

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Olha Voronuk

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria

Diplomová práce

2022

Bc. Olha Voronuk

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Olha Voroňuk**
Osobní číslo: **Z20385**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria**
Téma práce anglicky: **Quality of life of women after surgical treatment of endometrial cancer**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného 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. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
2. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN 978-807-4191-060.
3. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
4. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
5. ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK et al. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

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

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria 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 27. 04. 2022

Olha Voroňuk v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla v první řadě srdečně poděkovat Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její čas, ochotu, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Mé poděkování patří též všem respondentkám za jejich přínos pro průzkumnou část této diplomové práce. V neposlední řadě patří poděkování mému partnerovi za velikou podporu po celou dobu studia a při tvorbě diplomové práce.

ANOTACE

Diplomová práce na téma Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria je prací teoreticko-průzkumnou. Teoretická rovina práce se zabývá pojmem kvalita života, jmenuje nástroje měření kvality života související se zdravím, podrobněji představuje generický dotazník SF-36 o zdravotním stavu, který je následně použit v průzkumné části práce. Dále je v teoretické části popsána etiologie, rizikové faktory, diagnostika a léčba karcinomu endometria. V průzkumné části diplomové práce byla prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťována kvalita života u vybraného souboru respondentek po operační léčbě karcinomu endometria. Předmětem výzkumu byla česká verze standardizovaného dotazníku SF-36.

KLÍČOVÁ SLOVA

Karcinom endometria, kvalita života, kvalita života související se zdravím, operační léčba, perioperační péče, porodní asistentka, SF-36

TITLE

Quality of life of women after surgical treatment of endometrial cancer

ANNOTATION

This thesis about Life quality of women after treatment of endometrial cancer is theoretical-exploratory. The theoretical part deals with the concept of life quality, lists tools for measuring health-related quality of life. At the same time presents in more detail a generic questionnaire SF-36 about health conditions, later used in the exploratory part of the thesis. Also describes etiology, risk factors, diagnostic and treatment of endometrial cancer. In the exploratory part of the thesis was determined quality of life by questionnaire surveys answered by a group of patients after treatment of endometrial cancer. Czech version of the generic questionnaire SF-36 was used.

KEYWORDS

Endometrial cancer, quality of life, health-related quality of life, surgical treatment, perioperative care, midwife, SF-36

OBSAH

ÚVOD	11
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíle práce	13
1.2 Metody k dosažení cíle.....	13
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	14
2 Kvalita života.....	14
2.1 Historické vymezení termínu „kvalita života“	14
2.2 Vymezení pojmu „kvalita života“	15
2.3 Kvalita života související se zdravím.....	18
2.4 Nástroje měření kvality života související se zdravím.....	20
2.4.1 Dotazníky generické	21
2.4.2 Dotazníky specifické.....	22
2.4.3 Dotazník SF-36 o zdravotním stavu	23
3 Karcinom endometria	25
3.1 Etiologie, rizikové faktory a symptomy.....	26
3.2 Diagnostika	27
3.3 Léčba karcinomu endometria.....	28
3.3.1 Chirurgická léčba.....	29
3.3.2 Radioterapie	30
3.3.3 Chemoterapie a hormonoterapie	30
3.4 Dispenzární péče	31
4 Porodní asistentka v péči o ženu po operaci a při další léčbě.....	33
5 Shrnutí teoretické části.....	35
PRŮZKUMNÁ VÝCHODISKA.....	36
6 Průzkumné cíle a otázky	36
7 Metodika	37

7.1	Průběh průzkumu	37
7.2	Charakteristika souboru	37
7.3	Analýza dat.....	40
7.4	Vyhodnocení dotazníku SF-36.....	40
8	Interpretace výsledků.....	43
8.1	Interpretace jednotlivých položek SF-36	43
8.2	Interpretace výsledků dimenzí KŽ	60
8.3	Interpretace výsledků kategorií KŽ.....	64
9	Diskuze	66
9.1	Doporučení pro praxi	72
ZÁVĚR		74
10	Použitá literatura	76
11	Přílohy.....	82

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Incidence a mortalita karcinomu endometria v letech 1977-2018 (zdroj: ÚZIS ČR, www.svod.cz)	25
Obrázek 2 Věk respondentek	38
Obrázek 3 Onemocnění respondentek	39
Obrázek 4 Otázka č. 1	43
Obrázek 5 Otázka č. 2	44
Obrázek 6 Otázka č. 3	46
Obrázek 7 Otázka č. 4	47
Obrázek 8 Otázka č. 5	49
Obrázek 9 Otázka č. 6	51
Obrázek 10 Otázka č. 7	53
Obrázek 11 Otázka č. 8	54
Obrázek 12 Otázka č. 9	56
Obrázek 13 Otázka č. 10	57
Obrázek 14 Otázka č. 11	58
Obrázek 15 Výsledné hodnoty dimenzí KŽ	60
Obrázek 16 Výsledné hodnoty kategorií KŽ	64
Tabulka 1 SF - 36 - domény	24
Tabulka 2 TNM a FIGO pro staging endometriálního karcinomu (zdroj: Česká gynekologie, 2014, 79(6))	29
Tabulka 3 Hodnocení dimenze dotazníku SF-36 (modifikováno z RAND Health Care)	41
Tabulka 4 Kategorie PCS a MCS	41
Tabulka 5 Podotázky položky č. 3	45
Tabulka 6 Podotázky položky č. 4	47
Tabulka 7 Podotázky položky č. 5	49
Tabulka 8 Podotázky položky č. 9	55
Tabulka 9 Podotázky položky č. 11	58
Tabulka 10 Popisné statistiky pro dimenze KŽ	63
Tabulka 11 Popisné statistiky pro kategorie KŽ	65

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BP	Tělesná bolest (z anglického Bodily Pain)
CT	Počítačová tomografie
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
GH	Celkový zdravotní stav (z anglického General Health)
HRQoL	Kvalita života související se zdravím (z anglického Health-Related Quality of Life)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KŽ	Kvalita života
MCS	Celkové psychické zdraví (z anglického Mental Component Summary)
MH	Duševní zdraví (z anglického Mental Health)
MRI	Magnetická rezonance
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
PCS	Celkové fyzické zdraví (z anglického Physical Component Summary)
PF	Fyzická činnost (z anglického Physical Functioning)
QoL	Kvalita života (z anglického Quality of life)
RE	Omezení role v důsledku emocionálních problémů (z anglického Role-Emotional)
RP	Omezení role v důsledku fyzického zdraví (z anglického Role-Physical)
RTG	Rentgen
SF	Social Functioning
TEN	Tromboembolická nemoc
TS skóre	Transformed Scales Score
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
UZV	Ultrazvukové vyšetření
VAS	Vizuální analogová škála
VT	Vitalita (z anglického Vitality)
WHO	Světová zdravotnická organizace (z anglického World Health Organization)

ÚVOD

Kvalita života se v dnešní době stává velmi často užívaným pojmem. Pracuje se s ním v různých vědních oborech, např. v psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekologii, medicíně a zdravotnictví, často se o kvalitě života hovoří v politických debatách. Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Patří mezi ně sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které interagují a tím ovlivňují lidský rozvoj. V diplomové práci pracuji s pojmem kvalita života související se zdravím, což zkrátka lze specifikovat jako subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 656-659). Kvalita života je v tomto případě spojována s operační léčbou karcinomu endometria z toho důvodu, že karcinom endometria je v současnosti nejčastějším zhoubným nádorem ženských reprodukčních orgánů v České republice (ČR) a jeho incidence stále stoupá. Naštěstí onemocnění má dobrou prognózu, protože je v 75 % případů diagnostikováno ve stádiu I, kdy většinou postačí léčba operační – tedy extrafasciální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a laváž dutiny břišní (ÚZIS ČR; Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 464).

Diplomová práce na téma „Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria“ v teoretické rovině poskytuje krátký vývoj pojmu kvalita života, definuje ho, přičemž bere ohled na různé vědní disciplíny. Vzhledem k oboru se zaměřuje na kvalitu života související se zdravím, kdy ji provazuje s onkogynekologickou diagnózou karcinomem endometria. Teoretická rovina se tedy zabývá etiologií, rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou tohoto onemocnění. Literární oporou pro tvorbu teoretické části byla především odborná literatura od Eleny Gurkové Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum z roku 2011, Koncepty, teorie a měření kvality života z roku 2012 od Evy Heřmanové, Moderní gynekologie z roku 2011 od Aleše Roztočila, Vybrané kapitoly z gynekologie z roku 2018 od Špačka a kol., a jiná odborná literatura.

Onkologické chirurgické techniky, dovednosti operatérů a léčba v onkogynekologii se neustále zdokonalují a v dnešní době chirurgové umějí provádět operace na špičkové úrovni. Domnívám se, že ještě v minulých desetiletích si málokdo uměl představit tak téměř dokonalý rozvoj v tomto oboru. Ale jako vše má své plusy a mínusy. Často se provádí rozsáhlé operační zákroky, které jsou život prodlužující ale otázkou je, zda jsou i život zkvalitňující. Myslím si, že je potřeba porovnávat váhu kvantity s váhou kvality a na základě toho se rozhodovat.

Volba léčby s přihlédnutím ke kvalitě života by dle mého názoru měla být samozřejmostí. Proto i posouzení kvality života klientů po absolvované léčbě by mělo být jakýmsi standardem a součástí léčby onkogynekologických onemocnění. Na základě těchto neméně důležitých informací můžeme pracovat na zdokonalování zdravotní péče, individuálně rozšiřovat znalosti a schopnosti jak odborné, tak i komunikační, ale hlavně pracovat na zlepšení kvality života žen, které mimo jiné absolvovaly cyklus perioperační péče.

Onkologické onemocnění, chirurgická léčba, případně i následná léčba jednoznačně ovlivňují kvalitu života v menším či větším měřítku v závislosti na individuálním vnímání jedince a rozsahu léčby. Proto se v průzkumné části diplomové práce zabývám hodnocením kvality života u vybraného souboru respondentek po operační léčbě karcinomu endometria. Výsledky průzkumného šetření jsou následně v diskuzi komparovány s výsledky průzkumných šetření podobných témat.

Téma „Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria“ pro diplomovou práci jsem zvolila, abych především prohloubila svoje znalosti a také schopnosti ve studovaném oboru a profesním životě. Dále abych přiměla čtenáře a kolegyně k tomu, aby měly ambice se neustále zlepšovat, vzdělávat, pracovat na sobě, a hlavně, aby dbaly na svědomité vykonávání zvolené profese.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

Hlavním cílem teoretické části diplomové práce je objasnit čtenáři pojem kvalita života, seznámit ho s nástroji měření kvality života související se zdravím a podrobněji představit generický dotazník hodnocení kvality života související se zdravím SF-36, se kterým se následně pracuje v části výzkumné. Dalším cílem je kvalitu života propojit s diagnózu karcinomu endometria, popsat etiologii, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění.

Hlavním cílem průzkumné části diplomové práce je zjistit kvalitu života vybraného souboru respondentek po operační léčbě karcinomu endometria prostřednictvím dotazníkového šetření za využití standardizované české verze dotazníku SF-36. Dále pomocí anamnestických údajů popsat, jaká další onemocnění se nejčastěji vyskytují u zkoumaného souboru respondentek.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická východiska přináší aktuální pohled na danou problematiku z hlediska současné literatury, jedná se o provázaný souhrn informací k zadanému tématu diplomové práce. Teoretická část diplomové práce vznikla na základě prostudování literatury, která s danou problematikou souvisí a na základě studovaného oboru. Kapitoly na sebe navazují a jsou logicky uspořádané. Mezi hlavní zdroje pro sepsání teoretické části patří především knihy, učebnice a odborné články převážně v elektronické podobě, které byly dohledány za pomoci klíčových slov.

Průzkumná část navazuje na část teoretickou a má snahu splnit výše stanovené cíle a odpovědět na průzkumné otázky uvedené v úvodu průzkumné části. Nástrojem sběru dat je standardizovaný dotazník SF-36, prostřednictvím kterého byla získána data od vybraného souboru respondentek. Následně byla data seskupena do tabulkového procesoru Microsoft Excel a na základě standardizované metodiky vyhodnocení dotazníku SF-36 byla seskupená data zpracována v programu STATISTICA 12, poté prezentována v podobě tabulek a grafů a samozřejmě srozumitelně slovně interpretována.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2 KVALITA ŽIVOTA

Tato kapitola krátce přináší přehled vývoje pojmu kvalita života, zároveň se snaží tento pojem definovat, přičemž bere ohled na jeho použití v různých vědních disciplínách. Dále se podrobněji věnuje kvalitě života vztahující se ke zdraví, jmenuje její nástroje měření, tedy dotazníky generické a specifické. Ze skupiny generických nástrojů pro měření kvality života související se zdravím přináší čtenáři více informací k dotazníku SF-36 o zdravotním stavu, který byl dále využit pro průzkumnou část diplomové práce.

Sledování kvality života přináší mnoho důležitých informací, které nelze vyčíst z „pouhých“ klinických výsledků indikované terapie. Studie kvality života poskytuje informace o tom, jak dané onemocnění či zvolená terapie ovlivňuje každodenní život pacientů, jejich partnerský a sexuální život, jejich soběstačnost, sociální kontakty, schopnost věnovat se zájmům, koníčkům apod. (Janiš, Skopalová, 2016, s. 162-163; Hnilicová, Bencko, 2005, s. 656)

2.1 Historické vymezení termínu „kvalita života“

Pojem kvalita života (*Quality of Life, QoL*) nemá v psychologii a medicíně příliš dlouhou historii. Většina relevantních literárních zdrojů se shoduje v konstatování, že ještě v polovině 20. století se s ním prakticky téměř nebylo možno setkat v psychologické odborné literatuře a jeho definice v učebnicích, encyklopediích a slovnících se začaly postupně objevovat až po dalších přibližně pětadvaceti letech (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 21).

Termín kvalita života byl tedy poprvé v historii zaznamenán ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory chudých lidí. Uvažovalo se převážně o vlivu státních dotací na kvalitu života nemajetných lidí a na celkový vývoj státních financí. V tomto období se kvalitou života rozuměla zejména materiální úroveň společnosti. Tento termín se znovu objevil po válce v politické souvislosti v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Vyjádřil tím, že ukazatelem společenského blaha **není** prostá **kvantita** spotřebovaného zboží, ale to, **jak dobře** se lidem za určitých podmínek žije (Heřmanová, 2012, s. 13-14; Gurková, 2011, s. 28).

V 70. letech minulého století bylo jedním z nejvýznamnějších podnětů pro výzkum QoL značné materiální bohatství v nejvyspělejších státech světa, důsledkem čehož bylo i značné rozšíření konzumního způsobu života. V tomto období ve Spojených státech amerických

proběhlo první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva na vzorku 2 160 respondentů, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou například úroveň bydlení, kriminalita, hluchost či míra znečištění ovzduší. Výsledky celého výzkumu byly publikovány v práci Campbell et al. s názvem *The Quality of American Life* z roku 1976 (Hromádková, 2017, s. 7; Heřmanová 2012, s. 15).

V 80. letech minulého století se často používal tento termín v souvislosti s existencí drobné kriminality, která nepřinášela lidské oběti, nicméně společnost velmi obtěžovala. Jednalo se o přestupky typu pomočování veřejných míst bezdomovci, znečišťování chodníků psy, beztrestné odhazování odpadků kdekoli na veřejnosti a jiné relativně malé nešvary a přečiny (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 656).

Heřmanová (2012, s. 16-17) uvádí, že ve stejném období se kvalitou života začala intenzivně zabývat i sociální psychiatrie. Kvalita života byla v 80. letech chápána a využívána zejména jako kritérium pro hodnocení kvality služeb, pro porovnání potřeb různých skupin populace a částečně i pro hodnocení individuální spokojenosti. Hamplová (2006) ve svém článku dokládá, že ve stejných letech postupně začalo ve většině prací a výzkumů výrazně převažovat pojetí kvality života založené na subjektivním vnímání a hodnocení vlastního života.

Největší rozkvět výzkumu kvality života, životního stylu i hodnotových orientací byl zaznamenán zejména ve druhé polovině 90. let minulého století. To i vysvětluje bohaté spektrum literatury na téma kvality života z tohoto období. V posledních letech se kvalita života stala velmi diskutovaným tématem v mnoha oborech a předmětem výzkumu na různých pracovištích ve světě. Společné všem předmětům zkoumání je hledání faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Gurková, 2011, s. 28; Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 21-24).

2.2 Vymezení pojmu „kvalita života“

Definice pro pojem kvalita života v odborné literatuře existuje celá řada, ovšem ani jedna z nich není všeobecně akceptována. Je tomu tak z důvodu, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a různých vědních disciplínách, zejména pak v psychologii, sociologii a zdravotnictví. Celkový koncept kvality života se skládá z řady jednotlivých domén – oblastí, které kvalitu života individuálně v různé míře ovlivňují. Mezi základní domény udávané většinou autorů patří fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické

parametry a celková spokojenost, sociální interakce, stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce, religiózní a spirituální stav (Salajka, 2006, s. 11).

Různá pojetí a vymezení kvality života se různí i v míře subjektivity – objektivit. Velmi nejednotné je vymezení pojmů jako životní úroveň, dobrý život, štěstí, životní spokojenost, osobní pohoda, well-being, naplněnost potřeb, realizace životních cílů apod. Koncepce kvality života se liší nejenom s ohledem na vědní disciplíny a teoretická východiska, ale i vzhledem k účelu měření či výzkumu. V literatuře se setkáváme jak s širokým pojetím kvality života, tak i s jeho zúžením na jednu oblast (např.: dotazník Quality of School Life) (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021, s. 52-53).

Jeden z prvních pokusů definovat komplexně kvalitu života nalezneme ve více než čtyřiceti let starém modelu kvality života dle Flanagana. Podle něj se kvalita života projevuje v pěti následujících doménách:

- fyzické a materiální bytí (fyzické zdraví a bezpečí, materiální dostatek a finanční zabezpečení);
- vztahy s druhými lidmi (např. s partnerkou/partnerem, s dětmi, rodiči a dalšími příbuznými a přáteli);
- sociální začlenění a občanské aktivity (pomoc druhým, zapojení do veřejné práce);
- osobní rozvoj a naplnění (rozvoj intelektu, pracovní uplatnění, kreativita a osobnostní vyjádření);
- rekreace a volnočasové aktivity (společenský život, pasivní a observační rekreační aktivity, aktivní účast) (Flanagan, 1978)

Marková (2010, s. 38) uvádí „*Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb.*“

Některé zdroje uvádí, že definice kvality života úzce souvisí s Maslowovou teorií potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem pro uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty) (Slováček a Slováčková, 2004, s. 6). Gurková (2011, s. 96) píše, že míru uspokojování potřeb můžeme chápat jako kritérium dobré kvality života, avšak zákonitě nemusí být spojeno se spokojeností s životem.

Moravcová (2014, s. 34) ve své práci konstatuje, že kvalita života pojímá vnímání vlivu všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost jedince, a ne pouze těch oblastí, které se vztahují ke zdraví nebo k nemoci.

Heřmanová (2012, s. 38) ve své publikaci uvádí *„Kvalita života je záležitostí subjektivního hodnocení a vypovídá spíše o tom, jak se jednatel sám cítí, kde žije a jaký je jeho životní styl. Životní úroveň naopak bývá měřena nejrozličnějšími ekonomickými a sociálními ukazateli – je tedy více spojena se spotřebou a vyšší příjmu. Je proto zřejmé, že někdo může mít životní úroveň vysokou, ale přitom nízkou kvalitu života, což samozřejmě platí i naopak.“*

Světová zdravotnická organizace (dále WHO, z anglického World Health Organization) definuje kvalitu života jako *„individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům“* (WHOQOL, 1995).

Nelze si nepovšimnout, že ač každá definice od různých autorů zní jinak, všechny přímo nebo skrytě zmiňují složku objektivní i subjektivní, přičemž zdůrazňují na obou složkách závislost. Souhrnně můžeme konstatovat, že globální definice kvality života zdůrazňuje kognitivní aspekt, individuální hodnocení, celkovou životní spokojenost, výslovně neklade důraz na podmínění zdravím a obecně vyzdvihuje pojem multidimenzionálnost (Gurková, 2011, s. 51).

Vzhledem ke složitosti konceptu a rozličných pohledů na tuto problematiku z perspektivy různých věd, žádná jednotná definice kvality života neexistuje (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021, s.56).

Psychologické pojetí kvality života má snahu postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav a jiné. Medicínské pojetí sleduje, jak je kvalita života ovlivňována v souvislosti se zdravotním stavem jedince. V ošetrovatelství a dalších vědních oborech, které se zabývají daným pojmem, najdeme široké množství definic právě pro jeho komplexnost a multidimenzionálnost (Gurková, 2011, s. 21-22; Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 27).

2.3 Kvalita života související se zdravím

„To, že někdo trpí onemocněním, ještě neznamená, že vnímá kvalitu svého života jako nedostatečnou, a naopak že zdravý člověk považuje vždy také kvalitu svého života za dobrou.“

(Ptáčková, Ptáček a kol., 2021, s. 52)

V mnoha oblastech klinické medicíny patří sledování kvality života jako jedna z fundamentálních komponent různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře dnes musí zajímat také, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi a jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Těžiště zkoumání kvality života ve zdravotnictví je posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví, pak mluvíme o „*Health-Related Quality of Life – HRQoL*“, tj. kvalitě života ovlivněné zdravím. Tento pojem lze specifikovat jako subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Konkrétně to znamená, že krom klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie se taktéž sledují subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu (např.: bolest, zvládnání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí) (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 656; Gurková, 2011, s. 28).

WHO udává hlavní sledované oblasti týkající se kvality života, jimiž jsou zdraví, které sama definuje jako „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absence nemoci či postižení*“, dále fyzická oblast (energie, únava, bolest, diskomfort), prostředí (domácí, pracovní prostředí, bezpečnost a jistota, svoboda, aj.), sociální vztahy, psychologická oblast (vnější vzhled, emoce, sebeúcta), míra nezávislosti (každodenní aktivity, závislost na lécích či jiných chemických složkách) ale také spirituální oblast (náboženské a osobní přesvědčení) (Prochásková, 2019, s. 14; Gurková, 2011, s. 13). Na kvalitě života se podílí také věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, vzdělání, psychika člověka a jiné (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

O faktorech, které významně ovlivňují kvalitu života každého člověka též píše Dvořáčková (2012, s. 76-80), mezi které zahrnuje především:

- fyzický stav – představuje výskyt příznaků onemocnění, nežádoucí účinky spojené s léčbou, energie, únava, akutní či chronická bolest, odpočinek;
- funkční zdatnost – jedná se o tělesnou zdatnost člověka, schopnost jeho komunikace s ostatními, schopnost jeho uplatnění v zaměstnání;

- psychický a duševní stav – zahrnuje nálady jedince, jeho schopnost vyrovnat se s nemocí a následnou léčbou, jeho postoj k nemoci a způsob její prožívání ale i následné léčby, sebepojetí člověka, jeho myšlení, sebehodnocení, učení, paměť, koncentraci, víru, strach ze smrti, úzkosti či deprese;
- spokojenost s léčbou – spočívá v hodnocení léčebného prostředí, v přístupu ošetřujícího personálu k nemocnému či v komunikaci ošetřujícího personálu k nemocným;
- sociální vztahy – jsou dány vztahy nemocného jedince s rodinou, příbuznými, se členy ošetrovatelského týmu, partnerskými vztahy, sociální podporou ale i sexuální aktivitou člověka;
- prostředí – zahrnuje svobodu, bezpečí, dostupnost sociální a zdravotní péče, finanční prostředky, fyzikální prostředí (např.: znečištění, hluk)

Mezi faktory ovlivňující HRQoL lze také zařadit stárnutí populace, změny v morbiditě a nárůst chronických onemocnění, ale i změny v chápání zdraví a nemoci, posun od výlučné orientace na nemoc k nemocnému jedinci a jeho subjektivnímu prožívání i komplexnější definování zdraví (nikoli jako pouhé nepřítomnosti nemoci) (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021, s.58).

Moderní medicína nabízí nové léčebné postupy a léky, které bezpochybně prodlužují délku života, ale zároveň vyvolávají mnohé etické otázky týkající se kvality života nemocných jedinců. Častěji se objevují úvahy o míře zatížení nemocného náročnou léčbou a o tom, nakolik je nový terapeutický postup skutečně pro pacienta přínosným, život zkvalitňujícím a nejenom mechanicky čas prodlužujícím. Proto v současnosti hledisko hodnocení léčebného postupu není pouze kvantitativní ale i kvalitativní – zda a nakolik přináší zlepšení kvality života nemocného (Gillnerová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 27).

