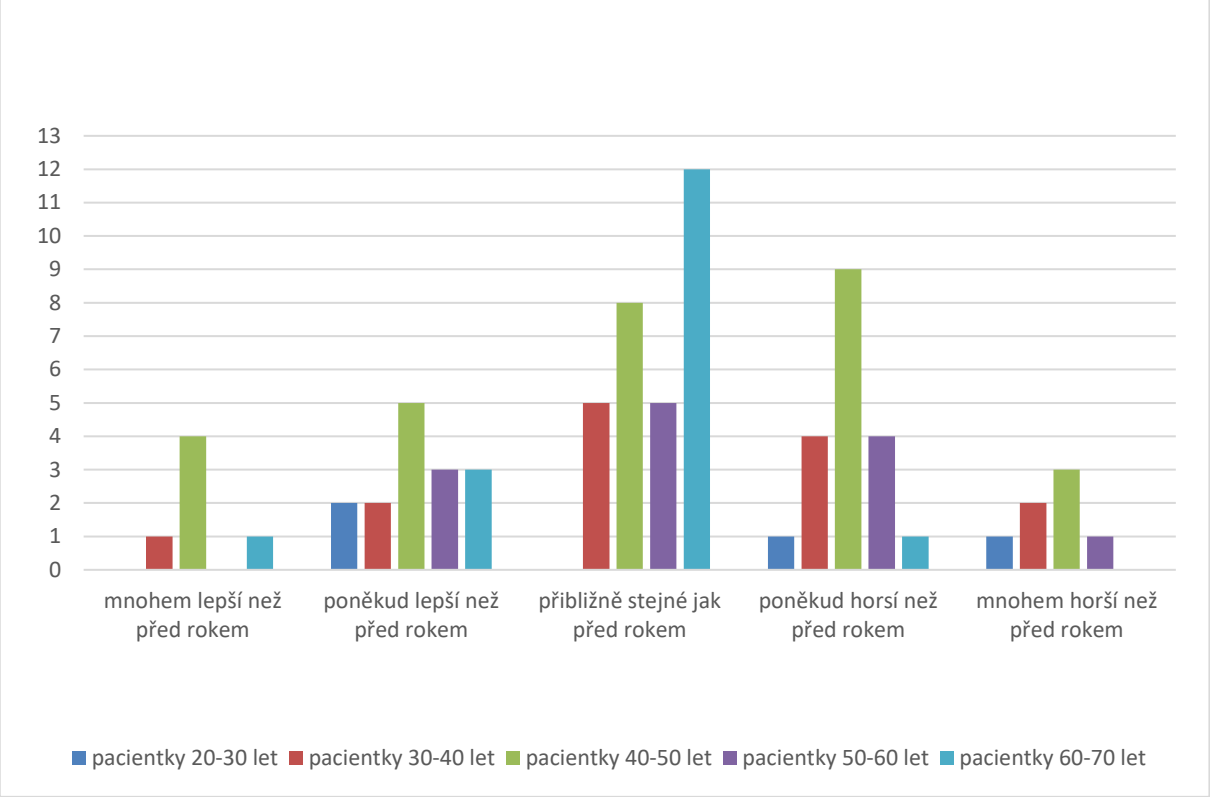
Obrázek 10- Celkové zdraví

Obrázek č. 13 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku hodnocení celkového zdraví a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů lze vyčíst, že se odpovědi respondentek v daných věkových kategorií poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila své zdraví jako dobré. Jako dobré své zdraví hodnotila 1 respondentka ve věku 20-30 let, 4 respondentky ve věku 30-40 let, 11 respondentek ve věku 40-50 let, 4 respondentky ve věku 50-60 let a 6 respondentek ve věku 60-70 let. Jako špatné své zdraví hodnotilo nejméně respondentek.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 2

Jak byste hodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?



Obrázek 11- Současný zdravotní stav ve srovnání před rokem

Obrázek č. 14 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku hodnocení současného zdravotního stavu ve srovnání před rokem a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů lze vyčíst, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila své zdraví ve srovnání před rokem jako přibližně stejné jak před rokem. Jako přibližně stejné, jak před rokem hodnotilo své zdraví 5 respondentek ve věku 30-40 let, 8 respondentek ve věku 40-50 let, 5 respondentek ve věku 50-60 let a 12 respondentek ve věku 60-70 let. Jako mnohem lepší než před rokem své zdraví hodnotilo nejméně respondentek.

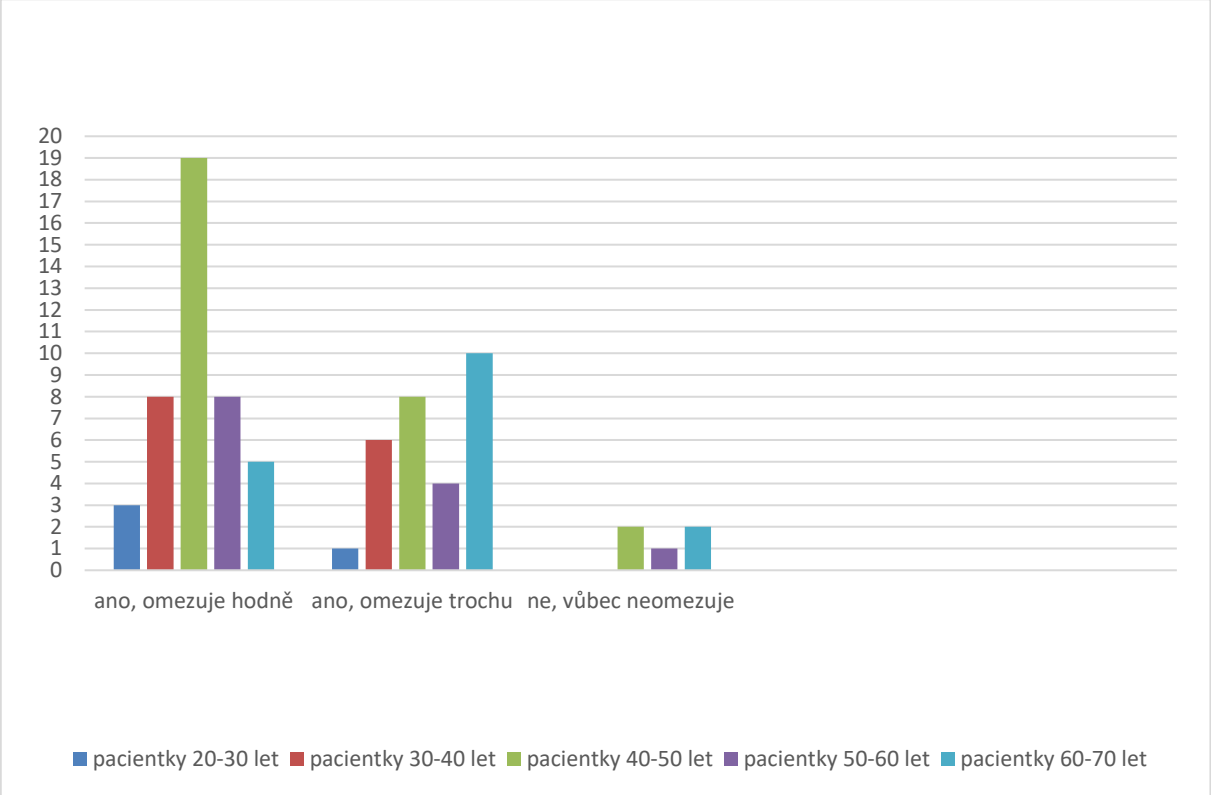
Zdroj: vlastní

Následující otázky se týkají činností, které se dělávají během typického dne

Otázka č. 3

Omezují vaše zdraví nyní tyto činnosti?

a) **Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů?**

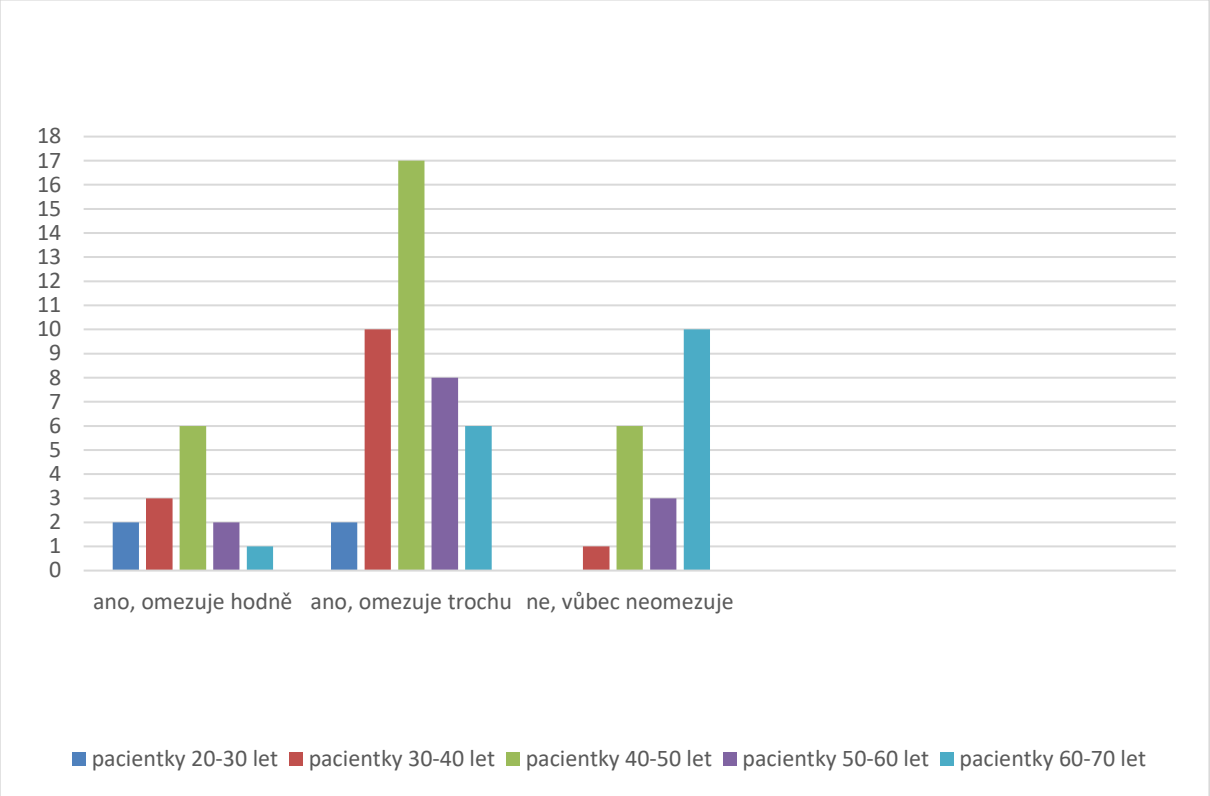


Obrázek 12- Omezování zdraví pří usilovných činnostech

Obrázek č. 15 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při usilovných činnostech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů můžeme vyčíst, že se opět odpovědi respondentek daných věkových kategorií poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při usilovných činnostech jako hodně omezující. Ano, omezuje hodně, bylo uvedeno 3 respondentkami z věkové kategorie 20-30 let, 8 respondentkami ve věku 30-40 let, ve věkové kategorii 40-50 let odpovědělo 19 respondentek, 8 respondentek ve věku 50-60 let a z kategorie 60-70 let odpovědělo 5 respondentek. Odpověď ne, neomezuje vůbec uvedlo nejméně respondentek.

Zdroj: vlastní

b) Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole?

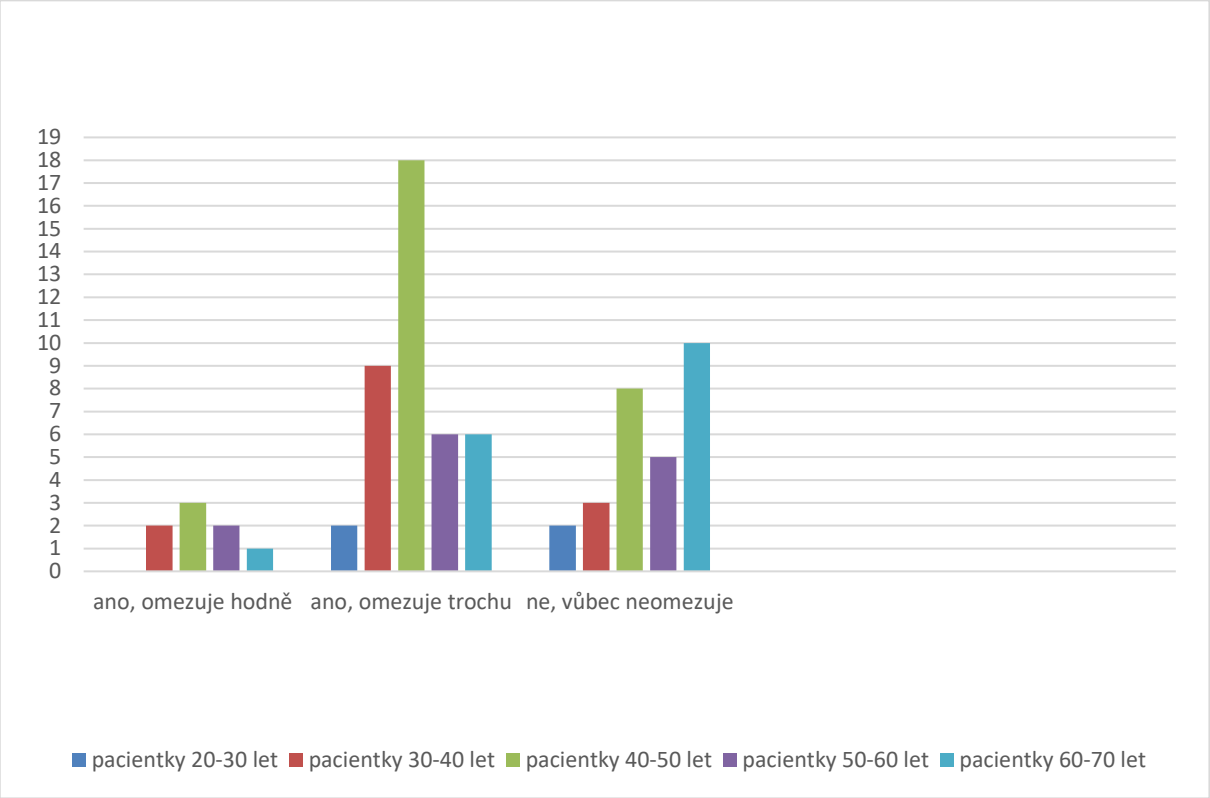


Obrázek 13- Omezování zdraví při středně namáhavých činnostech

Obrázek č. 16 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při středně namáhavých činnostech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů lze vyčíst, že se opět odpovědi respondentek daných věkových kategorií poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při středně namáhavých činnostech, jako trochu omezující. Ano, omezuje trochu odpověděly 2 respondentky ve věku 20-30 let, 10 respondentek věku 30-40 let, 17 respondentek ve věku 40-50 let, z věkové kategorie 50-60 let odpovědělo 8 respondentek a z věkové kategorie 60-70 let odpovědělo 6 respondentek. Nejméně respondentek odpovědělo ano, omezuje hodně.

Zdroj: vlastní

c) Zvedání nebo nošení běžného nákupu?

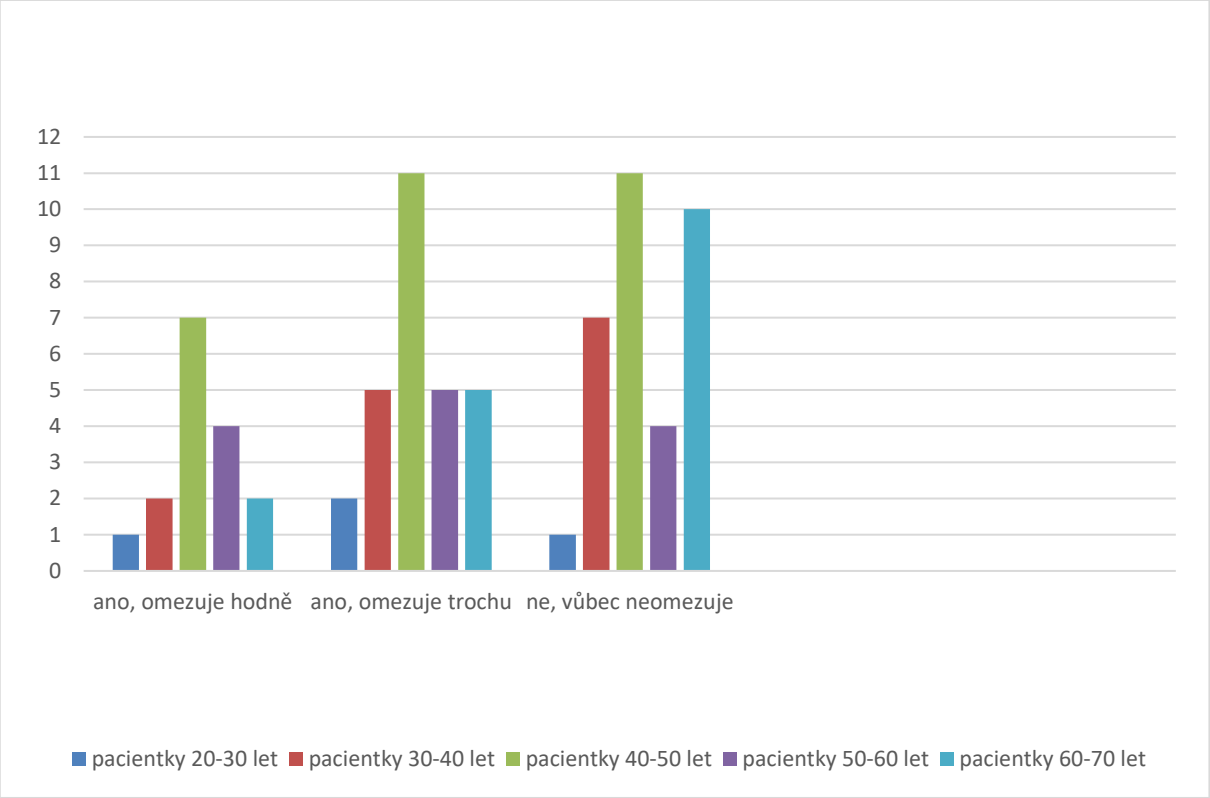


Obrázek 14- Omezování zdraví při zvedání nebo nošení nákupu

Obrázek č. 17 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při zvedání nebo nošení běžného nákupu a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů vyčteme, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií znovu poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při zvedání nebo nošení nákupu jako trochu omezující. Ano, omezuje trochu odpověděly 2 respondentky ve věku 20-30 let, 9 respondentek věku 30-40 let, 18 respondentek ve věku 40-50 let, 6 respondentek ve věkové kategorii 50-60 let a 6 respondentek ve věku 60-70 let. Nejméně respondentek odpovědělo ano, omezuje hodně.

Zdroj: vlastní

d) Vyjít po schodech několik pater?

