

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Martina Kosinová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KVALITA ŽIVOTA ŽEN S NÁDOROVÝM
ONEMOCNĚNÍM PRSU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Kosinová**
Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2018

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE QUALITY OF LIFE OF A WOMANS WITH
BREAST CANCER**

Bachelor's thesis

Author: **Martina Kosinová**
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2018

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Chrudimi

13. 9. 2018

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za odborné vedení této práce. Poděkování patří personálu nemocnic, ve kterých výzkum probíhal a ženám, které byly ochotny podílet se na výzkumu. Dále bych chtěla poděkovat rodině, partnerovi a přátelům za jejich podporu.

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE PRSU	12
2 NÁDORY PRSU.....	13
2.1 Obecné třídění nádorů.....	13
2.1.1 Podle biologických vlastností nádorů	13
2.1.2 Podle histopatogeneze.....	13
2.1.3 Šíření nádoru v organismu	14
2.2 Klasifikace zhoubných nádorů.....	14
2.3 Dělení maligních nádorů prsu	14
3 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU	16
4 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU	17
4.1 Genetické rizikové faktory.....	17
4.2 Faktory životního stylu	17
4.3 Hormonální a gynekologické faktory.....	18
4.4 Faktory osobní anamnézy	19
4.5 Ostatní faktory.....	19
5 PREVENCE.....	20
5.1 Primární prevence	20
5.2 Sekundární prevence	20
5.3 Terciární prevence.....	21
6 PROJEVY KARCINOMU PRSU.....	22
7 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU.....	23
7.1 Anamnéza.....	23
7.1.1 Rodinná anamnéza	23
7.1.2 Gynekologická anamnéza	23
7.1.3 Nynější onemocnění.....	23
7.2 Fyzikální vyšetření	23
7.3 Zobrazovací metody.....	24
7.3.1 Mamografie.....	24
7.3.2 Mamografická stereotaxe	24
7.3.3 Duktografie	24
7.3.4 Výpočetní tomografie (CT).....	24

7.3.5	Ultrazvuk prsu.....	24
7.3.6	Magnetická rezonance (MR).....	25
7.4	Laboratorní vyšetření	25
7.5	Biopsie	25
8	LÉČBA KARCINOMU PRSU	26
8.1	Chirurgická léčba	26
8.1.1	Parciální mastektomie	26
8.1.2	Totální mastektomie.....	27
8.2	Radioterapie	29
8.3	Chemoterapie	29
8.3.1	Neadjuvantní chemoterapie.....	30
8.3.2	Adjuvantní chemoterapie	30
8.4	Hormonální léčba.....	30
8.5	Biologická léčba.....	30
9	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍ PRSU.....	32
9.1	Předoperační péče	32
9.2	Pooperační péče	32
9.3	Péče o psychiku pacientky s nádorovým onemocněním prsu	34
10	KVALITA ŽIVOTA.....	35
10.1	Obecné pojetí kvality života.....	35
10.1.1	Subjektivní a objektivní kvalita života.....	35
10.1.2	Domény kvality života	36
10.1.3	Rozsah pojetí kvality života	37
10.2	Kvalita života v kontextu medicíny a zdravotnictví.....	38
10.3	Měření kvality života	40
10.4	Instrumenty kvality života.....	40
10.4.1	Generické dotazníky.....	41
10.4.2	Specifické dotazníky	43
	EMPIRICKÁ ČÁST	45
11	METODIKA VÝZKUMU.....	46
11.1	Popis výzkumného nástroje.....	47
11.2	Kritéria pro výběr respondentů	47
11.3	Zpracování a vyhodnocení získaných dat	48
12	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	49

13	DISKUZE.....	84
	ZÁVĚR.....	93
	ANOTACE.....	95
	ANNOTATION.....	96
	POUŽITÉ ZDROJE.....	97
	Tištěné zdroje.....	97
	Elektronické zdroje.....	99
	SEZNAM TABULEK.....	101
	SEZNAM GRAFŮ.....	102
	PŘÍLOHY.....	104

ÚVOD

Nádory prsu jsou jedním z nejčastějších nádorových onemocnění u žen v České Republice. Každý rok stoupá počet nemocných, dnes je to kolem 6000 v ČR, ve světě více než půl milionů. Počty pacientek stoupají, přičemž věková hranice se snižuje. Ženy mají z tohoto onemocnění největší obavy.

K výběru tématu mé bakalářské práce „Kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu“ mě inspirovala praxe na Chirurgické klinice FNHK. Setkávala jsem se tam s ženami, které podstupovaly operační výkon na prsu. Tato oblast je velice intimní a choulostivá. Pro ženy a jejich rodiny je to psychická, ale i fyzická zátěž. Ženy prožívají stres a obavy co bude dál, jak se zvládnou postarat o rodinu a domácnost. Obávají se další léčby, která ve většině případů přichází. Nádory prsu, v dnešní době, postihují čím dál více mladší ženy.

Kvalita života, z pohledu ošetrovatelské péče, představuje dlouhodobý cíl. Na pacienta bychom měli pohlížet holisticky, tedy nejen na jeho somatickou část. Ošetrovatelská péče by měla vycházet z výzkumů kvality života.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje nádorovým onemocněním prsu. Popisuje zde anatomii prsu, nádory prsu, epidemiologii onemocnění, etiologii karcinomu prsu, prevenci, projevy karcinomu prsu, diagnostiku karcinomu prsu, léčbu karcinomu prsu, ošetrovatelskou péči a kvalitou života.

V empirické části se zabývám kvalitou života žen s nádorovým onemocněním prsu. Pro výzkumné šetření jsem zvolila generický dotazník WHOQOL-BREF, zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100. Dotazník jsem rozšířila o 10 identifikačních otázek. Na začátku výzkumného šetření jsem si stanovila tři cíle a 10 výzkumných otázek.

Cíle:

1. Zjistit celkovou kvalitu života pacientek s nádorovým onemocněním prsu.
2. Zjistit kvalitu života pacientek pomocí dotazníku WHOQOL-BREF ve všech oblastech.
3. Zjistit kvalitu života pacientek ve vybraných proměnných.

Výzkumné otázky:

1. Jak hodnotí respondentky kvalitu svého života?
2. Jsou respondentky spokojeny se svým zdravím?
3. Jak jsou respondentky spokojeny s prožíváním svého života?
4. Jsou respondentky spokojeny se svými osobními vztahy?
5. Jsou respondentky spokojeny s prostředím, ve kterém žijí?
6. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich věku?
7. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich rodinnému stavu?
8. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich místu bydliště?
9. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k druhu jejich léčby?
10. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k druhu operačního zákroku?

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE PRSU

Mléčná žláza lat. Glandula mammae tvoří bělošedé tuhé těleso, které má nerovný povrch, vážící kolem 130 až 200g. Její tvar a velikost nenesou vliv na funkčnost. Žláza se skládá z několika laloků lat. Lobi mammae, tyto laloky se dále dělí na lalůčky, které jsou složené ze žláзовých alveolů. Vlastní parenchym je obalen vazivově tukovou vrstvou. Množství tohoto tuku je proměnlivé a dělí se na dvě vrstvy: premamární a retromamární. Dá se říci, že je odpovědné za velikost, tvar a konzistenci prsu. Dále se uvádí, že tvar prsu je ovlivněn věkem, hmotností a hormonálními změnami (například těhotenstvím) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 107).

Tato žláza je apokrinní a její vývoj je ukončen mezi 13.-16. rokem věku, v tomto období je většinou ukončen i růst tělesné výšky. K prsu také patří regionální lymfatické uzliny. Mezi ně řadíme, dle TNM klasifikace, axilární, infraklavikulární, supraklavikulární a v neposlední řadě parasternální uzliny. Pokud se prs popisuje, používá se označení – zevní horní kvadrant, mediální horní kvadrant, mediální dolní kvadrant a zevní dolní kvadrant. Dále se popisuje centrální segment a axilární výběžek (Janíková a Zeleníková, 2013, s.107).

Cévní zásobení prsu je z více zdrojů, prsní žláza se vyznačuje hustou sítí kolaterál. Tyto kolaterály jsou schopny zajistit výživu i při omezeném přítoku. Významné jsou tři skupiny přítokových cév. Patří sem arteriathoracica interna, arteriaaxillaris a anterolaterální a laterální perforátory. V blízkosti pod kožním povrchem tvoří cévy hustou podkožní pletěň – plexus subdermalis. Tato pletěň zajistí rovnoměrnou výživu kůže celého prsu. Žilní odtok odpovídá tepennému přítoku, jen v opačném směru (Coufal a kol., 2011, s. 22).

Inervace prsu je zejména segmentární z mediální a laterální strany (Coufal a kol., 2011, s. 23).

2 NÁDORY PRSU

Obecně platí, že nádorové onemocnění častěji postihuje starší osoby. Do značné míry jsou rozdíly i mezi pohlavím. Nádorové onemocnění prsu postihuje spíše ženy, u mužů je toto onemocnění vzácné.

2.1 Obecné třídění nádorů

Nádory můžeme dělit podle biologických vlastností nebo podle původu (histogeneze) (Mačáka kol., 2012, s. 126).

2.1.1 Podle biologických vlastností nádorů

Benigní nádory (nezhoubné) jsou ohraničené. Rostou pomalu, zvětšují svůj objem a tím utlačují okolní buňky. Mohou být opouzdřené, jejich odstranění nebývá náročné. Po odstranění většinou nerostou znovu. Tyto nádory nemetastazují (Mačák a kol., 2012, s. 126).

Patří sem například fibroadenom nebo cystosarcomaphyllodes.

Intermediární nádory jsou na rozhraní mezi benigními a maligními nádory. Jejich prognóza je lepší než u zhoubných nádorů ale mohou metastazovat.

Patří sem např. Bernnerův tumor (Mačák a kol., 2012, s. 126).

Maligní nádory (zhoubné) oproti benigním rostou rychle, invazivně a destruktivně. Jsou neohraničené. Pronikají do okolních tkání a šíří se do okolí. Jejich vyoperování není snadné. Velmi často recidivují a vždy tvoří metastázy (Mačáka kol. 2012, s. 126).

Patří sem např. karcinomy in situ, či invazivní karcinom prsu (podrobněji viz dále v textu)

2.1.2 Podle histopatogeneze

Nádory posuzujeme podle makroskopického vzhledu. V některých případech je velmi obtížné s přesností určit o jaký typ nádorového bujení se jedná. Řadíme se nádory rostoucí z mezenchymu, epitelu, z nervové tkáně, smíšené a další.

Mezenchymální nádory rostou mezi ektodermem a entodermem. Patří sem nádory vaziva (fibrom), chrupavky (chondrom), tukových buněk (lipom), svalových buněk (rabdomyom, leiomyom). Maligní nádory rostoucí z mezenchymu se nazývají sarkomy.

Epitelové nádory se dělí na dvě hlavní větve, papilomy a adenomy. Papilomy rostou z povrchového epitelu, adenomy ze žláзовého epitelu. Maligní nádory epitelové tkáně se nazývají karcinomy.

Nádory z nervové tkáně se dělí na nádory rostoucí z centrální nervové soustavy nebo nádory periferního nervstva. Mezi nádory CNS řadíme neuroblastom, meduloblastom. Neurofibrom a neurinom jsou nádory periferního nervstva.

Smíšené nádory rostou z dvou tkání různého původu. Například myofibrom, osteofibrom či fibroadenom (Mačák a kol., 2012, s. 128).

2.1.3 Šíření nádoru v organismu

Novotvary se v organismu šíří trojím způsobem:

- Pokračujícím místním růstem, v některých případech postihuje i rozsáhlé partie těla, také šířením v tělních dutinách nebo jinými prostory (například metastázy porogenní)
- Metastazováním lymfatickými cestami, zakládáním ložisek v průběhu mízních cest (lymfogenní)
- Metastazováním krevní cestou (hematogenní) je nejčastější typ rozsevu nádorových buněk. Nádorové buňky jsou roznášeny krví po těle. Tyto buňky se mohou někde zachytit a mohou založit vzdálené ložisko nádoru (Vorlíček a kol., 2006, s. 36).

2.2 Klasifikace zhoubných nádorů

Nádory třídíme podle histologické struktury, anatomického umístění a biologických vlastností. Rozsah zhoubného onemocnění hodnotí sestavený mezinárodní klasifikační systém. Pro téměř všechny nádory používáme TNM systém. TNM klasifikace určuje rozsah nádorového onemocnění, z anatomického hlediska pomocí tří kategorií: T – tumor (nádor), N – nodus (regionální mízní uzlina), M – metastáza (Vorlíček a kol., 2006, s. 37).

2.3 Dělení maligních nádorů prsu

Roztočil a kol. (2011, s. 380-382) dělí karcinom prsu na dva oddíly. Karcinomy in situ a invazivní karcinomy. **Karcinomy in situ**, patří sem duktální karcinom in situ a lobulární karcinom in situ.

Dále **invazivní karcinomy prsu**, sem patří invazivní duktální karcinom, smíšený karcinom, pleomorfní karcinom, tubulární karcinom, medulární karcinom, neuroendokrinní nádory prsu, papilární karcinom, invazivní lobulární karcinom, inflamatorní karcinom, Pagetova nemoc, apokrinní karcinom a metaplastický karcinom (Roztočil a kol., 2011, s. 380-382).

Tabulka č. 1: Dělení maligních nádorů prsu (Roztočil a kol., 2011, s. 380-382).

Invazivní karcinomy	invazivní duktální karcinom	smíšený karcinom	pleomorfní karcinom	tubulární karcinom
	medulární karcinom	neuroendokrinní nádory prsu	papilární karcinom	invazivní lobulární karcinom
	inflatorní karcinom	Pagetova nemoc	apokrinní karcinom	metaplastický karcinom
Karcinomy in situ	duktální karcinom in situ		lobulární karcinom in situ	

3 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Uvádí se, že karcinom prsu je jedním z nejčastějších nádorových onemocnění u žen. Každý rok se zjišťuje více než 580 000 nových případů této choroby po celém světě, což tvoří 20% nádorů u žen. Výskyt se zvyšuje o 1-2%. V České republice je také toto nádorové onemocnění u žen nejčastější. Za posledních 20 let se počty zdvojnásobily. Četnost se zvyšuje s věkem (Vorlíček a kol., 2006, s. 249).

Ženy, které mají mutaci genu BRCA1 či BRCA2 mají riziko vzniku tohoto onemocnění vyšší, uvádí se až o 85% (Cibula a Petruželka a kol., 2009, s. 72).