Lepší kvalitu života můžeme předpokládat u pacientů, u kterých se zlepšují klinické hodnoty nebo laboratorní parametry, a také naopak, při zhoršování můžeme předpokládat snížení úrovně kvality života. Můžeme tedy tvrdit, že sestry, lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci mají tendenci posuzovat kvalitu života pacientů z hlediska (do jisté míry zjednodušeného) jeho onemocnění. Pacient ji ale vnímá na základě svého fungování v běžném životě, životního stylu a na základě možností, které má. Svou kvalitu života posuzuje na základě toho, do jaké míry je jeho dosavadní životní způsob ovlivňován a omezován zdravotním stavem, resp. jaký dopad má onemocnění na jeho běžné fungování před nemocí a s ním spojené sociální fungování, vztahy s ostatními apod. Dosažení dobrého zdravotního stavu proto u něj nemusí

být přímo úměrné se zlepšením kvality života. Proto je nutné konstatovat, že při hodnocení kvality života není až tak důležité posuzování zdravotního stavu, ale spíše to, jak se zdravotní stav promítá do subjektivního prožívání pacienta (Gurková, 2011, s. 56).

Je potěšující, že soudobá zdravotní péče se zaměřuje nejen na zachraňování života či prodlužování lidského života, nýbrž i na to, jak kvalitní budou měsíce a roky „přidané“ lidskému životu.

2.4 Nástroje měření kvality života související se zdravím

Ve zdravotnictví bylo měření kvality života nejdříve započato u onkologicky nemocných pacientů. Jak je známo, život prodlužující terapie nezřídka dočasně svojí agresivitou zhoršuje kvalitu života více než nemoc samotná. Proto je potřeba terapeutické postupy posuzovat nejenom na základě jejich klinických výsledků, ale i z hlediska jejich vlivu na kvalitu života. Měření kvality života související se zdravím přináší zdravotníkům mnoho důležitých informací, které se v běžné klinické praxi u pacientů vůbec nezjišťují. Často to jsou skutečnosti pro pacienty, ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládnutí života s nemocí, zcela zásadní (např. emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy a podobně) (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 62-65; Hnilicová, Bencko, 2005, s. 659).

Kvalita života může být posuzována externě, tzn. hodnocení provádí druhá osoba (lékař, ošetřovatel, příbuzný), interně, tzn. kvalitu života hodnotí osoba sama, přičemž se jedná o subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu a kvality života. Třetí přístup zahrnuje dvě předchozí metody v kombinaci (Křivohlavý, 2002, s. 165).

K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu, které hodnotí dopad nemocí a jejich léčby na běžný život nemocného. Jednak jsou to generické čili obecné dotazníky pro měření kvality života a jednak specifické čili charakteristické pro určité onemocnění nebo daný aspekt kvality života (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

V roce 2004 se objevila na trhu v knižní formě ale i jako CD-ROM velmi komplexní publikace „Compendium of Quality of Life Instruments“, která obsahuje více než 130 dotazníků, speciálně orientovaných na měření zdravím ovlivněné kvality života. Publikaci tvoří 6 svazků, v nichž lze dohledat jednak všeobecně zaměřené dotazníky, tj. takové, které zjišťují celkový stav zdraví dané osoby či osob, tak také dotazníky zaměřené na zjišťování kvality života pacientů s určitými nemocemi (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 659).

2.4.1 Dotazníky generické

Generické dotazníky sledují všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na zdraví či konkrétní chorobu, mají široké použití u jakékoli skupiny populace, bez ohledu na věk, pohlaví a jiné proměnné (Prochásková, 2019, s. 16; Reifenauer, Hošková, 2018, s. 259). Množství dotazníků této skupiny je velké a společnou charakteristikou je hodnocení kvality života v co nejširším záběru, tzn.: jsou vhodné pro použití u široké veřejnosti bez konkrétní specifikace skupiny, případně pro srovnání míry ovlivnění kvality života určitým onemocněním (Reifenauer, Hošková, 2018, s. 259). Za jakýsi „zlatý standard“ je v této oblasti pokládán dotazník SF-36 neboli O zdravotním stavu, o kterém se podrobněji bude pojednávat v následující kapitole (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 659).

Mezi další používané generické dotazníky pro hodnocení kvality života ve spojitosti s ošetrovatelským výzkumem a praxí patří např.: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D, WHOQOL-BREF, Psychological General Well – Being Index (PGWB) (Gurková, 2011, s. 144-149).

Pomocí SIP se hodnotí efektivnost terapie, kdy se nemusí přihlížet k typu a závažnosti onemocnění. Tento nástroj obsahuje 136 položek, které představují běžné denní aktivity a jsou rozčleněny do 12 subškál: spánek, oddech, rekreační aktivity, péče o tělo, péče o domácnost, pohybová aktivita, mobilita, práce, emocionální život, sociální interakce, komunikace, stravování. Zmíněné subškály vyplňuje buď pacient nebo vyškolená osoba (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 77-78).

NHP oproti SIP více klade důraz na změny v prožívání než na běžné denní aktivity a slouží k hodnocení tělesného, sociálního a psychického aspektu zdraví. Tento nástroj je jednodušší na vyplňování, jelikož se skládá z méně (38) položek, které jsou rozděleny do pouhých 6 subškál, jimiž jsou bolest, spánek, emocionální reakce, tělesná pohyblivost, sociální izolace a úroveň energie (Gurková, 2011, s. 144; Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 74-75).

Gurková (2011, s. 146) též charakterizuje European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D jako nástroj pro hodnocení subjektivních i objektivních ukazatelů kvality života. Subjektivní ukazatel zahrnuje VAS (vizuální analogovou škálu), kdy hodnota 100 představuje nejlepší zdravotní stav a 0 naopak stav nejhorší. Objektivní ukazatel se člení do 5 domén, jimiž jsou úzkost/deprese, potíže/bolest, obvyklé činnosti, pohyblivost, sebek péče.

Autorem WHOQOL-BREF je Světová zdravotnická organizace, která nástroj člení do 4 subškál: fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a prostředí. Tento dotazník lze dohledat ve více jak 50 jazycích (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 81-82).

2.4.2 Dotazníky specifické

Existuje celá řada metod zcela specificky zaměřených na sledování kvality života lidí, které postihl určitý typ onemocnění či symptomů (pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stadiu v paliativní péči, v kardiologii, urologii apod.) (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 659). Specifické dotazníky se zaměřují na konkrétní a předem vymezenou populaci, která má společnou diagnózu, stadium nemoci nebo druh léčby (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

Do této skupiny nástrojů hodnocení kvality života související se zdravím patří například nástroj k měření kvality života pacientů s onkologickým onemocněním – Functional Assessment of Cancer Therapy-general (FACT-G) a Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). U pacientů s kardiovaskulárními chorobami se hodnotí kvalita života např. pomocí následujících nástrojů: Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ), The MacNew Heart Disease HRQL Questionnaire (MacNew), Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI). Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQOL 19), Problem Areas in DM (PAID), Diabetes Care Profile (DCP), Diabetes Quality of Life Measure (DQOL) a mnoho podobných nástrojů využíváme k hodnocení kvality života pacientů s diabetem mellitem (Gurková, 2011, s. 149–169; Slováček, Slováčková, 2004, s. 18). Do skupiny specifických nástrojů se řadí i nástroje pro měření kvality života žen po menopauze, např.: Green Climacteric Scale (GCS), Menopause Quality of Life Scale (MQOL), Menopause Rating Scale (MRS), Menopause-Specific QoL Questionnaire (MENQOL) a jiné (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437-439).

2.4.3 Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

Jak již bylo zmíněno, tento dotazník se řadí mezi generické dotazníky a hodnotí celkový stav člověka bez ohledu na zdraví či konkrétní nemoc. Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) je jedním z nejčastěji užívaných nástrojů k hodnocení kvality života v různých odvětvích medicíny (Reifenauer, Hošková, 2018, s. 260). Byl navržen americkým autorem J. E. Warem a společností Rand Corporation v rámci studie MOS (Medical Outcome Study) týkající se zdravotního pojištění. V České republice (ČR) je k dispozici oficiální český překlad tohoto dotazníku. Jedná se o zkrácenou verzi původní metody se 149 položkami (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 659; Gillernová, Kebza, Rymeša kol., 2011, s. 31).

Dotazník SF-36 měří aspekty zdraví významné pro všechny pacienty a je vhodný pro srovnání zdravotního stavu jak mezi pacienty se stejnými, ale i rozdílnými příznaky. Nástroj SF-36 se používá v klinické praxi a výzkumu k hodnocení zdravotní politiky a ke všeobecným populačním šetřením (Moravcová, 2014, s. 41).

Dotazník SF-36 obsahuje celkem 36 otázek, které jsou členěny do osmi domén. Fyzické zdraví zastupují domény – omezení fyzických aktivit v důsledku tělesných zdravotních problémů, omezení ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku tělesných zdravotních problémů, omezení ve vykonávání obvyklých činností v důsledku tělesných zdravotních problémů, bolest a celkové vnímání zdraví. Mentální zdraví zastupují domény – vitalita, omezení ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku emocionálních problémů, omezení ve vykonávání obvyklých činností v důsledku emocionálních problémů a všeobecné mentální zdraví (Gurková, 2011, s. 145; Reifenhauer, Hošková, 2018, s. 260-261). Otázka č. 2 obsažená v dotazníku není přiřazená k žádné z uvedených domén, dotazuje se na současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. U této otázky se neprovádí skóre. Přehled položek rozdělených do 8 domén obsažených v dotazníku SF-36 poskytuje Tabulka 1.

Tabulka 1 SF - 36 - domény

Doména	Počet položek	Položky	Příklad položky
Physical Functioning (PF) - Fyzická činnost	10	3 (a – j)	Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti – Vyjít po schodech jedno patro.
Role Physical Functioning (RP) - Omezení pro fyzické problémy	4	4 (a – d)	Trpěla jste některým z uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních čtyřech týdnech kvůli zdravotním potížím? - Udělala jste méně, než jste chtěla.
Bodily Pain (BP) - Tělesná bolest	2	7, 8	Jak velké bolesti jste měla v posledních 4 týdnech?
General Health (GH) - Celkové zdraví	5	1, 11 (a – d)	Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově ...
Vitality (VT) – Vitalita	4	9 (a, e, g, i)	Jak často jste byla v minulých 4 týdnech – plná energie.
Social Functioning (SF) - Sociální funkce	2	6, 10	Uveďte, jak často v minulých 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emoční potíže Vašemu společenskému životu?
Role Emotional (RE) - Omezení pro emoční problémy	3	5 (a – c)	Trpěla jste některým z uvedených problémů při práci nebo běžné činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím? – Byla jste při práci méně pozorná než obvykle.
Mental Health (MH) - Duševní zdraví	5	9 (b - d, f, h)	Jak často jste byla v minulých 4 týdnech – šťastná.
		2	Jak byste zhodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(Zdroj: Moravcová, 2014, s. 41)

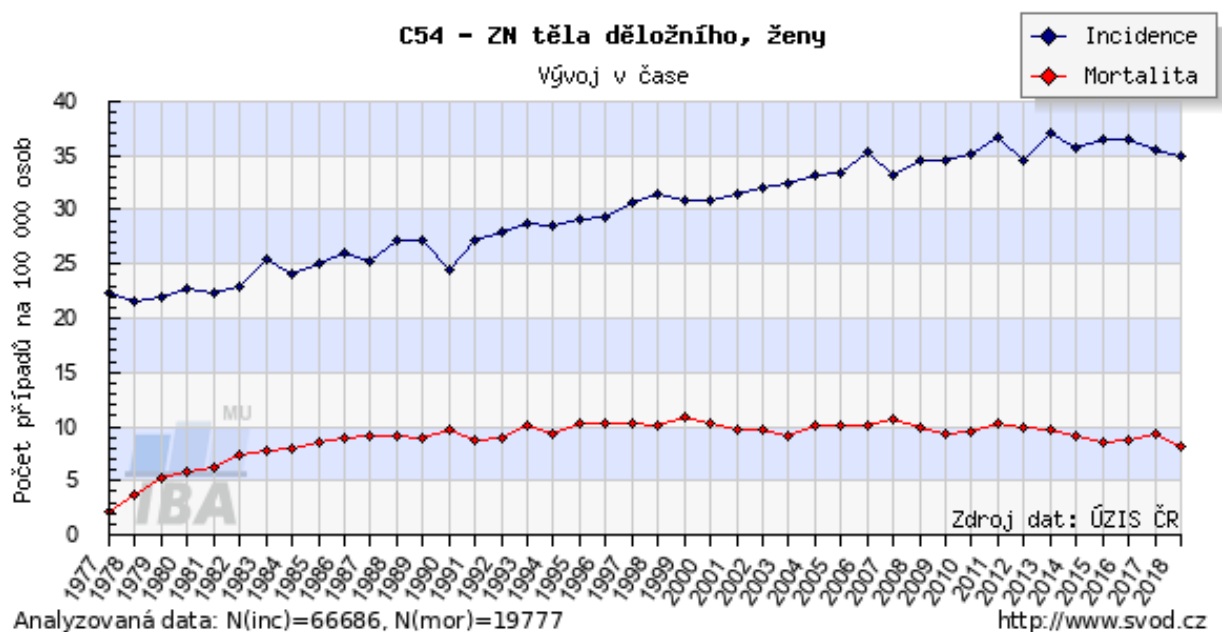
Následně se dotazník vyhodnocuje pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales Score). Položky dotazníku jsou postavené tak, že vyšší skóre odpovídá lepší HRQoL. Rozmezí skóre je 0 až 100 bodů, přičemž skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF-36 může signalizovat horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění či kontakt s lékařem v posledních dvou týdnech (Barile, Horner-Johnson, 2016, s. 571; Reifenauer, Hošková, 2018, s. 261).

V průzkumné části je podrobněji popsán princip vyhodnocení dotazníku SF-36, přičemž byla použita česká verze standardizovaného dotazníku *Short Form Health Survey – Standard Czech Version 1.0* (Příloha B) ke zjištění kvality života žen po operační léčbě karcinomu endometria.

3 KARCINOM ENDOMETRIA

Tato kapitola pojednává o etiologii, rizikových faktorech, diagnostice a léčbě karcinomu endometria. Zabývám se touto diagnózou v souvislosti s kvalitou života z toho důvodu, abych rozšířila znalosti ve studovaném oboru. V praxi se s diagnózou karcinomu endometria setkávám velmi často. Pacientkám po operační léčbě (samozřejmě i z důvodu jiných indikací) poskytují bezprostřední péči, což je součástí perioperační péče. Ale to, jak se pacientkám daří s odstupem času po výkonu, v běžné praxi téměř nemám možnost zjistit.

Karcinom endometria je v současnosti nejčastějším zhoubným nádorem ženských reprodukčních orgánů v ČR (Čepický, 2021, s. 121). Jeho incidence má stále vzestupný trend, což je patrné na Obrázku 1.



Obrázek 1 Incidence a mortalita karcinomu endometria v letech 1977-2018 (zdroj: ÚZIS ČR, www.svod.cz)

Graf na obrázku 1 zobrazuje časový vývoj hrubé incidence (počet nových případů na 100 000 osob) a hrubé mortality (počet úmrtí na 100 000 osob) karcinomu endometria v časovém úseku jednačtyřiceti let. V roce 1978 byla v ČR jeho incidence 21,5/100 000 žen, v roce 1998 již 31,5/100 000 žen a v roce 2018 incidence karcinomu endometria byla téměř 35/100 000 žen. Mortalita je i přes vzrůstající incidenci nemoci dlouhodobě stacionární (ÚZIS ČR; Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 464).

Endometriální karcinom se objevuje v průběhu fertilního i postmenopauzálního období. (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 134). Vinklerová, Minář, Felsinger a kol. (2018, s. 264)

nejčastější výskyt karcinomu udávají u postmenopauzálních žen mezi 65. a 69. rokem života. Špaček, Kalousek, Jílek et al. (2018, s. 464) uvádí, že ke vzniku onemocnění dochází nejčastěji mezi 60. a 75. rokem života ženy, ale v posledních letech se výskyt nádoru posunuje do mladších věkových kategorií. Naštěstí onemocnění má dobrou prognózu, protože je v 75 % případů diagnostikováno ve stádiu I (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 134-136).

3.1 Etiologie, rizikové faktory a symptomy

Z etiopatogenetického hlediska se karcinom endometria dělí na dva různé typy.

Typ I. představuje 80-85 % epiteliálních malignit endometria, vyskytuje se hlavně u žen v perimenopauze a časně postmenopauze. Vzniká vlivem dlouhodobé stimulace estrogeny, na podkladě hyperplazie endometria. Tento typ děložního karcinomu je dobře diferencovaný, roste pomaleji, později metastazuje, pětileté přežití je 85 %, má dobrou prognózu (Slezáková, 2017, s. 76; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 785; Roztočil, 2011, s. 344).

Typ II. tvoří 15-20 % epiteliálních malignit endometria, postihuje především pozdně postmenopauzální ženy. Tento typ má nejasnou etiologii, vzniká na podkladě atrofického endometria, není zde zaznamenán vliv estrogenů (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 785). Typ II endometriálního karcinomu tvoří metastázy, pětileté přežití je 58 %, má horší prognózu (Roztočil, 2011, s. 344; Slezáková, 2017, s. 76).

Rizikové faktory se vztahují pouze na typ I karcinomu endometria, jelikož etiologie typu II endometriálního karcinomu není jasná a o jeho rizikových a protektivních faktorech je minimum informací (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 784).

Riziko vzniku karcinomu endometria stoupá s věkem. Cibula, Petruželka a kol. (2009, s. 465) udává, že 5 % nemocných je mladších 40 let a pouze 10-25 % případů se vyskytuje u žen v premenopauze. Dále uvádí časnou menarche, která není zcela prokázaným rizikovým faktorem. Roztočil (2011, s. 344) uvádí klasickou triasu rizikových faktorů – obezitu, hypertenzi a diabetes mellitus. Nuliparita zvyšuje riziko 2 - 3krát oproti ženám, které rodily. Samotný estrogen zvyšuje riziko karcinomu endometria několikrát. Dále zvýšenou incidenci tohoto nádoru lze pozorovat u pacientek, které užívají protinádorový lék – Tamoxifen (Pilka a kol., 2017, s. 196). Mezi další rizikové faktory patří pozdní menopauza, anovulace, sterilita, anamnéza karcinomu prsu nebo kolorekta, rodinná anamnéza karcinomu ovaria, kolorekta nebo endometria (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 784).

Existují také protektivní faktory, mezi něž patří užívání kombinované hormonální antikoncepce, která, je-li užívána dlouhodobě, redukuje relativní riziko až o 50 %. Paradoxně mezi protektivní faktory patří i kouření cigaret u postmenopauzálních žen, ale pro jeho bohaté negativní vlivy na organismus, není jako prevence vzniku nádorového onemocnění těla děložního doporučováno (Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 465).

Klinicky se karcinom endometria projevuje v 90 % nepravidelným krvácením z rodidel žen (Roztočil, 2011, s. 344). Mezi pozdní příznaky onemocnění patří hnísavý nebo sangvinolentní vaginální výtok, nárůst objemu dělohy, ascites, bolest břicha, zažívací obtíže a postižení močového traktu. V pozdním seni, kdy je kanál hrdla děložního uzavřený, může dojít ke vzniku pyometry nebo hematometry (Slezáková, 2017, s. 77; Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 467).

3.2 Diagnostika

Jak již bylo zmíněno, většina karcinomů endometria je zachycena ve stadiu I, zřejmě kvůli krvácení, které nutí ženu vyhledat lékaře. Klinická symptomatologie je dodnes nejčastějším momentem pro rozpoznání karcinomu endometria. K definitivnímu stanovení diagnózy je třeba histologického ověření tumoru (Pilka, 2017, s. 196; Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 467).

Prvním krokem vyšetřovacího algoritmu je odběr anamnézy a komplexní gynekologické vyšetření, které vyloučí jiný zdroj krvácení z genitálu (pochva, děložní hrdlo, vulva). Dále by ženy s postmenopauzálním krvácením měly podstoupit vyšetření transvaginálním ultrazvukem ke stanovení výšky endometria (v premenopauze více než 15 mm, v postmenopauze více než 4 mm), k posouzení hranice mezi endometriem a myometriem, eventuálně hloubku myometrální invaze (Roztočil, 2011, s. 344).

Každé postmenopauzální krvácení vyžaduje hysteroskopii s biopsií nebo probatorní kyretáž. Cílem je získání materiálu k histopatologickému vyšetření, které má podstatný význam pro plánování dalšího léčebného postupu. Tudíž i v diagnostice karcinomu endometria je nutno zdůraznit nepostradatelnost odborné péče porodní asistentky v perioperačním oboru, která pečuje o ženu před, v průběhu a bezprostředně po endoskopickém výkonu. Před definitivní indikací je nutno provést předoperační vyšetření – RTG srdce a plic, UZV ledvin a jater a cytoskopické vyšetření (Roztočil, 2011, s. 344-346). Z laboratorních markerů je klinicky využitelné vyšetření tumorových markerů CEA a CA 125, ale to pouze u žen s pokročilým

onemocněním. CT nebo MRI vyšetření se provádí při podezření na pokročilé onemocnění a u nepříznivých histologických typů (Pilka a kol., 2017, s. 197).

Karcinom endometria primárně se šíří lymfatickými cestami do pánevních a paraaortálních lymfatických uzlin. Dále se šíří per continuitatem neboli přímým prorůstáním do děložního hrdla, poměrně často do vejcovodů a ovarií a transperitoneálně. Endometriální karcinom se méně často šíří do plic hematogenní cestou (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 787-788).

3.3 Léčba karcinomu endometria

Na základě výsledku biopsie endometria, obligatorních a případně fakultativních vyšetření je v první řadě provedena onkogynekologická rozvaha, na základě které se stanoví léčebná strategie. Léčba endometriálního karcinomu se odvíjí od klinického stádia nemoci (Roztočil, 2011, s. 346-347). Přehled TNM (způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru (**T**), postižení mízních uzlin (**N**) a přítomnost vzdálených metastáz (**M**)) a FIGO klasifikace (člení nádor do 4 stádií) nádoru děložního těla poskytuje Tabulka 2.

Primární chirurgická léčba je metodou volby karcinomu endometria ve stadiu I a II. Stadium III podle FIGO vyžaduje řádnou rozvahu, u těchto stádií jsou limity operability diktovány především věkem, celkovým zdravotním stavem a anatomickými podmínkami. Těžká kardiopulmonální nebo cerebrovaskulární onemocnění, extrémní obezita či jiné závažné komorbidity kontraindikují operační výkon, v takových případech se volí primární léčba radioterapií. Stejně tak jsou chemoterapie i hormonální léčba používány v adjuvantní i paliativní léčbě (Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 470; Vinklerová, Minář, Felsinger a kol., 2018, s. 264).

Při rozhodování o způsobu léčby je nutno přihlížet na základní prognostické faktory, které výrazně ovlivňují prognózu s ohledem na přežití ženy a zvyšují pravděpodobnost recidivy nemoci. Mezi tyto faktory náleží stupeň histologické diference, hloubka invaze do myometria, věk, invaze do lymfatických cév, histologický typ a stav hormonálních receptorů (Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 469-470).

Tabulka 2 TNM a FIGO pro staging endometriálního karcinomu (zdroj: Česká gynekologie, 2014, 79(6))

TNM	FIGO	Popis
T1	I	nádor omezen na tělo děložní (včetně event. postižení endocervikální sliznice)
T1a	IA	postiženo endometrium s invazí do myometria v rozsahu < 50 % šíře
T1b	IB	postiženo endometrium s invazí do myometria v rozsahu ≥ 50 % šíře
T2	II	invaze do stromatu hrdla děložního
T3	III	lokální a/nebo regionální šíření (pozitivní cytologie nemění staging, referuje se zvlášť)
T3a	IIIA	postižení děložní serózy a/nebo adnex
T3b	IIIB	postižení parametrií a/nebo pochvy
N1	IIIC	postižení lymfatických uzlin
	IIIC1	metastázy v pánevních lymfatických uzlinách
	IIIC2	metastázy v paraaortálních lymfatických uzlinách (s/bez postižení pánevních uzlin)
T4	IVA	postižení močového měchýře a/nebo střeva
M1	IVB	vzdálené metastázy (s výjimkou pochvy, adnex nebo pánevní serózy, zahrnuje postižení uzlin tříselných a jiných než paraaortálních)

3.3.1 Chirurgická léčba

Základní operační léčbou karcinomu endometria je extrafasciální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a laváž dutiny břišní. U nádorů s vysokým rizikem recidivy se provádí pánevní i paraaortální lymfadenektomie. U karcinomů z jasných buněk a papilárních serózních karcinomů se vedle hysterektomie a adnexektomie, pánevní a paraaortální lymfadenektomie provádí též omentektomie (Pilka, 2017, s. 59).