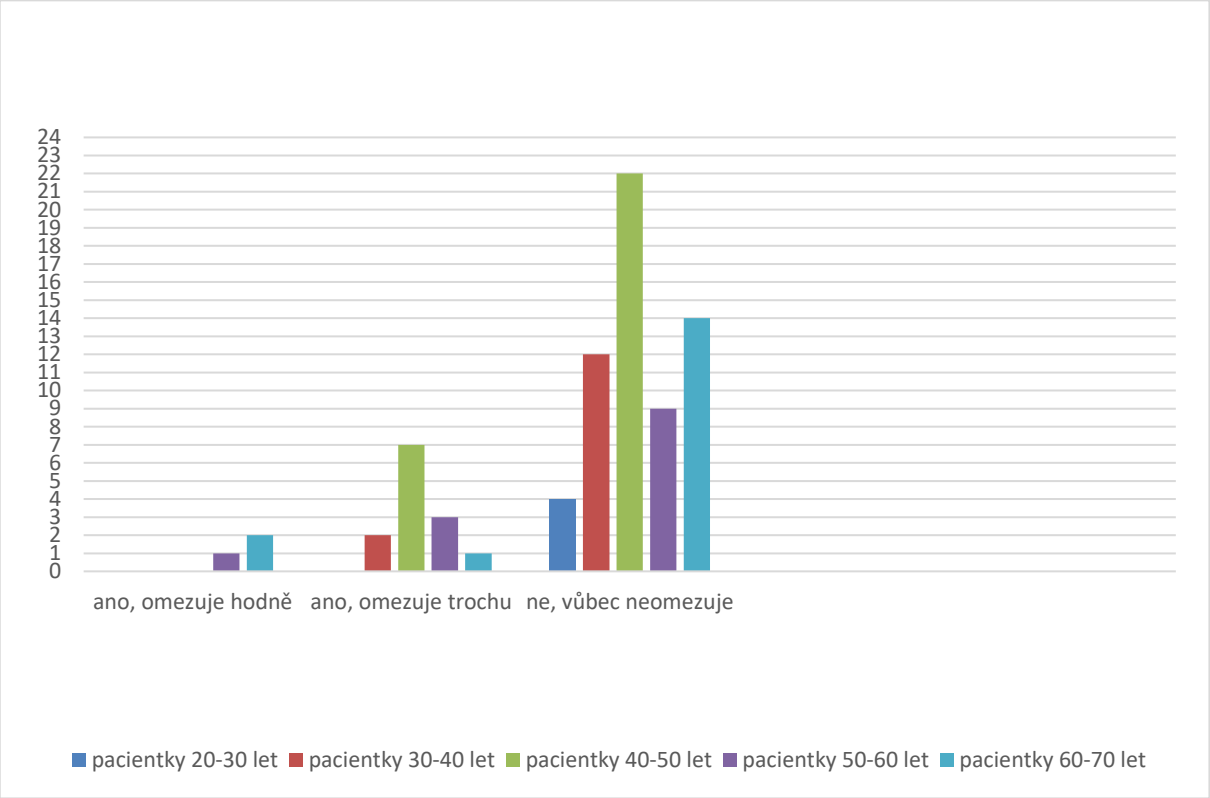


Obrázek 15- Omezování zdraví pří vyjití několika pater

Obrázek č. 18 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při vyjití několika pater a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu můžeme vyčíst, že se odpovědi respondentek v různých věkových kategorií mírně lišily. Většina dotazovaných respondentek zodpověděla otázku, že je vyjití několika pater vůbec neomezuje, ale zároveň pouze o jednoho respondenta méně měla odpověď ano, omezuje trochu. Neomezuje vůbec odpověděla 1 respondentka věku 20-30 let, 7 respondentek ve věku 30-40 let, 11 respondentek věkové kategorie 40-50 let, 4 respondentky věku 50-60 let a 10 respondentek ve věku 60-70 let.

Zdroj: vlastní

e) Vyjít po schodech jedno patro?

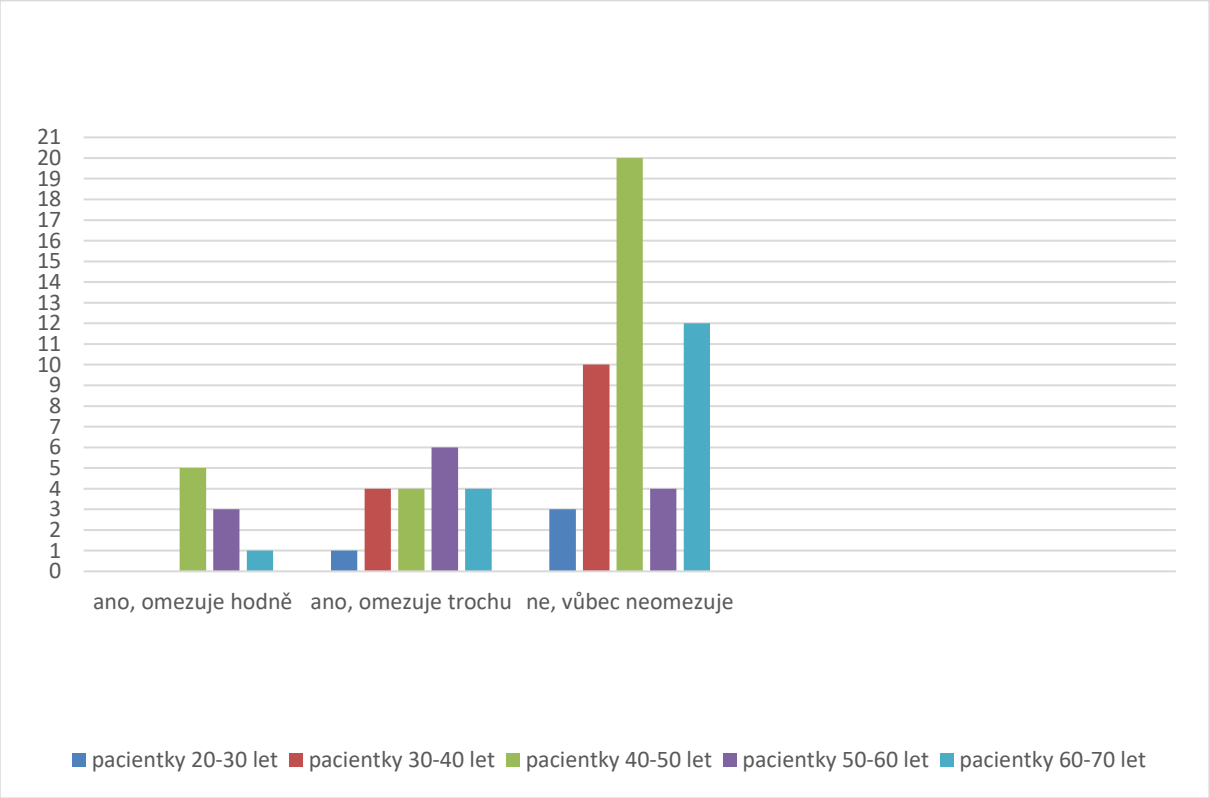


Obrázek 16- Omezování zdraví při vyjití jednoho patra

Obrázek č. 19 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při vyjití jednoho patra a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů vyčteme, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií znovu poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při vyjití jednoho patra, jako neomezující. Ne, neomezuje vůbec odpověděly 4 respondentky ve věku 20-30 let, 12 respondentek věku 30-40 let, 22 respondentek ve věku 40-50 let, 9 respondentek ve věkové kategorii 50-60 let a 14 respondentek ve věku 60-70 let. Nejméně respondentek odpovědělo ano, omezuje hodně.

Zdroj: vlastní

f) Předklon, shýbání, poklek?

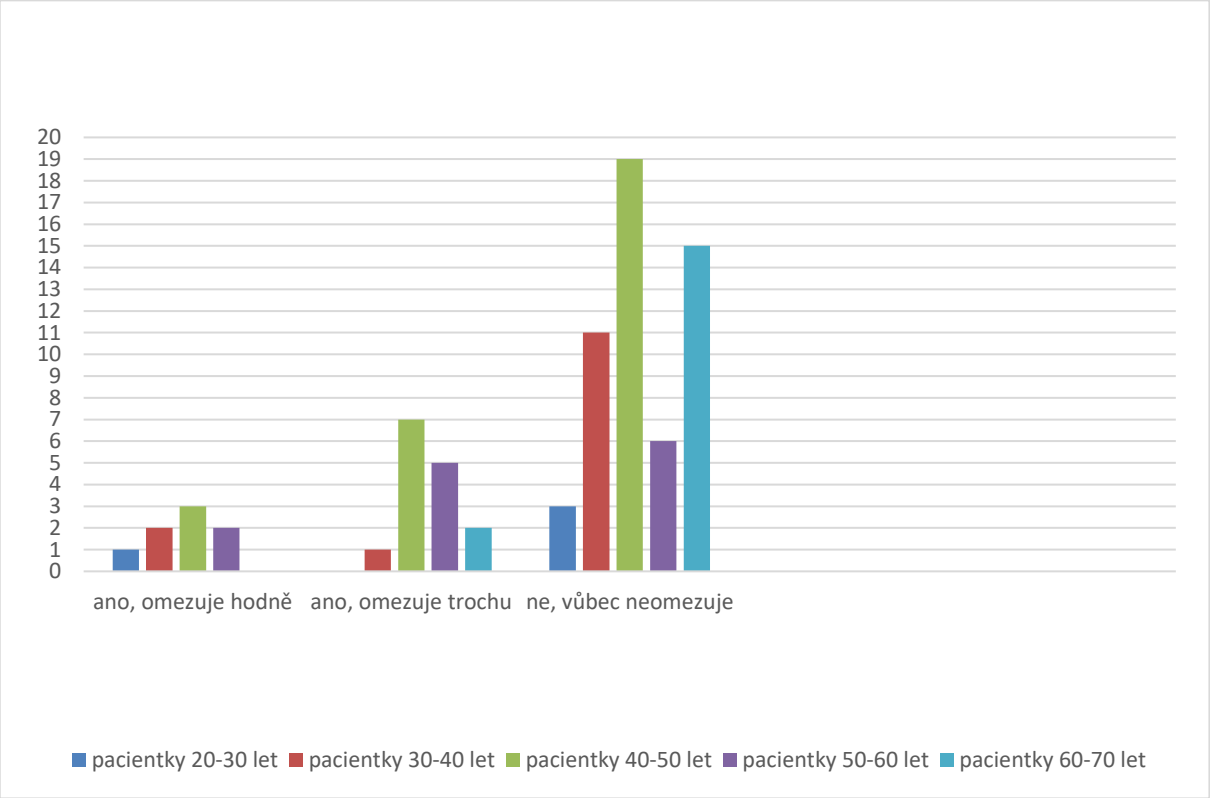


Obrázek 17- Omezování zdraví při předklonu, pokleku

Obrázek č. 20 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při předklonu, pokleku a shýbání a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů je viditelné, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při předklonu, pokleku a shýbání jako neomezující. Ne, neomezuje vůbec odpověděly 3 respondentky ve věku 20-30 let, 10 respondentek věku 30-40 let, 20 respondentek ve věku 40-50 let, 4 respondentky ve věkové kategorii 50-60 let a 12 respondentek ve věku 60-70 let. Nejméně respondentek odpovědělo ano, omezuje hodně.

Zdroj: vlastní

g) Chůze asi jeden kilometr?

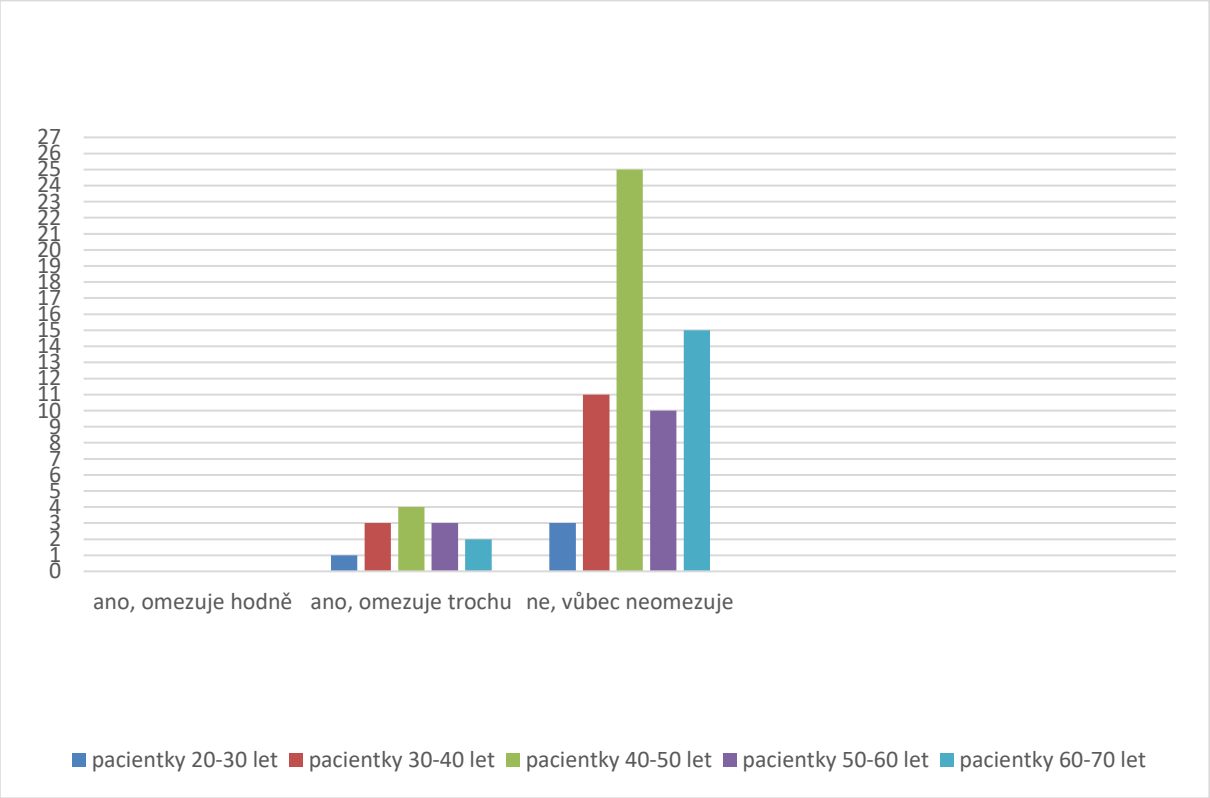


Obrázek 18- Omezení zdraví při chůzi 1 km

Obrázek č. 21 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při chůzi jednoho kilometru a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů vyčteme, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií znovu poměrně lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při chůzi 1 km jako neomezující. Ne, neomezuje vůbec odpověděly 3 respondentky ve věku 20-30 let, 11 respondentek věkové kategorii 30-40 let, 19 respondentek ve věku 40-50 let, 6 respondentek ve věkové kategorii 50-60 let a 15 respondentek ve věku 60-70 let. Nejméně respondentek odpovědělo ano, omezuje hodně.

Zdroj: vlastní

h) Chůze po ulici několik set metrů?

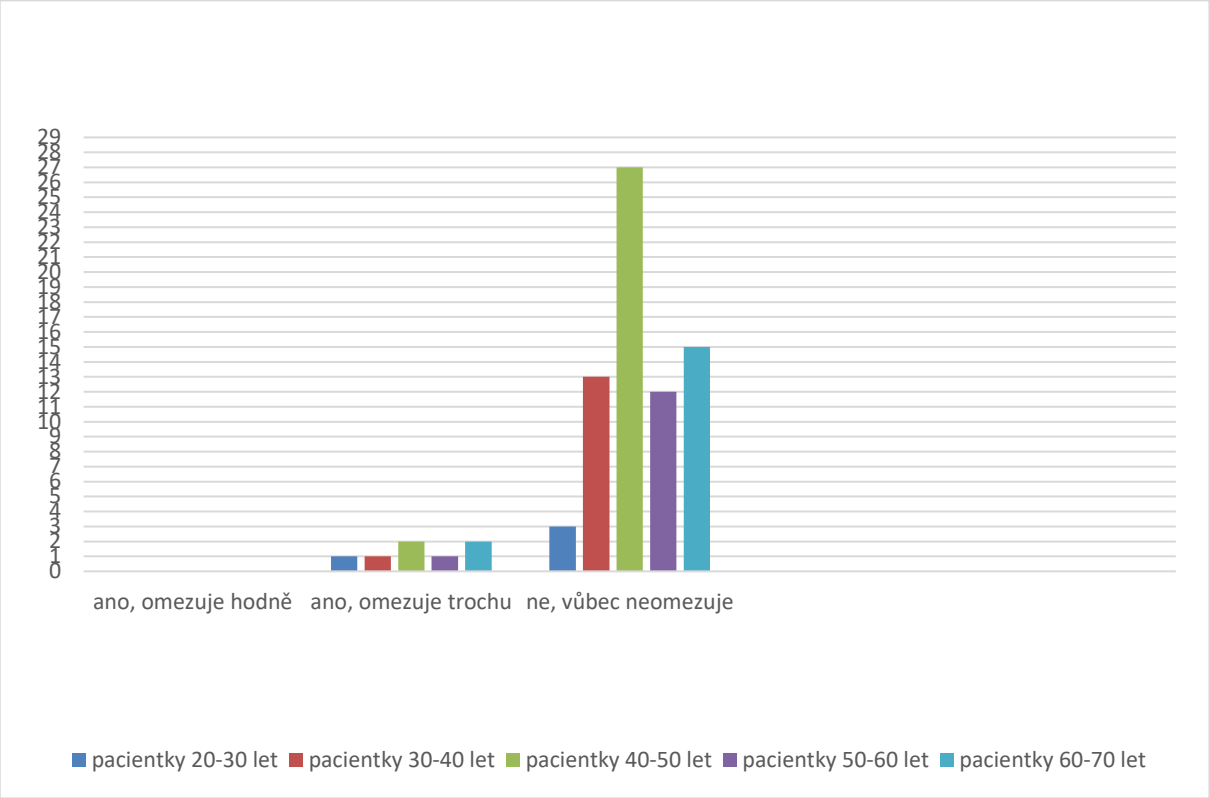


Obrázek 19- Omezení zdraví při chůzi několik set metrů

Obrázek č. 22 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při chůzi několik set metrů a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů vyčteme, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií lišily. Většina dotazovaných respondentek hodnotila omezení zdraví při chůzi několika set metrů jako neomezující. Ne, neomezuje vůbec odpověděly 3 respondentky ve věku 20-30 let, 11 respondentek ve věku 30-40 let, 25 respondentek ve věku 40-50 let, 10 respondentek ve věkové kategorii 50-60 let a 15 respondentek ve věku 60-70 let. Naopak žádná z respondentek nehodnotila chůzi několik set metrů jako hodně omezující.

Zdroj: vlastní

i) Chůze po ulici sto metrů?

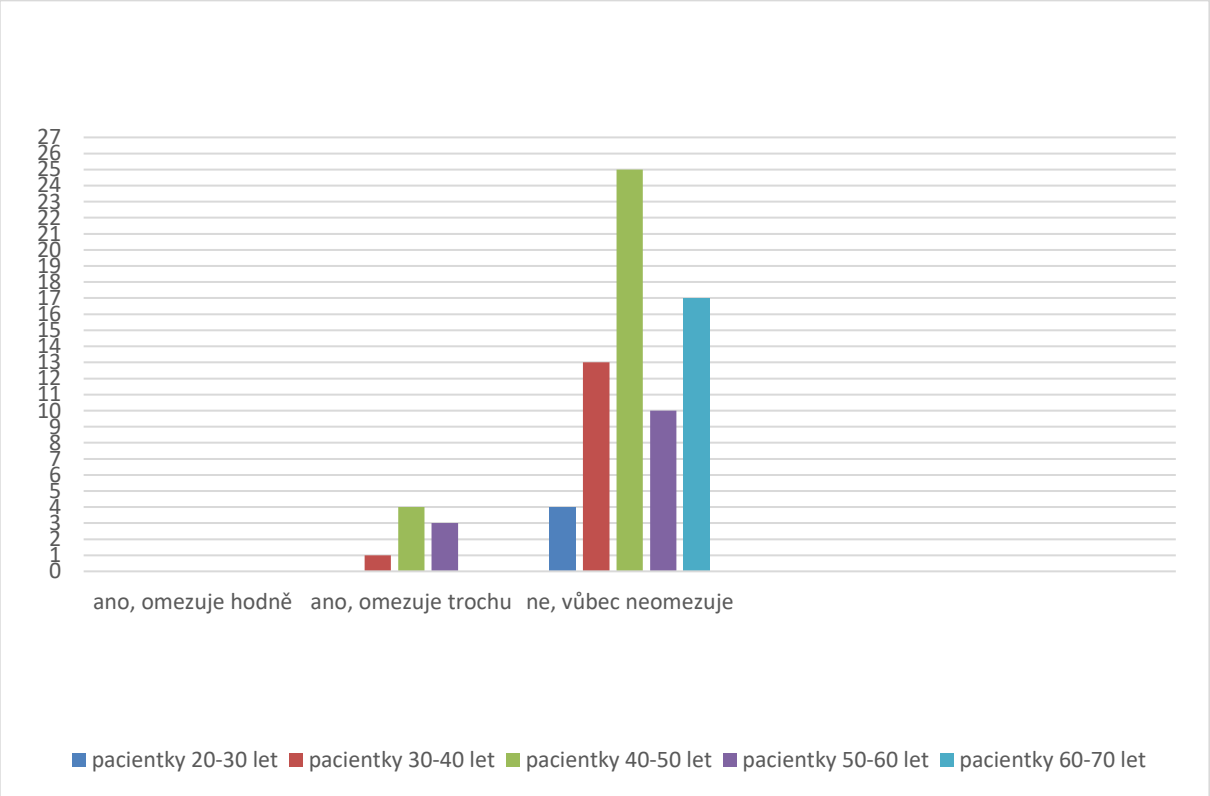


Obrázek 20- Omezení zdraví při chůzi 100 metrů

Obrázek č. 23 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při chůzi sto metrů a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů vyčteme, že téměř všechny respondentky hodnotily chůzi 100 metrů jako neomezující. Pouze pro 7 respondentek je chůze 100 metrů trochu omezující.