Incidence nádorů prsu je pozorována téměř ve všech zemích světa, zejména v zemích severní Ameriky, severní a západní Evropy, naopak nízký výskyt je v Africe (Abrahámová, 2009, s. 26).

Dá se říci, že obecně platí, že rakovina prsu se častěji vyskytuje v zemích, které jsou vyspělé a mají vyšší životní úroveň. Tento rozdíl výskytu se projevuje i u nás, v závislosti na lokalitě bydliště. Ve velkých městech je vyšší incidencenádoru prsu, než v malých městech (Žaloudík, 2008, s. 110-119).

Rakovině prsu bohužel neumíme předcházet, ale jsou již možnosti, jak toto onemocnění zachytit v časném a vyléčitelném stádiu. Je na každé ženě, zda bude pravidelně navštěvovat screeningový preventivní program zaměřený na včasný záchyt tohoto onemocnění (Žaloudík, 2008, s. 111).

4 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Abrahámová (2009, s. 33) uvádí, že dle různých zdrojů je několik faktorů, které mohou vyvolat nádorové onemocnění či karcinom prsu. Pravou příčinu, která vyvolá onemocnění, ale neznáme. Tedy nejsme schopni říci, jaké ženy jsou ohroženy. Diskutuje se pouze o rizikových faktorech.

4.1 Genetické rizikové faktory

- **Výskyt rakoviny prsu v rodině:** Populačními studiemi byl prokázán vztah mezi zárodečnými mutacemi specifických genů a rizikem vzniku nádorového onemocnění. Rozbor rodinné anamnézy je základním prvkem hereditární formy nádorů prsu. Predispoziční geny BRCA-1 a BRCA-2 spadají do skupiny nádorových supresorových genů a zděděná mutace v některém z nich může znamenat zvýšené riziko vzniku onemocnění. Riziko vzniku je zhruba 50%. Průnik genů je však individuální, odlišný a nelze s přesností říci, zda se nádorové onemocnění objeví, ani kdy. V tomto případě se dále uplatňují další rizikové faktory, jako například životní styl. Nádorové onemocnění vzniká za přispění více rizikových faktorů a hromadění mutací genů, které nebyly opraveny reparačními enzymy buněk. Proto je velmi důležitá správná informovanost a primární prevence, v pozdním záchytu sekundární prevence (Abrahámová a Dušek, 2003, s. 44)

4.2 Faktory životního stylu

- **Kouření:** Některé epidemiologické studie nepřinesly jednoznačný závěr, zda je aktivní kouření či zvýšená expozice tabákového kouře významná pro vznik karcinomu prsu. Přestože nebyl prokázán vliv kouření, je potřeba zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko i u jiných nádorových onemocnění či onemocnění srdce.
- **Alkohol:** Také u alkoholu se jasně neprokázalo, že by zapříčinil vznik karcinomu prsu. Alkohol ovlivňuje hladinu estrogenů v ženském organismu, a tím se zvyšuje riziko vzniku onemocnění. Zvýšení rizika je nepatrné, pokud žena vypije například jednu skleničku alkoholického nápoje. U žen, které vypijí až pět skleniček alkoholu, se riziko zvyšuje až o 1,5krát oproti abstinenkám. Doporučuje se tedy omezit pití alkoholických nápojů.

- **Fyzická aktivita:** Sportovní aktivity obecně snižují riziko vzniku různých onemocnění, tedy i nádorového onemocnění prsu. Je to významný komplexní faktor, který je epidemiologicky potvrzený. Fyzická námaha snižuje hladinu inzulínu v krvi a snižuje produkci steroidních hormonů ve vaječnících.
- **Stravovací návyky:** Přijímaná potrava, její množství a složení, tvoří komplexní faktor, který má přímý vztah ke vzniku karcinomu prsu. Energetický metabolismus je ovlivňován energetickou hodnotou potravy, a tím ovlivňuje produkci hormonů. Strava, která obsahuje dostatek vlákniny, ovoce a zeleninu, je spojována s nižším rizikem a výskytem nádoru prsu.
- **Obezita:** Studie prokázaly zvýšené riziko vývoje onemocnění u obézních žen diagnostikovaných po přechodu. Množství a rozložení tělesného tuku, společně s věkem, kdy žena trpí nadváhou, ovlivňuje metabolismus estrogenů. A tím se zvyšuje riziko (Abrahámová, 2009, s. 37 - 38).

4.3 Hormonální a gynekologické faktory

Prsní tkáň obsahuje hormonální receptory, a proto reaguje na endogenní i exogenní účinek pohlavních steroidů (Citterbart a kol., 2001, s. 199).

- **První menstruace (menarché):** Pokud menstruace přichází dříve (před dvanáctým rokem), je menarché potvrzena jako významný rizikový faktor pro vznik karcinomu.
- **Přechod (menopauza):** Riziko vzniku onemocnění se zvyšuje při vyšším věku menopauzy. Prokázání věku přechodu je významné i pro spolupůsobení s jinými rizikovými faktory, například hormonální terapií nebo obezitou.
- **Gynekologická operace:** Odstranění vaječníků (neboli ovariectomie) a věk, kdy je operace prováděna, patří k významným faktorům nižšího rizika. Zřejmý je mechanismus účinku, kdy dochází ke sníženému ovlivnění prsní tkáně hormony.
- **Hormonální léčba:** Obecně se uvádí, že hormonální přípravky (hormonální antikoncepce či náhradní hormonální léčba v klimakteriu) přímo ovlivňují metabolismus steroidních hormonů. Analýza vlivu užívání hormonálních přípravků nepřináší jednoznačný názor, obecně ale platí, že pokud ženy užívají hormonální substituci, jsou ve vyšším riziku. Nicméně je podstatný věk ženy a délka doby užívání substituce. Studie ukázaly vyšší riziko u žen, které užívaly hormonální antikoncepci. U těchto žen bylo riziko podstatně vyšší do deseti let od ukončení užívání

antikoncepce. Nejednoznačné riziko vzniku nádorového onemocnění je také u náhradní hormonální léčby v klimakteriu. Zvýšené riziko je při kombinování preparátů (estrogeny a gestageny) po deseti letech užívání. Je tedy pravděpodobné, že dlouhodobý vliv estrogenů (zejména estradiolu) může pro ženu znamenat zvýšené riziko onemocnět.

- **Věk při prvním porodu:** Zvýšené riziko je prokázáno u bezdětných žen a u žen, které rodily až po 30. roce života první dítě.
- **Počet porodů:** Ženy s vyšším počtem dětí mají snížené riziko v důsledku kratšího životního období pod vlivem hormonů.
- **Kojení:** Hladinu estrogenů ovlivňuje samotné kojení a délka doby kojení. Kojení bylo potvrzeno jako ochranný faktor před rozvojem zhoubného onemocnění prsu (Abrahámová, 2009, s. 41 - 42).

4.4 Faktory osobní anamnézy

- **Věk:** Hlavním rizikovým faktorem, pro vznik onemocnění, je věk. U starších žen (nad 50 let) je zaznamenáno zvýšené riziko vzniku nádorového onemocnění prsu. S věkem vzrůstá riziko nádoru prsu.
- **Rasa:** U různých etnických skupin je riziko vzniku rozdílné. U černošské populace a u Asiatek je riziko nižší, než u bělošské populace. Naopak vyšší mortalita (úmrtnost) na toto onemocnění je u černošek.
- **Geografie:** V incidenci nádorového onemocnění prsu jsou patrné geografické rozdíly. Při přesídlování z míst s nízkým výskytem nádoru prsu do míst s vysokým rizikem dochází ke zvýšení a vyrovnání s výskytem v hostitelské zemi. Pravděpodobně v tomto hraje roli životní styl (Abrahámová a Dušek, 2003, s. 44).

4.5 Ostatní faktory

Mezi ostatní rizikové faktory řadíme vzdělání, bydliště, psychologické aspekty, umělé přerušování těhotenství, životní prostředí a prostředky proti pocení či podprsenky. Tyto faktory jsou faktory s nejistým nebo s žádným vlivem na vznik karcinomu prsu (Abrahámová, 2009, s. 43).

5 PREVENCE

Prevenci dělíme na tři základní úseky, a to primární, sekundární a terciární.

Primární prevence se zaměřuje na lidi, kteří jsou zdraví. Zabývá se prevencí vzniku chorob, zlepšování zdravotního stavu, toto vede ke zvyšování kvality života.

Sekundární prevence se zabývá včasnou diagnostikou, kdy je nemoc v nejlehčí fázi.

Terciární prevence se zabráňuje návratu prodělaného onemocnění, tato prevence je také zaměřena na pacienty v rozvinutém stádiu onemocnění.

5.1 Primární prevence

Cíl primární prevence je zabránit, nebo alespoň snížit riziko, vzniku karcinomu prsu. Ženy by měly dodržovat zdravý životní styl. Zdravý životní styl zahrnuje konzumaci vyvážené stravy, nepít alkohol a nekouřit, přiměřeně se pohybovat a udržovat si optimální váhu. Zdravější organismus je na nemoc lépe připraven, zdravý životní styl nezaručí ženě, že neonemocní rakovinou (Coufal a kol., 2011, s. 338).

5.2 Sekundární prevence

Odhalením karcinomu v co nejranější fázi, se zabývá sekundární prevence. Fyzikální vyšetření lékařem je jednou ze základních a hlavních vyšetřovacích metod. Toto vyšetření by mělo být prováděno při preventivních prohlídkách u gynekologa, dále i v mamologických poradnách, u praktického lékaře a při hospitalizacích z různého důvodu. Lékaři prvního kontaktu hrají velmi důležitou roli při včasném záchytu rakoviny obecně.

Samovyšetřování prsů by mělo být pro každou ženu starší 25 let samozřejmostí. Provádí se jednou měsíčně, po ukončení menstruace. Pokud žena zaznamená neobvyklý útvar, měla by vyhledat lékaře (Konopásek a Petružela, 1997, s. 23).

Screening má za úkol odhalit karcinom prsu, když je malý a před tím, než se rozšíří do organismu v podobě metastáz. Jedná se o stádium karcinomu in situ. Aktivní vyhledávání v podobě mamografie významně snižuje mortalitu. Největší výtěžnost je u žen nad 50 let věku, úmrtnost se snižuje až o 40%. Screeningové testy by měly být laciné, jednoduché, jednoduše proveditelné a jednoduše interpretovatelné. Mamografie není laciná, potřebuje speciální přístrojovou techniku, ale zatím je to nejefektivnější způsob, jak detekovat karcinom prsu v raném stádiu. Odhalí až 95% útvarů v populaci v bezpříznakovém období. Aktivní odhalování je vždy účinnější, než léčba pokročilých nálezů (Vorlíček a kol., 2006, s. 253 – 254).

5.3 Terciární prevence

Tato prevence probíhá v mamologických a onkologických poradnách, jedná se o aktivní vyhledávání. Zaměřuje se na ženy, které onemocnění prodělaly a považují se za vyléčené. Jedenkrát za 4 až 6 měsíců se provádí základní klinické vyšetření a odběr nádorových markerů se provádí po dobu 5 let. Mamografie se provádí jedenkrát ročně. Pokud žena podstoupila záchovnou operaci, je doporučeno první mamografické vyšetření až po 6 měsících od skončení léčby.

Jedenkrát ročně se provádí kontrolní rentgen plic, scintigrafie kostí a ultrazvukové vyšetření, z důvodu vyloučení vzdálené diseminace onemocnění. Žena by měla navštěvovat jedenkrát ročně gynekologa (Coufal a kol., 2011, s. 442).

6 PROJEVY KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je ve svém prvopočátku většinou nebolestivý. Nezpůsobuje jiné obtíže. Pokud zhoubný nádor začne růst, může docházet ke změnám (Abrahámová, 2009, s. 57).

Mezi nejčastější příznaky patří:

- **Vtahování kůže** způsobuje většinou rezistence, která při souhybech svou částečnou fixací vtahuje kůži.
- Rezistence v prsu může vtahovat část tkáně zevně a vytváří tak **důlek**.
- **Vážnutí při souhybu**. Zdravý prs se hýbe vláčně a dynamicky oproti prsu s rezistencí.
- **Nepřavidelnosti nebo retrakce bradavky, oploštění či vtažení bradavky**. Tento příznak může být patrný na první pohled. Ženy mohou mít vtaženou bradavky již od dospívání. Nemusí se vždy jednat o patologický stav.
- **Pomerančová kůra**. Způsobuje jí infiltrace drobných lymfatických cév. Tento příznak může být přítomen trvale nebo pouze při palpačním vyšetření.
- **Asymetrie** ze zvětšeného prsu. Může být normálním jevem, pokud dojde i k tuhnutí, nutno pomýšlet nad tumorem.
- **Sekrece z bradavky** není normálním jevem. V případě tohoto příznaku se většinou jedná o tumor. Sekrece může být krvavá. Může se objevit zaschlý sekret či ekzematoidně změněná bradavka.
- **Zarudnutí či oteplení kůže**.
- **Rozšířená žilní pletěň**.
- **Exulcerace**. Tento příznak je pozdní, u nás se vyskytuje často.
- **Bolest prsu či paže**.
- **Hmatný nádor**.
- **Změna barvy kůže**.
- **Zápach**

(Abrahámová a kol., 2000, s. 25 – 27).

Dražan a kol. (2006, s. 25) uvádí, že u většiny žen, které navštíví svého lékaře k vyšetření prsu, nenachází lékaři zhoubné nádory prsu, ale benigní léze.

7 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU

7.1 Anamnéza

Onkologické předchorobí obsahuje, kromě obecně známých údajů, údaje, které jsou závažnější pro diagnózu karcinomu prsu (Konopásek a Petružela, 1997, s. 25).

7.1.1 Rodinná anamnéza

Zhoubný útvar prsu u příbuzných (například matka, sestra, dcera). Dále novotvary u vzdálenějších příbuzných (například babička, teta, sestřenice). Riziko vzniku karcinomu výrazně stoupá, pokud je rodina zatížena rakovinou (Konopásek a Petružela, 1997, s. 25).

7.1.2 Gynekologická anamnéza

Velmi závažný význam pro léčebné rozhodování mají gynekologické údaje. Období kdy začala menstruace. Jak dlouho trvalo, než se menstruace ustálila. Důležitá je i charakteristika menstruace. Zda byla pravidelná, bolestivá, krátká nebo dlouhá, silná nebo slabá. Pokud se jedná o starší ženu, je důležitým údajem, v kolika letech nastala menopauza a jaké byly okolnosti. Zajímají nás gynekologické operace, například hysterektomie (odstranění dělohy). Anamnéza musí obsahovat věk při prvním těhotenství, počet porodu a popřípadě i počet potratů. Součástí je i znát informace o hormonální antikoncepci, kojení a dalších onemocnění prsu (Konopásek a Petružela, 1997, s. 25 – 26).