Časná stádia endometriálního karcinomu se často indikují k endoskopickému řešení, které je výhodné z hlediska rychlejšího hojení a nízké pooperační morbiditivy. Laparoskopicky lze nahlédnout do celé dutiny břišní, vizualizovat játra a brániční klenby. Z toho důvodu se často provádí laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexektomií. Tento přístup se volí převážně u obézních nemocných a diabetiček, kde lze předpokládat komplikované hojení laparotomie (Roztočil, 2011, s. 346; Pilka, 2017, s.).

V průběhu chirurgického výkonu se provádí peroperační zhodnocení histologického typu, grade tumoru a hloubky myometrální invaze kryovyšetřením (biopsie se zmrazením tkáně s následným rychlým vyšetřením). Na základě výsledku peroperačního histologického nálezu se potvrdí nebo přehodnotí zařazení pacientky do skupiny low nebo high risk s možností rozšíření operačního výkonu v případě positivity high risk faktorů (Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 471; Vokurka, Hugo, 2015, s. 545).

V rámci paliativní chirurgické léčby metastatického onemocnění přichází do úvahy resekce solitárních jaterních či plicních metastáz a dále paliativní kolostomie při hrozící či přítomné obstrukci průchodnosti střev nevléčitelným nádorem (Rob, Martan, Ventruha, 2019, s. 279).

3.3.2 Radioterapie

Radioterapie nachází uplatnění ve všech stádiích onemocnění. U stadia I a II je aplikována v adjuvantní formě u nádorů s vyšším gradingem či histologicky nepříznivým typem za účelem snížení výskytu recidiv v oblasti poševních kleneb a ke kontrole choroby v pánevních lymfatických uzlinách. Primární radikální radioterapie je metodou volby při kontraindikaci chirurgické léčby nebo u pokročilých neoperovatelných stádií. Paliativní radioterapie je indikována individuálně podle celkového stavu pacientky a rozsahu onemocnění. Používá se teleterapie na malou pánev, cílový objem zahrnuje pánevní uzliny k hranici pátého bederního obratle. Brachyterapie (vaginální válec) se využívá k prevenci recidivy nádoru v poševním pahýlu (Krška, Hoskovec, Petružela, 2014, s. 771; Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s.471).

Ač radioterapie se nezdá být na první pohled nějak zatěžující léčbou, mnohdy způsobuje vedlejší účinky závažné i méně závažné, které v každém případě mohou výrazně ovlivňovat kvalitu života pacientek. Mezi časné vedlejší účinky patří tzv. postradiační syndrom, který se projevuje únavou, letargií, snížením chuti k jídlu, bolestí hlavy, někdy nauzeou až zvracením, také průjmy. Kožní reakce jako erytém, suchá a vlhká deskvamace, poškození kožních adnex a sliznic též patří do skupiny časných nežádoucích účinků (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 93-94). Zde je nutno zdůraznit význam role porodní asistentky v perioperační péči, která jednak poskytuje péči před a po výkonu, pečuje o psychický stav pacientek, edukuje je o možných vedlejších účincích a dalším režimu po ozáření (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 92). Mezi pozdní nežádoucí vedlejší účinky radioterapie patří postaktinická cystitida a proktitida, tvorba vezikálních či rektálních vředů a píštělí, fibróza parametrií a rozvoj lymfedému dolních končetin, které bezesporu zhoršují kvalitu života pacientek (Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 471).

3.3.3 Chemoterapie a hormonoterapie

Chemoterapie v léčbě karcinomu endometria má omezený význam (Slezáková, 2017, s. 77). Je hlavní léčebnou metodou pro metastatické formy karcinomu endometria a při selhání hormonální léčby. Celkové výsledky cytostatické léčby u karcinomu endometria jsou ale výrazně nižší než u karcinomu ovaria. Chemoterapie je účinnější hlavně u nízké diferencovaných forem karcinomu endometria. Standartně se podává kombinace karboplatina a paklitaxel, která má příznivý profil toxicity. Také jsou užívány i dvojkombinace doxorubicin a cisplatina, doxorubicin a karboplatina nebo trojkombinace doxorubicin,

cisplatina a paklitaxel. Při indikaci chemoterapie se musí vždy přihlížet k věku a celkovému stavu pacientky (Krška, Hoskovec, Petružela, 2014, s. 771-772).

Hormonální léčba gestageny bývá indikovaná u pacientek s dobře diferencovaným nádorem a plicními metastázami jako šetrná paliativní léčba (Roztočil, 2011, s. 347). Také je alternativou pro ženy žádající zachovat fertilitu a zároveň splňují základní podmínky (velmi časná stádium nemoci, dobře diferencovaný tumor, bez invaze do myometria) nebo pro ty, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje podstoupit jinak plánovanou operaci (Vinklerová, Minář, Felsing a kol., 2018, s. 264). V současné době se v rámci hormonální léčby používá medroxyprogesteronacetát a megestrolacetát, v případě selhání této léčby lze zvažovat užití inhibitorů aromatáz. Při dodržování doporučeného dávkování vykazuje hormonální terapie nejen nízkou toxicitu ale i minimum nežádoucích účinků (Vinklerová, Minář, Felsing a kol., 2018, s. 269).

Není tajemstvím že, léčba pomocí cytostatik výrazně zhoršuje jak fyzický, tak i psychický stav pacientek. Škorníčková, Moravcová, Zajíčková (2015, s. 92) jmenují nežádoucí účinky bezprostřední, oddálené a pozdní, nejčastěji však se vyskytuje nevolnost a zvracení, útlum krvetvorby, ztráta vlasů, postižení sliznic, alergie, neurotoxicita, flebitidy, poruchy gonád a febrilní reakce. Opět zdůrazňuji nezastupitelnost ve vykonávání rolí porodní asistentky, která využívá své odborné znalosti v oboru, poskytuje ošetrovatelskou péči pacientkám před, v průběhu a po aplikaci cytostatik, zároveň dbá na ochranu svého zdraví. Od porodní asistentky se očekávají komunikační a didaktické schopnosti na vysoké úrovni, pacientku musí vždy poučit o tom, jaké nežádoucí účinky může očekávat a jak se má zachovat. Mnohdy se jedná o velmi citlivé a psychicky náročné informování, např.: vypadávání vlasů.

3.4 Dispenzární péče

Cílem dispenzarizace je včasný záchyt recidivy s cílem prodloužení přežití, prevence a léčba dlouhodobých komplikací nádorového onemocnění a protinádorové léčby. Zvažovat méně intenzivní sledování je možné individuálně po pečlivém zhodnocení stavu pacienta a jeho komorbidit. Též platí i v opačné situaci, např. při přítomnosti výrazných dědičných, environmentálních nebo behaviorálních rizikových faktorů může být indikováno intenzivnější sledování pacientky (Prausová, Petráková, Býma, Šonka, 2018, s. 3).

Odborné literární zdroje a nejaktuálnější doporučené postupy (viz *Péče o vybraná onkologická onemocnění: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*) pro vybraná onkologická onemocnění uvádí, že pacientky léčené pro

karcinom endometria jsou standardně sledovány po dobu 5 let po ukončení kurativní léčby. Ženu zpravidla dispenzarizuje a kontroluje pracoviště, které provádí komplexní léčbu. V průběhu prvních dvou let jsou pacientky kontrolovány každé 3 měsíce, v průběhu 3.-5. roku je dispenzarizace v intervalu 6 měsíců, poté se žena kontroluje každý 1 rok. Součástí každé kontroly je kompletní fyzikální vyšetření, komplexní gynekologické vyšetření a podrobný rozbor případných symptomů, jednou ročně je proveden RTG hrudníku. Při klinické indikaci (symptomy nebo podezření na recidivu při klinickém vyšetření, např. palpační nález v pánvi) je indikováno UZV břicha a pánve, příp. CT a biopsie ze suspektních míst, eventuálně je dle zvyku v intervalech 6-12 měsíců proveden vaginální ultrazvuk a stanovení hladiny nádorových markerů CEA a CA 125 (Prausová, Petráková, Býma, Šonka, 2018, s. 12; Špaček, Kalousek, Jílek et al., 2018, s. 473; Krška, Hoskovec, Petružela, 2014, s. 772).

Dispenzární péče může dále pokračovat u praktického lékaře, o čemž rozhoduje onkolog, který zná riziko recidivy a dlouhodobých komplikací u dané pacientky. Samotné předání pacientky do další péče praktického lékaře by se mělo uskutečnit formou písemnou čili formou lékařské zprávy. Zpráva by měla obsahovat diagnózu pacientky včetně TNM klasifikace, prodělanou léčbu pro onkologické onemocnění, popřípadě komplikace léčby. Pacientka je po předání dále sledována výhradně u praktického lékaře (Prausová, Petráková, Býma, Šonka, 2018, s. 3).

V rámci dispenzární péče pacientka opakovaně přichází do kontaktu s ošetřujícím lékařem a porodní asistentkou či všeobecnou sestrou za cílem kontroly svého zdravotního stavu, dovolím si tvrdit s nadějí slyšet pozitivní zprávy. Takto ambulantní kontroly po ukončené léčbě mohou být velmi vhodnou příležitostí pro zjištění kvality života pacientek po ukončené léčbě. Neznamená to nutně, že ve dveřích ambulance pacientka obdrží dotazník pro zjišťování kvality života s ústní instrukcí, jak ho vyplnit. Myslím si, že sdělování zpráv ať už pozitivního či negativního charakteru by měl předcházet dotaz zaměřený na to, jak se klientce dařilo po operaci či v době od poslední kontroly. Dotazy by měly být více specifické, např.: „Jak se Vám daří v zaměstnání? Jak zvládáte péči o domácnost? Změnilo se něco? Pozorujete zhoršení či zlepšení Vašeho zdravotního stavu? Věnujete se nadále svým koníčkům? Co Vás v tom omezuje? Míváte bolesti? Provádíte sexuální aktivity?“ apod. Zdravotnický personál vedle svých odborných a profesionálních schopností by měl projevit empatii a zájem. S pacientkou by měl jednat trpělivě, důsledně, zodpovědně, svědomitě, měl by respektovat a zohledňovat pacientčiny potřeby, dbát na individuální přístup, věnovat ji dostatek času a nabídnout prostor pro dotazy.

4 PORODNÍ ASISTENTKA V PÉČI O ŽENU PO OPERACI A PŘI DALŠÍ LÉČBĚ

Základní operační léčbou karcinomu endometria je extrafasciální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a laváž dutiny břišní (Pilka, 2017, s. 59). Po operaci následuje pooperační péče, v rámci které porodní asistentky uplatňují své znalosti, schopnosti a kompetence v oboru perioperační péče v gynekologii a porodnictví.

Porodní asistentka v péči o ženu po operaci vykonává nezastupitelné role a poskytuje odbornou péči v souladu s kompetencemi, které jsou zakotveny v Zákoně č. 96/2004 Sb. a Vyhlášce č. 55/2011 Sb. v jejich platném znění (Dušová a kol., 2019, s. 13).

Hlavním cílem pooperační péče je stabilizace stavu pacientky a co nejrychlejší návrat její sebezpěče a soběstačnosti, jako v běžném životě. Bezproblémová pooperační péče je založena na kvalitním provedení předoperační přípravy, správném vedení anestezie a bez komplikací probíhajícího operačního výkonu (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 291). Pooperační péče je určena rozsahem operace, stavem pacientky a přidruženými nemocemi. U většiny prováděných výkonů v celkové anestezii je pacientka monitorována na „dospávacím“ pokoji a zpravidla po dvou hodinách je přeložena na standartní lůžkové oddělení. U pacientek po rozsáhlých nebo komplikovaných operacích je pooperační průběh indikován na jednotce intenzivní péče (JIP) či anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) a po stabilizaci stavu (zhruba po 12-24 hodinách) je pooperační péče dále poskytována na standartním lůžkovém oddělení (Schneiderová, 2014, s. 72).

Hlavním úkolem porodní asistentky na JIP je kontrola fyziologických funkcí, monitorování příznaků pooperačních komplikací, tlumení bolesti podáváním intravenózních, intramuskulárních či perorálních analgetik. Množství a druh analgetik se volí dle stavu pacientky, její alergické anamnézy a po domluvě s anesteziologem. Porodní asistentka dále kontroluje krvácení z pooperační rány a pochvy, sleduje a hodnotí odpad v drénech, činnost peristaltiky, bilanci tekutin, homeostázu vnitřního prostředí, také provádí prevenci, diagnostiku, a terapii zánětlivých stavů. Neodmyslitelnou součástí pooperační péče je prevence tromboembolické nemoci (TEN), anémie a její léčba, péče o nauzeu a zvracení. Dietetická opatření, rehabilitační péče, prevence podchlazení a vzniku dekubitů jsou také v pooperačním období samozřejmostí. Porodní asistentka pečuje o spánek a psychický stav pacientky, pečlivě vede ošetrovatelskou dokumentaci (Šálková, 2021, s. 518; Schneiderová, 2014, s. 73).

Péče v následujících dnech (za 24 hodin od operace a dále) probíhá dle stavu pacientky. Porodní asistentky plní ordinace lékaře, poskytují dostatek informací a usilují o co největší komfort a návrat k soběstačnosti pacientky (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 59).

Před propuštěním do domácí péče porodní asistentka by měla klientku edukovat také o zásadách správné životosprávy, o péči o ránu/jizvu a pohybovou aktivitu, také by měla být věnována pozornost edukaci v rámci sexuální problematiky. Na závěr podá informace týkající se následné kontroly ve zdravotnickém zařízení, případně informace ohledně pokračující pooperační léčby (Šálková, 2021, s. 540).

V případě pokračování léčby pomocí radioterapie či chemoterapie, porodní asistentka edukuje pacientku o režimovém opatření, vedlejších účincích a základních principech ošetřování. Ujistí se, že poskytnutým informacím klientka rozumí a je si vědomá důležitosti dodržování doporučených opatření. Porodní asistentka připravuje klientku před aplikací léčby a pravidelně kontroluje její fyzický a psychický stav, mírní projevy nežádoucích účinků radioterapie a chemoterapie, dělá psychickou oporu (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 92-96).

Gynekologické operace přinášejí ženám obavy o přežití, tělesné zdraví, o jejich ženství, často mají strach z následné rekonvalescence, z kosmetických defektů a jizev po operaci. Operace do jisté míry zasahuje i do sexuálního života, do délky rehabilitace a návratu do běžného života, na který byly ženy zvyklé před operací. Všechny faktory bezesporu ovlivňují kvalitu života ať už krátkodobě, dlouhodobě či trvale v závislosti na individuálním vnímání jedince (Pilka a Procházka, 2012, s. 149). Proto porodní asistentky by měly ve spolupráci s lékaři pečovat o ženy komplexně, dbát na co největší eliminaci mnohdy zbytečných obav. „*Je důležité si uvědomit, že podstoupení chirurgického výkonu je jednou z nejvíce stresujících situací v životě člověka.*“ (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 86). S myšlenkou autorů nelze nesouhlasit. Pracuji na jednotce intenzivní péče, kde poskytují pacientkám bezprostřední pooperační péči a velmi často musím čelit pacientčíným obavám vzniklým v souvislosti s operační léčbou. Občas musím hledat odpovědi na otázky, na které nejsem připravená, či doposud se s nimi nesešla. Člověka to v profesním životě nutí se dál vzdělávat, pátrat po odpovědích, prohlubovat své znalosti či pouze vylepšovat své komunikační schopnosti.

5 SHRnutí TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části byla vymezená nejdůležitější východiska v souladu s názvem tématu diplomové práce. Přiblížit čtenářům pojem „kvalita života“ nebyl snadný cíl, jelikož se nejedná o definici jako takovou, a po přečtení a nastudování mnoha článků a kapitol o kvalitě života v odborné literatuře nelze ji jednoznačně a definitivně vymežit jako např. Pythagorovou větu.

Kvalita života má stránku objektivní a subjektivní a má několik domén. Jednotlivé domény se týkají různých stránek lidské existence a jejich význam pro celkovou kvalitu života nabývá různorodosti v závislosti na vnímání každého jedince. Objektivní stránku kvality života lze přirovnat k životním podmínkám, kam patří také zdravotní stav každého jedince. Subjektivní stránka je určena kognitivním ohodnocením vlastního života a jeho emocionálním prožíváním. V medicíně a ve zdravotnictví má studium kvality života zásadní význam, jelikož nutí zdravotnický personál se zajímat nejenom o klinické výsledky indikované léčby, ale i o to, jak daná léčba ovlivňuje běžný život pacientek, tj. jejich partnerský a sexuální život, jejich soběstačnost, sociální kontakty, schopnost věnovat se zájmům, koníčkům apod. (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 656)

Cílovou skupinou pro zkoumání kvality života v této práci jsou ženy s diagnózou karcinomu endometria. V současnosti je po karcinomu prsu karcinom endometria druhý nejčastější zhoubný nádor u žen. Incidence v ČR je kolem 35 případů na 100 000 žen, s mírně stoupající tendencí v posledních letech, vrchol incidence je po 60. roce věku žen. Onemocnění má dobrou prognózu, jelikož u většiny pacientek je diagnóza stanovena v raných stádiích, kdy se nádor nešíří mimo dělohu. Primární léčba spočívá v odstranění dělohy a obou přívěsků děložních (Šálková, 2021, s. 491).

Jak tedy ovlivňuje operační léčba kvalitu života žen s touto diagnózou? Průzkumná část diplomové práce se bude zabývat měřením kvality života žen po operační léčbě karcinomu endometria. Nástrojem měření kvality života bude česká verze standardizovaného dotazníku SF-36 o zdravotním stavu. Zmíněný nástroj se řadí mezi dotazníky generické, které hodnotí celkový stav člověka bez ohledu na zdraví či nemoc, mají široké použití u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na věk, pohlaví a jiné proměnné. Dotazník SF-36 je jeden z nejčastěji užívaných generických dotazníků zjišťujících kvalitu života pro svoji stručnost, jasnost a komplexnost (Reifenauer, Hošková, 2018, s. 261).

PRŮZKUMNÁ VÝCHODISKA

V této části diplomové práce jsou popsány jednotlivé kroky průzkumu. Nejprve byly stanoveny cíle a průzkumné otázky, poté byla popsána metodika průzkumu, součástí které je i charakteristika souboru respondentek, metoda sběru dat a také metody analýzy dat. Dále následuje kapitola analýzy dat. Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky a dle manuálu vyhodnocení standardizovaného dotazníku SF-36, výsledky průzkumného šetření jsou znázorněny pomocí vhodných grafů a tabulek a následně slovně interpretovány. V diskuzi jsou výsledky průzkumného šetření komparovány s výsledky průzkumů podobných témat, také jsou diskutovány možná doporučení pro praxi vzhledem k tématu a výsledkům průzkumného šetření. Poté se dostáváme ke shrnutí nejdůležitějších zjištění a závěrů, ke kterým při psaní diplomové práce bylo dospěno.

6 PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Na základě zvoleného tématu pro diplomovou práci byly v průzkumné části stanoveny následující cíle a průzkumné otázky:

Cíl 1: Zjistit anamnestické údaje žen a popsat, jaká další onemocnění se nejčastěji vyskytují u zkoumaného souboru respondentek.

Cíl 2: Zjistit, jakou mají kvalitu života respondentky 6 měsíců po operační léčbě pro karcinom endometria.

Průzkumná otázka 1: Jak respondentky hodnotí vykonávání středně namáhavých činností po operační léčbě karcinomu endometria?

Průzkumná otázka 2: Jaké je celkové fyzické zdraví respondentek po operační léčbě karcinomu endometria?

Průzkumná otázka 3: Jaké je celkové psychické zdraví respondentek po operační léčbě karcinomu endometria?

7 METODIKA

Diplomová práce na téma Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria je prací teoreticko-průzkumnou. Hlavním cílem průzkumné části bylo zjistit, jakou mají kvalitu života respondentky po operační léčbě karcinomu endometria, dále na základě anamnestických údajů popsat, jaká další onemocnění se nejčastěji vyskytují u zkoumaného souboru respondentek. K realizaci průzkumu byla použita česká verze generického dotazníku pro měření kvality života – SF-36, dále vedle otázek v jednotlivých dimenzích byly i otázky identifikační (viz přílohy A, B). Samotnému průzkumu předcházelo schválení Žádosti o provedení průzkumu v rámci závěrečné práce a písemný souhlas vedení nemocnice, kde se průzkum uskutečnil.

7.1 Průběh průzkumu

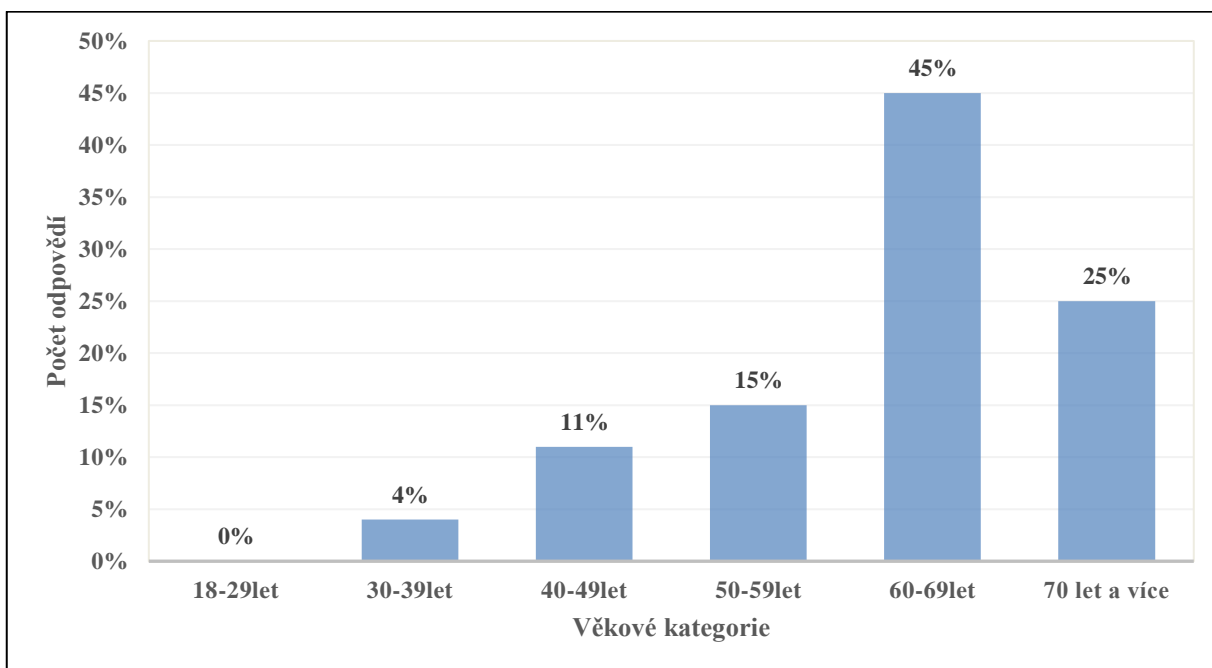
Sběr dat k průzkumné části diplomové práce byl zahájen v červenci roku 2021 a ukončen v únoru roku 2022 v nemocnici fakultního typu na základě souhlasu vedení nemocnice a respondentek. Dotazník v tištěné formě byl ženám poskytnut k vyplnění v ambulantní části gynekologicko-porodnické kliniky. Ženy dotazník vyplňovaly při druhé kontrole v rámci dispenzární péče, tudíž 6 měsíců po operační léčbě na daném pracovišti. Respondentky byly před vyplňováním dotazníku informovány, jak dotazník správně a kompletně vyplnit, pro koho je nástroj SF-36 určen a co je cílem našeho průzkumu. Tedy, že chceme zjistit, jakou kvalitu života respondentky mají po operační léčbě pro karcinom endometria. Také byly poučeny, že se jedná o dotazník anonymní a jeho vyplňování je zcela dobrovolné. Tyto informace jsou také uvedené v úvodu dotazníku (viz příloha A). Respondentky vyplňovaly dotazník samostatně, poté ho odkládaly do označeného boxu pro vyplněné dotazníky, který byl předem připravený před zahájením průzkumu.