Zdroj: vlastní

j) Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci?



Obrázek 21- Omezené koupání a oblékání

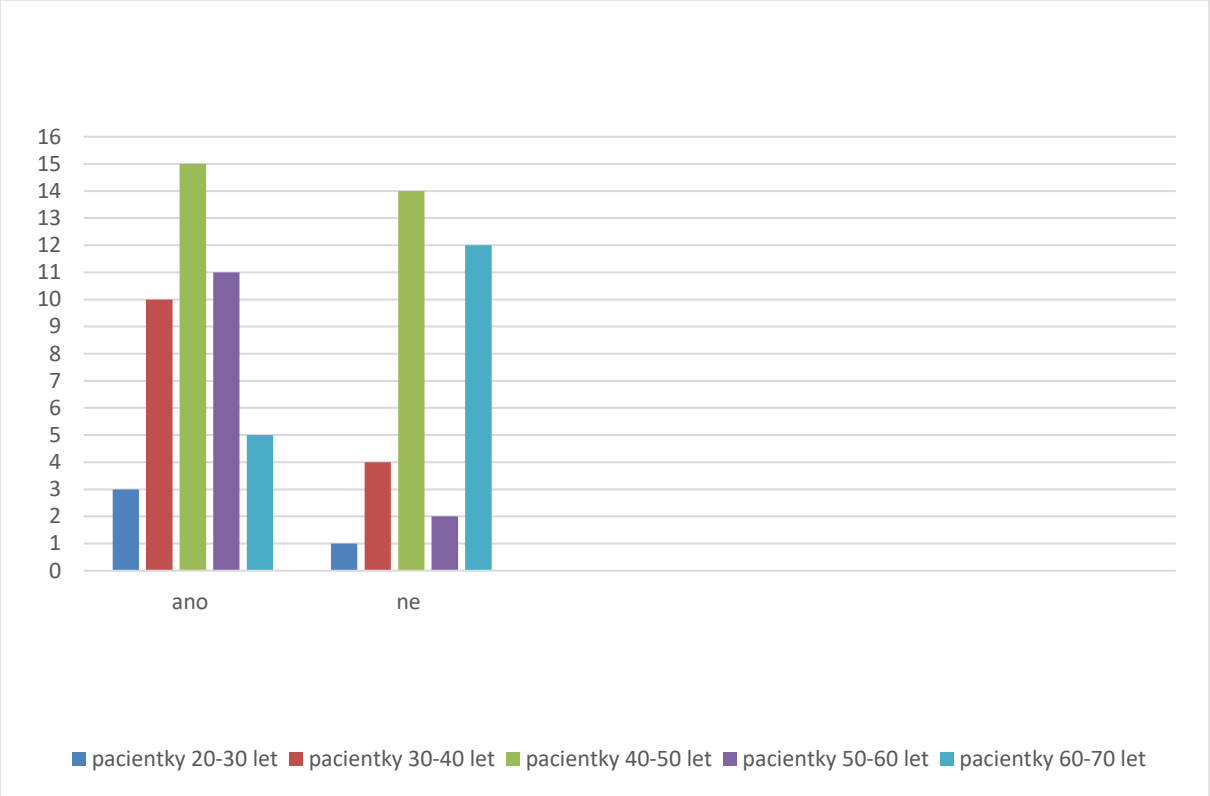
Obrázek č. 24 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování zdraví při koupání nebo oblékaní bez cizí pomoci a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů je zřejmé, že koupání a oblékání respondentky neomezuje. Pouze 8 respondentek uvedlo, že je tato činnost trochu omezuje.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 4

Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

a) Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?

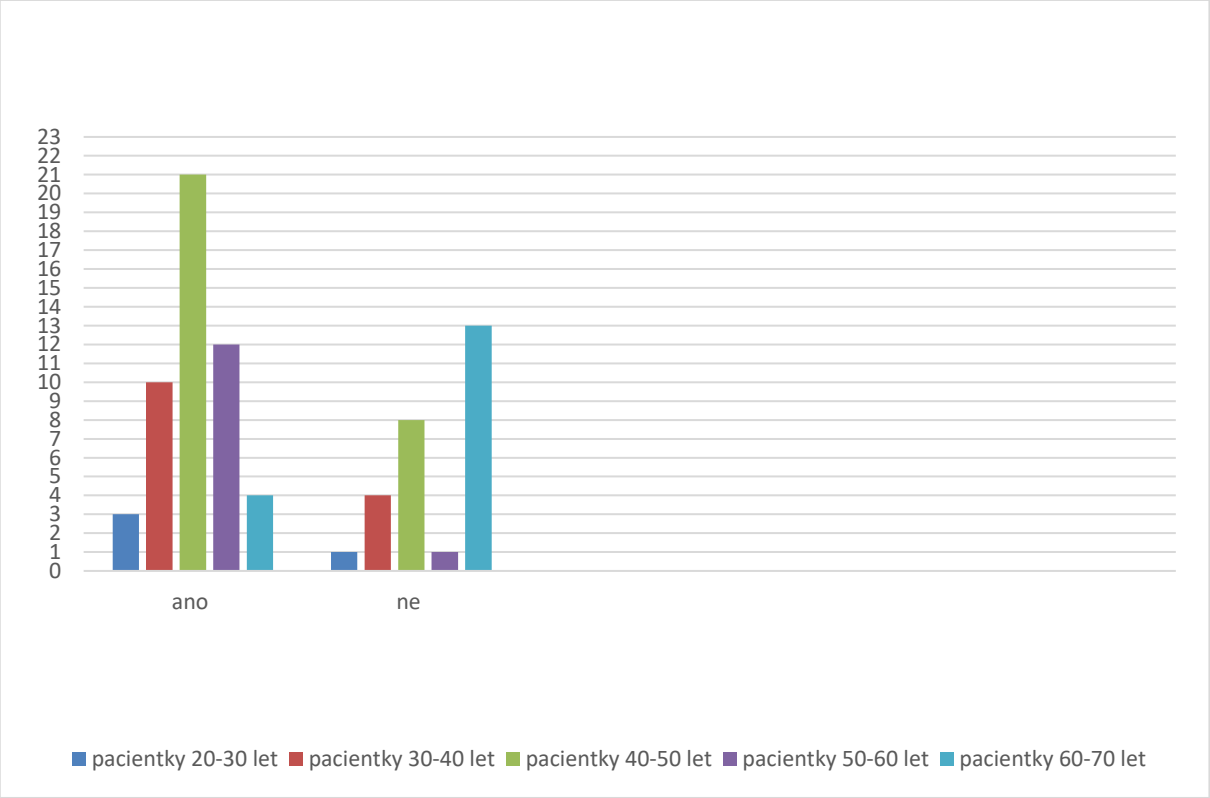


Obrázek 22- Zkrácení času při práci v kontextu zdr. potíží

Obrázek č. 25 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se zkrácení doby věnované práci nebo jiné činnosti z důvodu zdravotních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů je viditelné, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií lišily. Většina dotazovaných respondentek odpověděla, že se zkrátil čas věnovaný práci nebo jiné činnosti. Odpověděly 3 respondentky ve věku 20-30 let, 10 respondentek z věkové kategorie 30-40 let, 15 respondentek ve věku 40-50 let, 11 respondentek ve věku 50-60let a 5 respondentek z věkové kategorie 60-70 let.

Zdroj: vlastní

b) Udělala jste méně, než jste chtěla?

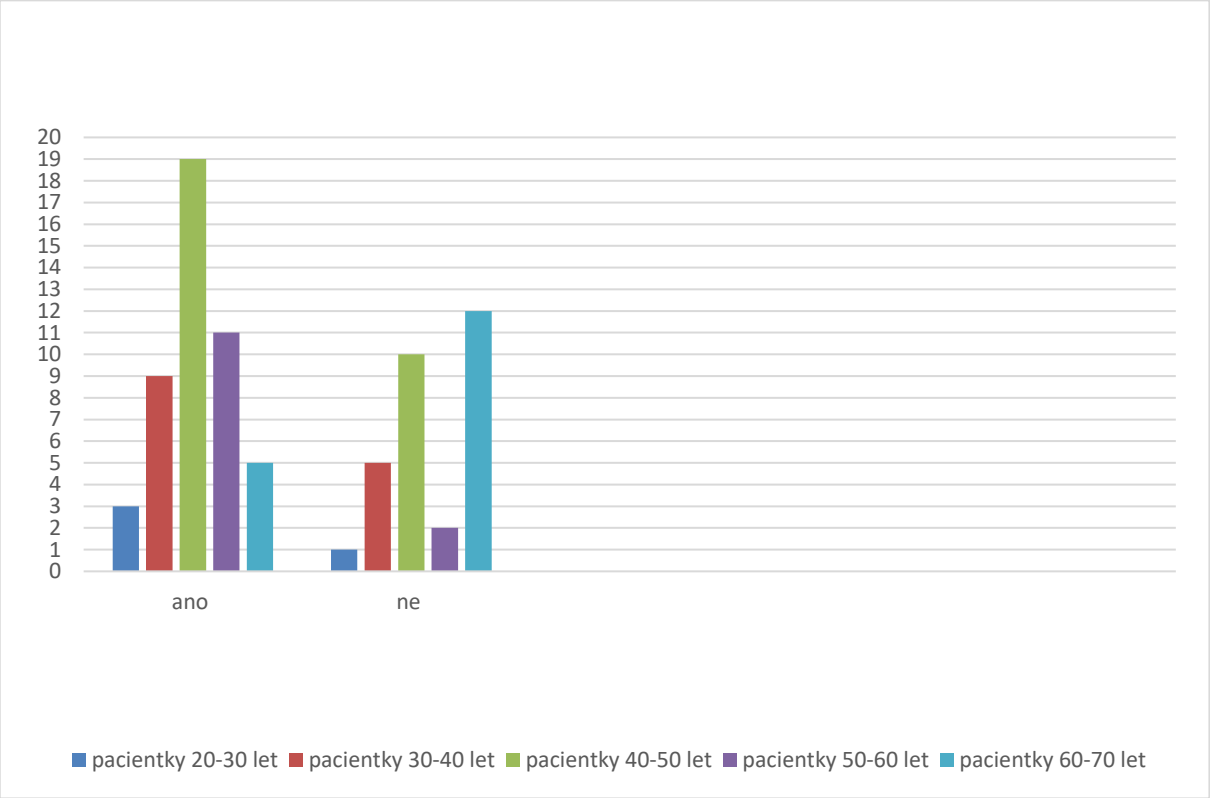


Obrázek 23- Odvedená práce v porovnání s očekáváním v kontextu zdr. potíží

Obrázek č. 26 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se odvedené práce ve srovnání s předpokládaným výsledkem v kontextu zdravotních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafů je viditelné, že se odpovědi respondentek daných věkových kategorií lišily. Většina ze všech dotazovaných respondentek odpověděla, že udělala méně, než chtěla. Pouze v kategorii 60-70 let respondentky uvedly, že neudělaly méně, než chtěly.

Zdroj: vlastní

c) Byla jste omezena v druhu práce nebo jiných činnostech?

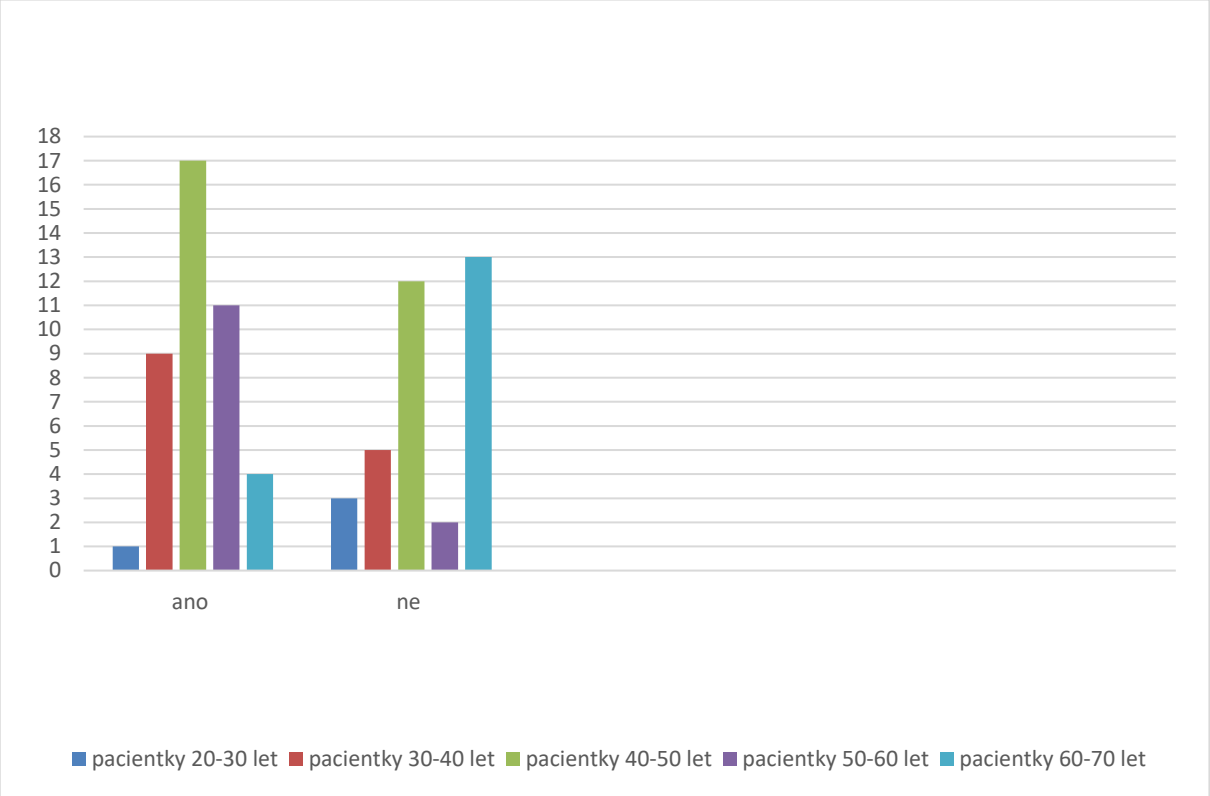


Obrázek 24- Omezování v druhu práce v kontextu zdr. potíží

Obrázek č. 27 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování v druhu práce a jiných činnostech z důvodu zdravotních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu jednoznačně vyčteme odlišnost odpovědí v daných věkových kategoriích. Většina respondentek byla omezena v druhu práce nebo v jiných činnostech

Zdroj: vlastní

d) Měla jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musela vynaložit zvláštní úsilí)?



Obrázek 25- Obtíže při práci nebo jiných činnostech v kontextu zdr. potíží

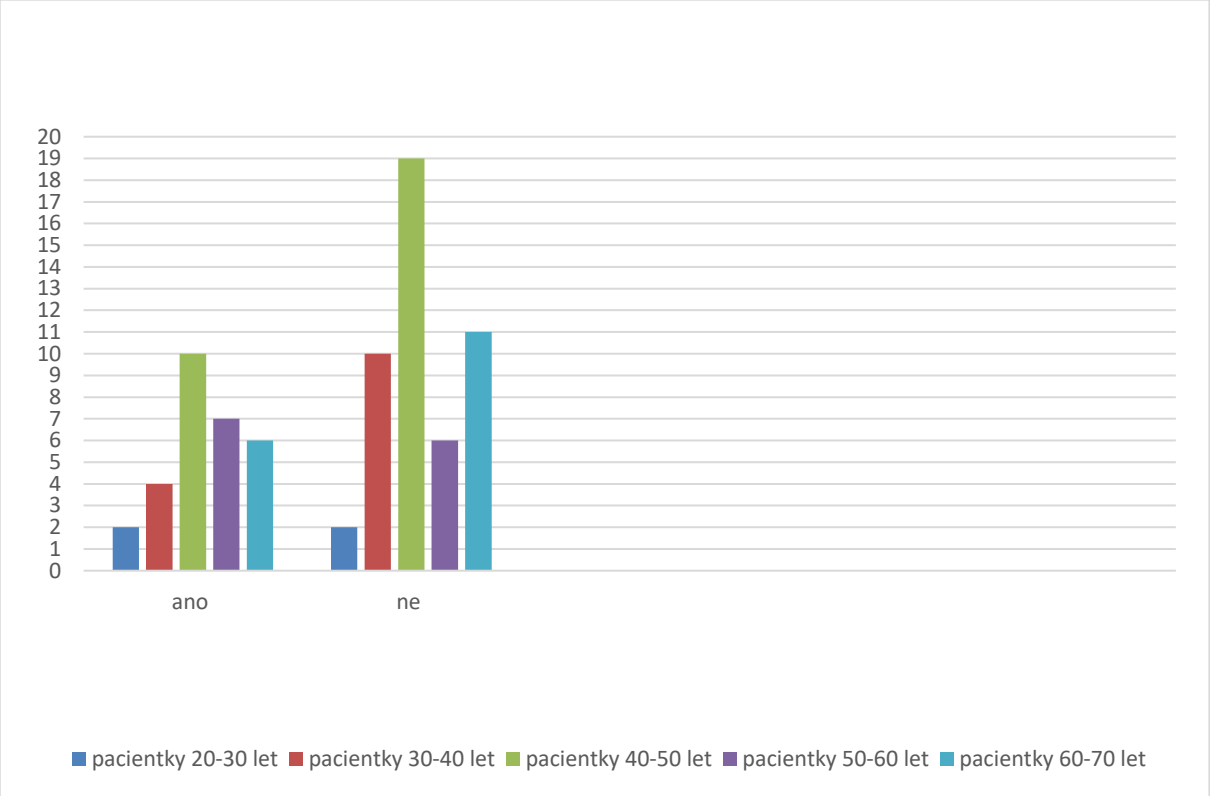
Obrázek č. 28 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se zdravotních potíží při práci a dalších činnostech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu vyčteme odlišnost odpovědí v daných věkových kategoriích. Většina respondentek měla potíže při pracovních i jiných činnostech.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 5

Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

a) Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?