7.1.3 Nynější onemocnění

Měli bychom znát, kdy poprvé žena pozorovala změny oproti normálnímu stavu. Jak by sama charakterizovala nález. Jak je útvar velký, jeho lokalizace v prsu, vztah ke kůži, kožní změny, pohyblivost útvaru, jeho bolestivost a nález v axile (podpaží). Důležité je charakterizovat růstovou aktivitu útvaru. Zjišťujeme, co udělal lékař prvního kontaktu a jak se žena dostala k odborníkovi. Zdá se, že tyto informace jsou samozřejmostí, ale velmi často některé informace postrádáme (Konopásek a Petružela, 1997, s. 26).

7.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření považujeme za jedno s nejdůležitějších. Požadavky na toto vyšetření by měly být vyčerpávajícím způsobem splněny. Důraz by měl být kladen na popis. Při popisu uvádíme velikost tumoru v centimetrech, alespoň ve dvou rozměrech, umístění rezistence podle prsních kvadrantů (HZK, HVK, DZK, DVK). Všimáme si vztahu vůči okolí, pohyblivosti, fixaci, ohraničení, kůže nad tumorem, změny barvy, tvaru a struktury, palpační

citlivosti a bolestivosti. Stejně bychom se měli zaměřit na popis spádové axily a stejnostranný nadklíček (Konopásek a Petružela, 1997, s. 26).

7.3 Zobrazovací metody

7.3.1 Mamografie

V dnešní době má mamografie nezastupitelnou roli v diagnostice nádorového onemocnění prsu. Je to jediná vhodná metoda vhodná pro screening karcinomu prsu. Mamograf dokáže odhalit nádor 1 až 3 milimetry velký. Výhodou je přehledný obraz prsu, který zobrazí mikrokalifikace, které mohou být jediným projevem okultního karcinomu prsu. Nevýhodou je určitá radiační zátěž. Mamograf nerozliší léze solidní od cystických (Citterbart a kol., 2001, s. 197).

7.3.2 Mamografická stereotaxe

Toto vyšetření je vhodné pro lokalizaci nehmátných lézí a jejich označení pro otevřenou biopsii. Léze se označují pomocí harpunové techniky nebo spot technikou. Stereotaxe umožňuje také cílenou biopsii silnou jehlou (Citterbart a kol., 2001, s. 198).

7.3.3 Duktografie

Duktografie slouží k odlišení nezhoubných nádorů prsu, dále také k odhalení intraduktálních nádorů. Při vyšetření se používá kontrastní vodná látka, zavádí se pomocí katétrů do ductu (Abrahámová a kol., 2000, s. 45).

7.3.4 Výpočetní tomografie (CT)

Účel při CT je při posuzování změn v okolí zhoubného nádoru. Například při plánování radioterapie. Dále se používá při vyhledávání vzdálených metastáz. Při tomto vyšetření je zapotřebí aplikovat kontrastní látku (Abrahámová a kol., 2000, s. 45).

7.3.5 Ultrazvuk prsu

Ultrazvukové vyšetření prsu se provádí pomocí speciálních sond. Provádí se ve dvou rovinách ve všech kvadrantech. Samozřejmostí je i vyšetření axil. Zapotřebí je ženu vypodkládat speciálními polštářky, pro lepší zobrazení prsní tkáně. Vyšetření je bezbolestné. Může se používat jako doplňující vyšetření k mamografii, u mladých žen nebo jako kontrola účinnosti léčby (www.mammacentrum.cz).

7.3.6 Magnetická rezonance (MR)

Magnetická rezonance poskytuje nejen informaci o prsu morfologickou, ale i funkční. Během posledních 20 let se z ní stala vyšetřovací technika, jejímž základem jsou T1-3D gradientní dynamické sekvence s aplikací paramagnetické kontrastní látky. MR se může provádět pomocí kontrastní látky, ale i bez KL (www.mamo.cz).

7.4 Laboratorní vyšetření

Provádí se základní hematologické vyšetření, patří sem hodnoty krevního obrazu a sedimentace. Nejsou to specifické hodnoty pro nádorové onemocnění, ale ukážou nám, jaký je celkový stav ženy. Mohou poukázat na možný metastatický proces v kostní dřeni.

Součástí základního biochemického vyšetření jsou hodnoty – Na, K, Cl, Ca, P, Fe, urea, kreatinin, bilirubin, ALT, AST, ALP, GMT, LD a jiné.

Vyšetření moči a močového sedimentu patří také k základním vyšetřovacím metodám.

K detekci metastáz či určení primárního nádoru prsu, se používá vyšetření nádorových markerů. Vyšetřují se dva nádorové markery, Ca 15-3 a CEA. Používají se k brzkému zachytu recidivy onemocnění nebo k sledování onkologické léčby. V úvahu připadají i další tumorové markery: TK, TPA, TPS, katepsin D, pS2 a jiné (Konopásek a Petružela, 1997, s. 30).

7.5 Biopsie

Zda se jedná o zhoubný nádor, na tuto otázku nám může odpovědět pouze histologické vyšetření. Provádí se pomocí punkční nebo incizní biopsie. Histologický rozbor ukazuje druh nádoru, velikost a agresivitu nádoru, přítomnost hormonálních receptorů, přítomnost znaku HER2 (www.rakovinaprsu.cz).

8 LÉČBA KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je v dnešní době považován za systémové onemocnění, pokud je zachycen v časném stádiu může být místní léčba postačující a s kurativním efektem. Lokálně-regionálními způsoby léčby jsou považovány chirurgická a radiační terapie, u pokročilejších nálezů jsou bohužel nedostačující. Nezastupitelné postavení zde má systémová léčba, která likviduje onemocnění celkově, patří sem chemická a hormonální terapie. Léčebná strategie se řídí podle prognostických faktorů, podle kterých lze odhadnout rozvoj nemoci (Vorlíček a kol., 2012, s. 448).

Pokud se jedná o lokalizované onemocnění, uplatňuje se kurativní léčba, jejímž cílem je vyléčit. Zásadní roli zde hraje chirurgie. V případě metastatického onemocnění zahajujeme paliativní léčbu, jejímž cílem je omezit růst a šíření nádoru, prodloužit a zkvalitnit život nemocné ženy (Coufal a kol., 2011, s. 416).

Dále rozlišujeme léčbu adjuvantní a neadjuvantní. Adjuvantní léčbou rozumíme léčbu takzvaně zajišťovací, která následuje po operační léčbě. Neadjuvantní léčba předchází operační léčbě, zejména se využívá u pokročilejších nálezů (Krška a kol., 2014, s. 304-312).

8.1 Chirurgická léčba

Chirurgické operace mají cíl kurativní, diagnostický či estetický. Cíl kurativní znamená, že odstraníme nádorové ložisko, nejlépe s dostatečným lemlem nepostižené tkáně. Cíl diagnostický má za úkol získat neporušený materiál pro konečné histopatologické vyšetření nádoru. Estetický cíl se zabývá kosmetickým efektem.

Rozsah operace je určen velikostí a umístěním nádoru, velikostí a tvarem prsu, možností ozařování, stavem okolí prsu, případným rizikem vzniku dalšího karcinomu prsu a upřednostněním pacientky. Nejčastějšími operacemi na prsu jsou parciální mastektomie a totální mastektomie. Při parciální mastektomii odstraňujeme část prsu. Při totální mastektomii či ablaci odstraňujeme celý prs. Pokud lze bezpečně nádor odstranit a prs zachovat pokud možno kosmetický přijatelný, volíme částečné odstranění prsní žlázy. Na rozhodování se podílí zkušený chirurg a pacientka (Coufal a kol., 2011, s. 416).

8.1.1 Parciální mastektomie

V současnosti dochází k postupnému snižování požadavků na chirurgickou radikalitu. Většinu karcinomů lze nyní řešit záchovným výkonem, tedy parciální mastektomií.

K volbě tohoto chirurgického řešení přistupujeme, pokud není překážka podání adjuvantní radioterapie (v případě překážky v podání adjuvantní terapie, je vhodné volit totální mastektomii), v prsu se vyskytuje pouze jeden nádor či více nádorů uložených u sebe (kontraindikací je inflamatorní karcinom), pacientka musí s tímto postupem souhlasit (vždy by měly být pacientce nabídnuty obě možnosti, s vysvětlením, která z možností je v jejím případě vhodnější).

V případě, že se rozhodneme pro tuto volbu chirurgické léčby, měli bychom mít nejpřesnější představu o umístění nádoru v rámci topografie prsní žlázy, velikosti a tvaru nádoru, hloubce uložení nádoru a vztahu k okolním strukturám.

Z hlediska techniky rozdělujeme parciální mastektomie na klasické a onkoplastické.

Při klasické parciální mastektomii někteří chirurgové šijí pouze kůži a ponechávají v parenchymu dutinu, která se po operaci vyplní seronomem. Ten se většinou vstřebá, vzácně může přetrvávat. Pokud seronom přetrvává je kosmeticky vhodný, negativní stránkou je to, že může vytvořit absces. Jiní odborníci se nakloňují k metodě neponechávat mrtvý prostor a sešít i žlázový parenchym.

Součástí je odstranění axilární uzliny.

Parciální mastektomie se uplatňuje i při méně častých situacích jako je, malý nádor ve velkém prsu, odstraňování léze lokalizované drátem, po neadjuvantní léčbě a po plastické operaci prsu.

Resekční okraje jsou významným faktorem, hodnotíme je jako volné, těsné či pozitivní (Coufal a kol., 2011, s. 127-137).

8.1.2 Totální mastektomie

Operační výkon totální mastektomie odstraňuje celou prsní tkáň, s okolním tukem i přilehlými faciemi. Reálně je odstranit až 99 % žlázového parenchymu. Mezi indikační kritéria pro volbu této metody patří: nádor nelze odstranit parciální mastektomii, kontraindikace adjuvantní radioterapie nebo si pacientka tento operační postup přeje. Nevýhodami této metody je bio-psycho-sociální stigmatizace ze ztráty prsu, jizva, bolesti hrudníku. Výhodou je snížení pravděpodobnosti adjuvantní radioterapie, snížení recidiv onemocnění. Samozřejmostí je axilární lymfadenektomie, nebo-li odstranění axilární uzliny.

Některé typy totální mastektomie se od sebe liší volbou operačního přístupu a množstvím zachování kožního krytu. Při volbě typu mastektomie jsou dva rozhodující faktory a to, rozsah nádoru a perspektiva rekonstrukce prsu.

Klasická mastektomie odstraňuje tolik kůže, aby bylo možné ránu sešít bez vzniku kožních duplikatur. Tento postup volíme, pokud žena neuvažuje o rekonstrukci prsu. Podle sklonu výsledné jizvy rozlišujeme mastektomii příčnou, šikmou a vertikální.

Kůži šetřící mastektomii volíme v případě, že žena uvažuje o rekonstrukci prsní tkáně. Označujeme jí jako SKIN-SPARING MASTECTOMY (SSME). Operatér odstraňuje areolomamilární komplex a zbytek kůže je zachován. Zachovává se pouze kůže, která není postižena nádorovým bujením. Tento druh operace má několik různých modifikací. Obávanou komplikací u tohoto postupu je pooperační hematoma, ischemické nekróza a nedostatečná onkologická radikalita. V případě, že pacientka nepodstoupí okamžitou rekonstrukci prsu, dochází ke zřasení přebytečné kůže, což nepůsobí esteticky. Nevýhodou pro operátora je omezený přístup, operace je tedy časově i technicky náročnější.

Jako profylaktický výkon se používá subkutánní mastektomie. U tohoto druhu operace je nutná precizní a jemná operační technika. Využívá se zejména u mastektomií spojených s rekonstrukcí prsu. Zachováváme kůži a dvorec s bradavkou. Označujeme jí jako NIPPLE-SPARING MASTECTOMY (NSME).

V případě, že odstraňujeme pouze mamilu a dvorec, nazývá se tento postup Areolu šetřící mastektomie (AREOLA-SPARING MASTECTOMY → ASME). Protázím však toto řešení nebylo rozšířeno.

Posledním typem mastektomie je mastektomie netradiční. Využívá se v případech, kdy jsou již na prsu jizvy po předchozích operacích, či nádor zasahuje kůži mimo oblast, která by byla odstraněna při běžné mastektomii. Patří sem sanační mastektomie, kterou operatéri volí při lokálně pokročilých nádorech.

Po rozsáhlých mastektomiích kryjeme defekty různými způsoby:

- Posuvný břišní lalok
- Lalok typu velké Limbegrovy plastiky
- Využití druhostranného prsu
- Dermoepidermální štěp
- Muskulokutánní lalok
- Krytí stopkovým omentem

(Coufal a kol., 2011, s. 179-204).

8.2 Radioterapie

Radioterapie je ve své podstatě adjuvantní léčbou. Primární ozáření se využívá pro inoperabilní nádory a pro inflamatorní karcinom, který je rezistentní na chemoterapii (Beckera kol., 2005, s. 147).

Ozářeny mohou být nádory před operací, po operaci, ale využívá se i v paliativní léčbě (ozáření metastáz). Radioterapie před operací má za úkol zmenšit nádor (Vorlíček a kol., 2012, s. 356).

Využívá se jako zdroj záření takzvaná megavoltáž. Energie tohoto záření je větší než 1 MeV.

Celková dávka 45-50 Gy (gray) se používá po mastektomii na oblast hrudní stěny a regionální uzliny. Veškeré indikace k tomuto typu léčby jsou individuální, a záleží na několika faktorech (Citterbart a kol., 2001, s. 203-204).

Po parciální mastektomii léčba zářením trvá 4-7 týdnů a bývá zahajována 4-6 po operaci. Popřípadě po ukončení chemoterapeutické léčby (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 114).

V dnešní době se nejčastěji používají jako hlavní zdroj záření lineární urychlovače. Je zde možnost i ozáření z krátké vzdálenosti nebo-li brachyradioterapie (Coufal a kol., 2011, s. 316).

Komplikací radioterapie jsou akutní postradiační reakce a chronické postradiační reakce. Nejčastějšími postiženými místy jsou horní končetina, plíce, srdce, jícen, štítná žláza, plexus brachialis a kost (Coufal a kol., 2011, s. 322-325).