7.2 Charakteristika souboru

Zkoumaným souborem byly ženy, které podstoupily operační léčbu, tedy abdominální hysterektomii, pro diagnózu karcinom endometria. U těchto žen následná léčba již nepokračovala. Toto kritérium bylo pro výběr souboru respondentek zásadní, jelikož se předpokládá, že pokračující léčba (chemoterapie, radioterapie) pro svoje nežádoucí účinky by mohla kvalitu života výrazně negativně ovlivnit, díky čemuž by mohlo dojít k výraznému nepoměru oproti ženám, u kterých stačila pouze léčba operační. Celkem bylo do ambulantní části poskytnuto 60 dotazníků SF-36. Pro neúplnost vyplnění všech položek dotazníku byly 4 dotazníky vyřazeny a 9 dotazníků nebylo vyplněno vůbec. Do průzkumu tedy bylo zahrnuto celkem 47 dotazníků, tudíž návratnost stanovila 78 %. Ve

zmíněném období sběru dat nebyl získán doporučený minimální počet (50) dotazníků od respondentek pro zpracování průzkumné části diplomové práce. Důvodem nižšího počtu respondentek v našem průzkumném šetření mohla být neochota žen se podílet na spolupráci při tvorbě průzkumné části, jistý počet žen v dispenzární péči v daném období, ale také vyřazené dotazníky pro jejich neúplné vyplnění.

Jedna z doplňujících otázek k dotazníkům SF-36 byla zaměřená na zjištění věku respondentek. Z celého souboru respondentek 21 (45 %) respondentek byly ve věku 60 až 69 let, což tvořilo nejpočetnější skupinu. Nejmladší skupina žen, které absolvovaly operační léčbu pro tuto diagnózu, byla ve věku od 30 do 39 let. Tato skupina byla nejméně četná, tvořilo ji 2 respondentky (4 %). 5 respondentek (11 %) bylo ve věku 40 až 49 let, 7 respondentek (15 %) byly ve věku 50 až 59 let. Nejstarší skupina žen, u které se zjišťovala kvalita života po operační léčbě karcinomu endometria, byla starší 70 let, tvořilo ji 12 respondentek, tedy 25 % (viz Obrázek 2).

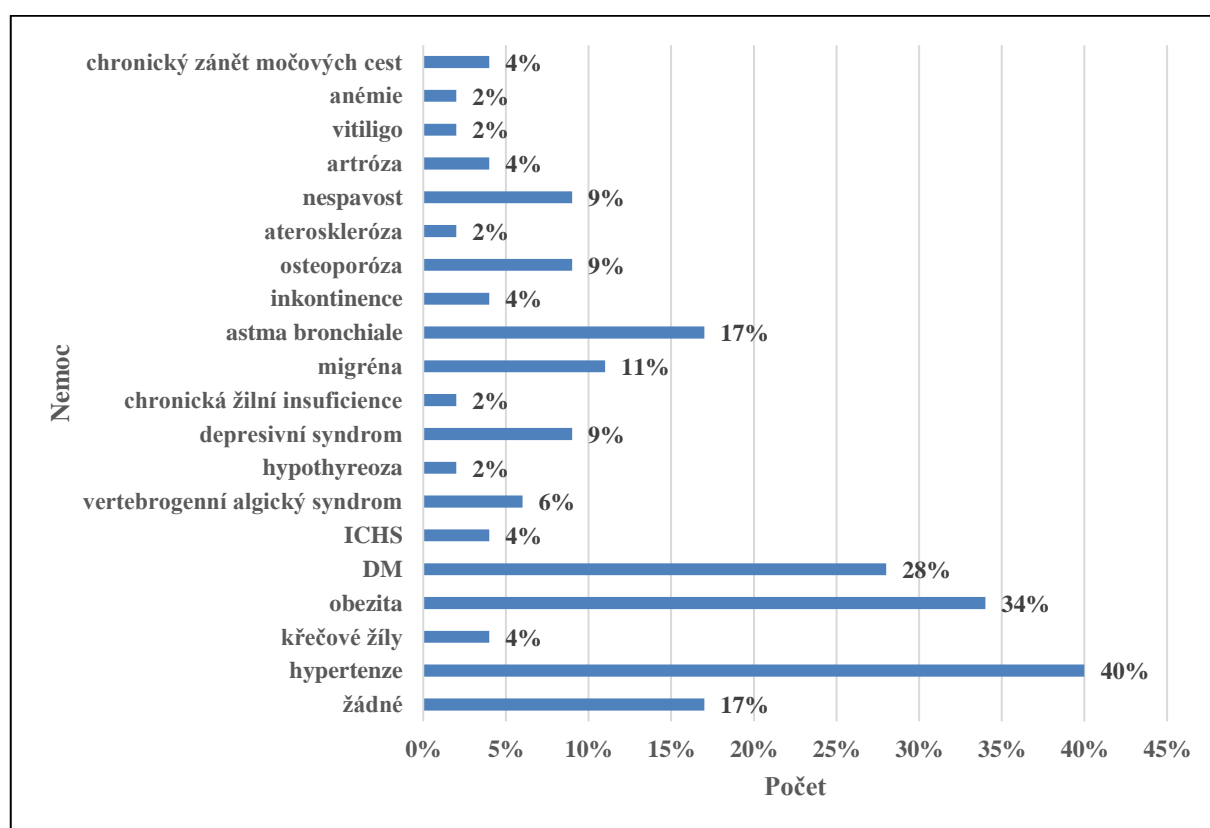


Obrázek 2 Věk respondentek

Překvapivým zjištěním byl poměrně velký počet žen, které podstoupily operační léčbu pro karcinom endometria ve věku pod 60 let. Celkem tuto skupinu tvoří 14 ze 47 respondentek (30 %).

Druhá doplňující otázka k dotazníku SF-36 byla zaměřená na výskyt dalších onemocnění v našem průzkumném souboru. Každá odborná literatura (ať už v podobě knih, článků, časopisů aj.) zmiňuje zatíženou osobní anamnézu jako další faktor, který významně ovlivňuje kvalitu života jedinců, což je zcela logické. Tato otázka byla do průzkumného šetření zakomponována, abychom zjistili i to, jaká onemocnění se nejčastěji vyskytují v našem souboru respondentek.

Otázka byla pojata volnou formou a respondentky vypisovaly onemocnění, která tíží jejich osobní anamnézu. Výsledky dotazování v druhé doplňující otázce jsou k dispozici na Obrázku 3.



Obrázek 3 Onemocnění respondentek

Z celého souboru respondentek 8 respondentek (17 %) uvedlo, že se již s ničím neléčí. Nejčtenější nemocí je hypertenze, která se prokázala u 19 respondentek (40 %). Další nejčastější nemocí byla obezita, na kterou trpí 16 respondentek (28 %), diabetes mellitus (DM) mělo celkem 13 respondentek (28 %). 8 respondentek (17 %) mělo astma bronchiale, v menších počtech se objevovaly nemoci jako chronický zánět močových cest, artróza, nespavost, osteoporóza, inkontinence, depresivní syndrom a jiné. Ojedinele se vyskytovaly nemoci jako anémie, vitiligo, ateroskleróza, chronická žilní insuficience a hypothyreóza.

7.3 Analýza dat

Data získaná prostřednictvím standardizovaného dotazníku SF-36 byla nejdříve přehledně seskupená do tabulkového procesoru Microsoft Excel v podobě matice pro utřídění dat. Matice byla zpracována do řádků a sloupců. Sloupce udávají data pro každou sledovanou položku dotazníku a řádky udávají sledované respondentky. Na základě obecných pravidel pro vyhodnocení dotazníku SF-36 byla seskupená data následně zpracována v programu STATISTICA 12, poté byla interpretována v podobě tabulek a grafů a samozřejmě srozumitelně okomentována. Pomocí získaných dat byly zodpovězeny průzkumné otázky a cíle diplomové práce.

7.4 Vyhodnocení dotazníku SF-36

Jednotlivé položky dotazníku SF-36 se vyhodnocují pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales Score) (viz Příloha C). Jedná se o standardizovanou metodiku vyhodnocení, pomocí níž lze hodnotit změny v kvalitě života napříč dimenzemi dotazníku, a i v celkovém pohledu. Rozmezí skóre je 0 až 100 bodů, přičemž skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou výsledků úrovně kvality života u obecné populace. U některých otázek je na výběr ze dvou nebo tří možných odpovědí, u jiných z pěti nebo šesti. Výsledné skóre se odvíjí od negativního či pozitivního výběru. Otázky, u kterých je na výběr ze dvou možných odpovědí, se hodnotí 0 nebo 100 body. Pokud se volí ze tří možných odpovědí, potom to je ohodnoceno 0, 50 nebo 100 body. Jestliže respondentky vybírají z pěti možných odpovědí, poté je bodové hodnocení 0, 25, 50, 75 nebo 100. A při výběru z šesti odpovědí se hodnotí 0, 20, 40, 60, 80 nebo 100 body (Barile, Horner-Johnson, 2016, s. 571; Reifenauer, Hošková, 2018, s. 261; Rand Corporation, 2013).

Položky dotazníku SF-36 jsou dále rozloženy do 8 domén, jimiž jsou Fyzická činnost (z anglického Physical Functioning – **PF**), Omezení role v důsledku fyzického zdraví (z anglického Role-Physical – **RP**), Omezení role v důsledku emocionálních problémů (z anglického Role-Emotional – **RE**), Tělesná bolest (z anglického Bodily Pain – **BP**), Vitalita (z anglického Vitality – **VT**), Sociální funkce (z anglického Social Functioning – **SF**), Duševní zdraví (z anglického Mental Health – **MH**) a Celkové zdraví (z anglického General Health – **GH**) (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 78-79; Gurková, 2011, s. 145; Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 31).

Každá z osmi dimenzí zjišťující subjektivní kvalitu života respondenta, je složená ze 2 až 10 otázek. Otázka č. 2 stojí mimo dimenze jako samostatná. Jednotlivé dimenze se vypočítají

jako aritmetický průměr hodnot konkrétních otázek dotazníku. Výsledné skóre je číslo v procentech a dosahuje hodnot 0 až 100 %. Vyšší číselná hodnota odpovídá vyšší kvalitě života respondentek v dané dimenzi. Tabulka 3 znázorňuje uspořádání příslušných otázek k jednotlivým dimenzím.

Tabulka 3 Hodnocení dimenze dotazníku SF-36 (modifikováno z RAND Health Care)

Dimenze SF-36	Počet otázek	Číslo otázky
Fyzická činnost (PF)	10	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j
Omezení role v důsledku fyzického zdraví (RP)	4	4a, 4b, 4c, 4d
Omezení role v důsledku emocionálních problémů (RE)	3	5a, 5b, 5c
Vitalita (VT)	4	9a, 9e, 9g, 9i
Duševní zdraví (MH)	5	9b, 9c, 9d, 9f, 9h
Sociální funkce (SF)	2	6, 10
Tělesná bolest (BP)	2	7, 8
Celkový zdravotní stav (GH)	5	1, 11a, 11b, 11c, 11d

Dále jsou vyjmenované dimenze členěny na dvě škály, které hodnotí odlišně fyzické a psychické zdraví respondenta. **Celkové fyzické zdraví** (z anglického Physical Component Summary – **PCS**), je tvořeno 5 dimenzemi kvality života: Fyzická činnost (**PF**), Omezení role v důsledku fyzického zdraví (**RP**), Tělesná bolest (**BP**), Celkový zdravotní stav (**GH**) a Vitalita (**VT**). **Celkové psychické zdraví** (z anglického Mental Component Summary – **MCS**), je tvořeno také 5 dimenzemi kvality života: Duševní zdraví (**MH**), Omezení role v důsledku emocionálních problémů (**RE**), Sociální funkce (**SF**), Vitalita (**VT**) a Celkový zdravotní stav (**GH**). Jednotlivé kategorie se vypočítají aritmetickým průměrem zmíněných dimenzí. Výpočet jednotlivých kategorií zobrazuje přehledná Tabulka 4. Index celkové kvality života se počítá jako prostý aritmetický průměr, sdružuje tedy všechny psychické a fyzické dimenze. Čím vyšší je výsledná hodnota, tím lepší je kvalita života jedince (Musil, 2011; Rand Health, 2009; Ware, 1992; Gurková, 2011).

Tabulka 4 Kategorie PCS a MCS

Kategorie	Aritmetický průměr dimenzí
Celkové fyzické zdraví (PCS)	PF, RP, BP, GH, VT
Celkové psychické zdraví (MCS)	MH, RE, SF, VT, GH

Zpracování dotazníků probíhalo v souladu s obecným postupem a pravidly pro hodnocení podle RAND 36-Item Health Survey Scoring Instructions, jež uvádím jako internetový zdroj v seznamu použité literatury.

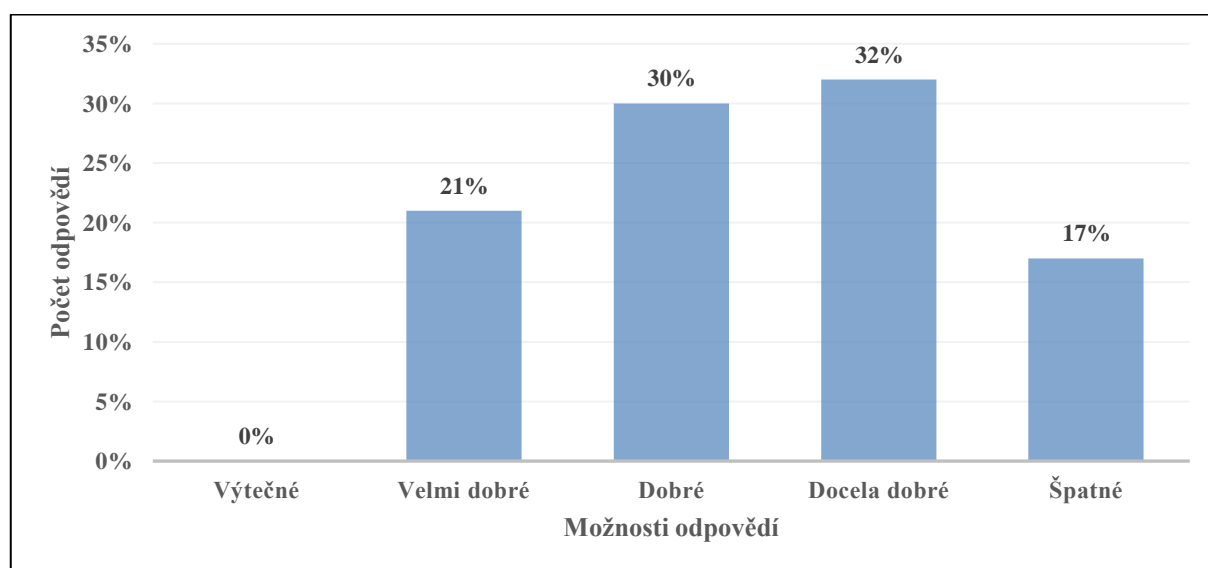
8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části diplomové práce jsou vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníkového šetření, také dimenze a kategorie kvality života. Výsledky jsou prezentovány pomocí tabulek nebo grafů a slovně interpretovány.

8.1 Interpretace jednotlivých položek SF-36

Otázka č.1: Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově:

V první otázce respondentky celkově hodnotily vlastní zdraví a odpovídaly pomocí 5bodové škály: Výtečné, Velmi dobré, Dobré, Docela dobré a Špatné.



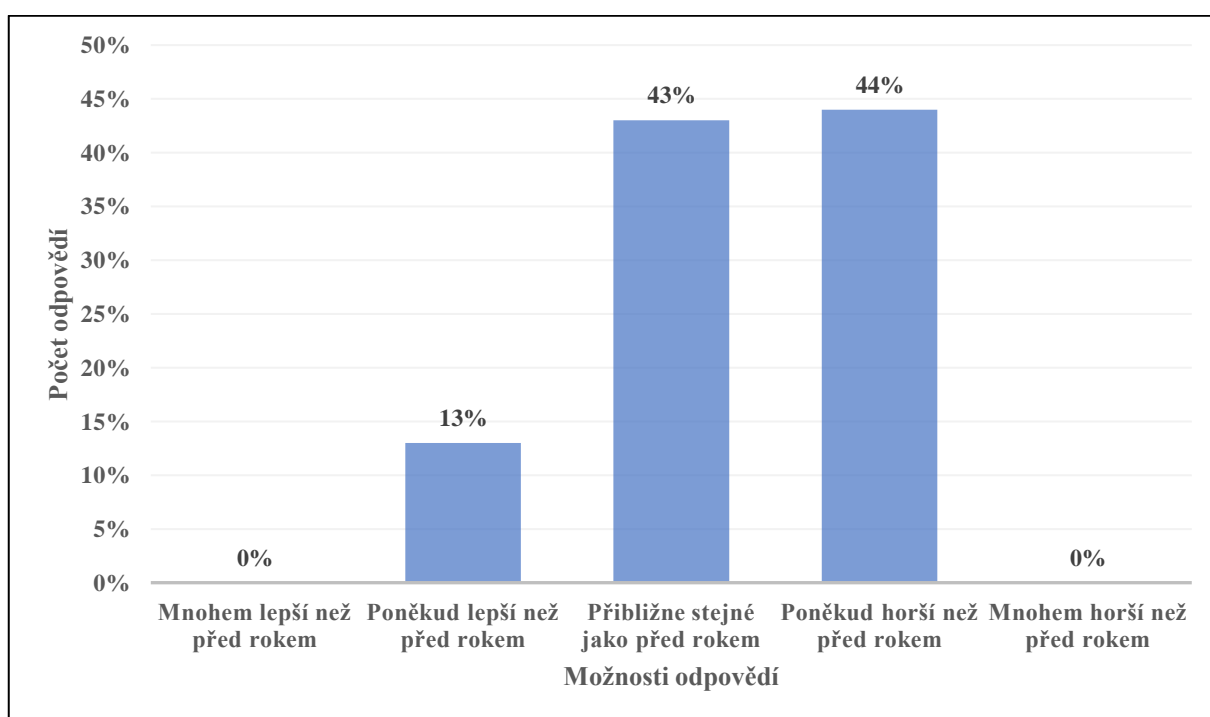
Obrázek 4 Otázka č. 1

Již na první pohled je patrné, že převážná část respondentek celkově své zdraví hodnotí kladně. 15 respondentek (32 %) ohodnotilo své celkové zdraví jako docela dobré, 14 respondentek (30 %) vnímá své zdraví jako dobré a dokonce 10 respondentek (21 %) označilo, že jejich celkové zdraví je velmi dobré. Špatné zdraví má 8 ze 47 respondentek, což činí pouhých 17 %. Žádná respondentka neoznačila své zdraví jako výtečné (viz Obrázek 4).

Je potěšující, že respondentky i přes stanovenou onkogynekologickou diagnózu vnímají své zdraví převážně kladně, nehledě na to, že způsob, jakým lidé vnímají své zdraví, je ovlivněn komplexním souborem faktorů, mimo jiné environmentálními, kulturními a socioekonomickými podmínkami. Není překvapením, že čím starší člověk je, tím nižší je pocit, že je v dobré zdravotní kondici. Krom toho musíme předpokládat i jinak zatíženou osobní anamnézu. Žádná nemoc ke stáří nepatří a nemusí jej nutně provázet, ale mnohá onemocnění přicházejí ve vyšším věku častěji.

Otázka č. 2: Jak byste zhodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Tato otázka je sice součástí nástroje SF-36, ale není přiřazená k žádné, z již zmíněných domén. Dotazuje se na současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Druhá otázka dotazníku SF-36 stojí mimo domény, je obecná ale zároveň je stejně důležitá jako ostatní položky dotazníku. Dává nám informaci o tom, jak respondentky hodnotí své zdraví půl roku po operaci ve srovnání se zdravím půl roku před operací pro karcinom endometria. Na základě odpovědí respondentek v této otázce můžeme se domnívat, jak diagnóza karcinomu endometria a následná operační léčba změnila vnímání zdraví respondentek. Výsledky dotazování jsou zobrazeny na Obrázku 5.



Obrázek 5 Otázka č. 2

První informace, které mě na grafu zaujaly jsou ty, že ani jedna respondentka nehodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem ani jako mnohem horší ale také ani jako mnohem lepší. Můžeme tedy s opatrností tvrdit, že operační léčba pro karcinom endometria a jiné faktory, které se zohledňují při subjektivním hodnocení zdraví (věk, jinak zatížená osobní anamnéza, kondiční stav a jiné) výrazně nezasáhly do vnímání vlastního zdraví respondentek. 6 respondentek (13 %) ohodnotilo své zdraví jako poněkud lepší než před rokem, zatímco 21 respondentek (44 %) ohodnotilo své zdraví jako poněkud horší než před rokem. Až 20 respondentek (43 %) nevnímalo žádnou změnu ve zdraví a ohodnotilo ho přibližně stejně jako před rokem.

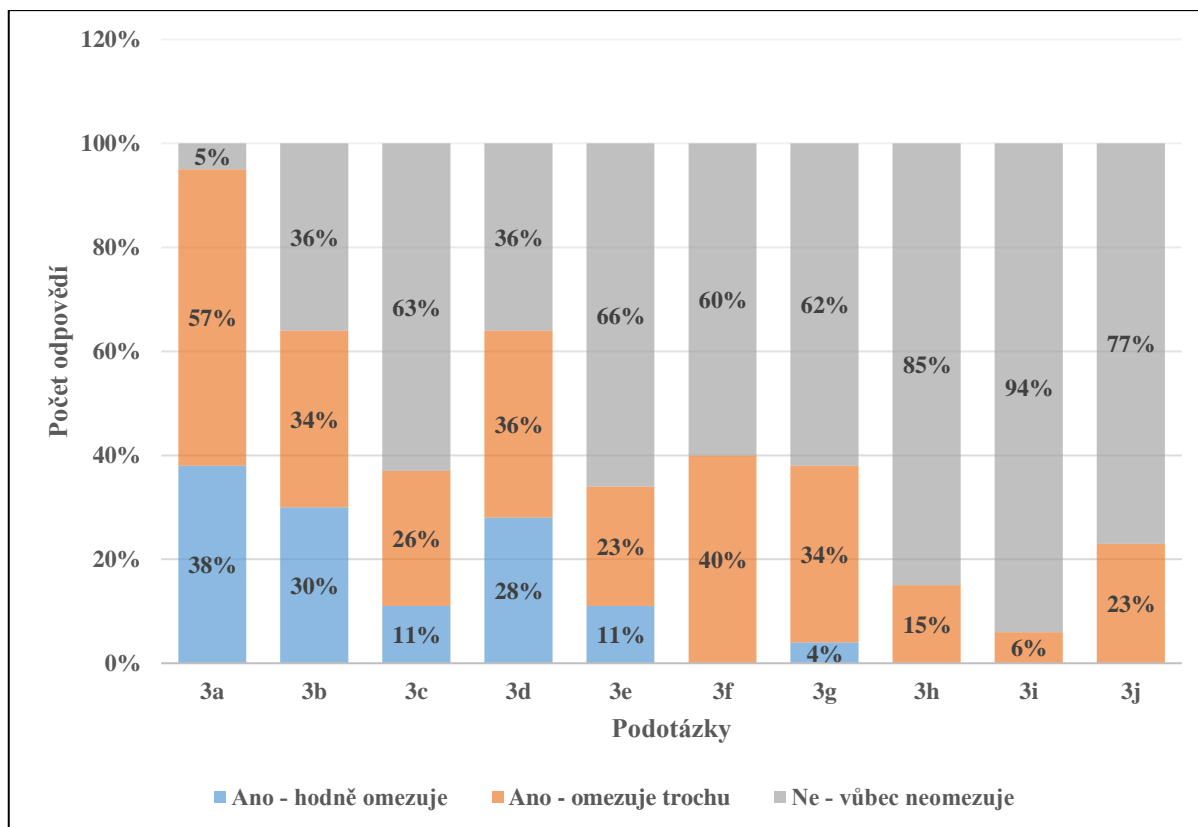
Otázka č. 3: Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Otázku č. 3 tvoří celkem 10 podotázek, které jsou zaměřené na běžné fyzické aktivity dotazovaných. Mezi tyto aktivity patří např. běh, zvedání břemen, jízda na kole, luxování, poklek nebo chůze do schodů a na různé vzdálenosti. Přehled podotázek k třetí položce dotazníku SF-36 zobrazuje Tabulka 5.