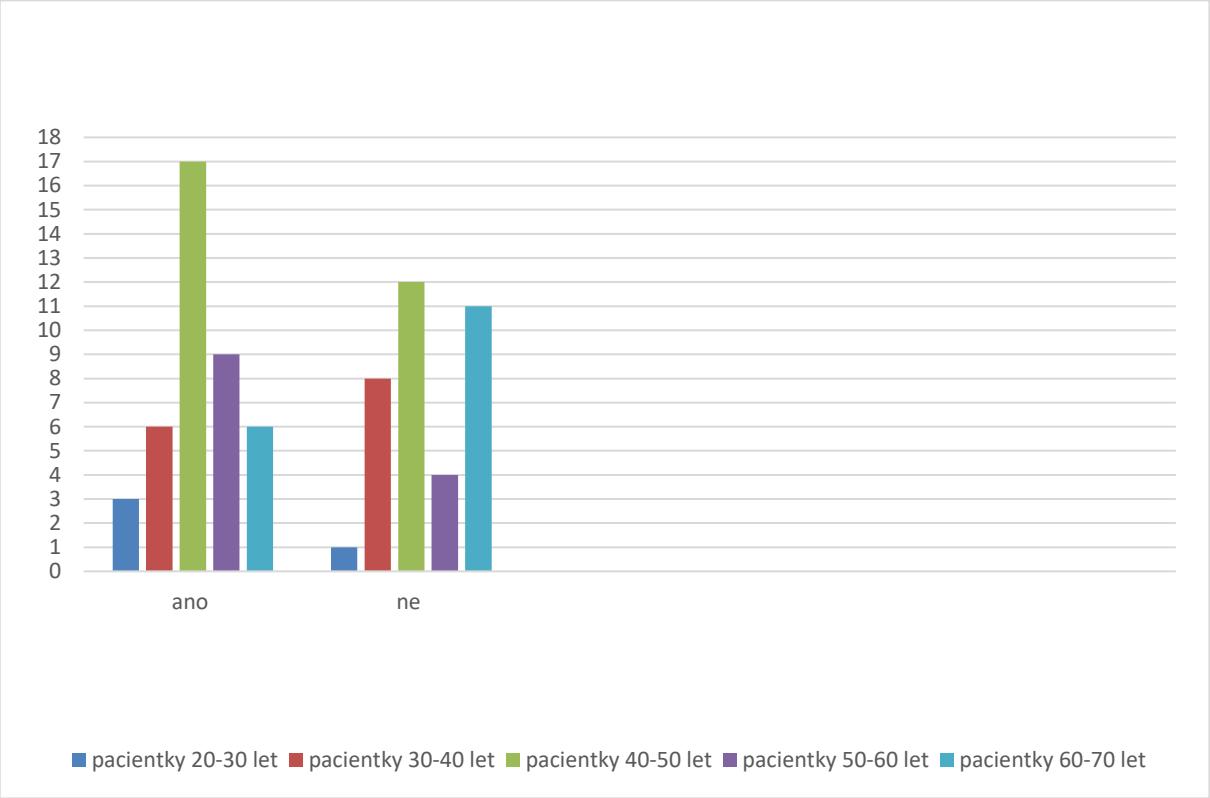


Obrázek 26- Zkrácení času věnovaného práci v kontextu emocionálních potíží

Obrázek č. 29 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se zkrácení doby věnované práci nebo jiné činnosti z důvodu emocionálních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu jednoznačně vyčteme odlišnost odpovědí v daných věkových kategoriích. Většina respondentek odpověděla, že čas, který věnovala práci nebo jiné činnosti, se z emocionálních důvodu nijak nezkrátil. Takto odpovědělo nejvíce (19) respondentek z věkové kategorie 40-50 let a zároveň 11 respondentek z kategorie 60-70 let.

Zdroj: vlastní

b) Udělala jste méně, než jste chtěla?

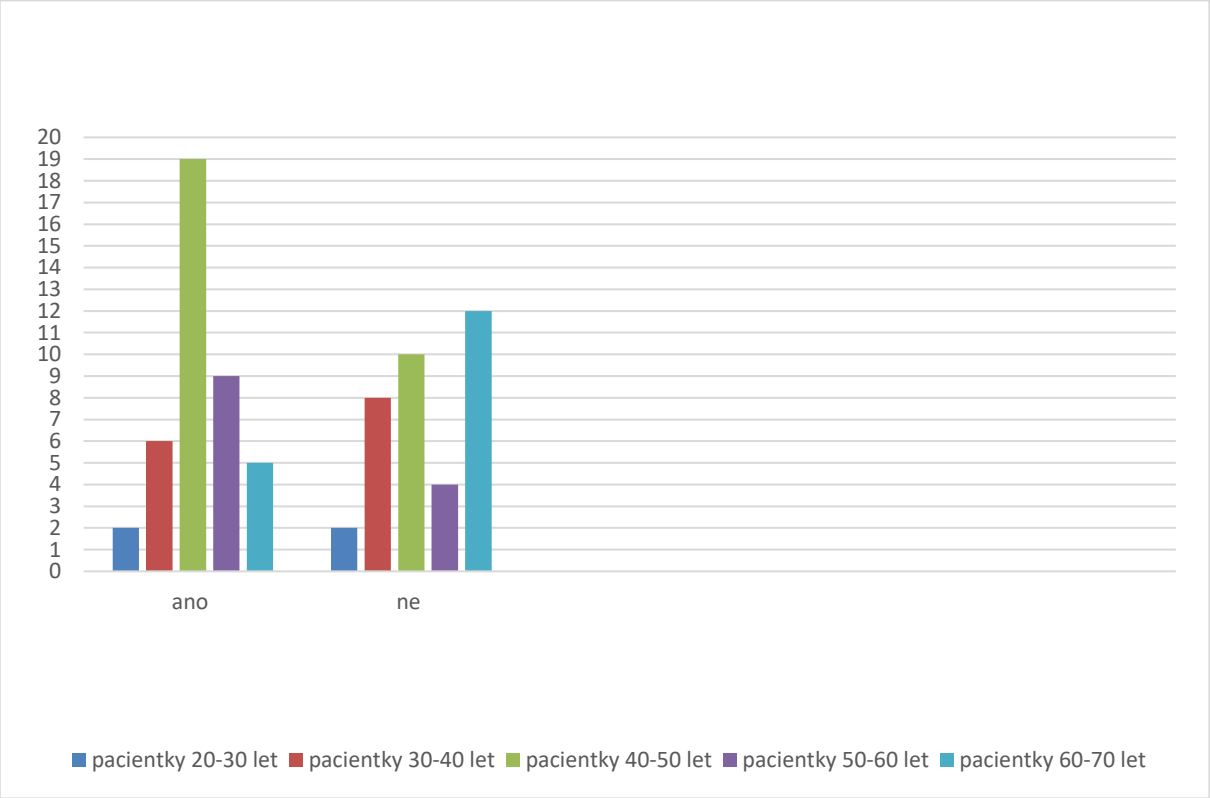


Obrázek 27- Odvedená práce v porovnání s očekáváním v kontextu emocionálních potíží

Obrázek č. 30 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se odvedené práce ve srovnání s předpokládaným výsledkem v kontextu emocionálních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu je možné vyčíst, odlišnost odpovědí v daných věkových kategoriích. Většina respondentek udělala v kontextu sociálních potíží méně, než chtěla. Ano odpověděla více než polovina (17) respondentek z věkové kategorie 40-50 let a 9 respondentek z věkové kategorie 50-60 let.

Zdroj: vlastní

c) Byla jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle?



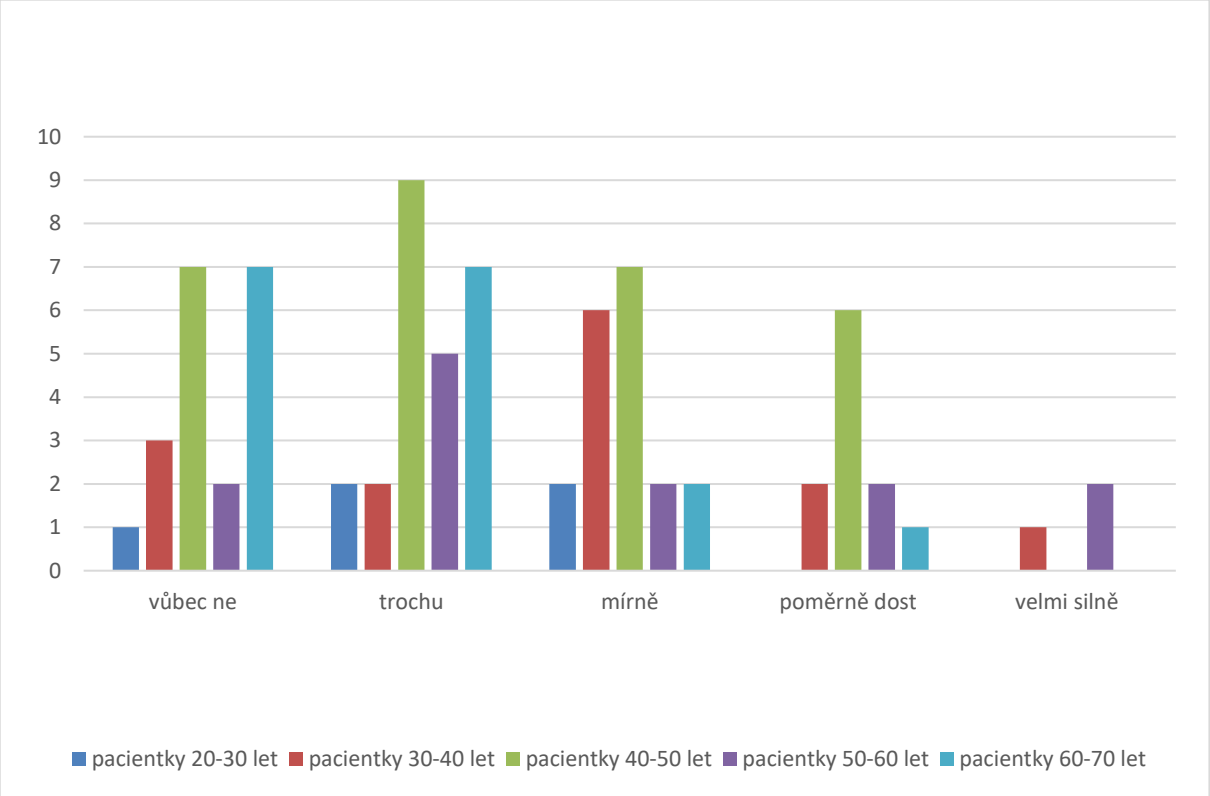
Obrázek 28- Snížená pozornost z důvodu emocionálních potíží

Obrázek č. 31 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se snížené pozornosti v kontextu emocionálních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu je možné vyčíst odlišnost odpovědí v daných věkových kategoriích. Většina respondentek uvádí, že jejich pozornost byla při práci nižší než obvykle. Ano odpovědělo 19 respondentek z věkové kategorie 40-50 let a pouze 10 respondentek odpovědělo ne. Dále v odpovědi ano byla nejvíce zastoupena věková kategorie 50-60 let, kde ano odpovídalo 9 respondentek a pouze 4 respondentky odpověděly, že neměly sníženou pozornost při práci.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 6

Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?



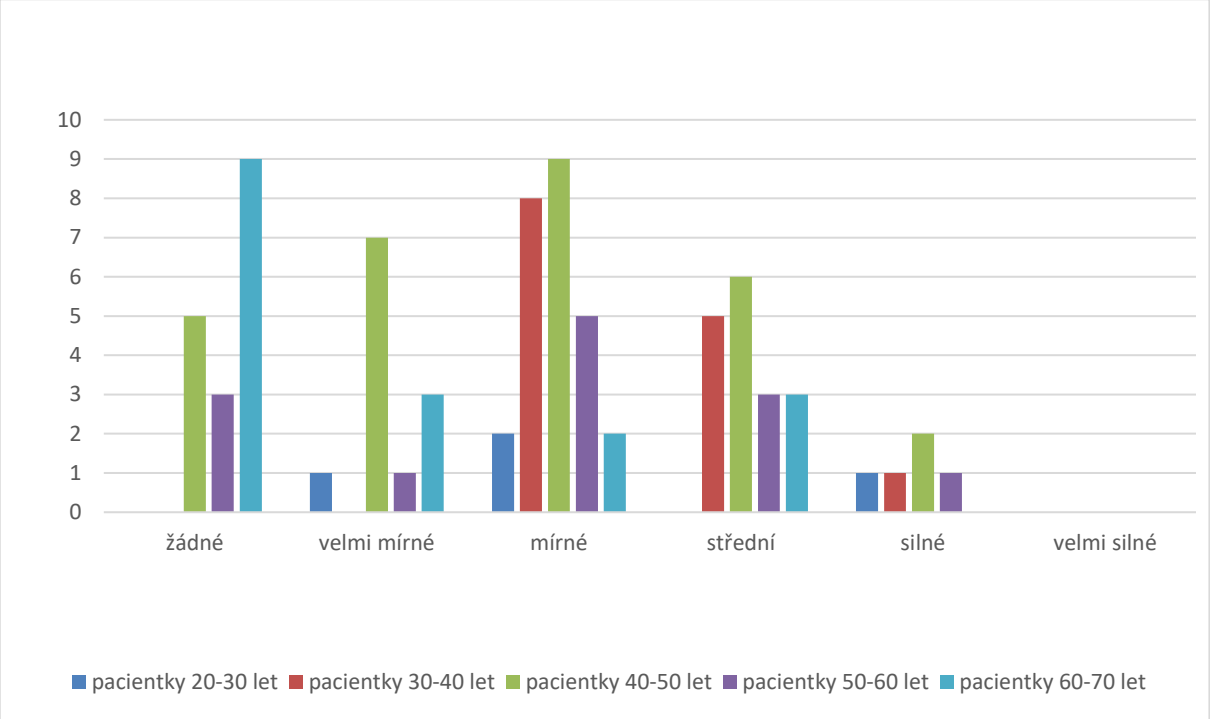
Obrázek 29- Míra omezenosti v životě v posledních 4 týdnech

Obrázek č. 32 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování společenského života v kontextu zdravotních a emocionálních potíží v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu je patrné, že se odpovědi respondentek velmi lišily. Většina respondentek odpověděla, že jim zdraví nebo emocionální potíže bránily trochu ve společenském životě. Takto odpovídaly 2 respondentky ve věku 20-30 let, 2 respondentky ve věku 30-40 let, 9 respondentek z věkové kategorie 40-50 let, 5 respondentek ve věku 50-60 let a 7 respondentek z věkové kategorie 60-70 let.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 7

Jak velké bolesti jste měla v posledních 4 týdnech?



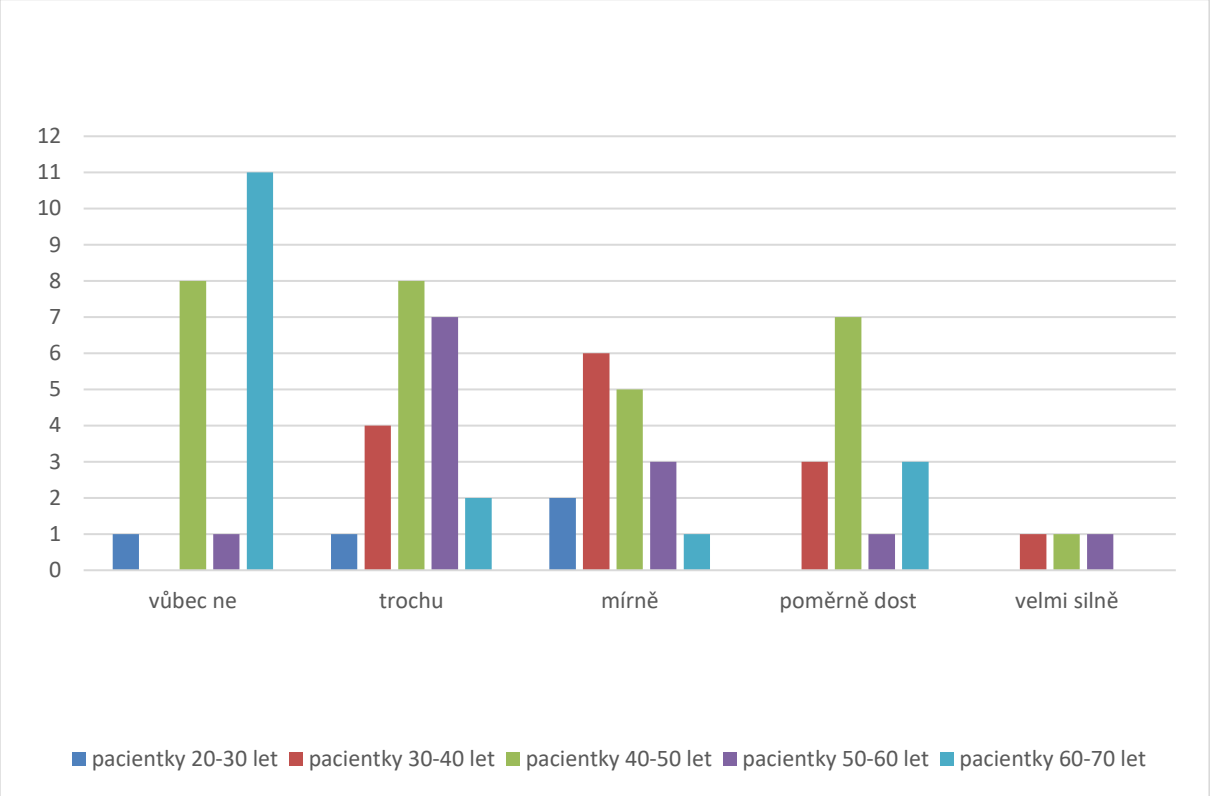
Obrázek 30- Bolesti v posledních 4 týdnech

Obrázek č. 33 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry bolesti za poslední 4 týdny a zároveň porovnání těchto odpovědí. Odpovědi respondentek se výrazně lišily. Většina respondentek uváděla, že za poslední 4 týdny měla mírné bolesti. Ve věkové kategorii 60-70 let uvedlo nejvíce respondentek (9), že neměly žádné bolesti. Naopak žádná z respondentek netrpěla velmi silnými bolestmi.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 8

Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?



Obrázek 31- Omezování v souvislosti s bolestmi

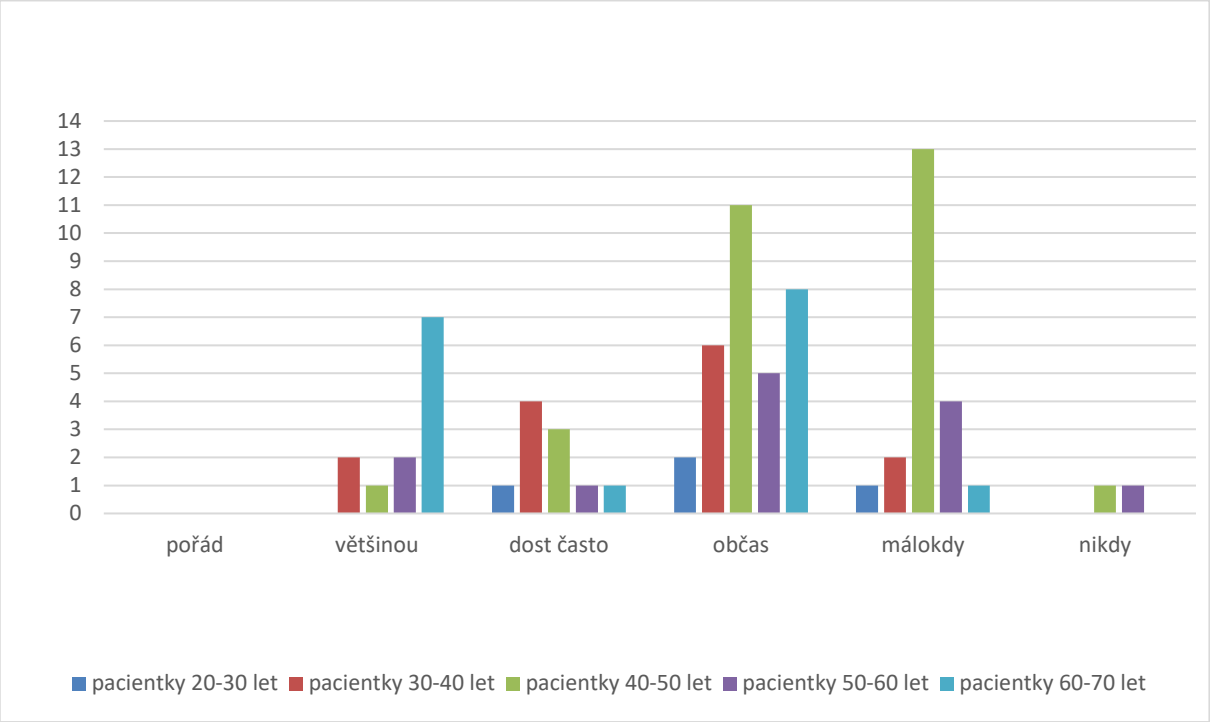
Obrázek č. 34 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se omezování v práci z důvodu bolesti a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu je zřejmá odlišnost odpovědí respondentek. Většinu respondentek omezovaly bolesti trochu. Naopak nejméně respondentek odpovědělo, že je bolesti omezovaly velmi silně.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 9

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech.

a) Jste se cítila plná elánu?