Obecně platí, že by radioterapie měla začít co nejdříve po operaci. Pokud je chemoterapie zahájena dříve než radioterapie, radioterapie následuje až po ukončení léčby cytostatiky (Cassidy, 2010, s. 300).

8.3 Chemoterapie

Léčba cytostatiky má za úkol ničit tkáň karcinomu, bohužel ničí i zdravou tkáň. Cytostatika se často kombinují. Mezi nejčastěji používaná cytostatika patří cyklofosfamid (C), 5-fluoruracil (F), metotrexát (M), vinkristin (V), adriamycin a doxorubicin (A), cistoplatina, taxol, vinorelbin. Schémata kombinované chemoterapie jsou: CMF, CFP (prednison), FAC, AC, ACMP, CAFV (Citterbart a kol., 2011, s. 204).

Chemoterapie může být adjuvantní či neadjuvantní. Cytostatika můžeme aplikovat perorálně, intravenózně, subkutánně, intramuskulárně a intrakavitálně. Lze docházet na léčbu ambulantně (Vorlíček a kol., 2012, s. 356).

8.3.1 Neadjuvantní chemoterapie

Neadjuvantní chemoterapie je obvykle rozdělena do 6-8 cyklů a obsahuje antracyklin a taxan. Jejím cílem je zmenšit nádor před operací (Coufal a kol., 2011, s. 329).

8.3.2 Adjuvantní chemoterapie

Cílem této terapie je vymizení všech mikrometastáz po operační léčbě. Je známé výrazné snížení recidiv onemocnění. Typ této chemoterapie je indikován u pacientek s triple-negativním karcinomem prsní žlázy a u pacientek s HER-2-pozitivním karcinomem. Největší přínos je znám u nemocných s postiženými axilárními uzlinami, intenzita se řídí podle relapsu a typu novotvaru. Léčba trvá 4-6 měsíců, tedy 4 až 8 cyklů) (Coufal a kol., 2011, s. 329-331).

8.4 Hormonální léčba

Významnou roli v šíření nádorové bujení mohou mít hormony. V roce 1836 sir Cooper upozornil na spojitost karcinomu prsu a menstruačního cyklu (Klener a kol., 2013, s. 79).

Nejbezpečnější ověřenou systémovou terapií je hormoterapie, která je zároveň i nejstarší. Používá se ve všech stádiích nemoci. Své zastoupení má u menoaktivních, ale i postmenopauzálních žen. Zhruba u 75 % nádorů se zvýšenou aktivitou estrogenových či progesteronových receptorů bývá rozpoznána u postmenopauzálních žen. Dříve byla tato léčba užívaná jen jako léčba metastatická, v dnešní době je řazena též jako léčba systematická. (Krška a kol., 2014, s. 311).

U žen před přechodem se může provádět blokáda vaječnickové funkce, buď ovariectomií (odstraněním vaječníků) nebo ozáření vaječníků. U žen po přechodu se aplikují hormonální tablety, jejich užívání je dlouhodobé a nemají vedlejší účinky (Vorlíček a kol., 2012, s. 357).

8.5 Biologická léčba

Prozatím nejmodernější léčbou nádorového onemocnění prsu je biologická léčba, která významně posunula onkologii dopředu. Vychází z nejnovějších vědeckých poznatků. Biologická léčba působí především na nádorové buňky, neničí zdravé buňky těla. Což je největší benefit, například oproti chemoterapii. Tato léčba má minimální vedlejší účinky a žádné komplikace, které by ohrožovaly pacientku na životě.

Dnes existují biologické léky založené na dvou principech. Jsou to protilátky proti receptorům na povrchu buněk, nebo molekuly zaměřené proti nitrobuněčným komponentům. Intravenózně (v překladu nitrožilně) se podávají protilátky, zatímco molekuly jsou podávány ve formě tablet.

V České republice jsou registrovány tyto preparáty: Transtuzumab, Bevacizumab a Lapatinib.

Transtuzumab je protilátka proti receptoru HER2, váže se na patologické receptory a blokuje je. Nádorové buňky tímto způsobem odumírají.

Bevacizumab působí proti cévnímu růstovému faktoru. Nádor odumírá pro nedostatek cévní výživy. Je vhodný v kombinaci s chemoterapií.

Lapatinib se váže na nitrobuněčné části receptoru HER2 a na další receptory, které umožňují růst. Tímto způsobem nádorová tkáň odumírá (www.rakovinaprsu.cz).

9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍ PRSU

9.1 Předoperační péče

Příprava pacientky na výkon je stejná, jako u jiných výkonů. Pokud je léčbou před operací chemoterapie, výkon je plánován zhruba 2–6 týdnů po ukončení léčby cytostatiky. Stejně je to v případě biologické léčby. Léčba zářením se před operačním výkonem využívá zcela minimálně.

V období 2–3 týdnů se doporučuje vysadit Tamoxifen, protože zvyšuje riziko TEN – jedná se tedy o dlouhodobou předoperační přípravu. Den před výkonem je pacientka přijata do nemocničního zařízení. Krátkodobá předoperační příprava spočívá v přípravě operačního pole (holení podpaží na operované straně), zavedení PŽK. Samozřejmostí je psychická příprava ženy na výkon. Bezprostřední příprava zahrnuje nástřík spádové uzliny (může se provádět až na operačním sále) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 114-115).

Ošetřovatelské diagnózy v tomto období: Narušený vzorec spánku, Akutní bolest, Strach, Riziko infekce a mnoho dalších. Zvolené diagnózy jsou individuální, s ohledem na pacientku (Herdman a Kamitsuru, 2015, s. IX-V).

9.2 Pooperační péče

Překlad pacientky

Po výkonu je pacientka převezena na dospávací pokoj či na JIP. Podle rozsahu operace a celkového stavu pacientky se odvíjí uložení pacientky (Janíková a Zeleníková, 2013, s.115).

Monitorace po operaci

Pooperační období po větších zákrocích je rizikové, kontinuálně měříme FF (TK, P, EKG, vědomí) a bolest. Sledujeme bilanci tekutin, sekrece z drénů. Pacientka leží na zádech, s mírně zvednutou horní končetinou. Sestra sleduje možné pooperační komplikace (například hematom, infekce, nekrózy) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 116).

Péče o operační ránu, invazivní vstupy

Sestra provádí pravidelné aseptické převazy, kontroluje sekrece z drénu (nejčastěji Redonova drénu). Drén vytahujeme 2.-4.den, po ustoupení sekrece. Elastickým obvazem fixujeme hrudník, snižuje otok, bolestivost a usnadní nám možnou rehabilitaci. PŽK je zaveden na neoperované straně. Do PŽK sestra aplikuje naordinované léky a infúze.

Péče o výživu

Bezprostředně po výkonu je výživa zajištěna nitrožilně, jedná se tedy o parenterální výživu. Po odeznění anestetické látky je podávána čajová dieta, pokud je tolerována, je možné podat pacientce již večer lehkou večeři. V následujících dnech je výživa navracena k základní dietě, tedy racionální dietě (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 116-117).

Péče o vyprazdňování

Sestra sleduje vyprazdňování po operaci. Pacientka by se měla vymočit do 6 hodin po výkonu, odchod plynů do 6 hodin, stolice by měla odcházet po 2-3 dnech. Sestra se zajímá o subjektivní pocity pacientky (pocity plnosti, bolesti břicha, nadýmání) (Bezdičková a kol., 2010, s. 102-103).

Hygienická péče

Samozřejmostí je dopomoc pacientce v prvních hodinách a dnech po operaci. Sestra zjistí, v čem a jakým způsobem by potřebovala dopomoci. Mobilizace se může zahájit již po operaci, s ohledem na aktuální stav (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Péče o aktivitu pacientky

Již v době před operací je vhodná rehabilitace, zaměřujeme se na pohyblivost v ramenním kloubu. Po výkonu v rehabilitaci pokračujeme, provádí se i dechová rehabilitace. Pacientka by měla ležet na zádech nebo na neoperovaném boku. Na operované straně začíná rehabilitací prstů, zápěstí a později lokte. Rehabilitace by měla být prováděna několikrát denně (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Ošetřovatelské diagnózy v tomto období: Akutní bolest, Deficit sebekpěče v různých oblastech, Narušená integrita kůže, Narušená obraz těla, Narušený vzorec spánku, Riziko infekce, Riziko zácpy, Zhoršená tělesná aktivita. Zvolené diagnózy jsou individuální, s ohledem na aktuální stav pacientky (Herdman a Kamitsuru, 2015, s. IX - XV).

9.3 Péče o psychiku pacientky s nádorovým onemocněním prsu

Péčí o psychiku pacientky se zabývá psychoonkologie. Léčba nádorového onemocnění je pro všechny pacientky náročná nejen po fyzické stránce, ale i po stránce psychické. V případě odstranění prsu, pacientka prožívá šok. Šok nejen z nemoci jako takové, ale právě i z operace, která deformuje její tělo. Sestra by se měla aktivně zajímat o její psychický stav, popřípadě zajistit psychologa (Dostálová, 2016, s. 57).

10 KVALITA ŽIVOTA

V posledních letech se pojem kvalita života, a jeho studium, dostalo do popředí. Po celém světě se výzkumné týmy zabývají tímto tématem a pokouší se jej uchopit z různých hledisek. V dnešní době představuje zkoumání kvality života hledání a identifikaci faktorů účastnících se na dobrém a užitečném životě a pocitu lidského štěstí. Hlavním důvodem, proč se kvalitou života zabýváme je podpora a rozvoj životních podmínek umožňujících lidem žít způsobem, který je pro ně nejvhodnější a který si sami dovedou užívat.

10.1 Obecné pojetí kvality života

Kvalitou života se zabývají různé vědecké disciplíny, jako jsou například medicína, psychologie, sociologie a ekologie. Definic je mnoho, nýbrž za posledních třicet let není jediná jasná definice, která je všeobecně uznávaná (Payne, 2005, s. 206-207).

Hnilicová a kolektiv (2005, s. 656) ve své knize uvádí, že životní kvalita je brána jako důsledek působení zdravotních, sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek. Tyto podmínky se integrují a ovlivňují jedince, a také i společnost. Zjednodušeně lze říci, že kvalitu života můžeme rozdělit na část objektivní a část subjektivní.

10.1.1 Subjektivní a objektivní kvalita života

Objektivní kvalita života se zabývá spokojeností osoby, s jejími nároky na materiální a na sociální zabezpečení, dále na fyzické zdraví a sociální m postavením. **Subjektivní kvalita života** se zabývá lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností osoby se svým životem. Otázkou zůstává jak nejlépe kvalitu života hodnotit, protože mezi těmito dvěma aspekty není protazím jasná souvislost (Hnilicová a kol., 2005, s. 657).

Payne (2005, s. 208) uvádí, že je možné domnívat se, že „vztah objektivní stránky kvality života a subjektivně vnímanou kvalitou života (subjektivní hodnocení) je zprostředkovan o čekáváním“. Významnou roli při subjektivním vnímání kvality života představuje idealizovaná představa o sobě samém a o svém životě.

10.1.2 Domény kvality života

Kvalita života je vyjadřována v pěti doménách, podle jednoho z nejstarších modelů, který se snaží kvalitu života souhrnně definovat. Model vznikl více jak před dvaceti pěti lety.

- **Materiální a fyzické zajištění** – finanční zabezpečení, věcný dostatek, fyzické zdraví a bezpečí
- **Vztahy** – s partnerem/partnerkou, dětmi, rodiči, jinými příbuznými, přáteli či kolegy v zaměstnání
- **Občanské aktivity a sociální účast** – účast na komunitním životě, pomoc ostatním lidem, zařazení do veřejné práce
- **Osobní rozvoj** – intelektuální vývoj, kreativní myšlení, pracovní uplatnění
- **Volnočasové aktivity a rekreace** – společenský život, rekreační aktivity”
(Hnilicová a kol., 2005, s. 657).

Kanadští badatelé z univerzity v Torontu zpracovali zajímavý, ale přitom obecný model. Kvalitu života zařazují do třech velkých skupin. Mareš (2006, s. 15) ve své knize uvádí, že tento model by se dal označit jako „3 B“. Oblasti označené jako: 1. Being (být), 2. Belonging (někam patřit), 3. Becoming (o něco usilovat, něčím se stávat).

Tabulka č. 2: Tři oblasti života (Mareš, 2006, s. 16)

Označení oblasti	Podoblasti, základní typy	Příklady
1. Being (být)	Fyzické (somatické) bytí	- somatické zdraví - osobní hygiena - způsob stravování - cvičení pro zdraví - péče o vzhled, způsob oblékání - jedincův celkový vzhled
	Psychologické bytí	- mentální zdraví a adaptovanost - kognitivní úroveň - pocity a emoce - sebedůvěra, sebepojetí, autoregulace
	Spirituální bytí	- osobní hodnoty - standardy chování vůči okolí - spirituální potřeby - víra

2. Belonging (někam patřit) – vztah k různým typům prostřed	Fyzická přináležitost	- typ bydlení - práce - lokalita, v níž jedinec bydlí (například část vesnice, čtvrť ve městě) - typ obce, v níž jedinec žije (například vesnice, malé město, velké město)
	Sociální přináležitost	- rodina - nebližší lidé - kamarádi/kamarádky - spolupracovníci - sousedé - společenství lidí, k němuž jedinec patří
	Komunitní přináležitost	- zdravotní péče - sociální služby - finanční zajištění - zaměstnanost/nezaměstnanost - dostupné programy pro volný čas - akce pořádané v místě bydliště
3. Becoming (o něco usilovat, něčím se stávat) – osobní cíle, aspirace, snahy, zdroj naděje	Praktické usilování	- domácí práce, práce na zvelebování bytu, domu, zahrady, ... - placená práce, placené zaměstnání - dobrovolnická práce - péče o vlastní zdraví - uspokojování sociálních potřeb
	Volnočasové usilování	- provádění činností, které snižují stres a dovolují relaxovat
	Usilování o osobní rozvoj, osobní růst	- provádění činností, které udržují nebo zvyšují dosaženou úroveň znalosti a praktických dovedností - adaptování se změnám

10.1.3 Rozsah pojetí kvality života

Mluvíme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život individuální osoby, vybíráme z celé problematiky pouze dílčí oblasti. Engel a Bergsma (1988) zobrazují tuto problematiku ve třech odlišných sférách. Hovoříme o makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

- V makro-rovině se zabýváme otázkami kvality života velkých společenských celků. Například dané země, kontinentů. Zřejmě zde je největší zamyšlení nad problematikou kvality života – absolutní smysl života a definice kvality života toto musí dodržovat.