Tabulka 5 Podotázky položky č. 3

Podotázka	Fyzická aktivita
3a	Usilovné činnosti (běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů)
3b	Středně namáhavé činnosti (posouvání stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole)
3c	Zvedání nebo nošení běžného nákupu
3d	Vyjít po schodech několik pater
3e	Vyjít po schodech jedno patro
3f	Předklon, shýbání, poklek
3g	Chůze asi jeden kilometr
3h	Chůze po ulici několik set metrů
3i	Chůze po ulici sto metrů
3j	Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci

Výše uvedené podotázky zároveň tvoří jednu z osmi dimenzí, a to dimenzi Fyzická činnost (z anglického Physical Functioning – **PF**). Cílem podotázek je zjistit, jak zdravotní stav respondentek ovlivňuje činnosti, které vykonávají v průběhu běžného dne. Respondentky mohly volit odpověď ze tří možností a tedy: Ano – omezuje hodně, Ano – omezuje trochu, Ne – vůbec neomezuje. Výsledky této otázky jsou k nahlédnutí na Obrázku 6.



Obrázek 6 Otázka č. 3

Zdravotní stav ve vykonávání usilovných činností hodně omezuje 18 (38 %) respondentek, trochu omezuje 27 (57 %) respondentek a vůbec neomezuje 2 (5 %) respondentky. Na grafu je také patrné, že usilovné činnosti jsou nejvíce ovlivněné zdravotním stavem respondentek, což je zcela logické. Ve větším či menším měřítku bylo též poměrně dost zdravím ovlivněno vykonávání středně namáhavých činností, jako je posouvání stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole a jiné. 14 (30 %) respondentek označilo že je zdraví v těchto činnostech omezuje hodně, o něco více, konkrétně 16 respondentek (34 %) označilo, že jejich zdravotní stav zmíněné činnosti omezuje trochu a 17 respondentek (36 %) nejsou v těchto činnostech zdravím omezené vůbec. Překvapivé výsledky nabízí podotázka 3f, která hodnotí míru omezení fyzických činností jako je předklon, shýbání a poklek. Žádná respondentka neoznačila, že by ji zdraví v těchto činnostech hodně omezovalo, ač se dle mého názoru jedná o průměrně náročnou fyzickou činnost. Nicméně toto zjištění samozřejmě hodnotím velmi pozitivně. Nejméně byla zdravím ovlivněná chůze po ulici a koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci. Při pohledu na Obrázek 6 si dovoluji konstatovat, že výsledky otázky č. 3 jsou vcelku optimistické. Zdá se, že do průzkumného šetření se zapojily poměrně vitální respondentky, které v běžných denních činnostech nejsou z důvodu subjektivního vnímání zdraví markantně omezeny.

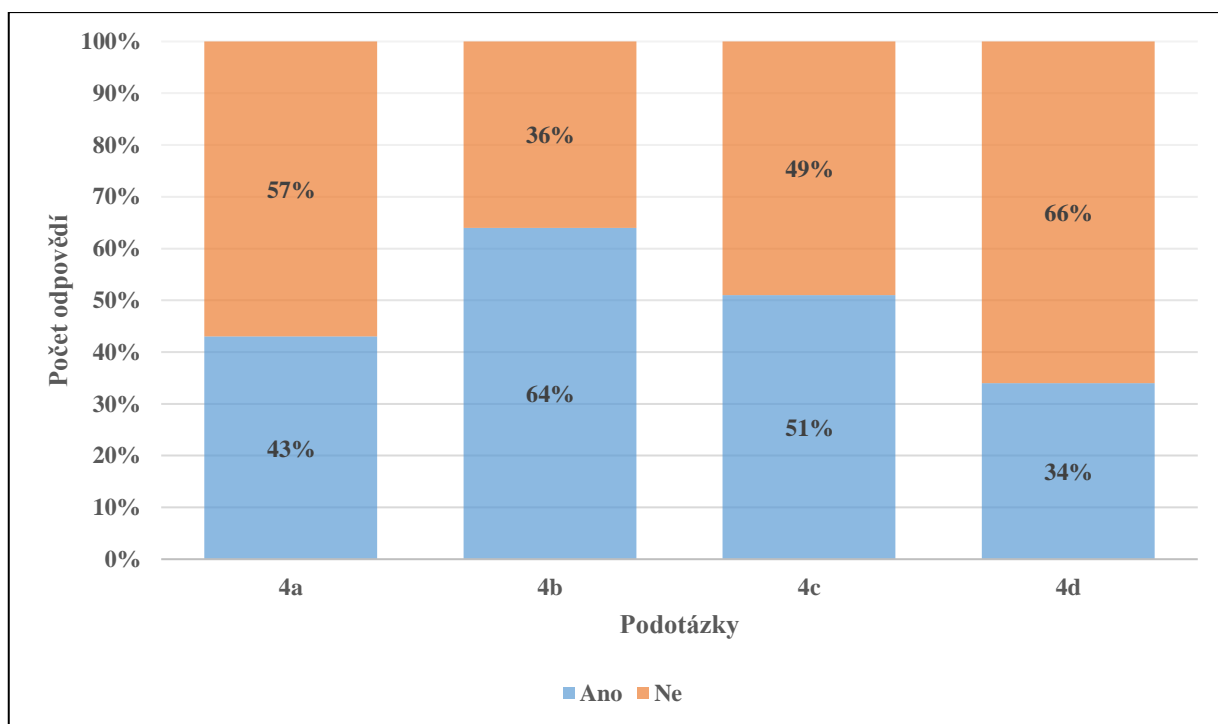
Otázka č. 4: Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

Otázka č. 4 je opět složená z několika podotázek, konkrétně ze 4, jejich přehled nabízí Tabulka 6. V těchto podotázkách respondentky odpovídaly buď Ano nebo Ne.

Tabulka 6 Podotázky položky č. 4

Číslo podotázky	Podotázka
4a	Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?
4b	Udělal jste méně, než jste chtěla?
4c	Byla jste omezena v druhu práce nebo jiných činnosti?
4d	Měla jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. musela jste vynaložit zvláštní úsilí?)

Výše uvedené podotázky opět tvoří další z osmi domén kvality života, a tedy dimenzi Omezení role v důsledku emocionálních problémů (z anglického Role-Emotional – **RE**). Cílem otázek je zjistit, zda byl dotazovaný kvůli narušenému fyzickému zdraví omezen v druhu práce a ve schopnosti pracovat. Dotazované mají na výběr ze dvou odpovědí, které jsou buď Ano nebo Ne. Pojďme se podívat na Obrázek 7 a zhodnotit, jak respondentky odpovídaly na výše uvedené otázky.



Obrázek 7 Otázka č. 4

Z důvodu zdravotních potíží v posledních 4 týdnech se 20 respondentkám (43 %) zkrátil čas, který věnovaly práci nebo jiné činnosti, 30 respondentek (64 %) udělalo méně, než chtělo, 24 respondentek (51 %) bylo omezeno v druhu práce nebo jiných činnostech a 16 respondentek (34 %) muselo vynaložit zvláštní úsilí při práci nebo jiných činnostech.

Vzhledem k předchozím výsledkům dotazníkového šetření, nepředpokládám, že výsledky v této otázce by musely nutně znamenat, že všechny respondenty byly omezeny z důvodu nějakého fyzického či somatického problému. Po propuštění do domácí péče jsou všechny ženy, co podstoupily velkou gynekologickou operaci, jistě poučeny o režimových opatřeních, mezi které bezpodmínečně patří menší pracovní zátěž a jiné aktivity. Normální tělesná aktivita včetně rekreačního sportu, nošení břemen do 15 kg bývá doporučována již po 3 měsících od provedené operace (Formanová, 2016, s. 154). Ovšem se domnívám, že velká část respondentek může mít tendenci vzhledem k provedenému velkému operačnímu zákroku být na sebe i nadále „opatrnější a šetrnější“, zvláště pokud mají i jinak zatíženou osobní anamnézu.

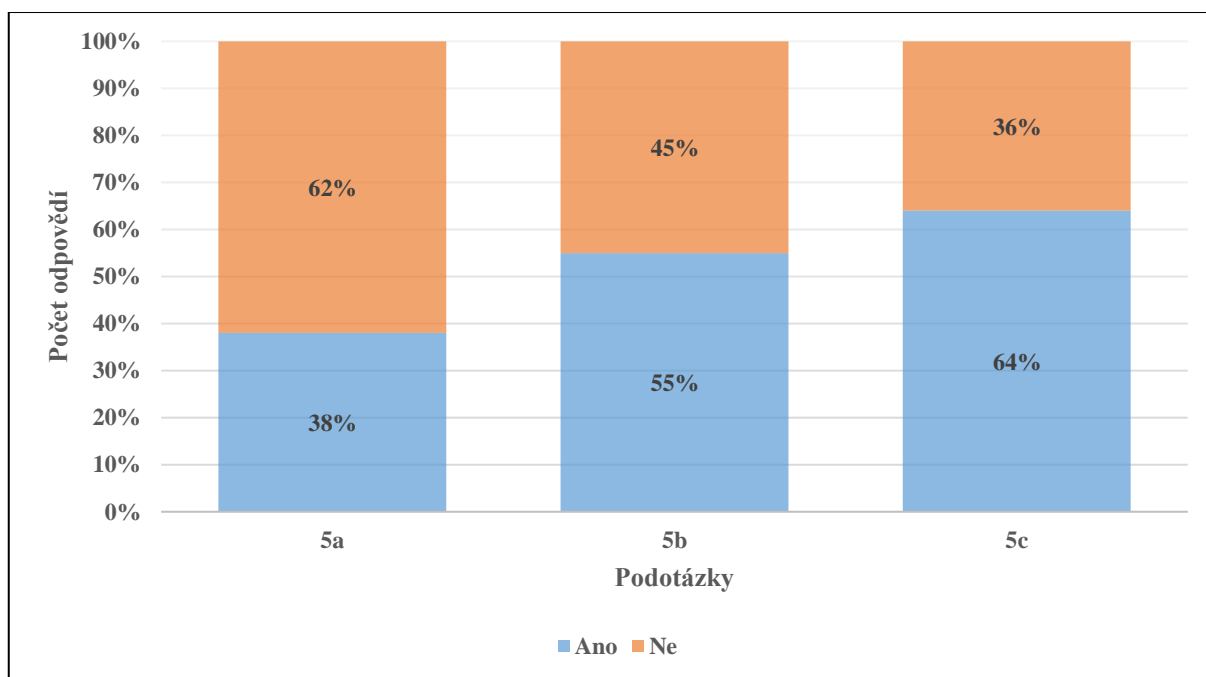
Otázka č. 5: Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

Položka č. 5 také představuje dimenzi Omezení role v důsledku emocionálních problémů (z anglického Role-Emotional – **RE**) a je tvořena 3 podotázkami (viz Tabulka 7). Cílem otázek je zjistit, zda dotazované měly v posledních 4 týdnech potíže při vykonávání běžných denních činností z důvodu nějakých emocionálních problémů. Dotazované mají na výběr ze dvou odpovědí, které jsou buď Ano nebo Ne.

Tabulka 7 Podotázky položky č. 5

Číslo podotázky	Podotázka
5a	Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?
5b	Udělal jste méně, než jste chtěla?
5c	Byla jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle?

Podle níže uvedeného grafu (viz Obrázek 8) měly emocionální potíže poměrně významný vliv na vykonávání běžných denních činností respondentek. Až 30 respondentek (64 %) se přistihlo, že bylo při práci nebo jiných činnostech v poslední době méně pozorné než obvykle. 26 respondentek (55 %) při svých běžných denních činnostech toho udělalo méně, nežli chtělo. 18 respondentek (38 %) kvůli nějakým emocionálním problémům zkrátilo čas, který věnovalo práci nebo jiným činnostem.



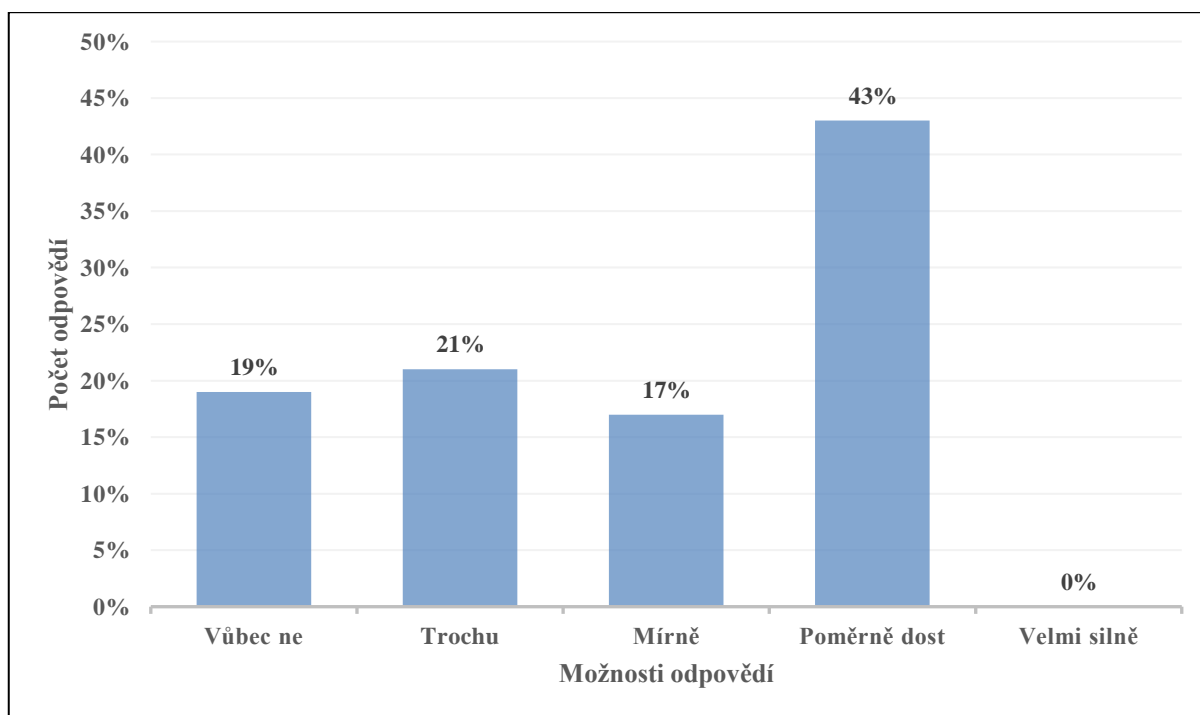
Obrázek 8 Otázka č. 5

Weiss (2010, s. 405) uvádí, že řada žen, které prodělaly hysterektomii, trpí pocitem ztráty ženské role. Odstranění dělohy může být pro ženu obzvlášť psychicky zatěžující, jelikož žena vnímá dělohu jako pramen života, síly a výkonnosti. Ze sexuologického hlediska může být důsledkem ztráta sexuální chuti, porucha vzrušivosti, absence orgasmu. Tato oblast by se neměla opomíjet ani u starších žen, proto je důležitá komunikace s ošetřujícím gynekologem o možnosti znovu zahájit sexuální život, protože některé ženy trpí strachem z bolesti při styku a strachem, že jejich sexuální vnímání a cítění bude změněno. Zde je nutno podotknout důležitost role porodní asistentky, která by měla u ženy vyvolat pocity důvěry a přimět pacientku (např. při dispenzární prohlídce), aby se se svými pocity svěřila a vyjádřila obavy, potřeby.

Otázka č. 6: Uved'te, 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.

Položka č. 6 dotazníku SF-36 se respondentek dotazuje na to, do jaké míry zdravotní nebo emocionální potíže bránily v jejich normálním společenském životě v posledních 4 týdnech. Dotazované mají na výběr z pěti možných odpovědí, jimiž jsou Vůbec ne, Trochu, Mírně, Poměrně dost a Velmi silně.

Emocionální nebo zdravotní potíže ovlivnily ve společenském životě ve větším nebo menším měřítku drtivou část respondentek, celkem 38 což činí 81 % respondentek. Z toho tedy 20 respondentek (43 %) označilo, že jim jejich zdravotní či emocionální potíže poměrně dost bránily v jejich normálním společenském životě, 8 respondentkám (17 %) potíže mírně bránily v trávení času s rodinou, přáteli a širší společností. 10 respondentek (21 %) bylo v těchto aktivitách omezeno pouze trochu. Pouze 9 respondentek (19 %) nebylo z důvodů jakýchkoli potíží omezeno ve svém společenském životě (viz Obrázek 9).



Obrázek 9 Otázka č. 6

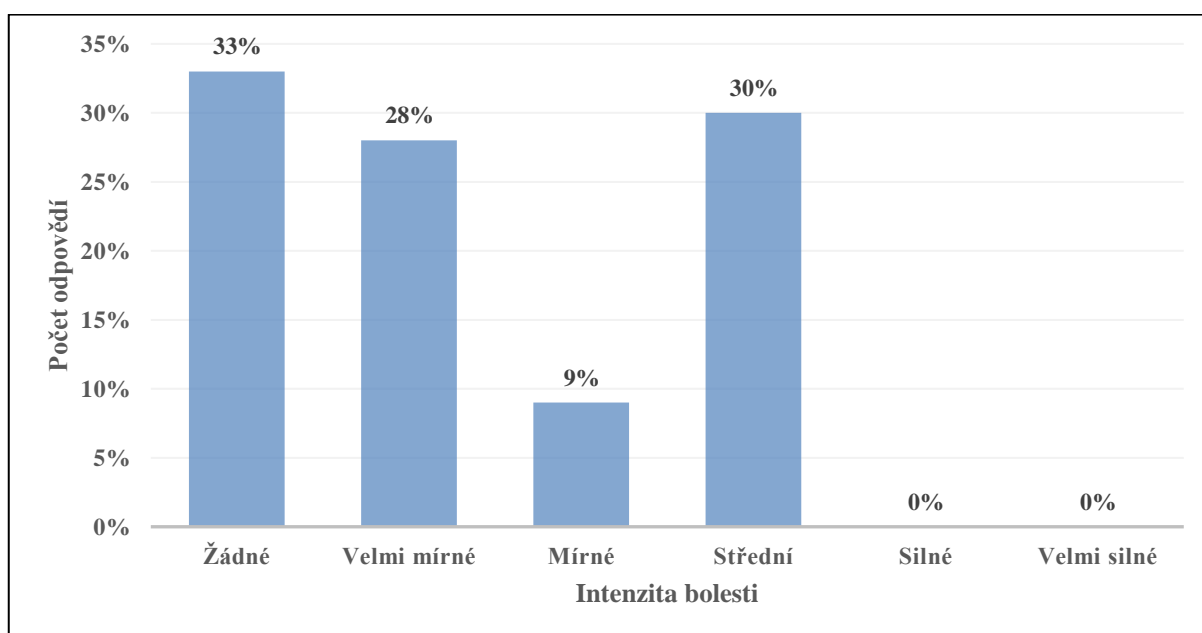
Sami z vlastních zkušeností víme, že pokud se cítíme mizerně ať už z důvodu fyzického zdraví či z důvodů emocionálních, snažíme se vyhýbat společnosti. V případě, kdy to zcela nejde, může kvůli tomu vznikat nekomfortní atmosféra pro obě strany, tudíž dochází k omezení normálního společenského života. Myslím, že takové pocity jsou v jistých

situacích „na místě“, nicméně ani téma společenského života by se např. při kontrolách v rámci dispenzární péče nemělo opomíjet. Obávám se, že málokterá pacientka by toto téma otevřela sama i přesto, že by ji to opravdu mohlo trápit.

„Sestřičko, omlouvám se, já Vás opravdu nechci zatěžovat. Vidím, že toho máte hodně, ale...“, slýchávám podobné výroky poměrně často i já ve své praxi. Zdá se mi, že drtivá část pacientek/klientek má pocit, že přidává práci či obtěžuje ošetřující personál, pokud má nějaké dotazy „navíc“, tudíž kolikrát se raději neptají a odchází ze zdravotnického zařízení s otazníky. Zdravotnický personál by měl pacientkám dávat pocit jistoty a ten, že se nás mohou obrátit v případě jakýchkoli dotazů či nejasností, že jsme tu pro ně. Každý jedinec tvoří bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku, proto by se ke každé pacientce mělo přistupovat komplexně.

Otázka č. 7: Jak velké bolesti jste měla v posledních 4 týdnech?

Obrázek 10 zobrazuje procentuální zastoupení míry intenzity bolesti u vybraného souboru respondentek 6 měsíců po abdominální hysterektomii pro karcinom endometria. Intenzitu bolestí respondentky hodnotily pomocí 6bodové škály: Žádné, Velmi mírné, Mírné, Střední, Silné, a Velmi silné. 14 respondentek (30 %) uvedlo, že v posledních 4 týdnech mělo střední bolesti, 4 respondentky (9 %) měly bolesti mírné, 13 respondentek (28 %) trpělo na velmi mírné bolesti a 16 respondentek (33 %) v posledních 4 týdnech nemělo bolesti žádné. Velmi silné ani silné bolesti neměla žádná respondentka.



Obrázek 10 Otázka č. 7

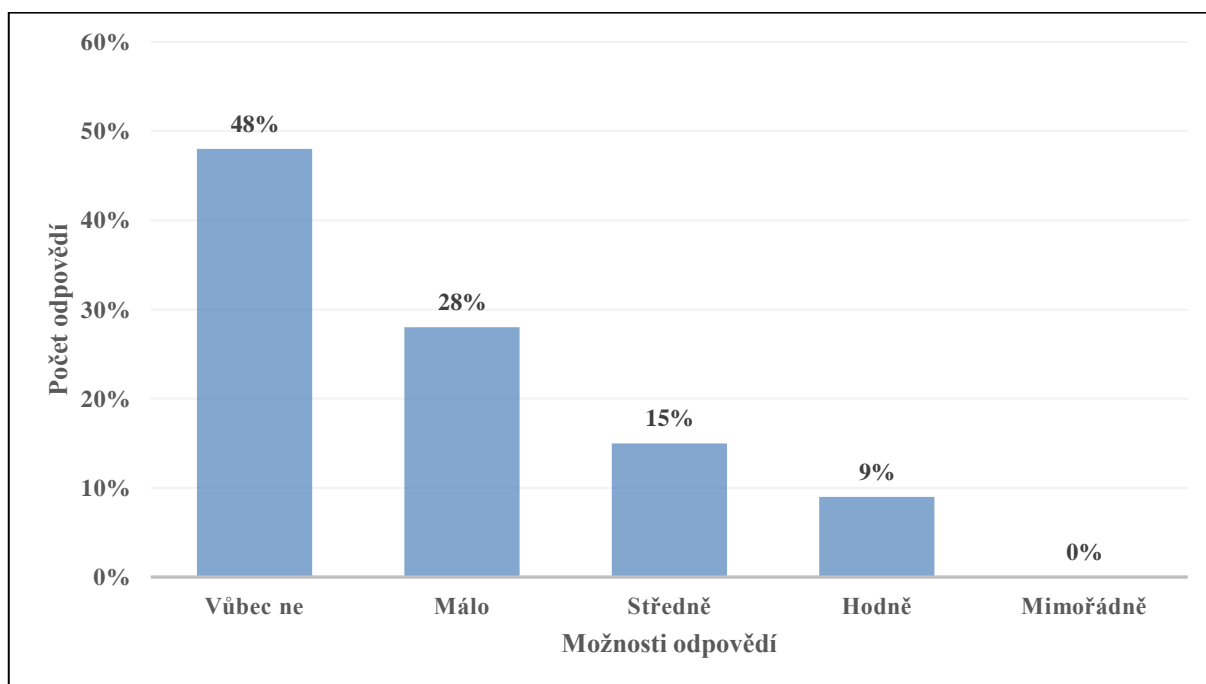
Silné, velmi silné až nesnesitelné bolesti v souvislosti s operační léčbou se zpravidla vyskytují v časném pooperačním období, kdy jsou léčeny na principu multimodální analgezie – použití více analgetik a použití různých postupů léčby bolesti (Gabrhelík, Pieran, 2012, s. 24).

Bolesti v souvislosti s operačním výkonem ovšem nejsou ani výjimkou v pozdním období, kdy se vyskytují v souvislosti s pozdními pooperačními komplikacemi jako např. tvorba adhezí, chronická pánevní bolest, dyspareunie, tvorba hernií v operační ráně aj. (Roztočil, 2011, s. 400)

Je nutné myslet na to, že i po několika měsících po operaci pacientky mohou mít bolesti, které je může více či méně omezovat při jakýchkoli činnostech. Proto při každé kontrole je potřeba pacientek se na bolesti ptát a případně nasadit účinnou léčbu v podobě analgetik, fyzioterapie či léčebného pobytu v lázních aj.