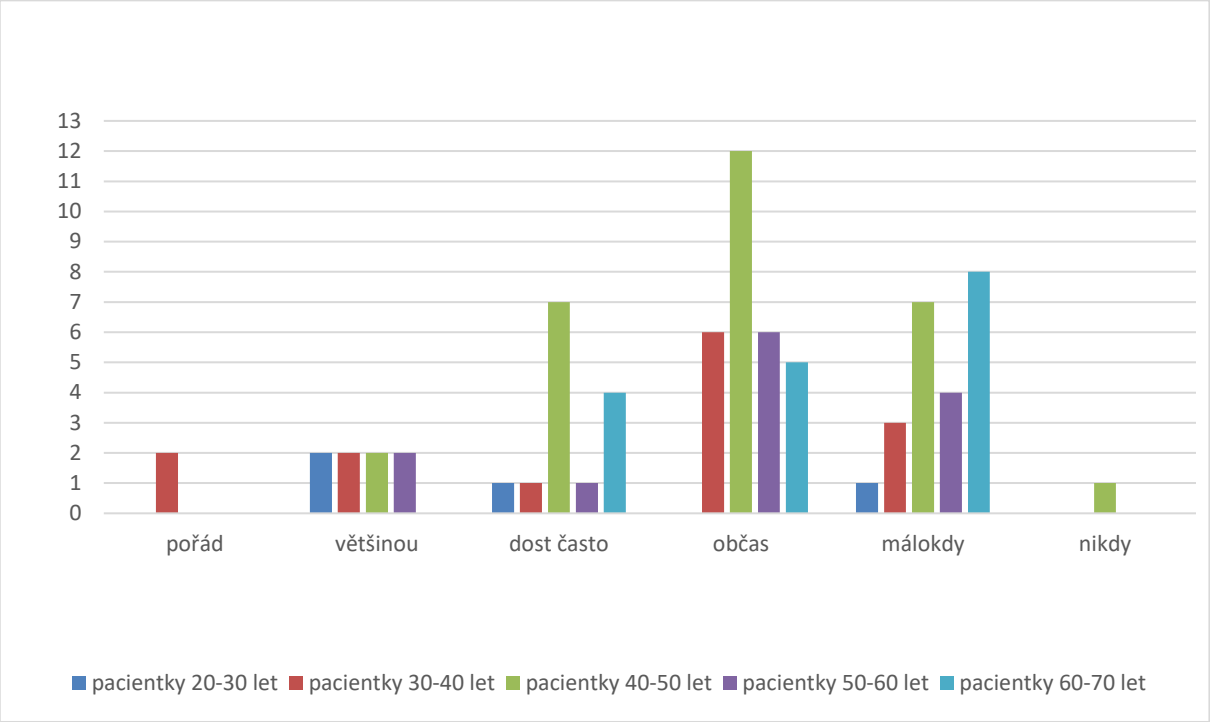


Obrázek 32 - Pocit plnosti elánu

Obrázek č. 35 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu plnosti elánu v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu je zřejmé, že respondentky byly občas plné elánu. Naopak, žádná z respondentek neuvedla odpověď pořád.

Zdroj: vlastní

b) Jste byla velmi nervózní?

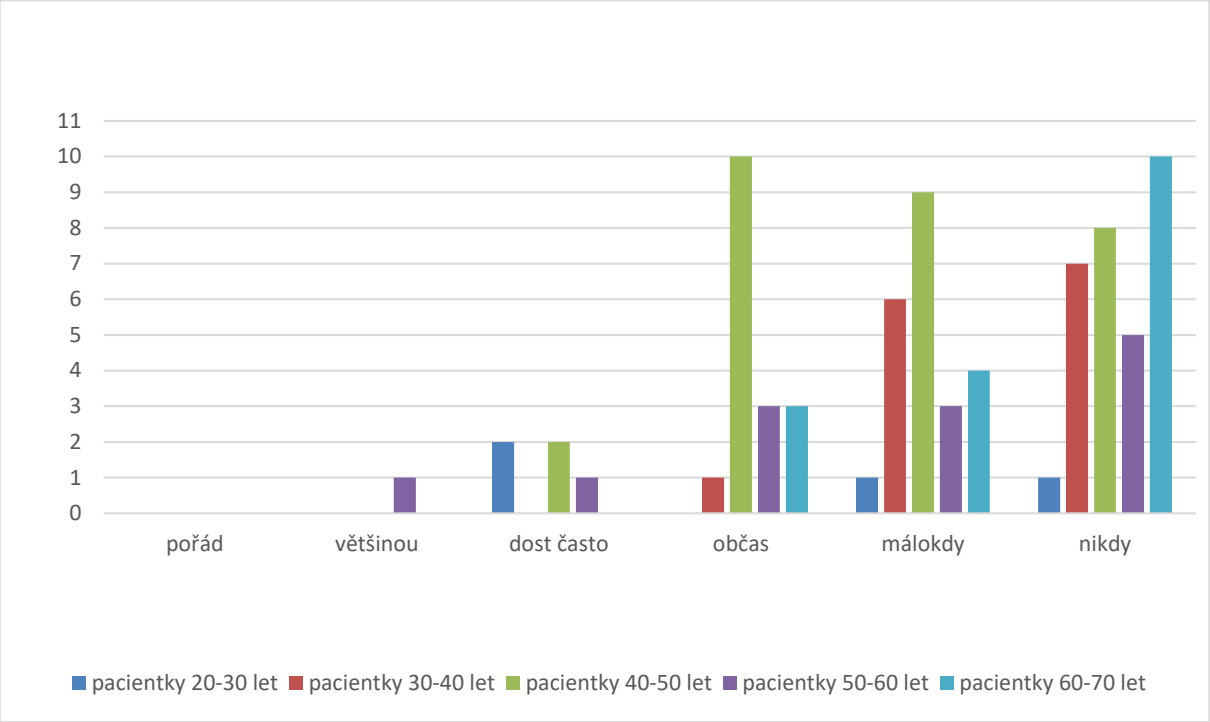


Obrázek 33- Pocit nervozity

Obrázek č. 36 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu nervozity v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek pociťovala občas nervozitu, naopak nejméně bylo odpovězeno nikdy a pořád.

Zdroj: vlastní

c) Jste měla takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?

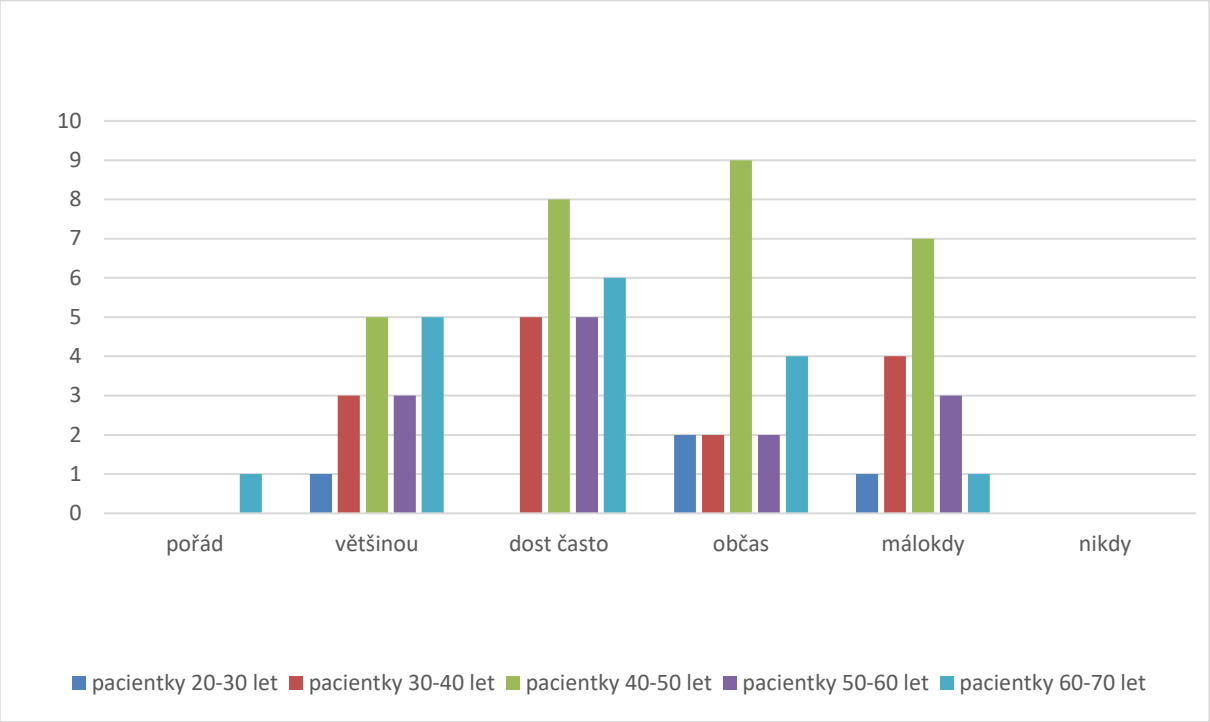


Obrázek 34- Pocit deprese

Obrázek č. 37 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu deprese v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Grafy znázorňují rozlišnost v odpovědích. Většina respondentek nikdy neměla deprese. Žádná z respondentek neuvedla, že by měla pořád deprese.

Zdroj: vlastní

d) Jste pociťovala klid a pohodu?

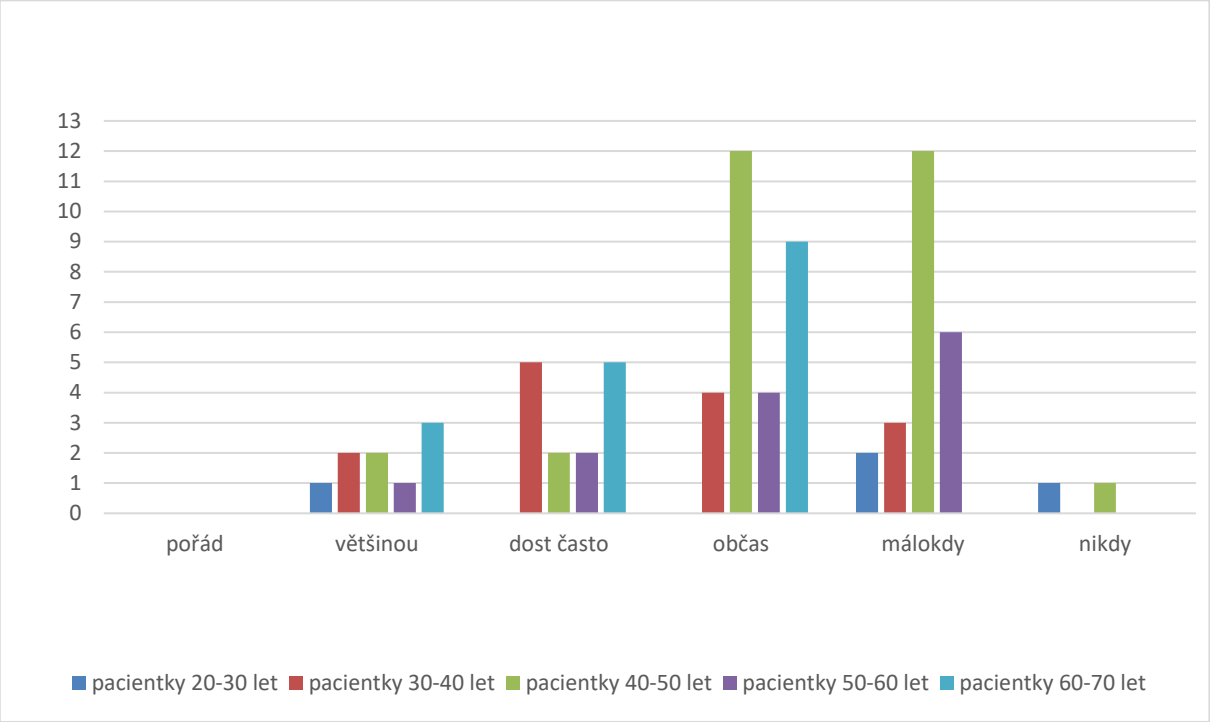


Obrázek 35- Pocit klidu a pohody

Obrázek č. 38 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu klidu a pohody v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Odpovědi respondentek se poměrně lišily. Většina respondentek uvedla, že občas pociťovala klid a pohodu. Žádná z respondentek neuvedla, že nikdy nepociťovala klid a pohodu.

Zdroj: vlastní

e) Jste byla plná energie?

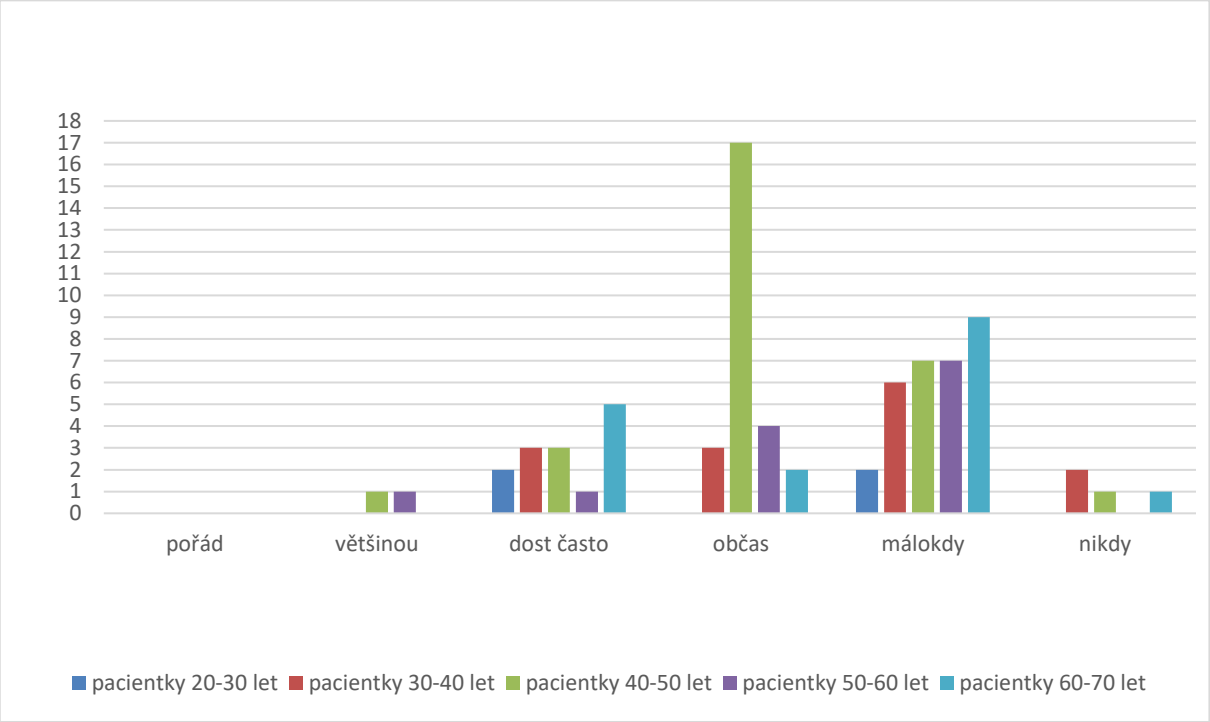


Obrázek 36- Pocit energie

Obrázek č. 39 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu plnosti energie v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek se cítila občas plna energie. Nejvíce tak odpovědělo 12 respondentek z věkové kategorie 40-50 let a 9 respondentek z věkové kategorie 60-70 let. Žádná z respondentek se necítila pořád plná energie.

Zdroj: vlastní

f) Jste pociťovala pesimismus a smutek

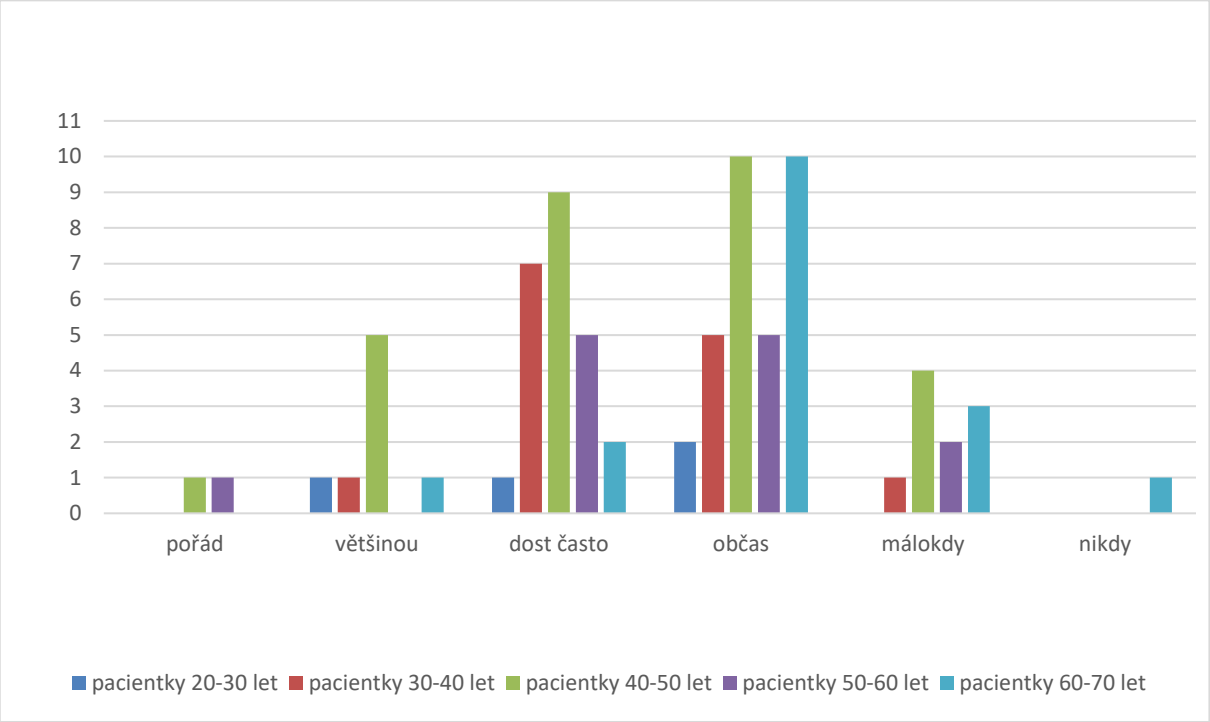


Obrázek 37- Pocit pesimismu a smutku

Obrázek č. 40 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu pesimismu a smutku v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek málokdy pociťovala pesimismus a smutek. Nejvíce tak odpovědělo 9 respondentek ve věku 60-70 let. Naopak 17 respondentek z věkové kategorie 40-50 let uvedlo, že občas pociťovaly smutek a pesimismus. Žádná z respondentek neuvedla, že by pociťovala smutek pořád.