Tato problematika se stává součástí základních politických úvah (například problematika boje s epidemiemi, chudobou, hladomorem, terorismem).

- V mezo-rovině se zabýváme problematikou kvality života v malých sociálních skupinách (například nemocnice, škola, domov důchodců, pečovatelské domy). Jedná se zde o respektování morálních hodnot člověka, dále i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (například v týmu zdravotních sester), uspokojování a neuspokojování základních potřeb, existence a sdílené hodnoty.
- Osobní nebo-li personální rovina je definována nejjednoznačněji. Tato rovina je vymezena jako život individuální osoby (jednotlivce). Při hodnocení kvality života jde o osobní-subjektivní posuzování zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti. V této dimenzi si hodnotí každý sám kvalitu svého života. Do popředí vstupují osobní hodnoty (představy, naděje, očekávání, pojetí a přesvědčení) (Křivohlavý, 2002, s. 163-164).

Křivohlavý (2002, s. 164) ve své knize dále uvádí možnost čtvrté roviny, a to fyzické (tělesné) existence. V této rovině je také možno hodnotit kvalitu života. Jedná se o pozorovatelné jednání druhých lidí, které je možné objektivně měřit. I přesto, že jsou údaje fyzické existence objektivně měřitelné, postrádají hlubší význam. Proto se nedoporučuje používat údaje z této roviny k hodnocení kvality života.

10.2 Kvalita života v kontextu medicíny a zdravotnictví

Již od 70. let se v medicíně užívá termín „kvalita života“, v studiích klinických se tento termín častěji objevuje v letech osmdesátých. Tato problematika v souvislosti s medicínou a zdravotnictvím je poměrně nová, byť v posledních letech dostatečně zdůrazňována (Payne, 2005, s. 211).

Běžně je kvalita života nemocné osoby vymežována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“ a pochází z koncepčního modelu kvality života, který je vymezen 4 oblastmi plnohodnotného života osob:

- Fyzický stav
- Psychický stav a psychologické aspekty
- Sociální stav
- Spirituální aspekty (Slováček a kol., 2008, s. 16).

Kalvodová a kolektiv (2010, s. 576) ve své knize uvádí, že kvalita života se týká velikosti nepoměru mezi naplněnými a nenaplněnými přáními a potřebami.

Slováček a kolektiv (2008, s. 17) ve své knize uvádí, že je kvalita života posuzována jako veličina zahrnující fyzické zdraví, nepřítomnost příznaků onemocnění či léčby, psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty.

V medicíně a zdravotnictví je významná definice, která se vztahuje k pojetí zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Zdraví v tomto případě není bráno jen jako nepřítomnost choroby, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Vzhledem k tomuto ztvárnění je kvalita života vymezena subjektivním vnímáním vlastního postavení ve společnosti, a to v souvislosti s očekáváním, osobními cíli, zájmy, životním stylem a s hodnotovým systémem, ve kterém osoba žije (Payne, 2005, s. 208).

Dnes nacházíme v různých oborech klinické medicíny jasný názor na potřebu kontroly kvality života pacientů. Jde o významnou součást zdravotnických a medicínských zásahů. Zdravotník je povinen zabývat se kvalitou života nemocných, stejně tak i tím, jaký dopad má péče na jejich kvalitu života (Payne, 2005, s. 211).

V případě klinických studií nepřístupujeme ke kvalitě života v tak širokém pojetí (Vodrážka, 2003, s. 183).

Ve zdravotnictví je předmětem zkoumání kvality života oblast psychosomatického a fyzického zdraví. Nejvíce se používá pojem „healthrelatedquality of life“ (HRQoL), což znamená kvalita života ovlivněná zdravím, Payne toto popisuje jako: „ subjektivní pocit životní pohody, který se asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“ (Payne, 2005, s. 211-212).

Vodrážka (2003, s. 183) ve své knize definuje kvalitu života v souvislosti se zdravím takto: „Kvalita života je stav pohody, který se skládá ze dvou složek:

- schopnost vykonávat každodenní aktivity, které zrcadlí fyzickou, psychickou a sociální pohodu a
- uspokojení nemocného s kontrolou příznaků spojených s chorobou anebo léčbou“

Dalo by se říci, že kromě klinických ukazatelů úspěchu a neúspěchu léčby, se kontrolují subjektivní a objektivní informace o fyzickém a psychickém stavu pacienta (například bolest, soběstačnost, známky únavy, převažující emoce či prožívání úzkosti, napětí) (Payne, 2005, s. 212).

10.3 Měření kvality života

Nejčastěji bývá kvalita života měřena ze tří pohledů a to:

1. Jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
2. Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
3. Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi

Ukazatele, které zahrnuje první bod, se více používají pro kolektivní měření kvality života, pro porovnání různých skupin populace a pro mezikulturní srovnání. Kvalitu života některé charakteristiky ovlivňují pouze částečně, až když klesnou pod nějakou hranici. Výsledkem osobní hodnoty a životního stylu je celková spokojenost. Celková spokojenost souvisí s hodnocením, které si sám jedinec zvolí jako důležité. Třetí bod zahrnuje mnoho oblastí života, patří sem fyzická kondice, prožívání, vztahy s blízkým lidmi i širším sociálním okolím, prostřední a trávení volného času. Pokud se zaměřujeme, při zjišťování kvality života, na oblast zdravotního stavu, nazývá se jako „health-related quality of life“.

Lze sledovat kvalitu života na individuální úrovni, na skupinové úrovni či na úrovni populačního šetření (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10).

10.4 Instrumenty kvality života

K posouzení zdravím ovlivněné kvality života bylo vytvořeno mnoho pomůcek, především jsou to dotazníky (Payne, 2005, s. 212).

Přibližně v 80. letech došlo k rychlému rozvoji dotazníků, které hodnotí různé aspekty kvality života, dotazníky vyplňuje sám pacient (Payne, 2005, s. 291).

K měření kvality života slouží dotazníky, které rozdělujeme na generické (všeobecné) a specifické (speciální) (Vodrážka, 2003, s. 185).

Generické dotazníky jsou využívány pro jakýkoli soubor pacientů nebo pro zdravou populaci. Výhodou je, že umožňují vzájemné srovnání nejrůznějších podmínek a souborů osob a lze je využívat pro šetření v populaci. Jejich nevýhodou je, že nemusí být dost citlivé

pro podchycení intervence zaměřené na příznaky. Specifické dotazníky jsou určeny pro pacienty s konkrétními obtížemi a obsahují položky, které zjišťují dopad obtíží na pacientův život. Tyto dotazníky jsou schopny zachytit klinicky významné změny, nicméně jejich výsledky lze obtížněji srovnávat a zobecňovat (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10).

Zdrojem informací o nástrojích kvality života je databáze ProQolid (**Patient Reported Outcome Quality of Life Instruments Database**), kterou vede mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute. Databáze obsahuje tisíc instrumentů a je možné je vyhledávat podle různých třídění (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10-11).

10.4.1 Generické dotazníky

- **SIP (Sickness Impact Profile)** je široce využitelný bez ohledu na typ a závažnost onemocnění, demografické nebo kulturní aspekty. Byl vymyšlen pro studie hodnotící účelnost terapie a také pro farmakoekonomické analýzy a jejich využití v oblasti zdravotnické politiky. Dotazník obsahuje 136 položek (denní aktivity), položky jsou rozděleny do 12 subškál (spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivity, stravování) (Fayers et Machin, 2000, s. 18).
- **SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form)** byl vytvořený s cílem poskytnout hodnocení mnohé všeobecné koncepty související se zdravím, které nejsou specifické pro onemocnění, věk nebo typ léčby. Instrument hodnotí zdravotní stav, vytvořen byl proto, aby zaplnil mezeru mezi zdlouhavými a neaplikovatelnými instrumenty a krátkými instrumenty s relativně jednoduchými a všeobecnými položkami. Využívá se v klinické praxi. Obsahuje 36 položek (jeho kratší verze obsahuje 12 položek → SF-12). Fyzické zdraví reprezentují subškály – omezení fyzických aktivit v důsledku tělesných zdravotních problémů, omezení ve vykonávání obvyklých činností v důsledku tělesných zdravotních problémů, bolest a celkové vnímání zdraví. Mentální zdraví je zastoupené subškálami – vitalita (míra energie, únava), omezení ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku emocionálních problémů a všeobecné mentální zdraví. Instrument SF-36 má výhodu v normování a standardizaci, které je možné porovnávat s jinými vzorky pacientů (Gurková, 2011, s. 145).
- **WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life)** je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, byl vytvořen pracovní skupinou WHOQOL na základě

sběru dat z dvaceti výzkumných center z celého světa. Dotazník obsahuje 4 domény/subškály (fyzické zdraví, prožívání, sociální zdraví a prostředí). Jednotlivé položky jsou hodnoceny od 1 do 5, vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života. Aby dotazník pokryl široké spektrum aspektů kvality, byly zachovány faceti. Byly vybrány položky, které nejsilněji korelovaly s určitými facetami. Položky byly dále posuzovány z hlediska koncepční reprezentativnosti a v některých případech byly nahrazeny jinou položkou. WHOQOL-BREF představuje výběr 26 položek, 24 zastupuje faceti a 2 položky jsou samostatným hodnocením kvality života a zdravotního stavu. Znění položek je převzato z WHOQOL-100. Výsledky dotazníku se prezentují jako doménové skóry a hodnoty odpovědí dvou samostatných položek (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 17).

Tabulka č. 3: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 32)

Domény	Položky	
Doména 1 – Fyzické zdraví	bolest a nepříjemné pocity	q3
	závislost na lékařské péči	q4
	energie a únava	q10
	pohyblivost	q15
	spánek	q16
	každodenní činnosti	q17
	pracovní výkonnost	q18
Doména 2 – Prožívání	potěšení ze života	q5
	smysl života	q6
	soustředění	q7
	přijetí tělesného vzhledu	q11
	spokojenost se sebou	q19
	negativní pocity	q26
Doména 3 – Sociální vztahy	osobní vztahy	q20
	sexuální život	q21
	podpora přátel	q22
	osobní bezpečí	q8

Doména 4 – Prostředí	životní prostředí	q9
	finanční situace	q12
	přístup k informacím	q13
	záliby	q14
	prostředí v okolí bydliště	q23
	dostupnost zdravotní péče	q24
	doprava	q25
2 samostatné položky	kvalita života	Q1
	spokojenost se zdravím	Q2

10.4.2 Specifické dotazníky

Specifické nástroje se snaží o co nejpřesnější identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života pacientů. Hodnotí úzké spektrum faktoru související s konkrétním onemocněním (onkologická onemocnění, diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, respirační choroby, kožní problémy, neurologické problémy, gastrointestinální nemoci apod.). U těchto dotazníků nelze všeobecně hodnotit oblasti spoluurčující celkovou kvalitu života. Většinou jsou tyto nástroje zpoplatněny.

Specifické nástroje pro měření kvality života onkologických pacientů:

- **QLQ-C30** je dotazník nejčastěji používaným, byl vytvořený organizací EORTC. Jedná se o 30 položkový nástroj rozdělený do pěti funkčních škál (tělesná, vykonávání rolí, kognitivní, emocionální a sociální) a do tří symptomových škál (únava, bolest, zvracení/nauzea). QLO-C30 obsahuje 16 specifických modulů, zaměřených na různé druhy nádorových onemocnění.
- **FACT-G** je specifický nástroj, která podobně jako QLQ-C30 zahrnuje relevantní aspekty širokého spektra nádorových onemocnění. Stejně tak má tento nástroj jednotlivé moduly zaměřené na jednotlivé diagnózy. Obsahuje 27 položek, které jsou rozděleny do čtyř subškál (tělesná pohoda, sociální/rodinná pohoda, emocionální a funkční pohoda).
- **RSCL** nebo-li Rotterdamský seznam symptomů je obdobný jako QLQ-C30. Obsahuje 30 položek, které jsou rozděleny do dvou subškál (všeobecný psychologický distres a distres vyplývající z příznaků choroby). Pacient v tomto dotazníku hodnotí, do jaké

míry ho příznaky choroby zatěžují. Tento nástroj je poměrně často využívá v rámci klinických studií v oblasti nádorových onemocnění.

(Gurková, 2011, s. 149-151)

EMPIRICKÁ ČÁST

Cíl práce:

1. Zjistit celkovou kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.
2. Zjistit kvalitu života patientek pomocí dotazníku WHOQOL-BREF ve všech oblastech.
3. Zjistit kvalitu života patientek ve vybraných proměnných.

Výzkumné otázky:

1. Jak hodnotí respondentky kvalitu svého života?
2. Jsou respondentky spokojeny se svým zdravím?
3. Jak jsou respondentky spokojeny s prožíváním svého života?
4. Jsou respondentky spokojeny se svými osobními vztahy?
5. Jsou respondentky spokojeny s prostředím, ve kterém žijí?
6. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich věku?
7. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich rodinnému stavu?
8. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich místu bydliště?
9. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k druhu jejich léčby?
10. Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k druhu operačního zákroku?

11 METODIKA VÝZKUMU

Výzkum k bakalářské práci byl prováděn metodou kvantitativního výzkumu prostřednictvím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníkem vlastní tvorby o 10 identifikačních otázkách (sociodemografické údaje). Standardizovaný dotazník byl zvolen proto, že je vytvořen odborníky a je určen speciálně pro zjišťování kvality života. Otázky v tomto dotazníku zahrnují důležité oblasti týkající se zjišťování kvality života.

Mým původním plánem bylo využít dotazník EORTC QLQ-30 a EORTC QLQ-BR23. Bohužel se mi nepodařilo získat povolení pro využití těchto dotazníků, proto jsem zvolila generický dotazník WHOQOL-BREF.

Výzkum probíhal ve FNHK (Chirurgická klinika, oddělení AB) a v NPK (Chrudimská nemocnice, chirurgické oddělení ženy) v období od listopadu 2017 do března 2018. Ve vybraných nemocnicích bylo nutné požádat o povolení výzkumného šetření od vedoucích pracovníků.

Dotazníky byly rozdány v tištěné podobě. Respondentky vyplňovaly dotazník samy. Před vyplňováním dotazníku byly respondentky poučeny, jakým způsobem mají dotazník vyplnit a jaký je účel dotazníkové šetření. K dotazníku byl přiložen i informovaný souhlas. Pro zajištění anonymity byly dotazníky po vyplnění vloženy do obálky a zalepeny.