Otázka č. 8: Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

V předešlé otázce žádná z respondentek neoznačila své bolesti jako hodně silné či silné, nicméně v otázce č. 8, která se tázala na to, do jaké míry bolesti respondentkám bránily v práci v zaměstnání i doma, se ukázalo, že 4 respondentkám (9 %) bolesti hodně bránily v pracovní činnosti. 7 respondentek (15 %) označilo, že je jejich bolesti středně omezovaly při práci, 13 respondentek (28 %) bylo málo omezeno kvůli bolestem při jakékoli pracovní činnosti a 23 respondentek (48 %) nebylo omezeno vůbec (viz Obrázek 11).



Obrázek 11 Otázka č. 8

Je nutné si připomenout, že bolest je nepříjemný subjektivní pocit, který člověk prožívá individuálně, tzn. tentýž fyzický podnět, který působí bolest, může jeden člověk vnímat jako nepatrnou bolest, avšak druhý člověk se může svíjet nesnesitelnou bolestí. Dle mého názoru to platí i ve vykonávání činností s tímto nepříjemným pocitem. Někoho v práci může omezit i mírná bolest, někdo se bolestí jen tak nerozhodí. Na tuto skutečnost bychom neměli zapomínat. Během své profesní praxe jsem vyzorovala, že menšina zdravotníků ovšem má tendenci bolest pacientek bagatelizovat či hodnotit z pohledu pozorujícího. „*Tohle Vás nemůže tolik bolet.*“. „*Zklidněte se, jste pouze po malém výkonu, leží tu pacientky po velkých operacích a nesvíjejí se v bolestech jako Vy*“. Nebo pouze pacientku ohodnotí jako „*hysterická a přecitlivělá*“. Dle mého názoru se jedná o neprofesionální a nemístné poznámky, které by případně měly zůstat pouze v myšlenkách zdravotníků.

Otázka č. 9: Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech. U každé otázky označte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítila. Jak často v minulých 4 týdnech ...

Položka č. 9 zahrnuje 9 podotázek (viz Tabulka 8). Pro tyto položky dotazované měly výběr ze šesti možných odpovědí: Pořád, Většinou, Dost často, Občas, Málokdy, Nikdy.

Tabulka 8 Podotázky položky č. 9

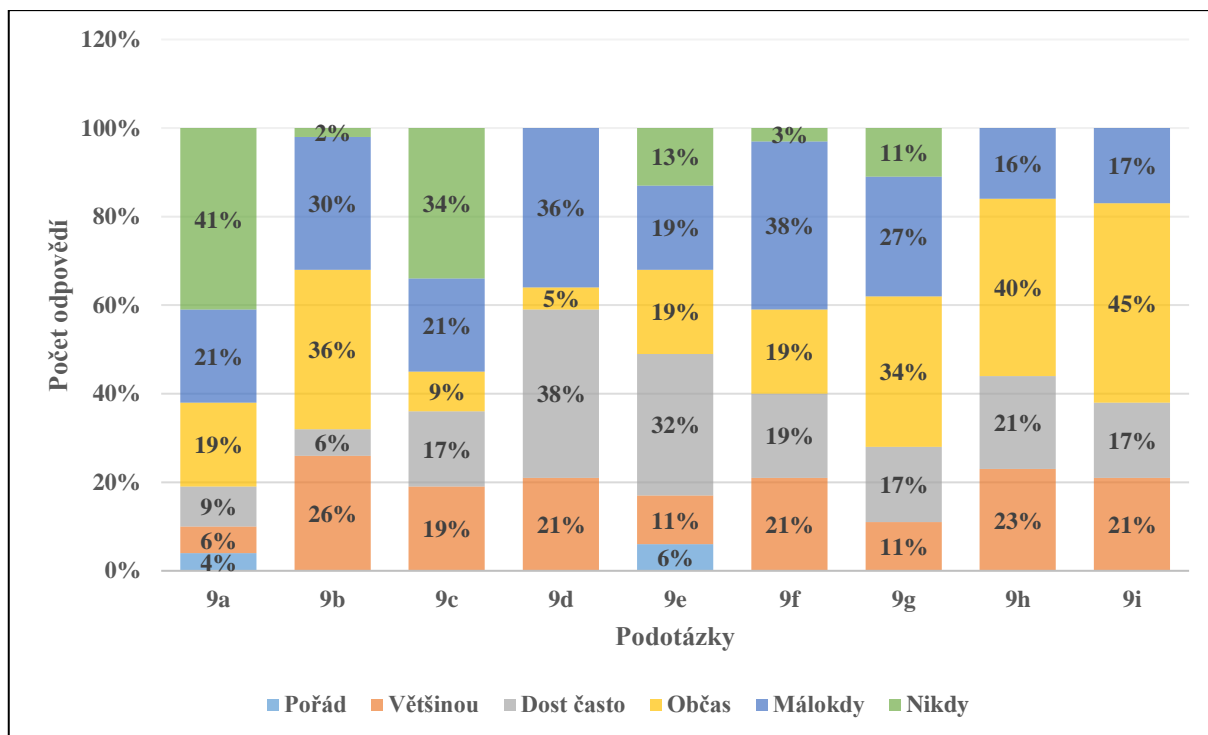
Číslo podotázky	Podotázka
9a	jste se cítila plna elánu?
9b	jste byla velmi nervózní?
9c	jste měla takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?
9d	jste pociťovala klid a pohodu?
9e	jste byla plna energie?
9f	jste pociťovala pesimismus a smutek?
9g	jste se cítila vyčerpaná?
9h	jste byla šťastná?
9i	jste se cítila unavená?

Výsledky dotazování jsou zobrazeny na Obrázku 12. Žádná z respondentek neuvedla, že by v posledních 4 týdnech pořád byla nervózní, měla takovou depresi, že ji nic nemohlo rozveselit, také ale pořád nepociťovala klid a pohodu ani pesimismus a smutek, cítila se vyčerpaná, nebyla šťastná ale ani se necítila být pořád unavená.

Na otázku, jak často v minulých 4 týdnech jste se cítila plná elánu, 2 respondentky (4 %) odpověděly pořád, 3 respondentky (6 %) většinou, 4 respondentky (9 %) dost často, 9 respondentek (19 %) jen občas, 10 respondentek (21 %) málokdy se cítilo plné elánu a 19 respondentek (41 %) ten pocit v posledních 4 týdnech nezažilo nikdy.

Ze všech dotazovaných žen 12 respondentek (26 %) většinu času bylo velmi nervózní, 3 respondentky (6 %) dost často, 17 respondentek (36 %) velmi nervózní bylo občas, 14 respondentek (30 %) jen málokdy, a pouze 1 respondentka (2 %) se nikdy necítila být velmi nervózní v minulých 4 týdnech.

Příjemným zjištěním bylo to, že 16 respondentek (34 %) nikdy nemělo takovou depresi, že by je nemohlo nic rozveselit, 18 respondentek (38 %) pociťovalo klid a pohodu, 15 respondentek (32 %) dost často bylo plné energie, 18 respondentek (38 %) málokdy pociťovalo pesimismus a smutek, 13 respondentek (27 %) málokdy se cítilo vyčerpaně.

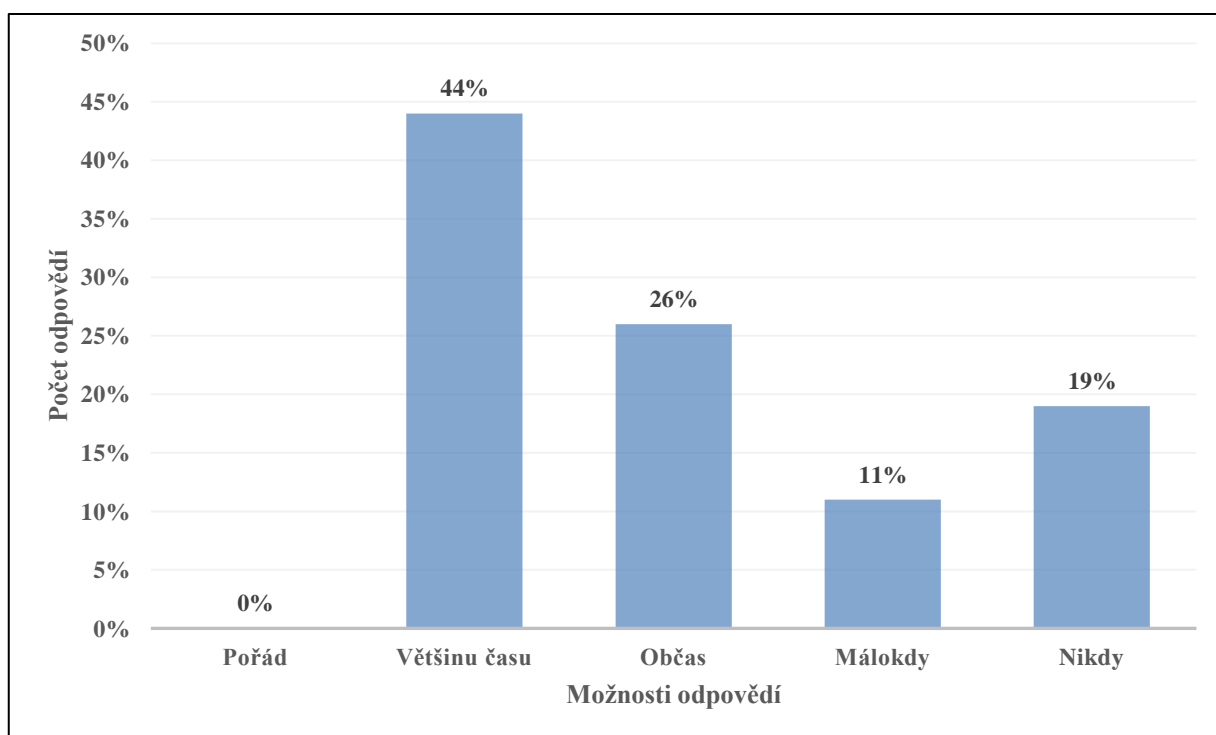


Obrázek 12 Otázka č. 9

Všechny podotázky jsou zaměřené na pocity dotazovaných. Různorodost odpovědí respondentek se pochopitelně očekávala, jelikož pocity jedince neovlivňuje pouze jeden podnět (v našem případě operace), ale mnoho dalších podnětů, které spolu interagují. Je nutné si uvědomit, že každá respondentka ve vybraném souboru je jedinečná a neopakovatelná osobnost a její subjektivní vnímání ovlivňuje mnoho aspektů, např. osobnostní charakteristika, životní podmínky, emoce, mentalita, tělesná složka, sociální složka a mnoho dalších. Při hlubokém zamyšlení bychom se dostali do psychologických aspektů člověka, a ani bychom nešli zcestným směrem při posouzení kvality života, jelikož i Salajka (2006, s. 15) označuje kvalitu života jako psychologickou konstrukcí, která popisuje tělesné, psychické, mentální, sociální a funkční hlediska pacientova stavu a funkční schopnosti z hlediska samotného pacienta. Takto definovaná kvalita života může být ovlivněna nemocí a její léčbou, stejně tak je však důležité individuální vnímání všech zmíněných interagujících složek.

Otázka č. 10: Uved'te, jak často v minulých 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako jsou např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

Položka č. 10 svojí formulací a možnostmi odpovědí se velmi podobá položce č. 6, s tím rozdílem, že v položce č. 6 se použil slovní obrat „do jaké míry“ a v aktuální položce „jak často“ tudíž i odpovědi respondentek se poměrně shodovaly. Zdravotní nebo emocionální obtíže bránily ve společenském životě 21 respondentkám (44 %) většinu času, 12 respondentkám (26 %) pouze občas a 5 respondentkám (11 %) málokdy. 9 respondentek (19 %) uvedlo, že jejich zdravotní či emocionální obtíže v návštěvách přátel, příbuzných atd. nebránily nikdy (viz Obrázek 13).



Obrázek 13 Otázka č. 10

Jak jsem již psala, v případě, kdy se člověk necítí komfortně ať po stránce fyzické či psychické, má tendenci stranit se společností. Domnívám se, že na intenzitě shledání se s příbuznými či přáteli se také mohla podílet situace spojená s pandemií Covid-19. Jistě každý z nás do jisté míry omezil dokonce i přerušil osobní styky s rodinou, okolím, příbuznými, přáteli a kolegy. Musíme zohlednit i ten fakt, že pandemická situace mohla výrazně ovlivnit jak psychické, tak i somatické zdraví široké společnosti, pochopitelně i našich respondentek.

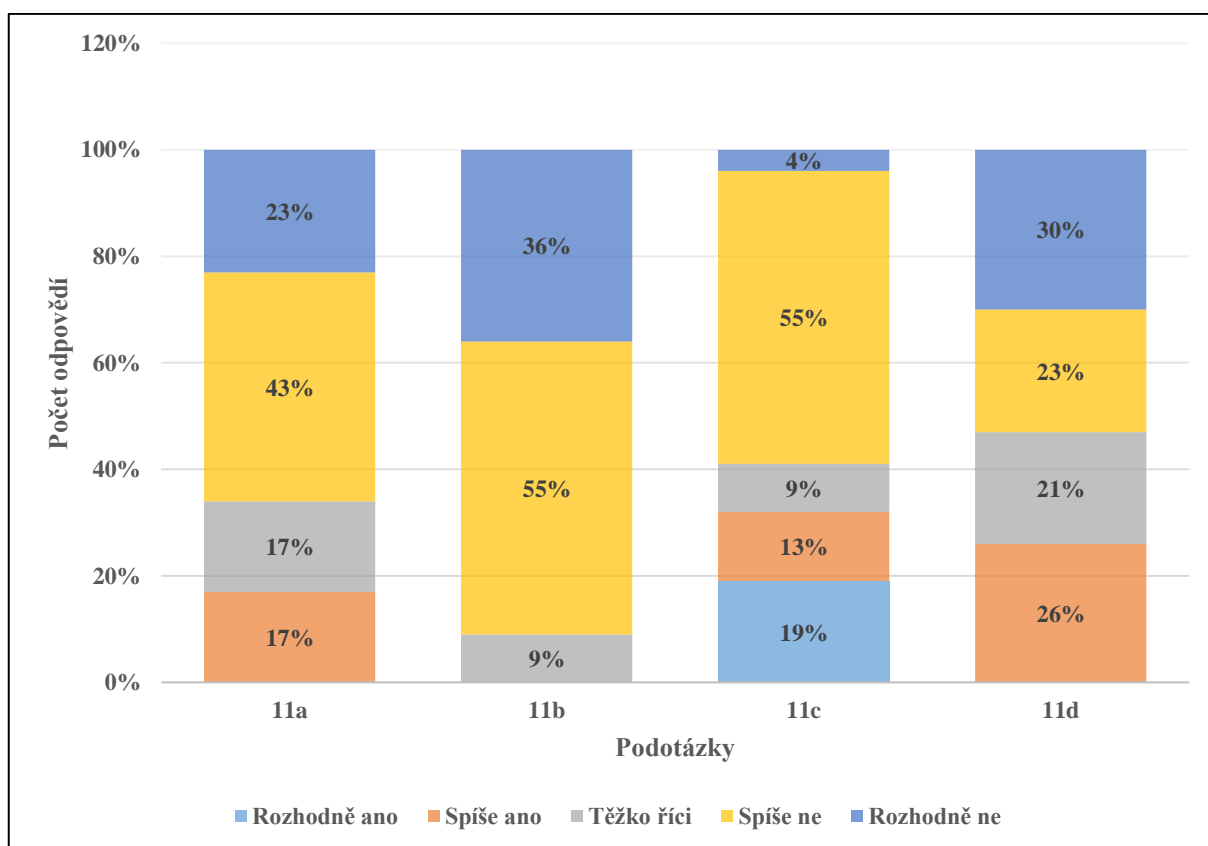
Otázka č. 11: Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

Poslední položka standardizovaného dotazníku SF-36 zahrnuje 4 podotázky, které jsou k nahlédnutí v Tabulce 9. Respondentky u každého prohlášení odpovídaly pomocí 5bodové škály: Rozhodně ano, Spíše ano, Těžko říci, Spíše ne, Rozhodně ne.

Tabulka 9 Podotázky položky č. 11

Číslo podotázky	Podotázka
11a	Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé
11b	Jsem stejně zdravá jako kdokoli jiný
11c	Očekávám, že se mé zdraví zhorší
11d	Mé zdraví je perfektní

Obrázek 14 nabízí k nahlédnutí, jak respondentky odpovídaly na podotázky v položce č. 11. Žádná respondentka si rozhodně nemyslí, že onemocní jakoukoli nemocí poněkud snadněji než jiní lidé, ani se nepovažuje za stejně zdravou, jako kdokoli jiný, a rozhodně si nemyslí, že její zdraví je perfektní. 9 respondentek (19 %) rozhodně očekává, že jejich zdraví se zhorší.



Obrázek 14 Otázka č. 11

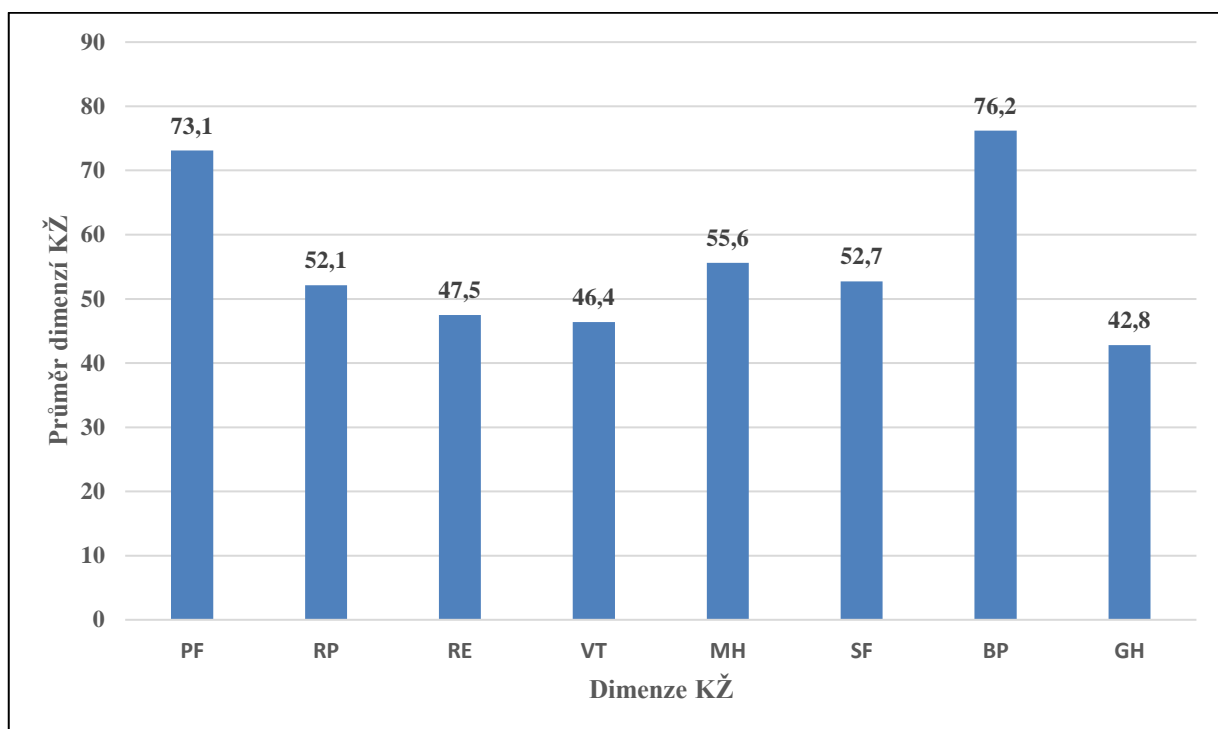
Na tvrzení „Zdá se, že onemocním poněkud snadněji než jiní lidé“ 20 respondentek (43 %) odpovědělo „Spíše ne“. 26 respondentek (55 %) si spíše nemyslí, že jsou stejně zdravé jako kdokoli jiný a stejný počet dotazovaných pacientek spíše neočekává, že se jejich zdraví zhorší. 12 respondentek (26 %) si spíše myslí, že jejich zdraví je perfektní, 11 respondentek (23 %) si to spíše nemyslí a 14 respondentek (30 %) si rozhodně nemyslí, že jejich zdraví je perfektní.

Odpovědi respondentek mohlo krom aktuálního zdravotního stavu ovlivnit jejich psychické rozpoložení, povaha respondentek, to, zda nahlíží na své zdraví spíše pozitivně či negativně ale i jak jsou např. odolné vůči běžným infekčním onemocněním, mluvíme tedy o obecném posouzení vlastní obranyschopnosti.

8.2 Interpretace výsledků dimenzí KŽ

V této podkapitole jsou interpretovány výsledky dimenzí KŽ na základě výše popsaného postupu. Pro dosažení potřebných dat byla využita metoda popisné statistiky – konkrétně průměr, směrodatná odchylka, medián, minimum a maximum. Výsledky jsou interpretovány pomocí příslušných grafů, tabulek a jsou slovně okomentovány.

Obrázek 15 zobrazuje hodnoty všech osmi dimenzí kvality života u vybraného souboru respondentek. Uvedené hodnoty byly vypočítány jako aritmetický průměr příslušných položek pro jednotlivé dimenze, jak uvádím v metodice.



Obrázek 15 Výsledné hodnoty dimenzí KŽ

Nejméně zasaženými dimenzemi kvality života respondentek byly dimenze Tělesná bolest (z anglického Bodily Pain – **BP**), která má hodnotu 76,2 bodů a dimenze Fyzická činnost (z anglického Physical Functioning – **PF**), která dosáhla na hodnotu 73,1 bodů. Bezesporu tělesná bolest a vykonávání fyzických činností spolu úzce souvisí, proto obě dimenze dosáhly na téměř totožné hodnoty. Výskyt bolestí v souvislosti s operačním zákrokem je fyziologický jev. Nicméně dotazované ženy hodnotily svůj zdravotní stav 6 měsíců po operační léčbě pro karcinom endometria. Předpokládá se, že po takovém časovém odstupu by bolesti v souvislosti s operací měly být minimální, samozřejmě pokud vyloučíme pozdní pooperační komplikace jako např. tvorba adhezí, chronická pánevní bolest, dyspareunie, tvorba hernií

v operační ráně aj. Dá se tedy tvrdit, že vybraný soubor respondentek je po fyzické stránce poměrně vitální, resp. jejich kvalita života v této oblasti je docela na vysoké úrovni.

Dimenze, která posuzuje celkový zdravotní stav (z anglického General Health – **GH**), se vypočítala na základě odpovědí 5 položek dotazníku SF-36 a hodnotila subjektivní zdraví respondentek v současné době, výhledy do budoucna a odolnost vůči nemocem. Tato dimenze měla v našem průzkumném šetření hodnotu pouhých 42,8 bodů. Můžeme tedy usuzovat, že velká část respondentek nahlíží na své zdraví spíše negativně. Kvalita života respondentek v této oblasti je značně zasažená.

Dimenzi Vitalita (z anglického Vitality – **VT**) tvoří 4 otázky, které posuzují únavu a vyčerpanost respondentek a také zda jsou plné energie a elánu. Tato dimenze byla vyhodnocená na 46,4 bodů. Zvýšený pocit únavy a vyčerpání respondentek mohl samozřejmě zapříčinit též věk i zatížená osobní anamnéza respondentek. S vyšším věkem také ubývá energie a nadšení při vykonávání obvyklých činností. Opět je kvalita života v oblasti vitality mírně podprůměrná.

3 otázky zjišťující, zda emoční problémy omezují společenské aktivity zastupují dimenzi Omezení role v důsledku emocionálních problémů (z anglického Role-Emotional – **RE**). I tato dimenze kvality života byla značně zasažená, dosáhla na hodnotu 47,5 bodů. Odstranění dělohy – orgánu, který je často ženami vnímán jako symbol pramenu života, síly a výkonnosti, bezesporu mohlo způsobit emoční problémy respondentek a tím i omezit společenský život. Nicméně myslíme i na to, že emoční potíže mohly způsobit i jiné faktory jako např. rodinné a pracovní vztahy, povaha respondentek, životní situace, ekonomická atd. Převážná část našich respondentek jsou pre či postmenopauzální, což souvisí také s tím, že jsou v náročné fázi života, kdy jejich děti se osamostatňují, zakládají vlastní rodiny, zkrátka opouští domov. Mluvíme tedy o syndromu opuštěného hnízda, který nastává po odchodu posledního dítěte z domova a je spojován s pocitem ztráty rodičovské role, takže to znamená výsledný smutek, melancholii, depresi, což je zcela logické a srozumitelné (Blatný, 2017, s. 150). Emoční problémy mohl způsobit také odchod respondentek do důchodu, který mohou vnímat jako další ztrátu role, navíc dochází k výraznému omezení sociálních kontaktů, který stejně tak souvisí se snížením kvality života v dimenzi Sociální funkce.