Zdroj: vlastní

g) Jste se cítila vyčerpaná?

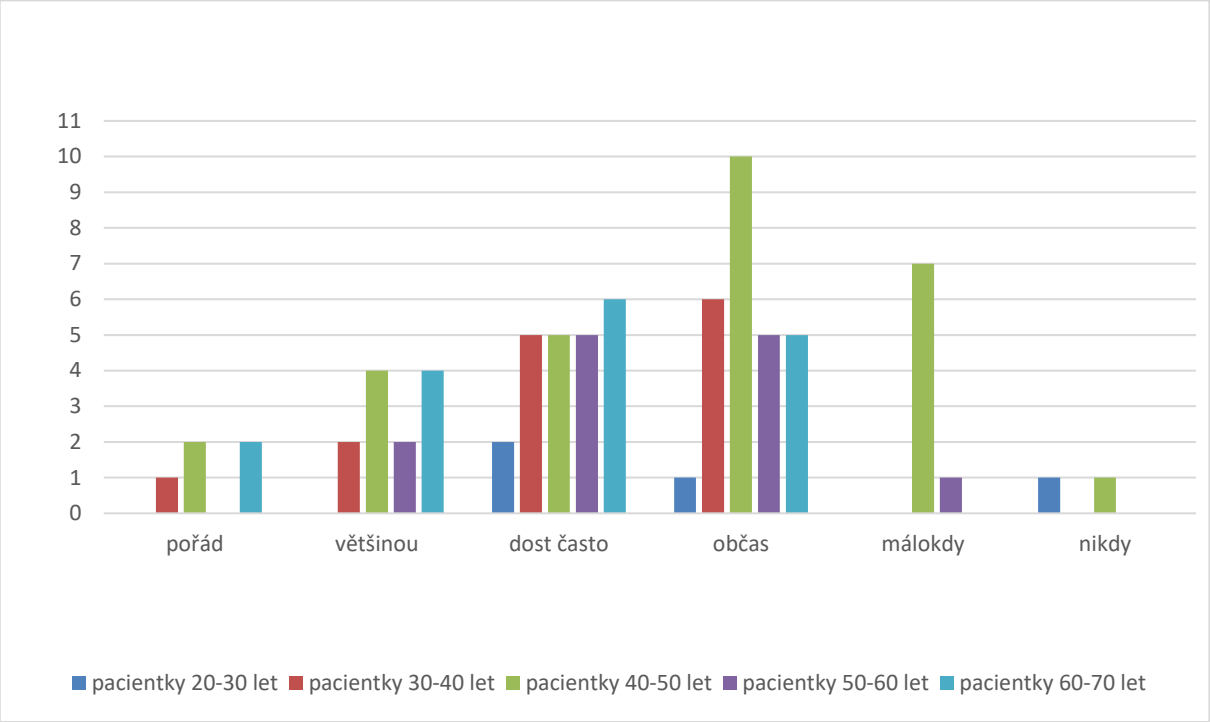


Obrázek 38- Pocit vyčerpanosti

Obrázek č. 41 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu vyčerpanosti v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Odpovědi respondentek se lišily. Většina respondentek se cítila občas vyčerpaná, nejvíce respondentky (10) ve věkové kategorii 40-50 let a 10 respondentek ve věkové kategorii 60-70 let. Nejméně respondentek se necítilo nikdy vyčerpaně.

Zdroj: vlastní

h) Jste byla šťastná?

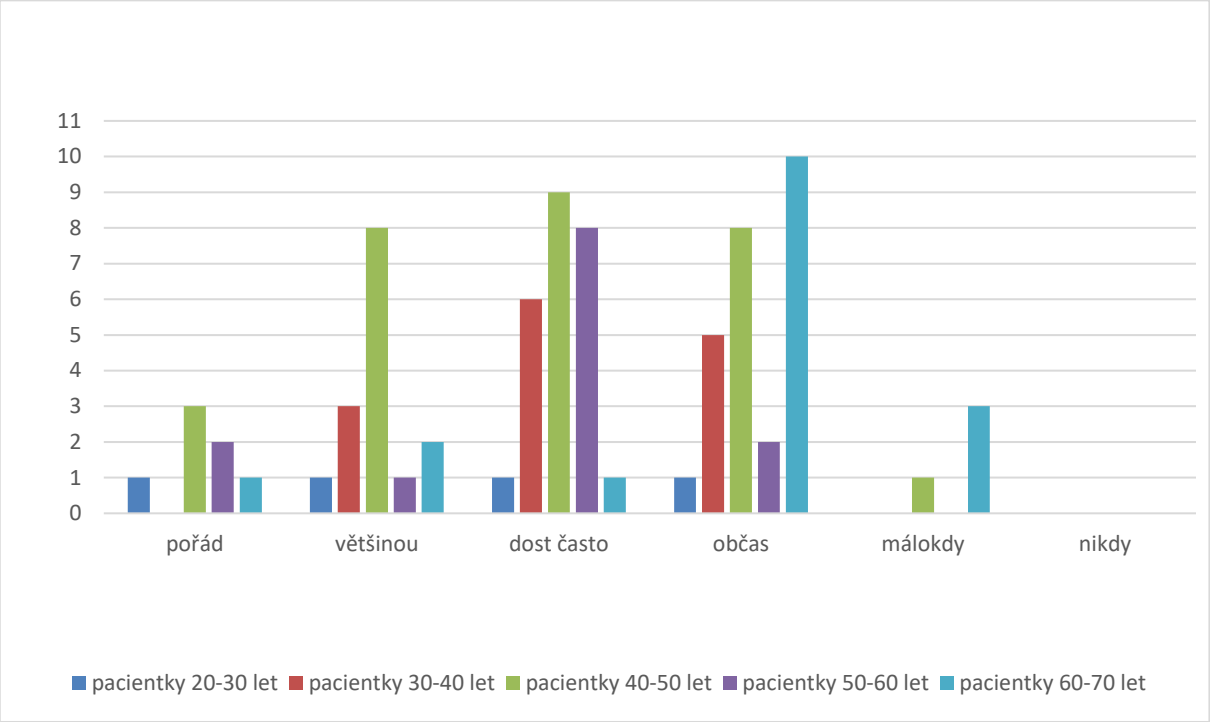


Obrázek 39 - Pocit štěstí

Obrázek č. 42 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu štěstí v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek byla občas šťastná. Nejméně respondentek odpovědělo, že nebyly nikdy šťastné.

Zdroj: vlastní

i) Jste se cítila unavená?



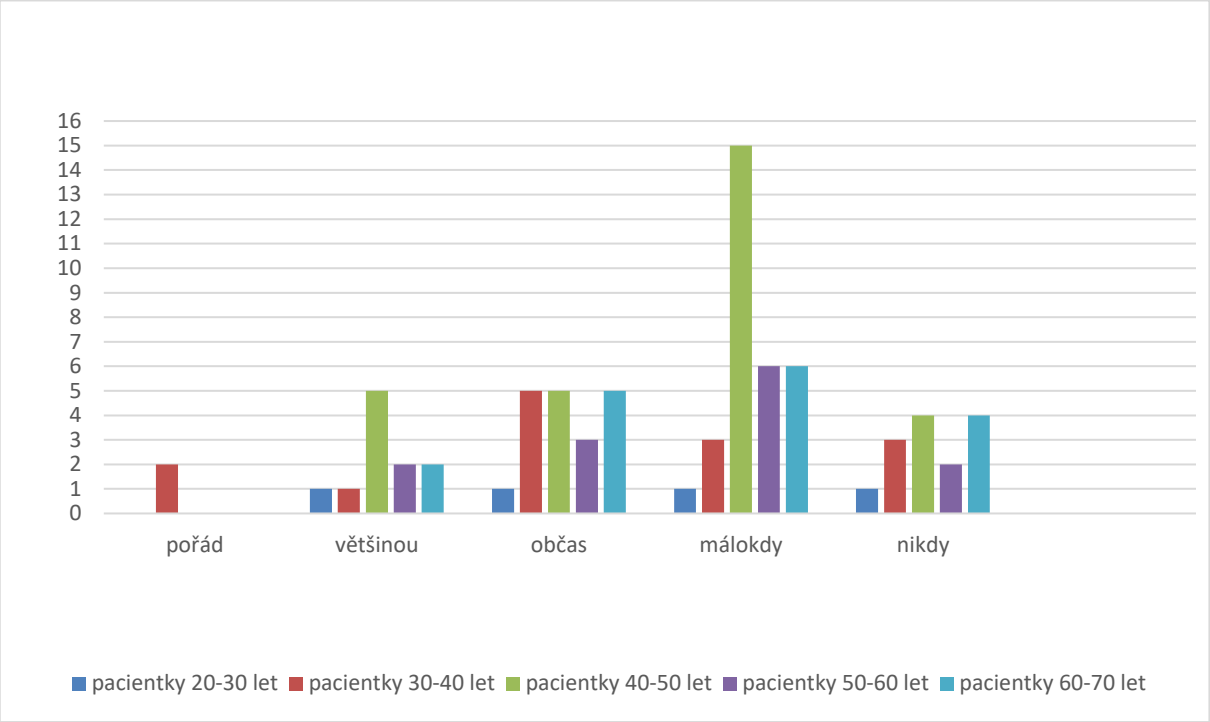
Obrázek 40- Pocit únavy

Obrázek č. 43 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se míry pocitu únavy v posledních 4 týdnech a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek odpověděla, že se cítila občas unavená. Pouze o jednu respondentku méně uvedlo, že se dost často cítily unaveny. Naopak žádná z respondentek neuvedla, že nebyla nikdy unavená.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 10

Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?



Obrázek 41- Omezování společenského života v kontextu zdr. a emoc. potíží

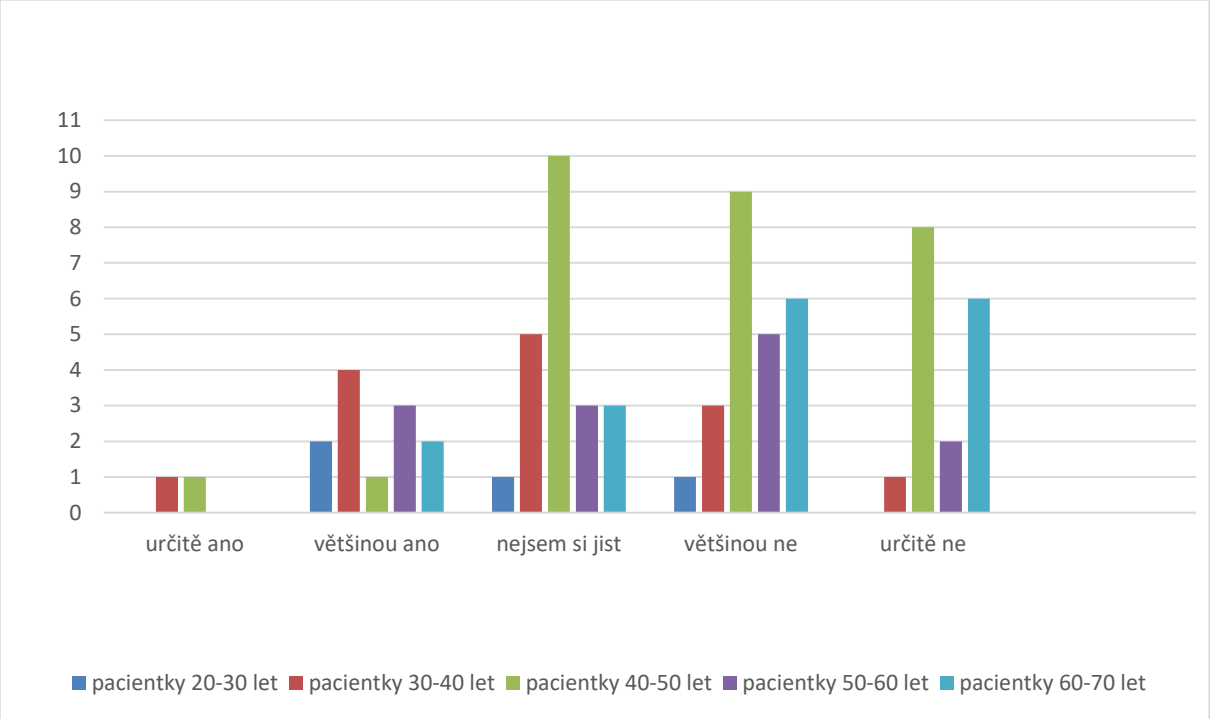
Obrázek č. 44 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se bránění ve společenském životě v kontextu zdravotních a emocionálních potíží a zároveň porovnání těchto odpovědí. Respondentky uvedly, že zdravotní nebo emociální obtíže bránily málokdy jejich společenskému životu. Odpověď málokdy zvolila 1 respondentka ve věku 20-30 let, 3 respondentky ve věkové kategorii 30-40 let, 15 respondentek ve věkové kategorii 40-50 let, 6 respondentek ve věkové kategorii 50-60 let a 6 respondentek z věkové kategorie 60-70 let. Naopak nejméně často byla uvedena odpověď pořád.

Zdroj: vlastní

Otázka č. 11

Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

a) Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé

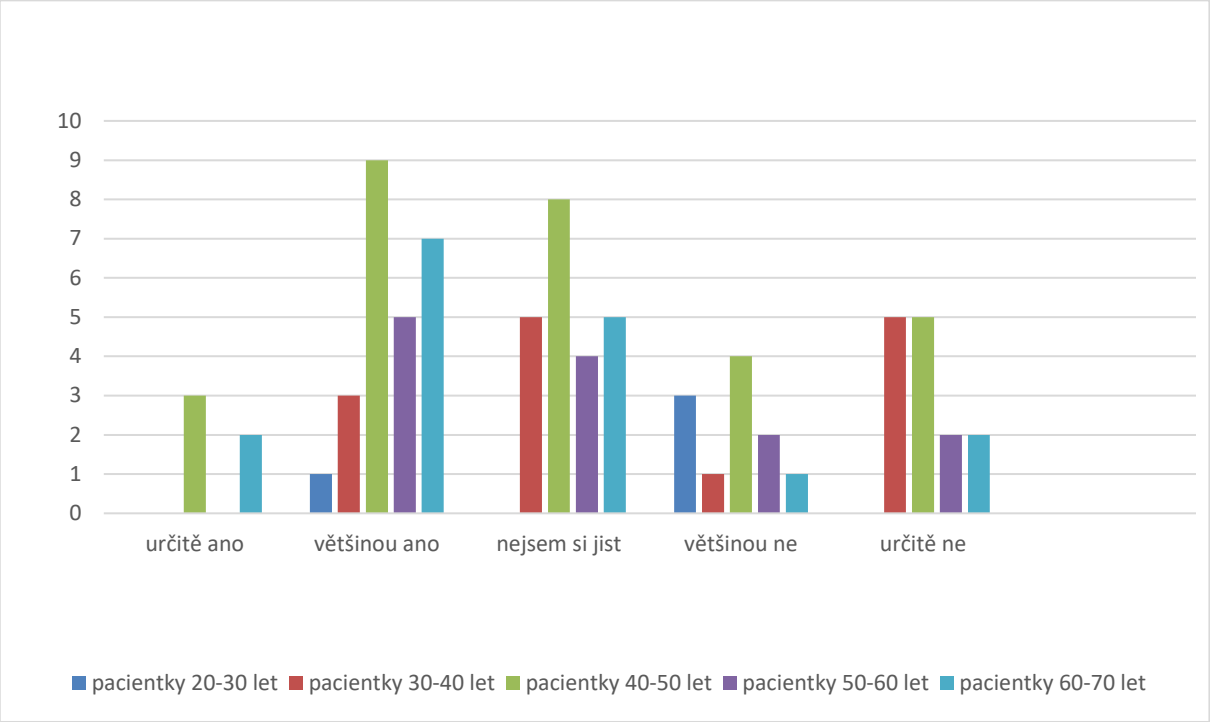


Obrázek 42- Náchylnost k nemocem

Obrázek č. 45 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se pocitu vyšší náchylnosti k onemocnění oproti ostatním lidem a zároveň porovnání těchto odpovědí. Z grafu lze vyčíst, že odpovědi respondentek se lišily. Většina respondentek uvedla, že většinou neonemocní poněkud snadněji než jiní lidé. Nejméně je zvolena odpověď pořád.

Zdroj: vlastní

b) Jsem stejně zdráva jako kdokoliv jiný

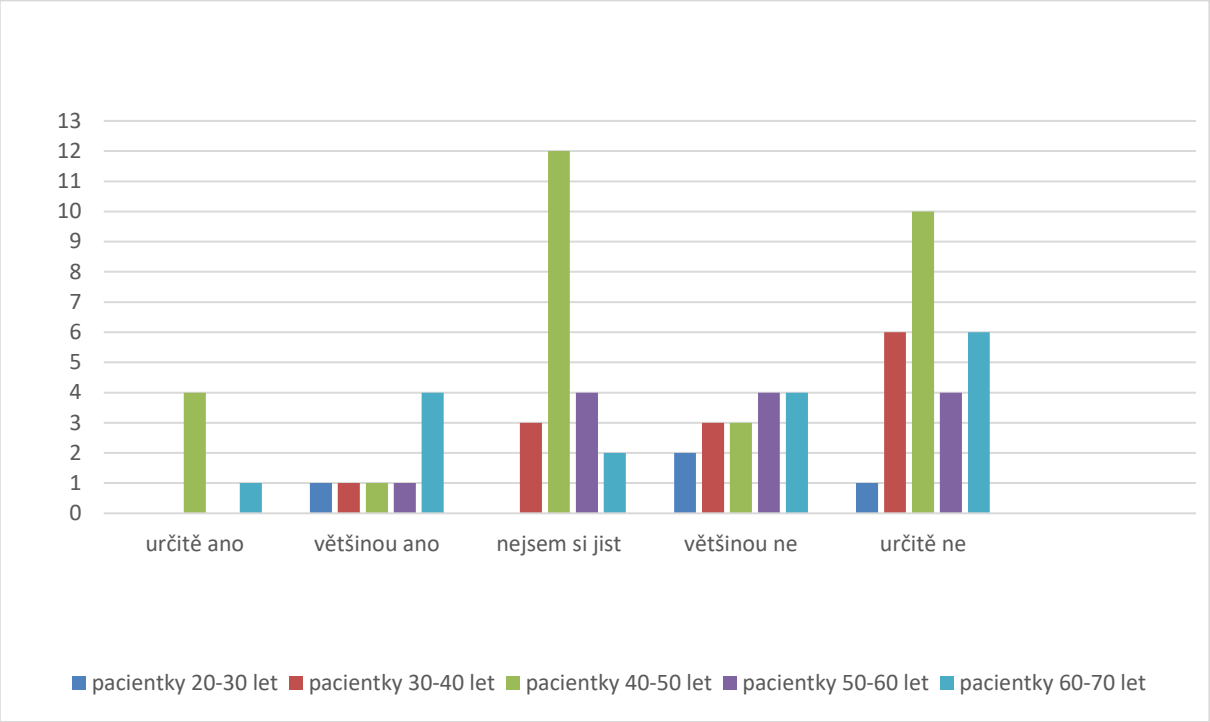


Obrázek 43- Zdraví na úrovni ostatních

Obrázek č. 46 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se pocitu stejného zdraví s kýmkoli jiným a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek zvolila odpověď, že jsou většinou zdrávy jako kdokoliv jiný. Pouze o 2 respondentky méně odpovědělo, že si nejsou jisty, a nejméně respondentek odpovědělo, že jsou určitě stejně zdrávy jako kdokoliv jiný.