11.1 Popis výzkumného nástroje

Identifikační otázky:

V dotazníku vlastní tvorby (viz příloha) je úvodní informovaný souhlas a 10 identifikačních otázek (zahrnuje i sociodemografické údaje). Informovaný souhlas obsahuje představení autora (jméno, příjmení, studovaná škola), představení standardizovaného dotazníku, vysvětlení účelu výzkumného šetření. Též i informace o tom, že výzkum je zcela anonymní, informace obsažené v dotazníku jsou zcela důvěrné a budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Do identifikačních otázek jsem zařadila věk, rodinný stav, počet dětí, vzdělání, profese, bydliště, jak dlouho se respondentky s onemocněním léčí, jaká byla léčba, jaký byl druh provedené operace a v jaké nemocnici se léčí. 4 otázky jsou otevřené, respondentky písemně odpovídaly. 6 otázek je uzavřených, respondentky odpovídaly kroužkovací metodou.

Standardizovaný dotazník:

Pro zjištění kvality života byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, tento dotazník je uveden v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Dotazník se skládá z 26 položek. První 2 položky se hodnotí samostatně, zbylých 24 položek je zařazeno do 4 domén (viz Tab. č. 3, str. 37).

11.2 Kritéria pro výběr respondentů

Výzkumný soubor je tvořen pacientkami, které měly diagnostikované onemocnění prsu a byly hospitalizované ve FNHK na Chirurgické klinice oddělení AB a v NPK Chrudimská nemocnice na Chirurgickém oddělení ženy.

Respondentky byly vybrány dle následujících kritérií:

- Hospitalizace ve FNHK či NPK Chrudimská nemocnice.
- Věk od 20 do 79 let.
- Schopnost komunikace.

- Ochota a spolupráce podílet se na výzkumném šetření.

Zadaným kritériím odpovídalo celkem 60 pacientek, všechny pacientky byly ochotné zúčastnit se dotazníkového šetření. 33 pacientek bylo hospitalizováno ve FNHK, 27 pacientek bylo hospitalizováno v Chrudimské nemocnici NPK.

11.3 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

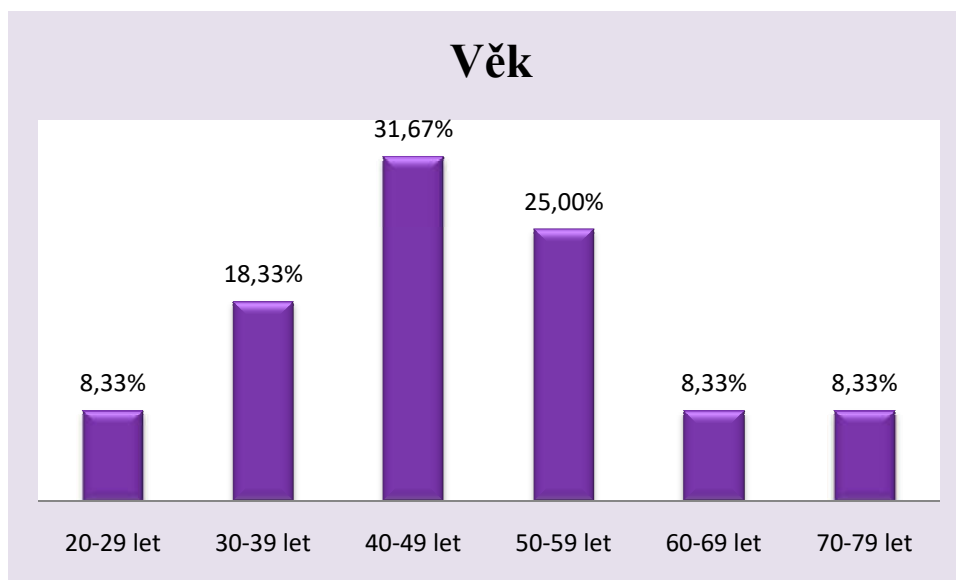
Při zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2007. Vyhodnocení a zpracování dat bylo prováděno pomocí absolutní a relativní četnosti, při výpočtu domén pomocí průměru. Znázornění dat je provedeno pomocí tabulek a grafů. Mimo prvních dvou otázek dotazníku jsou všechny otázky vyhodnoceny pomocí domén. Při vyhodnocování domén byla použita Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Výsledné hodnoty jsou srovnány podle populačních norem, které jsou obsaženy v manuálu WHOQOL.

12 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Tabulka č. 4 – Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-29 let	5	8,33%
30-39 let	11	18,33%
40-49 let	19	31,67%
50-59 let	15	25,00%
60-69 let	5	8,33%
70-79 let	5	8,33%
Celkem	60	100,00%

Interpretace: 5 respondentek (8,33%) bylo ve věkovém rozmezí **20-29 let**. 11 respondentek (18,33%) bylo ve věkovém rozmezí **30-39 let**. 19 respondentek (31,67%) bylo ve věkovém rozmezí **40-49 let**. 15 respondentek (25%) bylo ve věkovém rozmezí **50-59 let**. 5 respondentek (8,33%) bylo ve věkovém rozmezí **60-69 let** a dalších 5 respondentek (8,33%) bylo ve věkovém rozmezí **70-79 let**

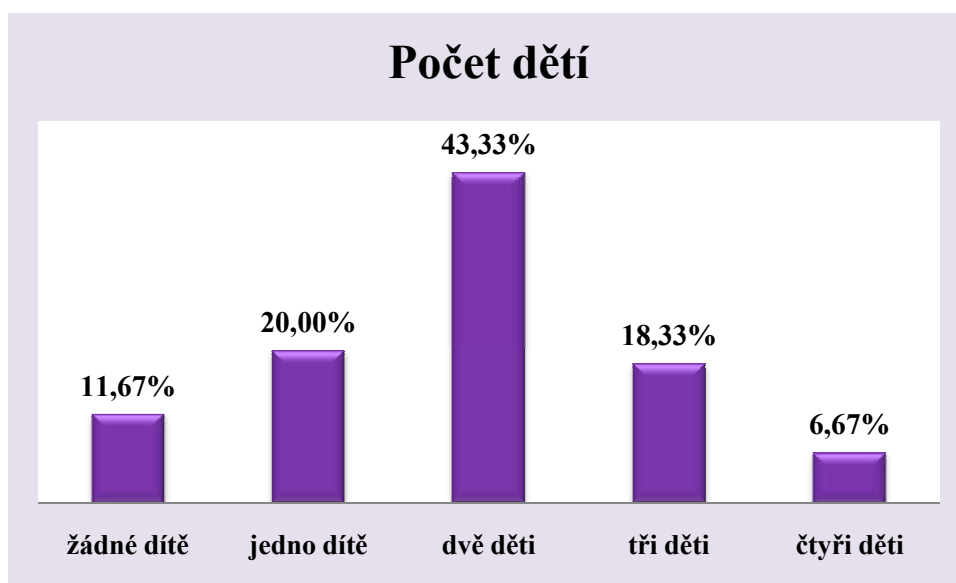


Graf č. 1 – Věk

Tabulka č. 5 – Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost
žádné dítě	7	11,67%
jedno dítě	12	20,00%
dvě děti	26	43,33%
tři děti	11	18,33%
čtyři děti	4	6,67%
Celkem	60	100,00%

Interpretace: 7 respondentek (11,67%) uvedlo, že **nemají děti**. 12 respondentek (20%) uvedlo, že mají **jedno dítě**. 26 respondentek (43,33%) uvedlo, že mají **dvě děti**. 11 respondentek (18,33%) uvedlo, že mají **tři děti**. 4 respondentky (6,67%) uvedly, že mají **děti čtyři**.

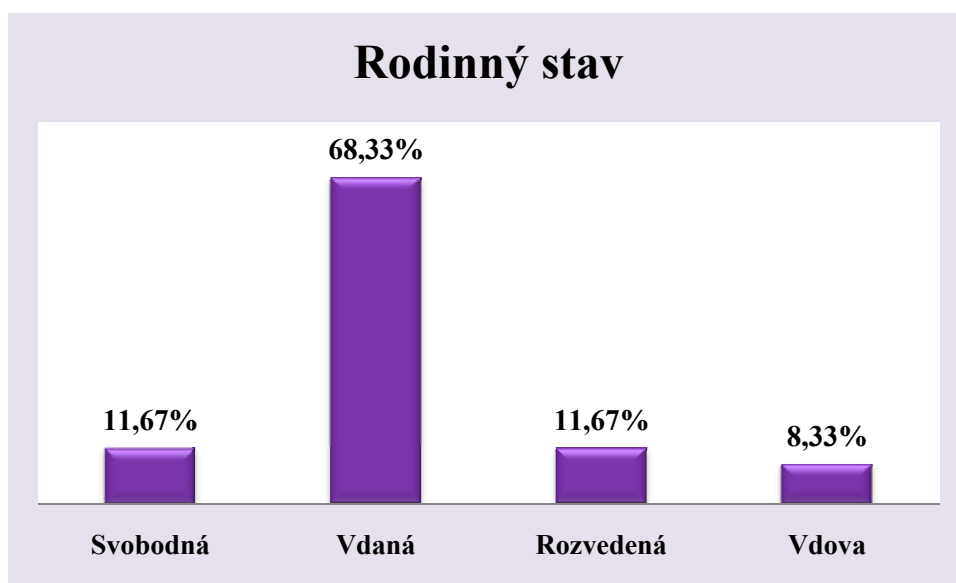


Graf č. 2 – Počet dětí

Tabulka č. 6 – Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodná	7	11,67%
Vdaná	41	68,33%
Rozvedená	7	11,67%
Vdova	5	8,33%
Celkem	60	100,00%

Interpretace: 7 respondentek (11,67%) bylo **svobodných**, 41 respondentek (68,33%) bylo **vdaných**, 7 respondentek (11,67%) bylo **rozvedených**, 5 respondentek (8,33%) byly **vdovy**.

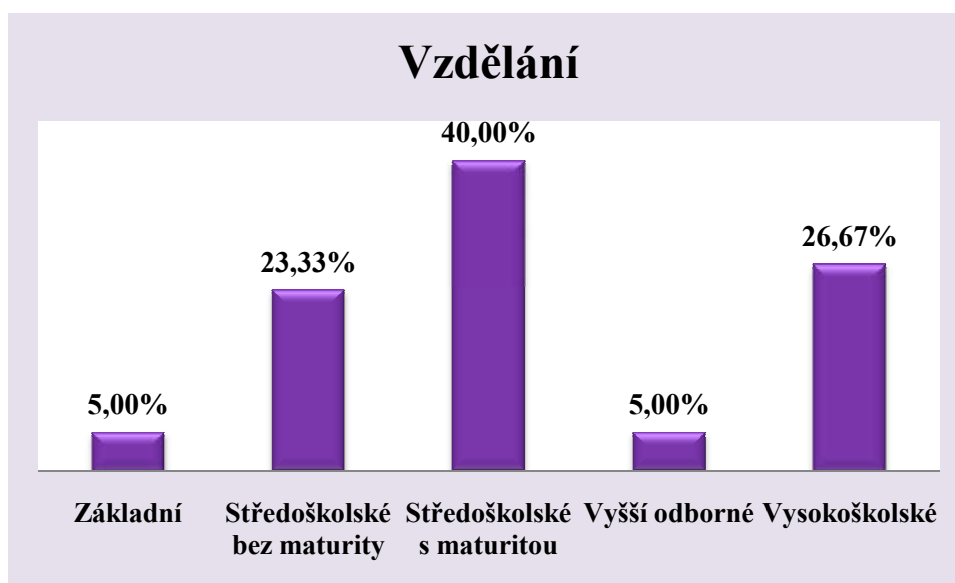


Graf č. 3 – Rodinný stav

Tabulka č. 7 – Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	3	5,00%
Středoškolské bez maturity	14	23,33%
Středoškolské s maturitou	24	40,00%
Vyšší odborné	3	5,00%
Vysokoškolské	16	26,67%
Celkem	60	100,00%

Interpretace: 3 respondentky (5%) uvedly **základní vzdělání**, 14 respondentek (23,33%) uvedlo **středoškolské vzdělání bez maturity**, 24 respondentek (40%) uvedlo **středoškolské vzdělání s maturitou**, 3 respondentky (5%) uvedly **vyšší odborné vzdělání**, 16 respondentek (26,67%) uvedlo **vysokoškolské vzdělání**.

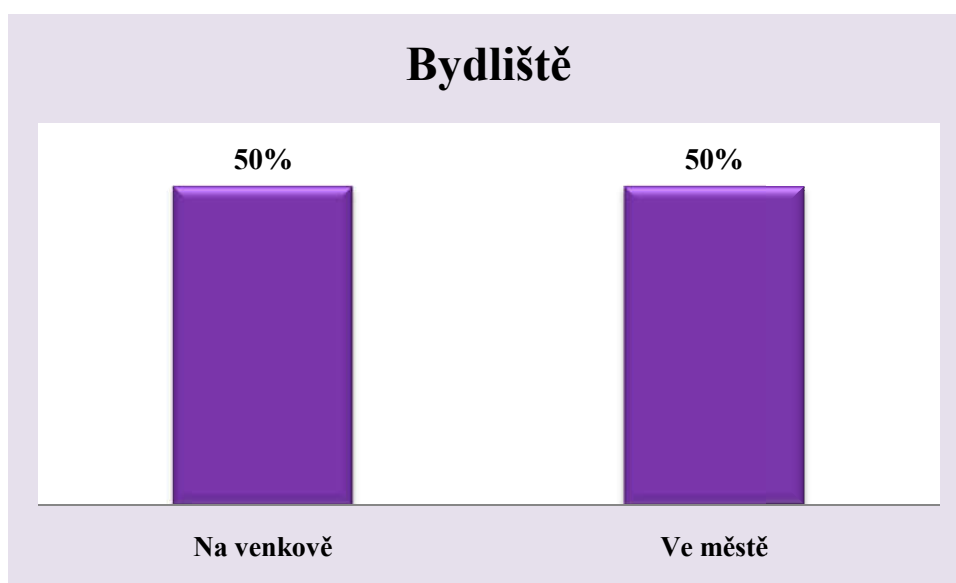


Graf č. 4 – Vzdělání

Tabulka č. 8 – Bydliště

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na venkově	30	50%
Ve městě	30	50%
Celkem	60	100%

Interpretace: 30 respondentek (50%) uvedlo, že žijí **na venkově**. Zbýlých 30 respondentek (50%) uvedlo, že žijí **ve městě**.