Zmíněné dimenze kvality života u vybraného souboru respondentek nedosáhly ani na hodnotu 50 bodů, což znamená že tyto hodnoty můžeme interpretovat jako pod normou obecné populace.

Zbylé dimenze, tedy Omezení role v důsledku fyzického zdraví (z anglického Role-Physical – **RP**), Duševní zdraví (z anglického Mental Health – **MH**) a Sociální funkce (z anglického Social Functioning – **SF**) byly vyhodnoceny mírně nad 50 bodů. To znamená, že kvalita života respondentek ve zmíněných dimenzích byla značně zasažená, nicméně se pohybuje v hodnotách, které jsou nad normou výsledků úrovně kvality života u obecné populace.

Dimenzi Omezení role v důsledku fyzického zdraví tvoří aritmetický průměr 4 položek dotazníku SF-36, které zjišťují, zda byla dotazovaná respondentka omezená v druhu práce a schopnosti pracovat kvůli narušenému fyzickému zdraví. Nízká hodnota signalizuje, že současný stav pacientky způsobuje potíže s vykonáváním běžných denních aktivit, nebo je omezuje v druhu prováděných aktivit či respondentky musely vynaložit zvláštní úsilí při práci či jiných aktivitách. Vysoká hodnota naopak říká, že práce nebo jiné aktivity nejsou zdravotním stavem nijak zvlášť omezeny. V této doméně respondentky měly 52,1 bodů, tzn., že kvalita života respondentek v této doméně omezena samozřejmě byla, ovšem ne markantním způsobem.

Duševní zdraví bylo vypočítáno na základě 5 položek, které hodnotí pocity respondentek jako je nervozita, pesimismus a smutek, depresivní stavy, jak často respondentky pociťovaly klid, pohodu a štěstí. Nízká hodnota signalizuje špatný psychický stav, častý výskyt nervozity, pesimismu, smutku nebo depresivních stavů. Vysoká hodnota znamená, že se respondentka cítí být v psychické pohodě a že se během posledních 4 týdnů cítila šťastně. V našem průzkumném šetření tato doména dosáhla na mírně nadprůměrnou hodnotu – 55,6 bodů. Můžeme tedy usuzovat, že u respondentek se obecně s individuálními výkyvy mísily pozitivní i negativní pocity v průběhu posledních 4 týdnů.

Poslední dimenze, tedy Sociální funkce, měla opět mírně nadprůměrnou hodnotu – 52,7 bodů. Tvořily ji 2 otázky zjišťující, v jakém rozsahu zdravotní stav a emoční problémy respondentka omezují jeho běžné společenské aktivity. Nízká hodnota v této doméně znamená, že dotazované měly velké a časté omezení v normálním společenském životě zapříčiněné současnými emočními problémy a zdravotním stavem. Naopak vysoká hodnota naznačuje nepřítomnost omezení v normálním společenském životě z důvodu emočních a zdravotních potíží.

Musíme brát v úvahu skutečnost, že všechny dimenze kvality života nejsou ovlivněny „pouze“ prodělanou nemocí a její léčbou ale mnoha dalšími faktory, které byly v diplomové práci již několikrát zmíněny.

Tabulka 10 Popisné statistiky pro dimenze KŽ

Dimenze	Průměr	Směr. odch.	Medián	Minimum	Maximum
PF	73,1	24,0	85,0	25,0	100,0
RP	52,1	42,9	50,0	0,0	100,0
RE	47,5	42,7	66,7	0,0	100,0
VT	46,4	23,0	50,0	10,0	90,0
MH	55,6	22,3	56,0	20,0	88,0
SF	52,7	28,5	37,5	25,0	100,0
BP	76,2	23,9	77,5	32,5	100,0
GH	42,8	23,0	50,0	5,0	75,0

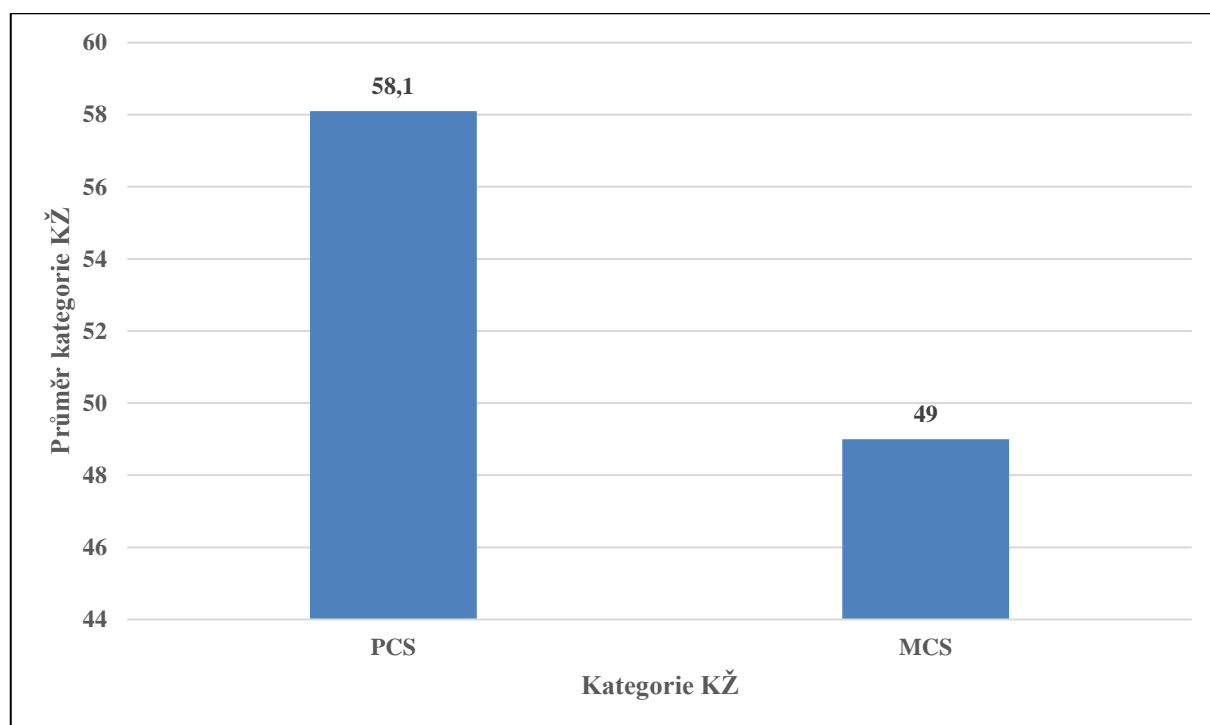
Krom vylíčených průměrů ve všech dimenzích kvality života uvádím dále v Tabulce 10 základní popisné statistiky – konkrétně tedy průměr, směrodatnou odchylku, medián, minimum a maximum v jednotlivých dimenzích. Pokud se soustředíme na hodnoty průměrů a mediánů, tak zjistíme, že ve většině dimenzích se tyto hodnoty značně liší, nelze tedy usuzovat na symetrické rozdělení dat. Odchyly od průměrů jsou ve všech dimenzích (krom dimenzí Fyzická činnost (PF) a Tělesná bolest (BP)) větší než 1/3 průměrů (nevejde se do průměru 3x), nenalzáme tedy důkaz homogenity. Hodnoty ve sloupci Minimum nám ukazují nejnižší vypočítané průměry v daných dimenzích kvality života a hodnoty ve sloupci Maximum nám naopak ukazují nejvyšší vypočítané průměry ve všech dimenzích KŽ.

8.3 Interpretace výsledků kategorií KŽ

Přes dimenze kvality života se dostáváme k vyhodnocení celkového fyzického a celkového psychického zdraví. Opět odkazují na kapitulu Metodika, kde je detailně a srozumitelně vysvětlen postup pro vyhodnocení jednotlivých kategorií.

Index celkového fyzického zdraví z anglického Physical Component Summary (PCS) propojuje 5 dimenzí kvalit života, které ovlivňují fyzické zdraví. Jedná se o dimenze Fyzická činnost, Omezení role v důsledku fyzického zdraví, Tělesná bolest, Celkový zdravotní stav a Vitalita. Výslednou hodnotu představuje prostý aritmetický průměr zmíněných dimenzí. Hodnota celkového fyzického zdraví se pohybuje v intervalu 0 až 100 bodů, přičemž vyšší hodnota odpovídá kvalitnějšímu fyzickému zdraví a nižší hodnota naopak odpovídá zhoršenému fyzickému zdraví.

Index celkového psychického zdraví z anglického Mental Component Summary (MCS) propojuje též 5 dimenzí kvalit života, které ovlivňuje stav psychického zdraví. Mezi tyto dimenze patří Duševní zdraví, Omezení role v důsledku emocionálních problémů, Sociální funkce, také Vitalita a Celkový zdravotní stav. Index celkového psychického zdraví se zjišťuje opět jako prostý aritmetický průměr uvedených dimenzí. Stejně jako u celkového fyzického zdraví se výsledná hodnota pohybuje v intervalu 0 až 100 bodů. Vyšší hodnota odpovídá lepšímu psychickému zdraví.



Obrázek 16 Výsledné hodnoty kategorií KŽ

Výsledné hodnoty kategorií KŽ našeho průzkumného šetření jsou k dispozici na Obrázku 16. Ráda bych prvně zdůraznila zásadní rozdíl mezi výslednými hodnotami kategorií kvality života. Zatímco celkové fyzické zdraví dosáhlo na hodnotu 58,1 bodů, celkové psychické zdraví, které se vypočítalo na 49 bodů nedosáhlo ani průměrnou hodnotu, což můžeme interpretovat jako pod normou obecné populace.

V Tabulce 11 jsou uvedené základní popisné statistiky pro kategorie kvality života respondentek. Když opět porovnáme hodnoty průměrů a mediánů obou kategorií, tak vidíme, že se tyto hodnoty poměrně liší a směrodatné odchylky obou kategorií jsou větší než 1/3 průměrů. Opět tedy nelze usuzovat na symetrické rozdělení dat a také nenalzáme důkaz stejnorodosti souboru. Dalšími ukazateli jsou hodnoty, které vidíme ve sloupcích Minimum a Maximum. Nejmenší naměřená průměrná hodnota pro kategorii celkového fyzického zdraví je 17,5 bodů, zatímco největší naměřená průměrná hodnota v této kategorii je 93,0 bodů. Pozorujeme tedy na těchto hodnotách kontrast, zatímco některá z respondentek měla silně zasaženou kvalitu života, tak na druhé straně byla respondentka, které operační léčba a jiné faktory její kvalitu života téměř nenarušily. To samé v podstatě platí i pro kategorii celkového psychického zdraví.

Tabulka 11 Popisné statistiky pro kategorie KŽ

Kategorie	Průměr	Směr. odch.	Medián	Minimum	Maximum
PCS	58,1	25,8	62,5	17,5	93,0
MCS	49,0	22,4	40,0	19,8	89,8

Psychické a fyzické zdraví se samozřejmě navzájem ovlivňují, prolínají se, tvoří komplexní složku zdraví a kvality života. Když se necítíme dobře po fyzické stránce, jsme omezeni v aktivitách, které vykonáváme v běžném životě, či v aktivitách, které nás baví a naplňují. Když je nám smutno, máme depresivní stavy, cítíme beznaději, máme tendenci se uzavírat do vlastního nitra a stranit se společností a aktivitám ve společnosti. Po sjednocení obou kategorií zjistíme celkovou kvalitu života respondentek. Index celkové kvality života propojuje všechny zmíněné dimenze kvality života a opět se počítá jako prostý aritmetický průměr. V našem průzkumném šetření se index celkové kvality života vypočítal na 55,8 bodů. Znamená to tedy, že kvalita života našich respondentek po operační léčbě pro karcinom endometria spolu s dalšími faktory, které na KŽ působí, byla značně zasažená, ale vypočítaná hodnota se pohybuje nad normou výsledků úrovně kvality života u obecné populace.

9 DISKUZE

V průzkumné části diplomové práce, která nese název „Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria“ byly stanoveny dva hlavní cíle a na základě druhého cíle byly stanoveny tři průzkumné otázky. K získání potřebných dat k posouzení kvality života respondentek byl v rámci dispenzární péče pacientkám poskytnut standardizovaný dotazník SF-36 v tištěné podobě k jeho vyplnění. Respondentky dotazník vyplňovaly v ambulantní části gynekologicko-porodnické kliniky v nemocnici fakultního typu, kde byl operační výkon pro diagnózu karcinomu endometria proveden.

V této kapitole diplomové práce se zaměřujeme na shrnutí nejdůležitějších poznatků z provedeného průzkumného šetření, jsou zde zodpovězeny jednotlivé průzkumné otázky, a to dle výsledků a analýzy dat. Výsledky průzkumu jsou dále komparovány s výsledky jiných šetření podobného tématu, rozebrány a zasazeny tak do kontextu této problematiky.

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 47 žen, které podstoupily operační léčbu, tedy extrafasciální hysterektomii s oboustrannou adnexektomií a laváž dutiny břišní, pro diagnózu karcinomu endometria. U těchto žen následná léčba již nepokračovala. Věk našich respondentek se pohyboval v rozmezí 30 až 70 a více let. Nejčetnější skupinou byly ženy ve věku 60 až 69 let. Zde lze najít jistou teoretickou shodu s tvrzením Vinklerové, Mináře, Felsingera a kol. (2018, s. 264), kteří tvrdí, že nejčastější výskyt karcinomu endometria se pozoruje u postmenopauzálních žen mezi 65. a 69. rokem života. Poměrně četnou skupinu tvořily respondentky ve věku pod 60 let, celkem jich bylo 14 ze 47 respondentek (30 %). Kalousek, Jílek et al. (2018, s. 464) dokonce uvádí, že ke vzniku onemocnění dochází nejčastěji mezi 60. a 75. rokem života ženy, ale v posledních letech se výskyt nádoru posunuje do mladších věkových kategorií. Domnívám se, že vznik karcinomu endometria a jiných nádorových onemocnění u mladších věkových skupin může souviset s častým výskytem civilizačních chorob, např.: kardiovaskulární onemocnění, obezita, diabetes mellitus, což úzce souvisí s „trendy“ moderní doby, jako např.: nadměrný a trvalý stres, nedostatek fyzického pohybu, konzumace průmyslově vyráběných potravin, nadměrná konzumace jídla, alkoholu a cigaret, odkládání těhotenství aj. Na základě porovnání našich výsledků s odbornou literaturou můžeme vyvodit, že výskyt karcinomu endometria u našeho průzkumného vzorku věkově odpovídá výskytu ve větších vzorcích v populaci.

Prvním cílem průzkumného šetření diplomové práce bylo zjistit anamnestické údaje žen a popsat, jaká další onemocnění se nejčastěji vyskytují u zkoumaného souboru respondentek.

Ke splnění tohoto cíle, byla k samotnému dotazníku SF-36 vytvořena druhá doplňující otázka, která byla pojata volnou formou. Respondentky vypisovaly další onemocnění, se kterými se léčí.

Na základě analýzy dat jsme zjistili, že z celého souboru respondentek 8 respondentek (17 %) se již s ničím neléčí, což je velmi potěšující zjištění. Nejčastější nemocí se jevila hypertenze, která se prokázala u 19 respondentek (40 %). Další nejčastější nemocí byla obezita, na kterou trpí 16 respondentek (28 %), diabetes mellitus mělo 13 respondentek (28 %). 8 respondentek (17 %) mělo astma bronchiale, v menších počtech se objevovaly nemoci jako chronický zánět močových cest, artróza, nespavost, osteoporóza, inkontinence, depresivní syndrom a jiné. Ojedinele se vyskytovaly nemoci jako anémie, vitiligo, ateroskleróza, chronická žilní insuficience a hypothyreóza.

Některé choroby u dotazovaných žen se vyskytovaly jednotlivě, ale také u některých respondentek se vyskytovalo více nemocí. Častou kombinací nemocí byla hypertenze, DM a obezita, jejichž výskyt byl v souboru respondentek nejčastější, přičemž zmíněnou trias rizikových faktorů pro vznik karcinomu endometria zmiňují také Roztočil (2011, s. 344) i Špaček, Kalousek, Jílek et al. (2018, s. 428).

Dítětová (2014, s. 57) také zjišťovala výskyt přidružených onemocnění ve svém souboru respondentek. Otázka byla také pojatá volnou formou a respondentky mohly uvádět více odpovědí. Nejvíce zastoupenou přidruženou chorobou byl vysoký krevní tlak, který uvedlo 14 (41 %) respondentek. Mezi další uvedené nemoci patřil DM, kterým trpělo 5 (15 %) respondentek. Dále 3 (9 %) respondentky trpěly nějakým endokrinologickým onemocněním, např. onemocněním štítné žlázy. Jiné 3 (9 %) ženy uváděly v této otázce jiné nádorové onemocnění, ve dvou případech byl zmíněn nádor prsu, který souvisí se zhoubným nádorem ovarií. Do kategorie „jiné onemocnění“ bylo zařazeno 10 (29 %) odpovědí. Respondentky do této kategorie uvedly nemoci jako epilepsie, endometrióza, nedomykavost chlopní, bradykardie, anemie, poruchy srážení krve, osteoporóza, glaukom a zvýšená hladina tuků v krvi.

Stárnutí je neodvratitelný přirozený proces a samo o sobě není nemocí, ale také není bez nemocí. S vyšším věkem vzrůstá nemocnost a také se mění její spektrum. Přibývají chronická a degenerativní onemocnění. Vyšší věk se v odborné literatuře také často uvádí jako rizikový faktor pro vznik některých chronických onemocnění. Je také vyšší četnost akutních zhoršení a dekompenzací zdravotního stavu. Starší lidé udávají i více subjektivních zdravotních obtíží

a všechny potíže plynule narůstají s věkem a tím se pochopitelně podílí na zhoršení kvality života (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 285).

Hlavním cílem průzkumného šetření této diplomové práce bylo zjistit, jakou kvalitu života mají respondentky 6 měsíců po operační léčbě karcinomu endometria. Ke splnění tohoto cíle byly stanoveny 3 průzkumné otázky.

Průzkumná otázka 1: Jak respondentky hodnotí vykonávání středně namáhavých činností po operační léčbě karcinomu endometria?

Z analýzy výsledků vyplývá, že ve vykonávání středně namáhavých činností, jako je např. posouvání stolu, luxování a další domácí práce, hraní kuželek, jízda na kole a jiné aktivity bylo hodně omezeno 14 (30 %) respondentek. O trochu více, konkrétně 16 respondentek (34 %) označilo, že jejich zdravotní stav zmíněné činnosti omezují trochu a 17 respondentek (36 %) nejsou v těchto činnostech zdravím omezené vůbec. 5 respondentek (11 %) bylo hodně omezeno při zvedání nebo nošení běžného nákupu, 12 respondentek (26 %) bylo v této činnosti omezeno málo a 30 respondentek (63 %) nebylo omezeno vůbec. Chůze do několika pater dělala velké potíže 13 respondentkám (28 %), 17 respondentek (36 %) označilo, že je jejich zdravotní stav omezuje chůzi do několika pater jen trochu a stejný počet respondentek nebyl v této činnosti zdravím omezený vůbec.

Vykonávání usilovných, středně namáhavých či i mírných činností respondentek samotná operace jistě ovlivnit mohla, jelikož se jedná o velký zásah do těla, a i přes delší časový odstup mohl dělat potíže v podobě výskytu bolestí při vykonávání zmíněných činností, či respondentky pouze zvýšily opatrnost a obavy o své zdraví a nekladly si za cíl toho udělat tolik, jako v době před operací. Nicméně musíme brát v potaz věk, zatíženou osobní anamnézu, fyzickou kondici respondentek a mnoho dalších faktorů. Domnívám se, že i tyto faktory ovlivnily hodnocení aktuálního fyzického stavu respondentek.

Dítětová (2014) ve své práci pod názvem „Kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií“ prováděla podobný průzkum, kde hodnotila kvalitu života celkem u 34 respondentek s diagnostikovaným karcinomem ovarií. Jak autorka uvádí, respondentky vyplňovaly dotazník do tří měsíců po operaci. Všechny oslovené ženy byly ve věkovém rozmezí od 33 do 84 let. Z průzkumu Dítětové vyplývá, že 21 % respondentek je hodně omezená ve vykonávání středně namáhavých činností, 53 % jsou mírně omezeny a 26 % respondentek nejsou ve středně namáhavých činnostech omezeny vůbec. 70 % respondentek nebylo vůbec omezeno

při zvedání nebo nošení běžného nákupu. V chůzi do několika pater bylo hodně omezeno 32 % respondentek a jen trochu bylo omezeno 36 % respondentek.

Oba průzkumy přináší podobné výsledky dotazování v otázce č. 3, která zjišťuje míru omezení respondentek ve vykonávání činností během svého typického dne. Toto zjištění mě překvapilo jednak vzhledem k době uplynulé od operace, kdy respondentky dotazník vyplňovaly a jednak z důvodu odlišné indikace k operační léčbě. Sama autorka průzkumu uvádí, že u některých respondentek léčba po operaci pokračovala v podobě chemoterapie a radioterapie. Domnívám se, že pokračující léčba měla negativní vliv na vykonávání běžných denních činností, ale i přesto jsou výsledky u obou skupin respondentek velmi podobné.

Průzkumná otázka 2: Jaké je celkové fyzické zdraví respondentek po operační léčbě karcinomu endometria?

Po vyhodnocení všech dimenzí kvality života na základě všeobecného postupu pro vyhodnocování standardizovaného dotazníku SF-36 jsme vypočítali index celkového fyzického zdraví respondentek, který dosáhl na hodnotu 58,1 bodů. Respondentky mohly dosáhnout na hodnotu v rozmezí 0 až 100 bodů, můžeme tedy vypočítanou hodnotu celkového fyzického zdraví označit za mírně nadprůměrnou.

Průzkumná otázka 3: Jaké je celkové psychické zdraví respondentek po operační léčbě karcinomu endometria?

Na rozdíl od fyzického zdraví, je index celkového psychického zdraví poměrně nižší, vypočítal se na hodnotu 49 bodů. Toto zjištění mě v první chvíli překvapilo, přeci po velké břišní operaci ženy budou spíše trápit fyzické potíže spojené s operací a rekonvalescencí po ní než psychické problémy. Taková byla prvotní myšlenka. Ale zkusme se na problematiku kvality života pohlédnout globálněji, a nevnímat prodělanou operační léčbu jako jediný faktor ovlivňující kvalitu života respondentek.

Dítětová (2014, s. 75) také shrnula jednotlivé dimenze kvality života po operaci zhoubného nádoru ovarií do jednotlivých kategorií. Celkové fyzické zdraví respondentek v její průzkumu dosáhlo na hodnotu 53,7 bodů a celkové psychické zdraví mělo hodnotu vyšší a tedy 60,8 bodů. Bylo překvapujícím zjištěním, že ženy 3 měsíce po rozsáhlejším operačním výkonu hodnotí svoje psychické zdraví lépe než ženy 6 měsíců po velké gynekologické operaci bez pokračující léčby.

Kvalitou života po gynekologické operaci se také zabývala Prochásková (2019), která komparovala výsledky kvality života u žen po laparotomické a laparoskopické gynekologické operaci. Tam ovšem do průzkumu byly zařazené všechny ženy, které podstoupily laparotomickou či laparoskopickou operaci bez ohledu na indikaci k provedení výkonu. Průzkumné šetření probíhalo na gynekologickém oddělení v nemocnici, tudíž v časném období po provedení samotného výkonu. Z toho důvodu nelze zcela porovnávat výsledky průzkumného šetření Procháskové (2019) s výsledky našeho průzkumného šetření, které probíhalo 6 měsíců po operaci pro karcinom endometria. Nicméně stojí za zmínku, že autorka také použila k získání výsledků standardizovaný dotazník SF-36 a prokázala statisticky významný rozdíl v tom, že kvalita života žen po laparotomické operaci byla signifikantně nižší než kvalita života žen po laparoskopické operaci.