Zdroj: vlastní

c) Očekávám, že mé zdraví se zhorší

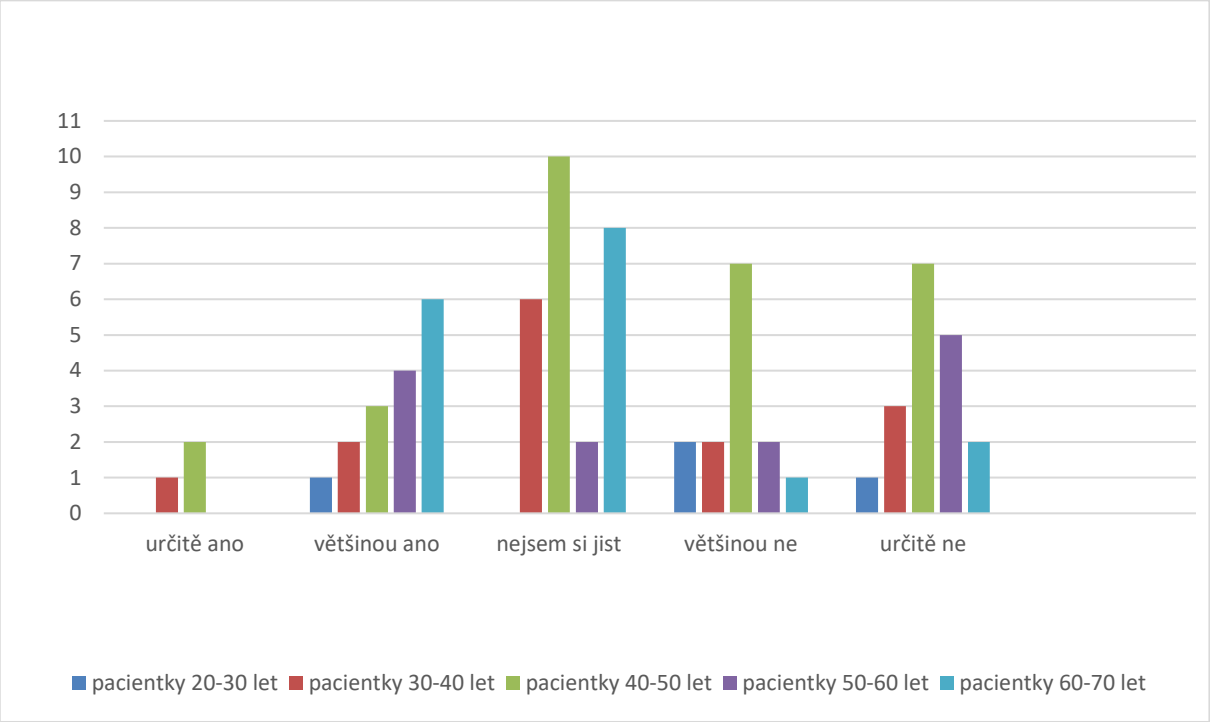


Obrázek 44- Očekávání zhoršení zdravotního stavu

Obrázek č. 47 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se změny zdravotního stavu k horšímu a zároveň porovnání těchto odpovědí. Odpovědi respondentek se opět lišily. Většina respondentek odpověděla, že určitě neočekává zhoršení zdraví. Nejméně respondentek odpovědělo, že se jejich zdraví určitě zhorší.

Zdroj: vlastní

d) Mé zdraví je perfektní



Obrázek 45- Perfektní zdraví

Obrázek č. 48 znázorňuje odpovědi pacientek v daných věkových kategoriích na otázku týkající se pozitivního hodnocení svého zdraví a zároveň porovnání těchto odpovědí. Většina respondentek odpověděla, že jsi nejsou jisty, zda je jejich zdraví perfektní. Nejméně respondentek odpovědělo, že jejich zdraví je určitě perfektní.

Zdroj: vlastní

Zde je znázorněná tabulka průměrů pro věkové kategorie. Vzhledem k nízkému zastoupení jednotlivých skupin dle mého názoru nemá smysl testovat rozdílnost.

Tabulka 12 -Porovnání průměrů

Věková skupina	20-30 (n=4)	30-40 (n=14)	40-50 (n=29)	50-60 (n=13)	60-70 (n=17)
	Průměr	Průměr	Průměr	Průměr	Průměr
Fyzické fungování	70,00	72,86	70,72	66,15	81,76
Fyzické omezení	37,50	32,14	37,93	13,46	69,12
Emoční problémy	41,67	61,90	47,13	35,90	66,67
Vitalita	36,25	47,14	38,10	40,38	56,18
Duševní zdraví	51,00	62,86	58,34	60,92	67,12
Sociální fungování	65,63	57,14	65,09	60,58	73,53
Tělesná bolest	61,88	45,57	63,88	62,31	81,03
Všeobecné zdraví	42,50	50,86	52,76	52,69	59,71

Zdroj: vlastní

4 DISKUZE

Hlavním cílem empirické části bylo monitorovat kvalitu života pacientek s onkologickým onemocněním prsu, které jsou v léčbě, a porovnat je se vzorkem pacientek, které jsou po dokončené léčbě a popřípadě jen na HT. Cílem bylo také znázornit dopad daného onemocnění na jednotlivé oblasti života. Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v hodnocení svého zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě. A posledním cílem bylo zmapovat hodnocení kvality života zúčastněných respondentek daných věkových kategorií.

K dosažení cílů byl použit standardizovaný dotazník o zdravotním stavu SF-36, výsledky jednotlivých položek v dotazníku byly vyobrazeny v grafech. Pro účely stanovených hypotéz byla data zpracována v programu STATISTIKA 12 a následně vyhodnocena za pomoci Mann-Whitneyova U testu.

Průzkumu se zúčastnilo 77 žen, u kterých bylo diagnostikováno onkologické onemocnění prsu. Nejvíce respondentek (47) bylo po prodělané onkologické léčbě a 30 respondentek bylo v průběhu léčby. Z věkových kategorií byla nejvíce zastoupena kategorie žen ve věku 40-50 let.

4.1 Výzkumná otázka číslo 1

Existuje rozdíl mezi počtem bodů získaných ve všech dimenzích dotazníku kvality po léčbě a v léčbě?

Testovaná hypotéza ověřovala, zda získaný počet bodů ve všech dimenzích v dotazníku kvality života byl rozdílný u pacientek v léčbě a po léčbě. Předpokladem bylo, že pacientky v léčbě hodnotily dotazník nižším skóre nežli pacientky po léčbě. Z výsledků, které byly statisticky ověřeny, vyplývají tyto závěry: v dimenzi fyzického fungování vyšly v hodnocení pacientkami v léčbě a po léčbě statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 0,05. Pacientky v léčbě tuto dimenzi hodnotily vyšším skóre než pacientky v léčbě. V dimenzi omezení rolí v důsledku fyzického zdraví byly mezi výsledky také statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 0,05, pacientky po léčbě také skórovaly výše nežli pacientky v léčbě

Dimenze omezení zdraví v důsledku emocionálních potíží potvrdila mezi pacientkami v léčbě a po léčbě také statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05. I tuto dimenzi hodnotily pacientky vyšším skóre. Stejně tak tomu bylo i u dimenze energie/únava, kde se mezi pacientkami potvrdil rozdíl na hladině významnosti 0,05. V dimenzi emocionální pohoda byl mezi pacientkami v léčbě a po léčbě potvrzen statisticky významný rozdíl na hladině

významnosti, i zde lépe hodnotily pacientky po léčbě. V dimenzi bolesti se také potvrdil statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05. V dimenzi celkového zdraví byl potvrzen mezi pacientkami v léčbě a po léčbě statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05, přičemž pacientky po léčbě dosahovaly vyššího skóre nežli pacientky v léčbě.

Nulová hypotéza byla v tomto případě zamítnuta a byla přijata alternativní hypotéza, že mezi počtem získaných bodů ve všech dimenzích v dotazníku kvality života byl statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05. Můžeme tedy říct, že pacientky po léčbě hodnotí kvalitu života lépe než pacientky v léčbě.

Podobnému průzkumu se věnovala ve své bakalářské práci (Veselá, 2012), využila však pacienty s různými onkologickými onemocněními. Výzkumný soubor tvořilo 110 pacientů z onkologického centra ve Zlíně, kteří podstupovali onkologickou léčbu. U průzkumného šetření byl použit dotazník WHOQOL-BREF, kdy respondenti hodnotili celkové zdraví jako dobré a se sociálními vztahy byli spokojeni.

Také byla prováděna studie Kvalita života měřena jako změna v čase u českých žen s karcinomem prsu, kdy výzkumný soubor byl tvořen 74 ženami s karcinomem prsu a 73 zdravými ženami byl použit QOL dotazník. Analýza dat byla provedena pomocí W-M U testu. Významný pokles u žen s karcinomem prsu byl u fyzického fungování p=0,021, tělesné bolesti p=0,001, celkový zdravotní stav p=0,031, citový a funkční stav p= <0,001 a fyzická tělesná pohoda p=0,001. Vzestup byl nalezen v doméně sociální pohoda p=0,024.

4.2 Výzkumná otázka číslo 2

Existuje rozdíl mezi hodnocením zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě?

Z výsledků, které byly statisticky ověřeny za pomoci Mann-W U testu, vyplývá tento závěr: v hodnocení zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě byl statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05. Přijímáme tedy alternativní hypotézu, že v hodnocení zdraví dnes ve srovnání před rokem je statisticky významný rozdíl.

4.3 Výzkumná otázka číslo 3

Jaké je hodnocení kvality života zúčastněných respondentek daných věkových kategorií?

Díky malému počtu respondentů nemělo smysl testovat rozdílnost hodnocení kvality života. Byly vyhodnoceny jednotlivé otázky a zobrazeny v grafu. Jednotlivé dimenze byly vyhodnoceny v průměrech. Respondentky ve věku 20-30 let hodnotí dimenzi fyzického zdraví v průměru 70, respondentky ve věku 30-40 let v průměru 72,86, respondentky 40-50 let hodnotí dimenzi v průměru 72,72, respondentky ve věku 50-60 let tuto dimenzi hodnotí v průměru 66,15 a respondentky ve věkové kategorii 60-70 let ji hodnotí v průměru 81,76. Z tohoto tvrzení můžeme usuzovat, že doménu fyzického zdraví nejlépe hodnotí pacientky ve věku 60-70 let a nejhůře ji hodnotí pacientky ve věku 50-60 let. Do této dimenze jsou zařazeny otázky 3-12, které se týkají činností vykonávaných během dne. Odpovědi na jednotlivé otázky byly zobrazeny v grafech.

Dimenzi omezování rolí v důsledku fyzického zdraví opět v průměru 69,12 hodnotily nejlépe respondentky ve věku 60-70 let, nejhůře tuto dimenzi hodnotily pacientky ve věku 50-60 let; jejich hodnocení bylo v průměru 13,46. Jednotlivé odpovědi na otázky byly vyobrazeny v grafech,

V dimenzi omezení rolí v důsledku emocionálních problémů dosahovaly opět nejvyšších průměrných hodnot 66,67 pacientky ve věkové kategorii 60-70 let. Druhého nejvyššího průměru 61,9 dosáhly pacientky ve věku 30-40 let. Nejnižšího průměru dosáhly pacientky ve věku 50-60 let.

V dimenzi energie/únava dosáhly nejvyšších hodnot pacientky ve věkové kategorii 60-70 let. Druhého nejvyššího průměru 47,17 dosáhly pacientky ve věkové kategorii 30-40 let. Nejnižšího průměru 36,2 dosáhly pacientky ve věku 20-30 let.

V dimenzi emocionální pohoda nejvyššího průměru 67,12 dosáhly opět pacientky ve věku 60-70 let. Druhého nejvyššího průměru 62,86 dosáhly pacientky ve věkové kategorii 30-40 let. Nejnižší průměr 51,0 byl u pacientek 20-30 let

V dimenzi sociální fungování dosáhly opět nejvyššího průměru 73,53 pacientky ve věku 60-70 let. Druhého nejvyššího průměru 65,63 dosáhly pacientky ve věkové kategorii 20-30 let. Nejnižší průměr 57,14 byl u pacientek 30-40 let.

V dimenzi sociální bolest dosáhly opět nejvyššího průměru 81,03 pacientky ve věku 60-70 let. Druhého nejvyššího průměru 62,31 dosáhly pacientky ve věkové kategorii 40-50 let. Nejnižší průměr 45,57 byl u pacientek 30-40 let.

V dimenzi celkové zdraví dosáhly opět nejvyššího průměru 59,71 pacientky ve věku 60-70 let. Druhého nejvyššího průměru 52,76 dosáhly pacientky ve věkové 40-50 let. Nejnižší průměr 42,5 byl u pacientek 20-30 let.

Odpovědi na jednotlivé otázky pacientek věkových kategorií nalezneme znázorněny v grafech. Porovnávání výsledků vzhledem k malému počtu respondentů věkových kategorií není příliš vhodné. Nejlépe všechny dimenze, a tudíž i kvalitu života, hodnotí ženy ve věkové kategorii 60-70 let. Odpovědi mohou být ovlivněny tím, že většina pacientek mohla být např. po ukončené léčbě.

5 ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo monitorovat kvalitu života pacientek s onkologickým onemocněním prsu, které jsou v léčbě, a porovnat je se vzorkem pacientek, které jsou po dokončené léčbě a popřípadě jen na HT, a také znázornit dopad daného onemocnění na jednotlivé oblasti života, Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v hodnocení svého zdraví dnes ve srovnání před rokem pacientkami v léčbě a po léčbě. A posledním cílem bylo zmapovat hodnocení kvality života zúčastněných respondentek daných věkových kategorií.

První část této práce tvoří teoretické východisko pro empirickou část. Úkolem praktické části bylo seznámení s onkologickým onemocněním prsu a s jeho klasifikací a léčbou a následně i prevencí. Pro empirické východisko je podstatnou částí kapitola seznamující s kvalitou života.

Druhá část práce je tvořena kvantitativním výzkumem, v němž jsou zpracována data získána od respondentek s diagnózou karcinom prsu, které pravidelně dochází do onkologického centra Medicon a.s. Pro získání těchto dat byla použita metoda standardizovaného dotazníku SF-36, který se skládá z 36 otázek, dále rozdělených do 8 dimenzí. Pro zpracování dat byly podle odpovědí pacientky zařazeny nejprve do 2 skupin, a sice pacientky v léčbě a po léčbě. Data byla statisticky zpracována a vyhodnocena. Výsledky prezentují odpovědi na testované hypotézy. Dále bez ohledu na léčbu byly podle odpovědí pacientky zařazeny do věkových kategorií. Vzhledem k nízkému počtu nebyly ověřovány statistickými metodami rozdíly v hodnocení. Odpovědi na jednotlivé otázky byly zpracovány v grafech a jednotlivé dimenze byly hodnoceny pouze podle průměru.

Z výsledku bylo zjištěno, že mezi pacientkami v léčbě a po léčbě existuje v hodnocení jednotlivých dimenzí, a tedy i v hodnocení kvality života, statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05. Všechny dimenze jsou lépe hodnoceny pacientkami po léčbě. Je tedy zřejmé, že pacientky po léčbě mají vyšší kvalitu života než pacientky v léčbě.

Také při hodnocení otázky na kvalitu zdraví dnes ve srovnání před rokem byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi pacientkami v léčbě a po léčbě. Pacientky po léčbě otázku hodnotily vyšším skóre.

Pro hodnocení kvality života ve věkových kategorií bylo využito grafu znázorňující jednotlivé odpovědi na jednotlivé otázky a byla vytvořena tabulka s průměry, z nichž bylo zřejmé, že nejvyššího skóre v hodnocení všech dimenzí, a tedy celkově kvality života, dosahovaly

pacientky ve věkové kategorii 60-70 let. Nejnižších průměrů bylo dosaženo ve věkové kategorii 20-30 let.

Vzhledem k různorodosti hodnocení se domnívám, že by bylo dobré, aby každá pacientka byla v péči onkologických psychologů, kteří jí vše potřebné šetrně vysvětlí. Dále bych doporučila věnovat pozornost zlepšení managementu ošetřovatelství a vycházet tak z aktuálních potřeb nemocných. Doporučuji především zdravotním sestrám aktivně se účastnit kurzů a přednášek o zlepšování kvality života, aby uměly využít všech svých nástrojů, jako jsou empatie a porozumění.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Literární zdroje

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu.* 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2055-0.

ADAM, Zdeněk a kol. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa.* Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.

ARGAYOVÁ, Ivana, Katarína ANGELOVIČOVÁ a Lucia DIMUNOVÁ. *Specializovaná ošetřovatelská péče v onkourologii: nádory močového měchýře.* Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1726-0.

BELLIS. *Nejsi na to sama: průvodce rakovinou prsu.* Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3070-2.

BLEIEROVÁ, Dita a Jan KADLČÍK. *Maják v moři strachu: Průvodce léčbou rakoviny prsu pro ženy, jejich partnery a blízké.* Tým nad Vltavou: Nová Forma, 2020. ISBN 978-80-270-7081-7.

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

COUFAL, Oldřich, FAIT, Vuk a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3641-9.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2020.* Praha: Český statistický úřad, 2020. ISBN 978-80-250-3050-9.

DANEŠ, Jan a kol. *Screening a diagnostika karcinomu prsu: pro každodenní praxi.* Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1239-5.

DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK. *Rekonstrukce prsu po mastektomii.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1123-0.

FALEIDE, Absjorn, Lian B. LILLEBA a Eyolf Klaeboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.

FUSEK, Martin a kol. *Biologická léčiva.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3727-0.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4811-5.

KLENER, Pavel a Pavel KLENER jr. *Principy systémové protinádorové léčby.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4171-0.

KRUL, I. M. et al. Zvýšené riziko karcinomu prsu u žen podstoupivších fertilizaci in vitro s vícečetným těhotenstvím: nová hypotéza založená na historických údajích o fertilizaci in vitro. In ELSEVIER. *Karcinom prsu.* Praha: AT Mediaprint, 2015, s. 11-18. ISBN 978-80-88044-03-1.

MAREK, Josef, VRABLÍK, Michal a kol. *Markova farmakoterapie vnitřních věcí.* 5., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5078-1.

MUKHERJEE, Siddhartha. *Vládkyně všech nemocí: příběh rakoviny.* Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7761-4.

NOVOTNÝ, Jan, VÍTEK, Pavel, KLEIBL, Zdeněk a kol. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů.* 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3944-4.

ODRÁŽKA, Karel, Martin DOLEŽAL a Jaroslav VAŇÁSEK. Radioterapie a protonová léčba. In KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRŽELKA (eds.). *Chirurgická onkologie.* Praha: Grada, 2014, s. 105-115. ISBN 978-80-247-4284-7.

PAULÍK, Adam. Současná indikace systémové neadjuvantní terapie u pacientek s karcinomem prsu. *Onkologie,* 2015, roč. 9, č. 1, s. 22-26. ISSN 1802-4475.

PETRÁKOVÁ, Katarína. Úvodní slovo. In ELSEVIER. *Karcinom prsu.* Praha: AT Mediaprint, 2015, s. 3. ISBN 978-80-88044-03-1.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

REED, Malcolm W. a Riccardo A. AUDISIO. *Management of Breast Cancer in Older Women.* London: Springer. ISBN 978-1-84800-264-7.

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

RÜEGG, Johann Casper. *Mozek, duše a tělo: neurobiologie psychosomatiky a deprese.* Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1581-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.

STRNAD, Pavel. *Nemoci prsu v každodenní praxi.* Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-390-9.

ŠUK, Jindřich a Luboš PETRUŽELKA. Nádory prsu. In KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC, Luboš PETRUŽELKA a kol. *Chirurgická onkologie.* Praha: Grada, 2014, s. 295-322. ISBN 978-80-247-4284-7.