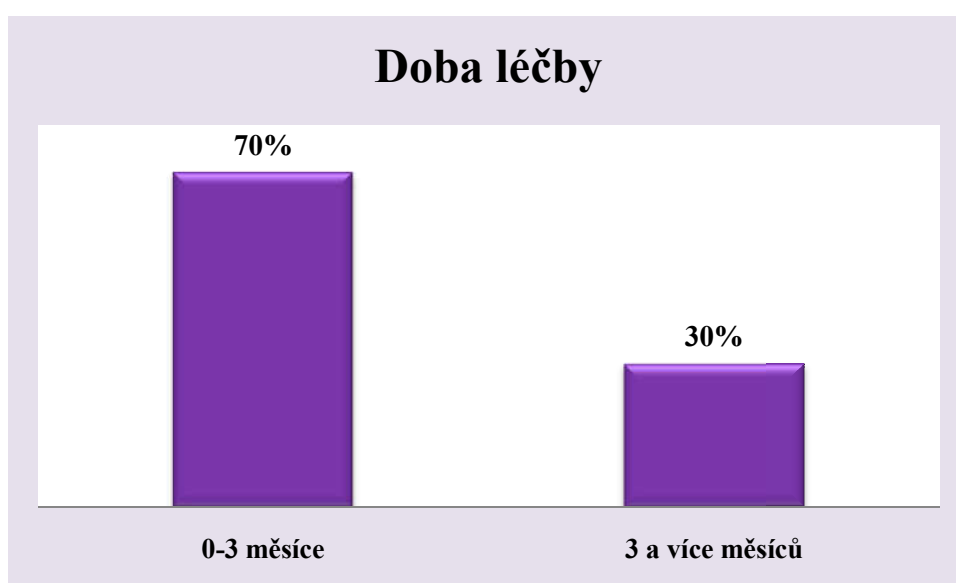


Graf č. 5 – Bydliště

Tabulka č. 9 – Doba léčby

Doba léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-3 měsíce	42	70%
3 a více měsíců	18	30%
Celkem	60	100%

Interpretace: 42 respondentek (70%) se léčilo **méně** jak **3 měsíce**. 18 respondentek (30%) se léčilo **více** jak **3 měsíce**.

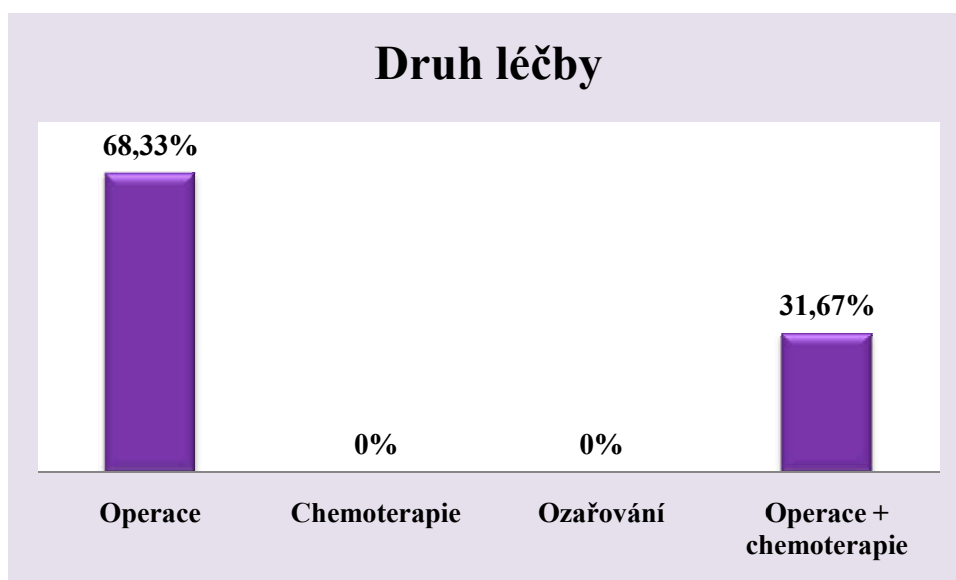


Graf č. 6 – Doba léčby

Tabulka č. 10 – Druh léčby

Druh léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Operace	41	68,33%
Chemoterapie	0	0%
Ozařování	0	0%
Operace + chemoterapie	19	31,67%
Celkem	60	100%

Interpretace: 41 respondentek (68,33%) bylo léčeno pouze **operací**. **Chemoterapii** nepodstoupila žádná respondentka (0%). **Ozařování** nepodstoupila žádná respondentka (0%). **Operaci společně s chemoterapií** podstoupilo 19 respondentek (31,67%).

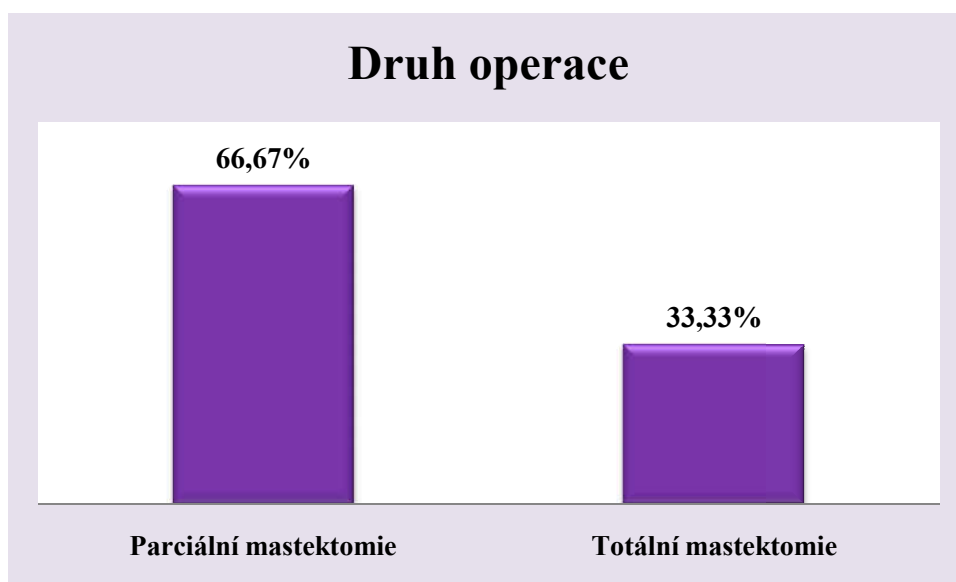


Graf č. 7 – Druh léčby

Tabulka č. 11 – Druh operace

Druh operace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Parciální mastektomie	40	66,67%
Totální mastektomie	20	33,33%
Celkem	60	100%

Interpretace: 40 respondentek (66,67%) podstoupilo **parciální mastektomii**. 20 respondentek (33,33%) podstoupilo **totální mastektomii**.

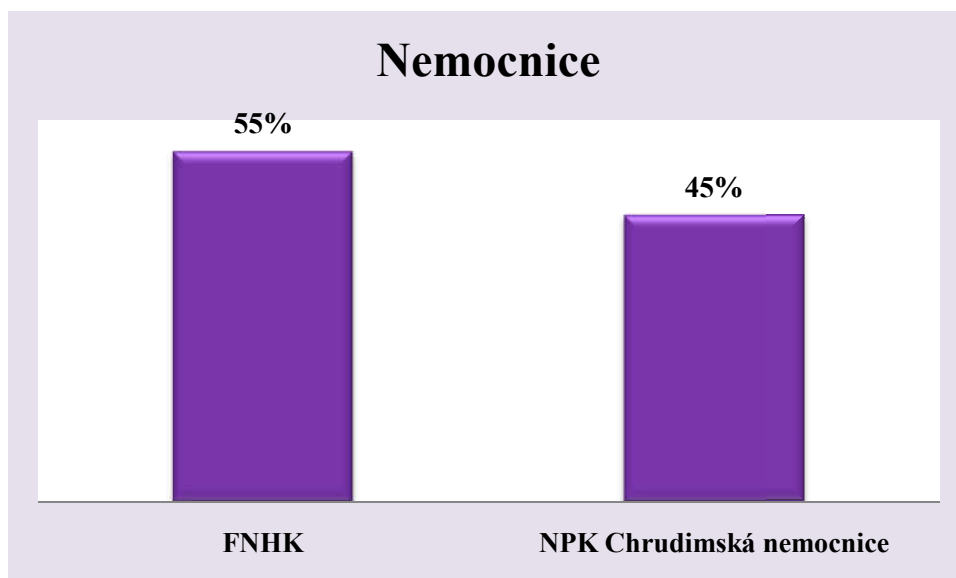


Graf č. 8 – Druh operace

Tabulka č. 12 – Nemocnice

Nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost
FNHK	33	55%
NPK Chrudimská nemocnice	27	45%
Celkem	60	100%

Interpretace: 33 respondentek (55%) podstoupilo léčbu ve **Fakultní nemocnici v Hradci Králové**. 27 respondentek (45%) podstoupilo léčbu v **Nemocnici Pardubického kraje, konkrétně v Chrudimské nemocnici**.

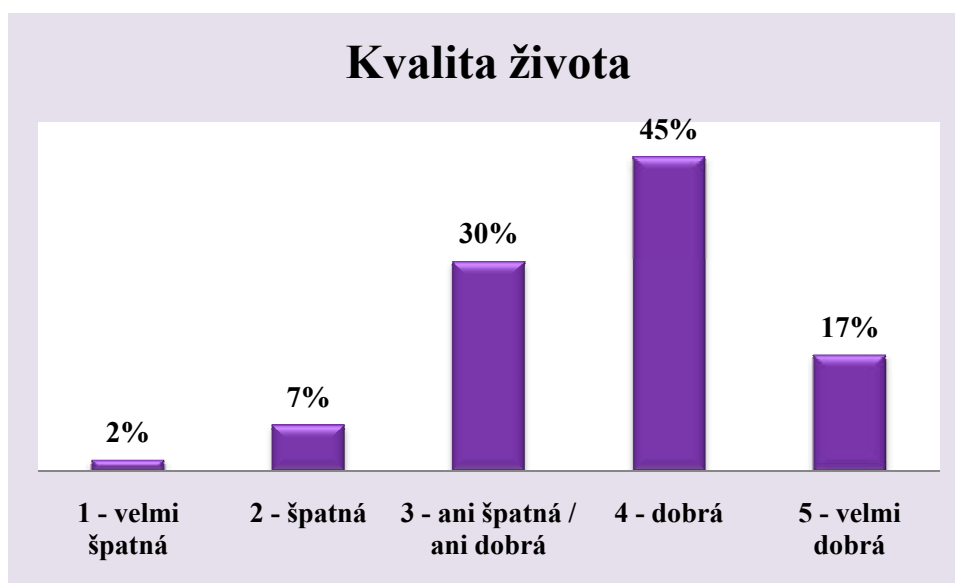


Graf č. 9 – Nemocnice

Tabulka č. 13 – Kvalita života

Kvalita života	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi špatná	1	2%
2 – špatná	4	7%
3 - ani špatná / ani dobrá	18	30%
4 – dobrá	27	45%
5 - velmi dobrá	10	17%
Celkem	60	100%

Interpretace: Kvalita života byla během posledních dvou týdnů **velmi špatná** u jedné respondentky (2%), **špatná** u 4 (7%) respondentek, dalších 18 respondentek (30%) hodnotí kvalitu svého života jako **ani špatnou ani dobrou**, jako **dobrou** ji hodnotí 27 (45%) respondentek a **velmi dobrou** 10 respondentek (17%).



Graf č. 10: Kvalita života

Tabulka č. 14 – Spokojenost se zdravím

Spokojenost se zdravím	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	12	20%
2 - nespokojen/a	31	52%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	13	22%
4 - spokojen/a	4	7%
5 - velmi spokojen/a	0	0%
Celkem	60	100%

Interpretace: Velmi nespokojeno se svým zdravím během posledních dvou týdnů bylo 12 respondentek (20%), nespokojeno bylo 31 respondentek (52%), 13 respondentek (22%) bylo ani spokojena ani nespokojena, spokojeny byly 4 (7%) respondentek a žádná respondentka nebyla velmi spokojena se svým zdravím (0%).

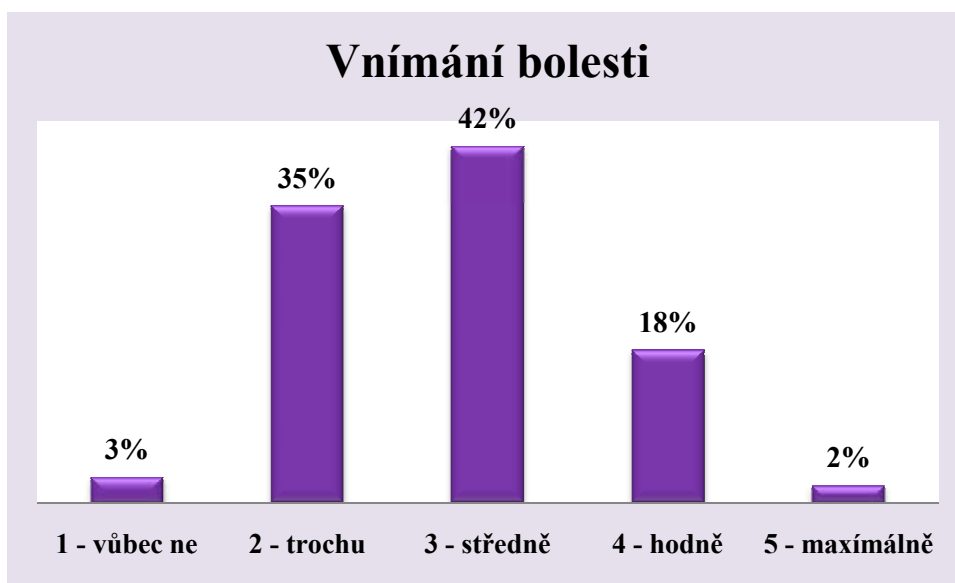


Graf č. 11 – Spokojenost se zdravím

Tabulka č. 15 – Vnímání bolesti

Vnímání bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - vůbec ne	2	3%
2 – trochu	21	35%
3 – středně	25	42%
4 – hodně	11	18%
5 – maximálně	1	2%
Celkem	60	100%

Interpretace: Během posledních dvou týdnů 2 respondentky (3%) **vůbec** nevnímaly bolest, 21 respondentek (35%) vnímalo bolest **trochu**, **středně** vnímalo bolest 25 (42%) respondentek, **hodně** vnímalo bolest 11 (18%) respondentek, 1 respondentka (2%) vnímala bolest **maximálně**.