Otázkou kvality života po hysterektomii se také zabývá Krištofová a spol. ve svém článku „Život žien po hysterektómii“ z roku 2011, který je veřejně dostupný v elektronické podobě v časopise Kontakt. Cílem průzkumu autorek bylo zhodnotit a porovnat kvalitu života žen po hysterektomii s benigním a maligním onemocněním, posoudit a zhodnotit rozdíly v hodnocení kvality života v oblasti fyzické, psychické, sociální a v oblasti prostředí. Soubor respondentek tvořilo 50 pacientek s benigním onemocněním a 50 pacientek s maligním onemocněním. Tento průzkum se uskutečnil pomocí standardizovaného dotazníku pro měření kvality života WHOQOL-BREF, který tvoří 24 položek zahrnutých do 6 domén. Na základě výzkumné studie z roku 1997, která ukázala, že existují významné rozdíly v kvalitě života mezi skupinou žen, které podstoupily léčbu benigního a maligního gynekologického onemocnění, autorky vyslovily hypotézu. H:“ *Predpokladáme, že u žien po hysterektómii zaznamenáme rozdiely v hodnotení kvality života v závislosti od prognózy.*“ (Krištofová, 2011, s. 199). Výsledky hodnocení kvality života respondentek byl zpracovaný ve dvou skupinách a byly zvlášť vyhodnocené a navzájem komparované. Analýza výsledků ukázala, že mezi subjektivním hodnocením kvality života ve fyzické oblasti jsou statisticky významné rozdíly. Krištofová a spol. předpokládá, že výrazně nižší dosáhnuté skóre u skupiny žen s maligním onemocněním je způsobené hlavně odpověďmi respondentek, u kterých docházelo k progresi onemocnění, vyšší závislosti na léčbě a do určité míry je třeba zohlednit i skutečnost, že průměrný věk onkologických pacientek byl vyšší. U pacientek s neonkologickým onemocněním zase předpokládají, že přítomnost bolestí je jen ve velmi malé míře podmíněná operačním výkonem vzhledem k tomu, že v době vyplňování dotazníků od operace uplynulo několik měsíců a nejsou závislé na léčbě. Také se prokázal statisticky významný rozdíl

v oblasti psychického zdraví. Rozdíly v oblasti společenských vztahů a prostředí se ukázaly jako statisticky nevýznamné.

Průzkum Křištofové a spol. nám potvrzuje, že kvalita života není ovlivněna pouze provedeným operačním zákrokem. Výslednou hodnotu kvality života z velké části ovlivňuje i samotná diagnóza pacientek, následná léčba, věk, výskyt dalších onemocnění ale i jiných faktorů, které byly již několikrát zmíněny.

Pokud se vrátíme na první stránky teoretické části diplomové práce, nalezneme několik definic pro pojem kvalita života. Zdá se, že jsou všechny odlišné a každá vyzdvihuje něco jiného. Ovšem mají společnou charakteristiku a tou je multidimenzionálnost, či multifaktoriálnost, tzn. že kvalitu života ovlivňuje mnoho faktorů. Ač jsme zkoumali kvalitu života spojenou se zdravím, v žádném případě se nevylučuje, že kvalita života respondentek nemohla být ovlivněna faktory jako např. prostředí (domácí, pracovní prostředí, bezpečnost a jistota, svoboda, aj.), sociální vztahy, psychologická oblast (vnější vzhled, emoce, sebeúcta), míra nezávislosti (každodenní aktivity, závislost na lécích či jiných chemických složkách) ale také spirituální oblast (náboženské a osobní přesvědčení), také několikrát zmiňovaný věk, polymorbidita, rodinná situace, vzdělání, psychika člověka a jiné (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

Ráda bych také zmínila ještě jeden faktor, který mohl výrazně ovlivnit hlavně celkové psychické zdraví nejenom našich respondentek ale i jinak zdravé populace. Možná to již bude znít jako „klišé“, ale nic to nemění na skutečnosti, že situace spojená s pandemií Covid-19 byla a stále je psychicky náročná. Jistě každý z nás, včetně respondentek, byl donucený do určité míry omezit sociální styky s rodinou a přáteli, jednak kvůli tomu, že to situace vyžadovala a jednak z obavy se nemocí Covid-19 nakazit. Dopad do oblasti duševního zdraví může dále vzrůstat v důsledku ekonomických dopadů, některé problémy ve společnosti se po rozvolnění opatření prohlubují a dopady v oblasti duševního zdraví mají charakter dlouhodobých následků.

V dubnu roku 2020 probíhala v Česku ve spolupráci Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) a spolku Queer Geography studie „Já a COVID-19“, která měla za cíl odhalit dopady celosvětové pandemie na duševní zdraví obyvatel. Průzkumné šetření probíhalo prostřednictvím anonymního on-line dotazování skrze sociální sítě a odkazy na internetu. Zúčastnilo se jej téměř 2500 respondentů. Hodnocení přítomnosti depresivních příznaků či úzkosti probíhalo pomocí krátkého 4položkového dotazníku *Patient Health Questionnaire for*

Depression and Anxiety (PHQ-4). Na základě výsledků studie se ukázalo, že 42 % žen a 57 % mužů nepozorovalo žádné psychické potíže, naopak středně a vysoce závažné mělo až 23 % žen a 15 % mužů. Úzkostné potíže se v dotazníku objevovaly u 14 % žen a 10 % mužů, což je dle předsedy Psychiatrické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Pavla Mohra, Ph.D., asi dvojnásobný nárůst proti obdobnému průzkumu, který proběhl v roce 2017. U depresí, jež udávalo 15 % žen a 8 % mužů, je tento nárůst oproti roku 2017 až trojnásobný. Sebevražedné myšlenky v posledním měsíci připouštělo přibližně 17 % obyvatel, z nichž přibližně 2x tolik muži. Z těchto respondentů byla dokonce až třetina ve středním nebo vysokém riziku dokonání sebevraždy. Tyto tendence byly významně spojené s obavami o vlastní zdraví nebo ekonomickou budoucnost. Dalším negativním fenoménem spojeným s probíhající pandemií bylo zvýšení nárazového pití alkoholu, resp. množství alkoholu, jež lidé zkonsumují během jednoho sezení (Pitoňák, 2020; Medical Tribune, 2020; Queer Geography; 2020).

9.1 Doporučení pro praxi

Vyhodnotili a shrnuli jsme ty nejdůležitější poznatky, ke kterým jsme v našem průzkumném šetření dospěli. Otázka tedy zní „Jak můžeme zlepšit kvalitu života u žen po operační léčbě pro karcinom endometria?“ Než se ovšem dostaneme ke konkrétním návrhům, ráda bych zdůraznila, že se jedná čistě o můj pohled na tuto problematiku.

V rámci diplomové práce byl proveden průzkum pro zjištění kvality života u vybraného souboru respondentek. Myslím si, že v praxi na to, abychom zjistili, jak se pacientkám po operaci daří, není potřeba poskytovat standardizované dotazníky a následně je vyhodnocovat, abychom zjistili, kolik bodů získá celkové fyzické či psychické zdraví. Dle mého názoru postačí obyčejná komunikace, naslouchání, zájem, empatie, ochota pomoci, vlídné, slušné a odborné chování zdravotnického personálu. V rámci dispenzární péče vidím prostor nejenom pro poskytnutí informací o klinickém stavu pacientky, ale právě i pro zjištění těchto neméně důležitých informací.

Zde se nabízí prostor pro porodní asistentky, protože z vlastních zkušeností vím, že pacientky jsou více otevřené sestrám/porodním asistentkám než lékařům. Má to samozřejmě své logické vysvětlení. Porodní asistentky tráví více času s pacientkami a pečují o ně před i po operaci. Pochopitelně dochází k budování důvěry mezi ošetřujícím personálem a pacientkami. Porodní asistentka by měla při dotazování klientky jednat trpělivě, důsledně, zodpovědně, svědomitě, měla by respektovat a zohledňovat pacientčiny potřeby, dbát na individuální přístup, věnovat jí dostatek času a nabídnout prostor pro dotazy.

V případě objevení problému, který způsobuje zhoršení kvality života klientky, by zdravotnický personál neměl být lhostejný, a naopak měl by pátrat po možnostech řešení. Pokud pacientku trápí bolesti po operaci, je vhodné pacientce nabídnout možnost fyzioterapie, lázeňské péče, případně vhodná analgetika, poučit o možnostech tlumení bolestí alternativním způsobem. Pokud má pacientka psychické potíže, ať už z prodělané nemoci, či jiných důvodů, měl by se jí nabídnout prostor pro vyjádření svých pocitů a obav. Pokud to situace dovoluje tak navrhnout i možnost odborné psychologické pomoci.

Ukončenou léčbou péče o pacientky by neměla končit, můžeme pracovat na zdokonalování zdravotní péče, ale hlavně pracovat na zlepšení kvality života žen, které absolvovaly cyklus perioperační péče.

ZÁVĚR

Diplomová práce, která nese název „Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria“ byla členěná obvyklým způsobem, a to na část teoretickou a část průzkumnou.

Teoretická část práce shrnula teoretická východiska týkající se pojmu kvalita života, specifikovala a jmenovala nástroje měření kvality života související se zdravím, přičemž větší pozornost věnovala standardizovanému generickému dotazníku SF-36, neboli O zdravotním stavu, který se dnes považuje za „zlatý standard“ při posouzení kvality života. Dále byla v teoretické části popsána etiologie, rizikové faktory, diagnostika a léčba karcinomu endometria.

V průzkumné části práce byly stanoveny dva cíle a k druhému cíli byly stanoveny 3 průzkumné otázky. Prvním cílem bylo pomocí anamnestických údajů popsat, jaká další onemocnění se nejčastěji vyskytují u zkoumaného souboru respondentek. Hlavním cílem průzkumné části diplomové práce bylo zjistit kvalitu života u respondentek 6 měsíců po operační léčbě pro diagnózu karcinom endometria. Téma diplomové práce bylo propojeno s perioperačním cyklem, a tak zasazeno do kontextu studovaného oboru.

Pro dosažení stanovených cílů diplomové práce bylo provedeno dotazníkové šetření pomocí již zmíněného dotazníku SF-36. Výsledky šetření byly posouzeny v základních 8 dimenzích a také byly vypočítány související indexy kvality života. Nejméně zasaženými dimenzemi v našem průzkumném souboru byly dimenze Tělesná bolest a Fyzická činnost. Tyto dimenze měly hodnotu nad 70 bodů, lze tedy usuzovat, že kvalita života v těchto doménách byla na docela vysoké úrovni. Dimenze Omezení role v důsledku fyzického zdraví, Duševní zdraví a Sociální funkce byly vyhodnoceny mírně nad 50 bodů. To znamená, že byly operační léčbou a jinými faktory zasaženy více, ale i přesto tyto hodnoty poukazují na relativně dobrou kvalitu života. To se ovšem nadá říci o zbylých dimenzích. Respondentky v oblastech Celkového zdraví, Vitality a Omezení role v důsledku emocionálních problémů pocítovaly značné omezení, jelikož v těchto dimenzích nedosáhly ani na hodnotu 50 bodů.

Dále byly vypočítané dimenze členěny na dvě škály, které hodnotí odlišně fyzické a psychické zdraví respondentek. Výsledné hodnoty ukázaly, že celkové psychické zdraví bylo respondentkami hůře ohodnoceno než celkové fyzické zdraví. Znamená to, že operační léčba a mnoho jiných faktorů, které s kvalitou života souvisí a byly v diplomové práci zmíněny, způsobily větší psychické potíže než na úrovni fyzického zdraví.

Po zprůměrování všech dimenzí byla stanovena hodnota, která odpovídá celkové kvalitě života respondentek. Ta byla vypočítaná na 55,8 bodů. Pokud přihlídneme k faktu, že ženy mohly získat nejvíce 100 bodů, můžeme tím pádem tvrdit, že celková kvalita života našich respondentek byla značně omezená, nicméně nebyla špatná a pohybuje se v hodnotách, které jsou nad normou výsledků úrovně kvality života u obecné populace.

V diplomové práci byly splněny veškeré stanovené cíle v teoretické i průzkumné části. Při tvorbě této závěrečné práce jsem došla k závěru, že kvalitu života jedinců i větších populačních útvarů ovlivňuje hlavně stav jejich zdraví. To ovšem neznamená, že dobré zdraví je jedinou podmínkou k tomu, aby se člověk cítil šťastně a spokojeně ve vlastním životě, jelikož se nevylučuje, že i nemocný člověk může mít lepší kvalitu života než člověk, kterému „nic nechybí“. Kvalita života je dle mého názoru jedna velká záhada, ve které každý člověk hledá odpověď na otázku „Co je potřeba mít a dělat k tomu, abych ve svém životě byl/a spokojený/á?“. Každý z nás máme postavený žebříček priorit, potřeb, hodnot, cílů a metod, jak toho dosáhnout a mít se v životě dobře. A tento pomyslný žebřík se skládá z komponentů jako jsou fyzická oblast (energie, únava, bolest, diskomfort), prostředí (domácí, pracovní prostředí, bezpečnost a jistota, svoboda, aj.), sociální vztahy, psychologická oblast (vnější vzhled, emoce, sebeúcta), míra nezávislosti (každodenní aktivity, závislost na lécích či jiných chemických složkách) ale také spirituální oblast (náboženské a osobní přesvědčení), věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, vzdělání, psychika člověka a mnoho dalších, které se navzájem prolínají, ovlivňují a tak utváří jeden velký celek, který nazýváme kvalitou života.

Koncepce kvality života je velmi složitá a psaní této diplomové práce vyžadovalo velkou dávku úsilí danému tématu porozumět a aplikovat jej v praxi. Dovolím si posoudit, že se mi to z velké části podařilo. Obohatila jsem znalosti v této oblasti, do určité míry změnila myšlenkové pochody vzhledem k tématu diplomové práce, zlepšila své jazykové, vyjadřovací, komunikační schopnosti, ale také slohové zdatnosti, které jsou taktéž vedle odborných znalostí a schopností nesmírně důležité při vykonávání povolání porodní asistentky ať už na porodním sále, jednotce intenzivní péče, oddělení operační gynekologie, šestinedělí či na operačním sále. Nicméně i nadále vidím velký prostor pro neustále zlepšování a vzdělávání se, jelikož i obor gynekologie a porodnictví se rychle vyvíjí a léčba, lékařské a ošetrovatelské postupy se zdokonalují, paralelně s nimi i péče o klientky.

10 POUŽITÁ LITERATURA

36-Item Short Form Survey (SF-36): Scoring Instructions for MOS 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). *RAND Corporation* [online]. Santa Monica, California: RAND Corporation, 2013 [cit. 2022-02-14]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html

BARILE, John P., Willi HORNER-JOHNSON, Gloria KRAHN, Matthew ZACK, David MIRANDA, Kimberly DEMICHELE, Derek FORD a William W. THOMPSON. Measurement characteristics for two health-related quality of life measures in older adults: The SF-36 and the CDC Healthy Days items. *Disability and Health Journal*. 2016, **9**(4), 567-574. ISSN 19366574. Dostupné z: doi:10.1016/j.dhjo.2016.04.008

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, et kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2016. ISBN 978-80-247- 4343-1.

BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje*. Univerzita Karlova. Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3462-3.

CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.

COVID-19 přinesl třikrát více depresí a myšlenek na sebevraždu. *Medical Tribune*, 9. 11. 2020. Dostupné na: www.tribune.cz/clanek/46117-covid-prinesl-trikrat-vice-depresi-a-myslenek-na-sebevrazdu

ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6.

DÍTĚTOVÁ, Lucie. *Kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková.

DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2022-1-21]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. 1. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

FARIVAR, Sepideh S, William E CUNNINGHAM a Ron D HAYS. Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 and SF-12 Health Survey, V.1. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2007, **5**(1) [cit. 2022-02-14]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: doi:10.1186/1477-7525-5-54

FLANAGAN, JC. A research approach to improving our quality of life. *American Psychology*, 1978; 33: 138-147.

FORMANOVÁ, Pavla. Rehabilitace po gynekologických břišních operacích. *Praktická gynekologie* [online]. 2016, 2016, **20**(3-4), 152-155 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2016-3-4/rehabilitace-po-gynekologickych-brisnich-operacich-60708>

FRÜHAUF, F., M. DVOŘÁK, L. HAAKOVÁ a kol. Ultrazvukový staging karcinomu endometria – doporučená metodika vyšetření. *Česká gynekologie* [online]. 2014, **79**(6), 466-476 [cit. 2022-01-22]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-6/ultrazvukovy-staging-karcinomu-endometria-doporucena-metodika-vysetreni-50898>

GABRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi*. 2012, **14**(1), 23-25. ISSN 1212-7299.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2011, 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

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

HAMPLOVÁ, Dana. Satisfaction with Life, Happiness, and Family Status in Twenty-one European Countries. *Czech Sociological Review* [online]. 2006, **42**(1), 35-56 [cit. 2022-02-14]. ISSN 00380288. Dostupné z: doi:10.13060/00380288.2006.42.1.04

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-807-4191-060.

HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. Praktický lékař* [online]. 2005, 09. 09. 2005, **85**(11), 656-660 [cit. 2021-11-12]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-11/kvalita-zivota-vymezeni-pojmu-a-jeho-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-5939>

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.

KAČMÁROVÁ, Monika, BABINČÁK, Peter a Gabriela MIKULÁŠKOVÁ. *Teórie a nástroje merania subjektívne hodnotenej kvality života*. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2013. ISBN 978-80-555-0972-3.

KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.

KRIŠTOFOVÁ, Erika, Mária BOLEDOVIČOVÁ a Iveta MACÁKOVÁ. *Life of women after hysterectomy*. *Kontakt* [online]. 2011, **13**(2), 197-203 [cit. 2022-04-07]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2011.024

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ J. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze*. *Kontakt* [online]. 2011, č. 4, [cit. 2022-02-17], s. 434-440. ISSN 1804-7122.

MORAVCOVÁ, Markéta. *Hodnocení kvality života žen po menopauze* [online]. Hradec Králové, 2014 [cit. 2022-01-21]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/63402>. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80244-3019-5.
- PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
- PILKA, Radovan. Robotická chirurgie v gynekologii. *Rozhledy v chirurgii* [online]. 2017, **96**(2), 54-62 [cit. 2022-01-23]. ISSN 1805-4579. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2017-2-9/roboticka-chirurgie-v-gynekologii-60746>
- Pitoňák M. Závěrečná zpráva studie Já a COVID-19. *Národní ústav duševního zdraví*, Klecany, 2020. Dostupné na: www.nudz.cz/files/pdf/tz-studie-ja-a-covid-19.pdf
- PRAUSOVÁ, Jana, Katarína PETRÁKOVÁ, Svatopluk BÝMA a Petr ŠONKA. *Péče o vybraná onkologická onemocnění: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2018]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-09-5.
- PROCHÁSKOVÁ, Veronika. *Kvalita života po laparoskopickém a laparotomickém výkonu*. Pardubice, 2019. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
- PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN 978-802-7108-763.
- REIFENAUER, I. a B. HOŠKOVÁ. Application of the questionnaire quality of life SF-36 in practice aspect. *Studia Kínanthropologica* [online]. 2018, **19**(3), 259-265 [cit. 2022-01-19]. ISSN 12132101. Dostupné z: doi:10.32725/sk.2018.054
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA. *Gynekologie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-426-2.
- ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

SLOVÁČEK, L, SLOVÁČKOVÁ B. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicina a liečba bolesti*. 2012, 5(1), s. 13-17. ISSN 1337-6896

SLOVÁČEK, Ladislav, Birgita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, 73(1), 6-9 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2004/01/02.pdf>

ŠÁLKOVÁ, Jana. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-0844-2.

ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II.: péče porodní asistentky o ženu v ambulantní péči: péče porodní asistentky o ženu s gynekologickým onemocněním*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.

ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK et al. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.

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

VAN DER MEULEN, Merel, Amir H. ZAMANIPOOR NAJAFABADI, Daniel J. LOBATTO, Cornelia D. ANDELA, Thea P. M. VLIET VLIELAND, Alberto M. PEREIRA, Wouter R. VAN FURTH a Nienke R. BIERMASZ. SF-12 or SF-36 in pituitary disease? Toward concise and comprehensive patient-reported outcomes measurements. *Endocrine* [online]. 2020, 70(1), 123-133 [cit. 2022-02-14]. ISSN 1355-008X. Dostupné z: doi:10.1007/s12020-020-02384-4

VINKLEROVÁ, P., L. MINÁŘ, M. FELSINGER a kol. Role hormonální terapie u pacientek s karcinomem děložního těla. *Česká gynekologie* [online]. 2018, **83**(4), 263-270 [cit. 2022-01-22]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-4-9/role-hormonalni-terapie-u-pacientek-s-karcinomem-delozniho-tela-105966>

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-802-4737-423.

Výsledky studie Já a COVID-19. *Queer Geography*. Dostupné na: www.queergeography.cz/ja-a-covid-19-vysledky

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

11 PŘÍLOHY

Příloha A Doplnující otázky	83
Příloha B Dotazník SF-36.....	84
Příloha C TS skóre.....	86

Příloha A Doplňující otázky

Dobrý den,

jmenuji se Olha Voroňuk a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Zároveň pracuji jako porodní asistentka na jednotce intenzivní péče na gynekologicko-porodnické klinice.

Ráda bych Vás požádala o kompletní vyplnění standardizovaného dotazníku SF-36 o zdravotním stavu, který slouží k vypracování průzkumné části mé diplomové práce na téma Kvalita života žen po operační léčbě karcinomu endometria. Dotazník je doplněn o 2 otázky týkající se Vašeho věku a osobní anamnézy. Dotazník je zcela anonymní. Jeho vyplněním vyjadřujete souhlas s Vaší účastí ve výzkumu. U otázek, prosím, zakroužkujte jednu možnou odpověď, není-li uvedeno jinak.

Děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.

S přáním hezkého dne,

Bc. Olha Voroňuk

1. Kolik je Vám let?

- a) 18-29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50-59 let
- e) 60-69 let
- f) 70 a více let

2. Vypište nemoci, se kterými se léčíte:

Dotazník SF-36 o zdravotním stavu© New England Medical Center Hospital, Inc., 1996
SF-36 Standard Czech Version 1.0

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti. **Zakroužkujte, prosím, zvolenou odpověď, která odpovídá Vaší reálné situaci.**

Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.

1. Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)
- | | |
|--------------|---|
| Výtečné | 1 |
| Velmi dobré | 2 |
| Dobré | 3 |
| Docela dobré | 4 |
| Špatné | 5 |
2. Jak byste zhodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem? (zakroužkujte jedno číslo)
- | | |
|----------------------------------|---|
| Mnohem lepší než před rokem | 1 |
| Poněkud lepší než před rokem | 2 |
| Přibližně stejné jako před rokem | 3 |
| Poněkud horší než před rokem | 4 |
| Mnohem horší než před rokem | 5 |
3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? (zakroužkujte jedno číslo na každém řádku)
- | | 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 je 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 |
4. Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)?
- | | ANO | NE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| a. Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti? | 1 | 2 |
| b. Udělala jste méně než jste chtěla? | 1 | 2 |
| c. Byla jste omezena v druhu práce nebo jiných činností? | 1 | 2 |
| d. Měla jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. musela jste vynaložit zvláštní úsilí)? | 1 | 2 |
5. Trpěla jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?
- | | ANO | NE |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| a. Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti? | 1 | 2 |
| b. Udělala jste méně, než jste chtěla? | 1 | 2 |
| c. Byla jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle? | 1 | 2 |

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. (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měla v posledních 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Málo	2
Středně	3
Hodně	4
Mimořádně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech. U každé otázky označte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje jak jste se cítila. Jak často v minulých 4 týdnech ...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
a. jste se cítila plna elánu?	1	2	3	4	5	6
b. jste byla velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. jste měla takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťovala klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byla plna energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťovala pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítila vyčerpaná?	1	2	3	4	5	6
h. jste byla šťastná?	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítila unavená?	1	2	3	4	5	6

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

Pořád	1
Většinu času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	rozhodně ano	spíše ano	těžko říci	spíše ne	rozhodně ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdravá jako kdokoli 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

Děkuji Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost všech svých odpovědí.

Příloha C TS skóre

Číslo otázky	Odpověď	Bodování
1, 2, 6, 8, 11b, 11d	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	1	0
	2	50
	3	100
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c	1	0
	2	100
7, 9a, 9d, 9e, 9h	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
9b, 9c, 9f, 9g, 9i	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
10, 11a, 11c	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100