TOMANCOVÁ, Věra, Jaroslav VAŇÁSEK, Pavel VÍTEK a Martin DOLEŽAL. Radioterapie. In CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kol. *Onkogynekologie.* Praha: Grada, 2009, s. 207-218. ISBN 978-80-247-2665-6.

TOMEŠ, Igor, Kateřina ŠÁMALOVÁ a kol. *Sociální souvislosti aktivního stáří.* Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2.

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

6.2 Odborné časopisy

ANDERKOVÁ, L, N ELFMARKOVÁ a T SVĚRÁK, 2016. Kvalita života měřená jako změna v čase u českých žen s karcinomem prsu. *Klinická onkologie* [online]. Brno, 6.10.2015, **29**(2), 113-121 [cit. 2022-04-20]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: https://www.mamo.cz/cs/lekari/epidemiologie-karcinomu-prsu/

BIELČIKOVÁ, Zuzana. Karcinom prsu u mužů. *Onkologie*, 2016, roč. 10, č. 4, s. 170-174. ISSN 1802-4475.

BLATNÝ, Marek a Zdeněk ADAM. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lékařství*, 2008, roč. 54, č. 6, s. 638-645. ISSN 1801-7592.

BÜCHLER, Tomáš a Jana ČEJKOVÁ. Přehled biologické léčby HER2-pozitivního metastatického karcinomu prsu. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2015, roč. 29, č. 1, s. 8-12. ISSN 1803-5353.

COMPEN, Félix et al. Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: a

muticenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 2018, Vol. 36, Issue 23, pp. 2413-2421. ISSN 0732-183X.

ČMEJLOVÁ, Vlastimila. Komplexní léčba časného karcinomu prsu. *Onkologie,* 2020, roč. 14, č. 4, s. 148-156. ISSN 1802-4475.

GREGOR, Jan et al. Role a význam občanských aktivit v podpoře screeningu zhoubných nádorů. *Klinická onkologie*, 2014, roč. 27, č. 2, 2S128-2S130, ISSN 0862-495X.

GUARINO, Angela et al. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women in Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 2020, Vol. 9, Issue 1, pp. 209-234. ISSN 2077-0383.

HEŘMANOVÁ, Eva. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia,* 2012, roč. 44, č. 4, s. 407-425. ISSN 0049-1225.

PAULÍK, Adam. Současná indikace systémové neadjuvantní terapie u pacientek s karcinomem prsu. *Onkologie,* 2015, roč. 9, č. 1, s. 22-26. ISSN 1802-4475.

PETRÁKOVÁ, Katarína. Adjuvantní hormonální léčba premenopauzálních pacientek. *Remedia*, 2018, roč. 28, č. 3, s. 302-304. ISSN 0862-8947.

PITR, Karel a Kateřina ŠTUDENTOVÁ. Rehabilitace pacientek po léčbě karcinomu prsu. *Medicína pro praxi*, 2016, roč. 13, č. 5, s. 256-260. ISSN 1214-8687.

PRAUSOVÁ, Jana. Karcinom prsu – problém i v 21. století. *Interní medicína pro praxi*, 2010, roč. 12, č. 1, s. 26-32. ISSN 1214-8687.

WEINBERGER, T. et al. Women in Dangerous Intersection: Diagnosis and Treatment of Depression and Related Disorders in Patients with Breast Cancer. In KORNSTEIN Susan G. and Anita H. CLAYTON (eds.). *Women´s Mental Health, An Issue of Psychiatric Clinics.* Philadelphia: Saunders, pp. 409-422. ISBN 978-1-43771-868-3.

KIM, Min Kyoon and Jaihong HAN. Considerations in Oncoplastic Surgery. In NOH, Dong-Young, Wonshik HAN and Masakazu TOI (eds.). *Translational Research in Breast Cancer.* Singapore: Singer, 2021, pp. 525-544. ISBN 978-981-32-9316-0.

6.3 Internetové zdroje

AGARWAL, Indu and Luis BLANCO. *Breast. General WHO Classification.* [online] 2019 [cit. 2021-10-19]. Dostupné na internetu: https://www.pathologyoutlines.com/topic/breastmalignantwhoclassification.html

ANON. *Projekty* [online] 2021 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.breastcancer.cz/projekty/

BÜCHLER, Tomáš a Martin KOŘÁN. *Karcinom prsu. Průvodce pro pacienty – diagnostika a léčba.* [online] Praha: Aliance žen s rakovinou prsu, 2009 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: https://www.mamo.cz/res/file/dokumenty/karcinom-prsu-brozurka-2009.pdf

CARDOSO, Fatima and Victoria HARMER. *The Invisible Woman 2.0. 2020 Report.* [online] 2020 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.wearehereandnow.com/pdf/The_Invisible_Woman_Report_2.0_Final.pdf

CESTA DOMŮ. *Průvodní jevy léčby onkologického onemocnění.* [online] 2016 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/rady-a-informace/pruvodni-jevy-lecby-onkologickeho-onemocneni

CHANG, Alice F. and Sandra B. HABER. *Breast Cancer: How Your Mind Can Help Your Body.* [online] 2011 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.apa.org/topics/behavioral-health/breast-cancer

ČT24. *Mamma Help končí. Organizace, která pomáhala ženám s rakovinou prsu, přišla o sponzory.* [online] 2020 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3128276-mamma-help-konci-organizace-ktera-pomahala-zenam-s-rakovinou-prsu-prisla-o-sponzory

DUŠEK, Ladislav a kol. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice.* [online] 2019 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: https://www.svod.cz/

EVROPSKÁ KOMISE. *Sdělení komise Evropskému parlamentu a Radě EMPTY* [online] 2021 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0044&from=EN

HERALOVÁ, Zuzana. *Příběh matky a dcery s rakovinou: Se ztrátou vlasů se vyrovnaly díky parukám.* [online] 2018 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://zena.aktualne.cz/zdravi/pribeh-

matky-a-dcery-nerekli-byste-ze-obe-bojuji-s-rakovinou/r~633d17986b0511e8bd55ac1f6b220ee8/

HORÁKOVÁ, Hana. *Chemoterapie při rakovině prsu – co tato léčba obnáší?* [online] 2017 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.ulekare.cz/clanek/chemoterapie-pri-rakovine-prsu-co-tato-lecba-obnasi-312188

IBA MU a ČTK. *Přežití onkologických pacientů v České republice se výrazně prodloužilo.* [online] Národní onkologický program, 2013 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: https://www.onconet.cz/index.php?pg=aktuality&aid=948#tab1

KOŠŇAROVÁ, Barbora. *Jak odhalit rakovinu prsu včas? Důležitá jsou pravidelná vyšetření.* [online] Zdraví online, 2019 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/leky/rakovina-prsu-priznaky-lecba/

LUO, Xiao-Chao et al. Effect of Tai Chi Chuan in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. In INVERZZINI, Marco, Nicola FUSCO and Jisun KIM (eds.). *Quality of Life in Breast Cancer Patients and Survivors.* [online] *Frontiers in Oncology,* 2020, pp. 79-93 [cit. 221-12-31]. Doi: https://doi.org/10.3389/fonc.2020.620574

MAMMA HELP. *Vyšetření pohmatem (palpací).* [online] 2020 [cit. 2021-11-12]. Dostupné z: https://www.mammahelp.cz/rakovina-prsu/vse-o-rakovine-prsu/metody-vysetrovani-prsu/

MÁJEK, O., J. DANEŠ, M. SKOVAJSOVÁ, O.NGO, L. ŠNAJDROVÁ, J. MUŽÍK, L. DUŠEK a K. HEJDUK.: *Mamo.cz – Program mamografického screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2019. [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: mamo.cz - Epidemiologie karcinomu prsu v České republice

MAREŠ, Daniel. *Ženy s rakovinou prsu, o kterých se dlouho mlčelo.* [online] 2018 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.vitalia.cz/clanky/zeny-s-rakovinou-prsu-o-kterych-se-dlouho-mlcelo/

MATYÁŠOVÁ, Ivana. *Rovina hýbe i s psychikou: Zdravotnictví hledá řešení.* [online] 2014 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/rakovina-hybe-i-s-psychikou.A140916_133059_ln-zdravi_ape

MOKHTARI-HESSARI, Parisa and Ali MONTAZERI. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes*

[online] 2020, Vol. 18, Article 338 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01591-x#citeas

PAULÍK, Adam a Jan SIRÁK. *Protokol pro léčbu karcinomu prsu.* [online] 2020 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.fnhk.cz/fs2478/karcinom-prsu20.pdf

PERLÍKOVÁ, Pavlína. *Kvalita života je dnes hlavním cílem onkologické léčby.* [online] 2021 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://prioritymagazin.cz/2021/03/25/kvalita-zivota-je-dnes-hlavnim-cilem-onkologicke-lecby/

REŽŇÁKOVÁ, Lada. *Ženy s metastatickou rakovinou prsu se dočkaly. Potřebný lék zaplatí pojištění* [online] 2021 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/metastaticka-rakovina-prsu-sukl-zdravotni-pojistovny-schvaleni-leku.A210202_142213_domaci_lre

SEDLÁČKOVÁ, Helena. *EU vyráží do boje proti rakovině, národní plán chystá i ČR. V prevenci a kvalitě života pacientů máme ještě co dohánět.* [online] 2021 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/03/eu-vyrazi-do-boje-proti-rakovine-narodni-plan-chysta-i-cr-v-prevenci-a-kvalite-zivota-pacientu-mame-jeste-co-dohanet/

SHIN, Woo-kyoung et al. The association between physical activity and health-related quality of life among breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes* [online] 2017, Vol. 15, Issue 132 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0706-9#citeas

SLAVÍKOVÁ, Šárka a Michaela ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ. *Zdravotně sociální péče u onkologicky i jinak dlouhodobě nemocných pro praktické lékaře* [online] Praha: Amelie, 2019 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.amelie-zs.cz/wp-content/uploads/PraktickyLekarA5_2019web.pdf

ŠŤASTNÁ Dominika. *Jak funguje biologická léčba rakoviny prsu.* [online] 2017 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.ulekare.cz/clanek/jak-funguje-biologicka-lecba-rakoviny-prsu-319547

ÚZIS. *Mezinárodní klasifikace nemocí. C50.* [online] 2021 [cit. 2021-10-19]. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/C50.0

VÁŠA, Petr. *Rakovina prsu – příznaky, příčiny a léčba.* [online] 2021 [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/rakovina-prsu-priznaky-priciny-a-lecba/

VLÁDA ČR. *„Kdyby" znamená pozdě. Nepodceňte prevenci. Rakovinou onemocní každý třetí z nás a každý čtvrtý na ni zemře.* [online] 2021 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Onkobrozura_Kdyby_znamena_pozde.pdf

VZP. *Říjen je měsícem boje proti rakovině prsu. Jak a kdy se nechat vyšetřit a na co mám nárok u VZP? Jaký je rozdíl mezi vyšetřením ultrazvukem a mamografem?* [online] 2021 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/preventivni-vysetreni-prsu-ultrazvukem-a-mamografem

WATSON, Maggie a Charlotte WHITE. *Zvládání rakoviny: příručka pro pacienty.* [online] 2009 [cit. 2021-12-31]. Dostupné z: https://www.amelie-zs.cz/wp-content/uploads/Zvladani-rakoviny-prirucka-1.pdf

6.4 Ostatní

VESELÁ, Hana. *Kvalita života onkologických pacientů v průběhu léčby*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012, 105 s. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Mgr. Šťastná, Jarmila

Dostupné z: **http://hdl.handle.net/10563/20011**

7 PŘÍLOHY

Příloha A – *Lineární urychlovač užívaný při teleterapii* (Tomancová, Vaňásek, Vítek a Doležal, 2009, s. 210).....122

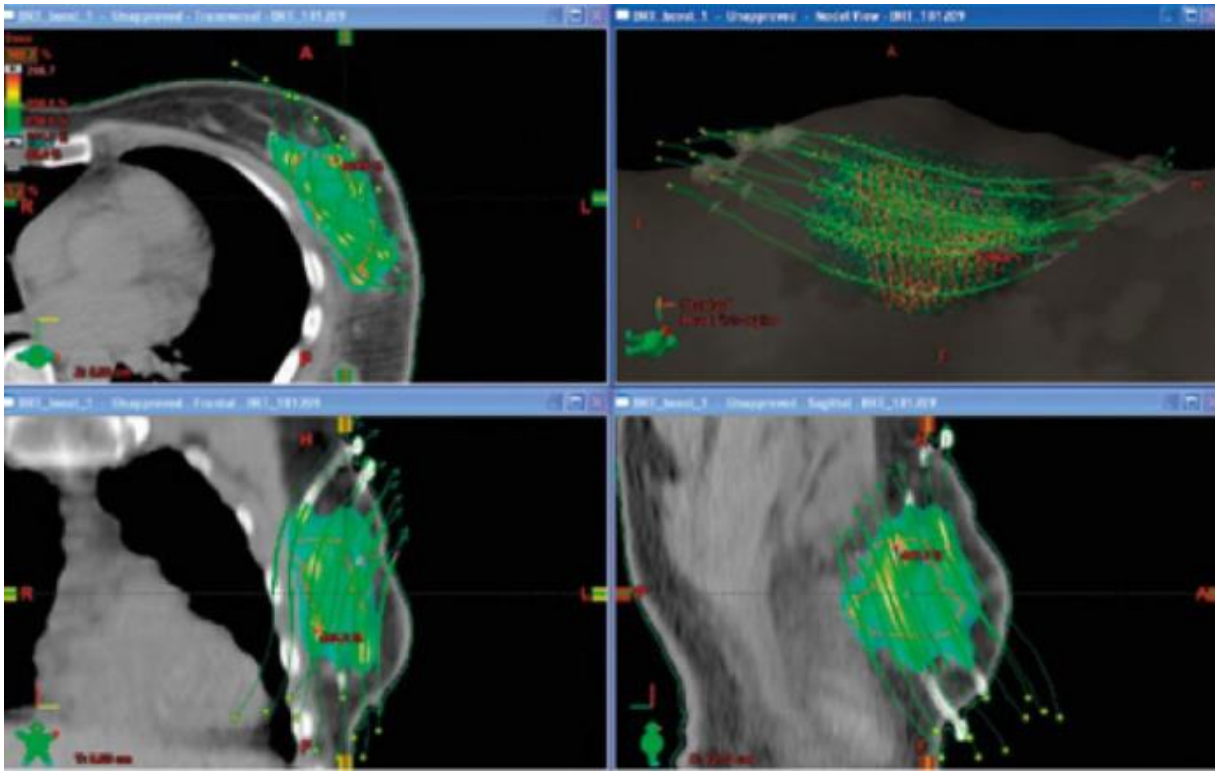
Příloha B – *Brachytereapie karcinomu prsu s vysokým dávkovým příkonem* (Ondráška, Doležal a Vaňáček, 2014, s. 112).....123

Příloha C – *Dotazník*……123

Příloha D – *Manuál ke zpracování dotazníku SF-36*……...133

Příloha A – *Lineární urychlovač užívaný při teleterapii* (Tomancová, Vaňásek, Vítek a Doležal, 2009, s. 210)

Příloha B – *Brachytereapie karcinomu prsu s vysokým dávkovým příkonem* (Ondráška, Doležal a Vaňáček, 2014, s. 112)



Příloha C – *Dotazník*

Dotazník kvality života Short Form - 36 (SF-36)

NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

Uveďte prosím, zda jste v léčbě nebo po léčbě (chemoterapie, radioterapie, biologická léčba, HT)

(Zakroužkujte jedno číslo)

1.	**Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:**	
a.	Výtečné	1
b.	Velmi dobré	2
c.	Dobré	3
d.	Docela dobré	4
e.	Špatné	5

(Zakroužkujte jedno číslo)

2.	**Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?**	
a.	Mnohem lepší než před rokem	1
b.	Poněkud lepší než před rokem	2
c.	Přibližně stejné jako před rokem	3
d.	Poněkud horší než před rokem	4
e.	Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického

dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Činnosti	**Ano, omezuje hodně**	**Ano, omezuje trochu**	**Ne, vůbec neomezuje**
a	**Usilovné činnosti** jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b.	**Středně namáhavé činnosti** jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c.	Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d.	Vyjít po schodech **několik** pater	1	2	3
e.	Vyjít po schodech **jedno** patro	1	2	3
f.	Předklon, shýbání, poklek	1	2	3

g.	Chůze **asi jeden kilometr**	1	2	3
h.	Chůze po ulici **několik set metrů**	1	2	3
i.	Chůze po ulici **sto metrů**	1	2	3
j.	Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

(Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

4. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?			
		Ano	**Ne**
a.	**Zkrátil se čas**, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b.	**Udělal(a) jste méně,** než jste chtěl(a)?	1	2
c.	Byl(a) jste omezen(a) v **druhu** práce nebo jiných činností?	1	2
d.	Měl(a) jste **potíže** při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

(Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

5. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?			
		Ano	**Ne**
a.	**Zkrátil se čas**, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b.	**Udělal(a) jste méně,** než jste chtěl(a)?	1	2

c.	Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně **pozorný(á)** než obvykle?	1	2

(Zakroužkujte jedno číslo)

6.	**Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?**	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

(Zakroužkujte jedno číslo)

7.	**Jak velké <u>bolesti</u> jste měl(a) <u>v posledních 4 týdnech</u>?**	
a.	Žádné	1
b.	Velmi mírné	2
c.	Mírné	3
d.	Střední	4
e.	Silné	5
f.	Velmi silné	6

(Zakroužkujte jedno číslo)

8.	**Do jaké míry Vám <u>bolesti</u> bránily v práci (v zaměstnání i doma) <u>v posledních 4 týdnech</u>?**	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a). (Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

Jak často v posledních 4 týdnech:							
		Pořád	**Většinou**	**Dost často**	**Občas**	**Málokdy**	**Nikdy**
a.	Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
b.	Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c.	Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d.	Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e.	Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f.	Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g.	Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
h.	Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
i.	Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

(Zakroužkujte jedno číslo)

10.	**Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?**	
a.	Pořád	1
b.	Většinou	2
c.	Občas	3
d.	Málokdy	4
e.	Nikdy	5

(Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?						
		Určitě ano	**Většinou ano**	**Nejsem si jist**	**Většinou ne**	**Určitě ne**
a.	Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b.	Jsem stejně zdráv(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c.	Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d.	Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Zdroj : SF_36_dotaznik_ukol_5 (5).pdf

Příloha D – *Manuál ke zpracování dotazníku SF-36*

Krok 1: Překódování položek

1, 2, 20, 22, 34, 36	1 →	100
	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 →	0
	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
21, 23, 26, 27, 30	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
24, 25, 28, 29, 31	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100
32, 33, 35	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

* Předkódované volby odpovědi, jak jsou vytištěny v dotazníku.

Tabulka 2

Krok 2: Zprůměrování položek do měřítek formuláře

Měřítko	Počet položek	Po překódování podle tabulky 1 zprůměrujte následující položky
Fyzické fungování	10	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Omezení role kvůli fyzickému zdraví	4	13 14 15 16
Omezení role kvůli emocionálním problémům	3	17 18 19
Energie/únava	4	23 27 29 31
Emoční pohoda	5	24 25 26 28 30
Sociální fungování	2	20 32
Bolest	2	21 22
Obecné zdraví	5	1 33 34 35 36

Tabulka 3

Spolehlivost, centrální tendence a variabilita měřítek ve studii lékařských výsledků

Měřítko	Položky	Alfa	Znamenat	SD
Fyzické fungování	10	0,93	70,61	27,42
Role fungující/fyzická	4	0,84	52,97	40,78
Role fungující/emocionální	3	0,83	65,78	40,71
Energie/únava	4	0,86	52,15	22,39
Emoční pohoda	5	0,90	70,38	21,97
Sociální fungování	2	0,85	78,77	25,43
Bolest	2	0,78	70,77	25,46
Obecné zdraví	5	0,78	56,99	21.11
Změna zdraví	1	—	59,14	23.12

Zdroj: [36-Item Short Form Survey (SF-36) | RAND]