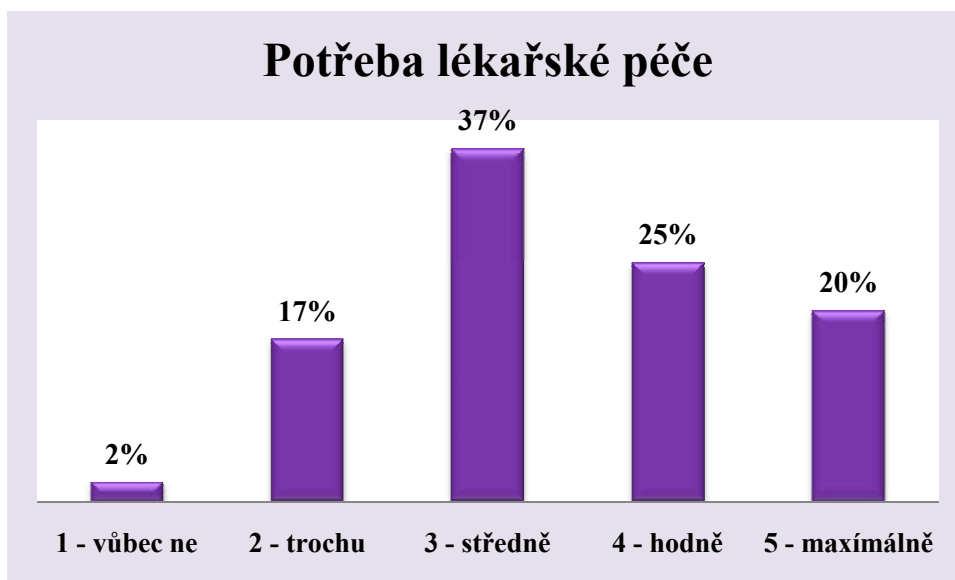


Graf č. 12 – Vnímání bolesti

Tabulka č. 16 – Potřeba lékařské péče

Potřeba lékařské péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	1	2%
2 – trochu	10	17%
3 – středně	22	37%
4 – hodně	15	25%
5 – maximálně	12	20%
Celkem	60	100%

Interpretace: Jedna respondentka (2%) **vůbec** nepotřebovala lékařskou pomoc, **trochu** uvedlo 10 respondentek (17%), **středně** 22 respondentek (37%), dalších 15 respondentek (25%) uvedlo **hodně** a 12 respondentek uvedlo **maximálně**.

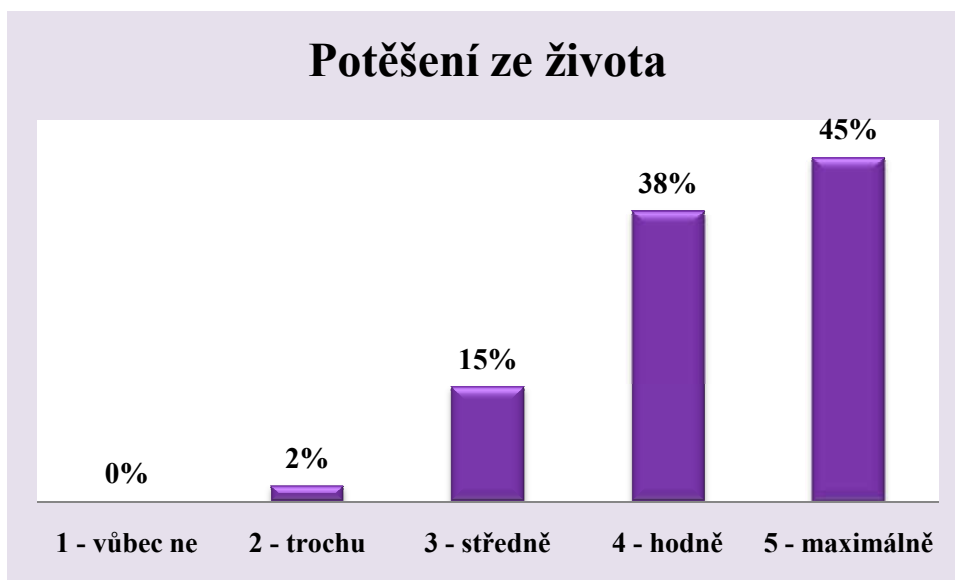


Graf č. 13 – Potřeba lékařské péče

Tabulka č. 17 – Potěšení ze života

Potěšení ze života	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	0	0%
2 – trochu	1	2%
3 – středně	9	15%
4 – hodně	23	38%
5 – maximálně	27	45%
Celkem	60	100%

Interpretace: **Vůbec** žádnou radost ze života neměla ani jedna respondentka (0%), **trochu** 1 respondentka (2%), **střední** potěšení ze života uvedlo 9 (15%) respondentek, **hodně** 23 (38%) respondentek a nejvíce uvedlo 27 respondentek (45%) **maximální** potěšení ze života.

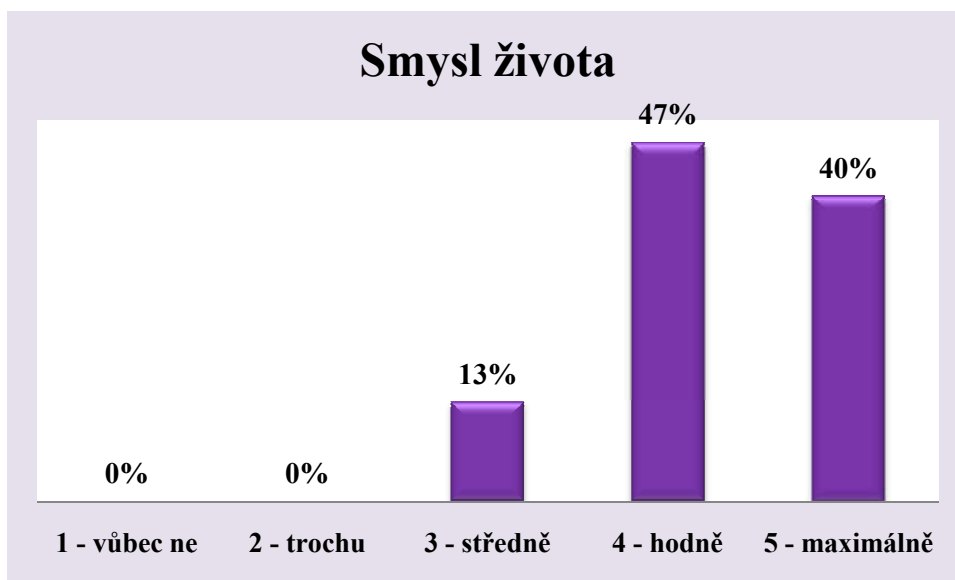


Graf č. 14 – Potěšení ze života

Tabulka č. 18 – Smysl život

Smysl života	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	0	0%
2 – trochu	0	0%
3 – středně	8	13%
4 – hodně	28	47%
5 – maximálně	24	40%
Celkem	60	100%

Interpretace: Maximální smysl života uvedlo 24 respondentek (40%), 28 respondentek (47%) uvedlo **hodně**, **středně** 8 respondentek (13%), **trochu** neuvedla žádná respondentka (0%) a **vůbec ne** také žádná respondentka (0%).

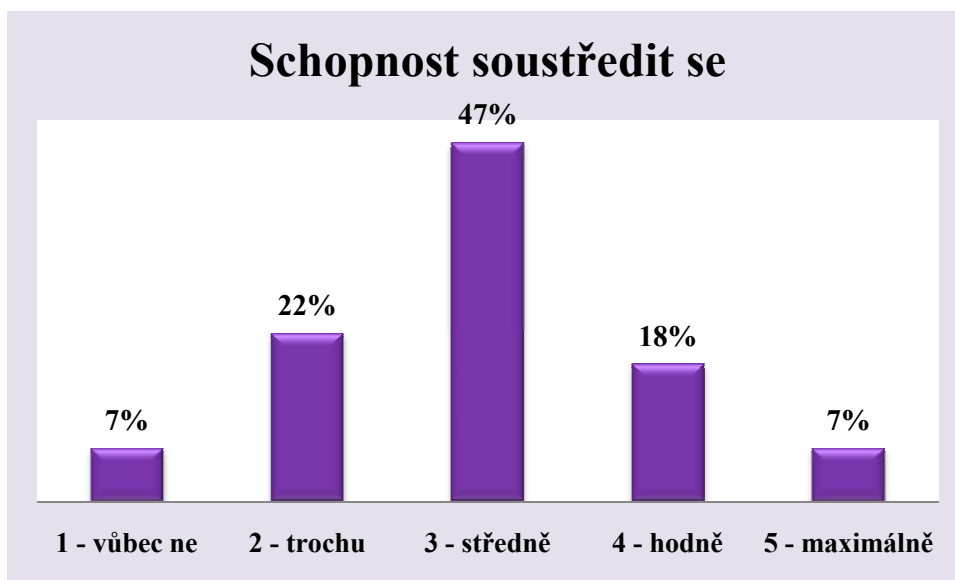


Graf č. 15 – Smysl života

Tabulka č. 19 – Schopnost soustředit se

Schopnost soustředit se	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	4	7%
2 – trochu	13	22%
3 – středně	28	47%
4 – hodně	11	18%
5 – maximálně	4	7%
Celkem	60	100%

Interpretace: **Vůbec** se nedokázaly soustředit 4 respondentky (7%), **trochu** 13 respondentek (22%), nejvíce uvedlo schopnost soustředění se **středně** 28 respondentek (47%), **hodně** uvedlo 11 respondentek (18%) a **maximálně** 4 respondentky (7%).

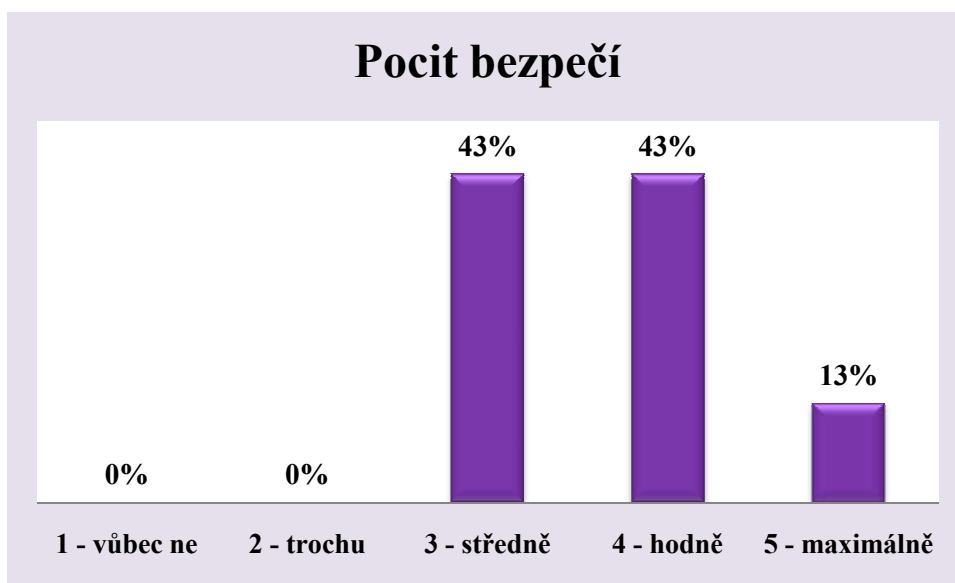


Graf č. 16 – Schopnost soustředit se

Tabulka č. 20 – Pocit bezpečí

Pocit bezpečí	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	0	0%
2 – trochu	0	0%
3 – středně	26	43%
4 – hodně	26	43%
5 – maximálně	8	13%
Celkem	60	100%

Interpretace: V každodenním životě se cítilo **maximálně** bezpečně 8 respondentek (13%), **hodně** bezpečně se cítilo 26 respondentek (43%), **střední** pocit bezpečí uvedlo také 26 respondentek (43%), žádná respondentka se necítila **trochu** bezpečně (0%) a **vůbec ne** se také žádná respondentka necítila (0%).

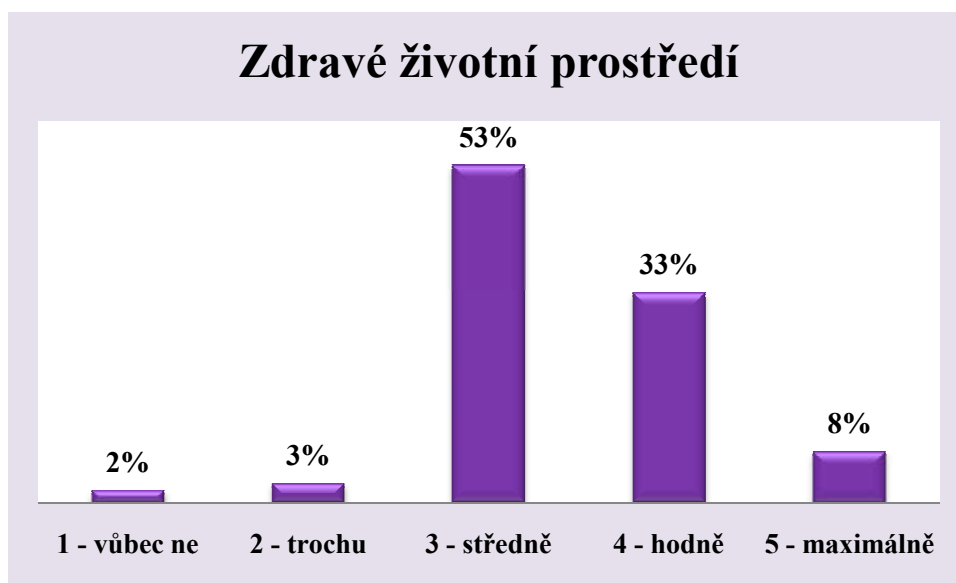


Graf č. 17 – Pocit bezpečí

Tabulka č. 21 – Zdravé životní prostředí

Zdravé životní prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	1	2%
2 – trochu	2	3%
3 – středně	32	53%
4 – hodně	20	33%
5 – maximálně	5	8%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech uvedlo **maximálně** zdravé životní prostředí 5 respondentek (8%), **hodně** uvedlo 20 respondentek (33%), nejvíce uvedlo **středně** zdravé životní prostředí 32 respondentek (53%), **trochu** uvedly 2 respondentky (3%) a **vůbec ne** 1 respondentka (2%).

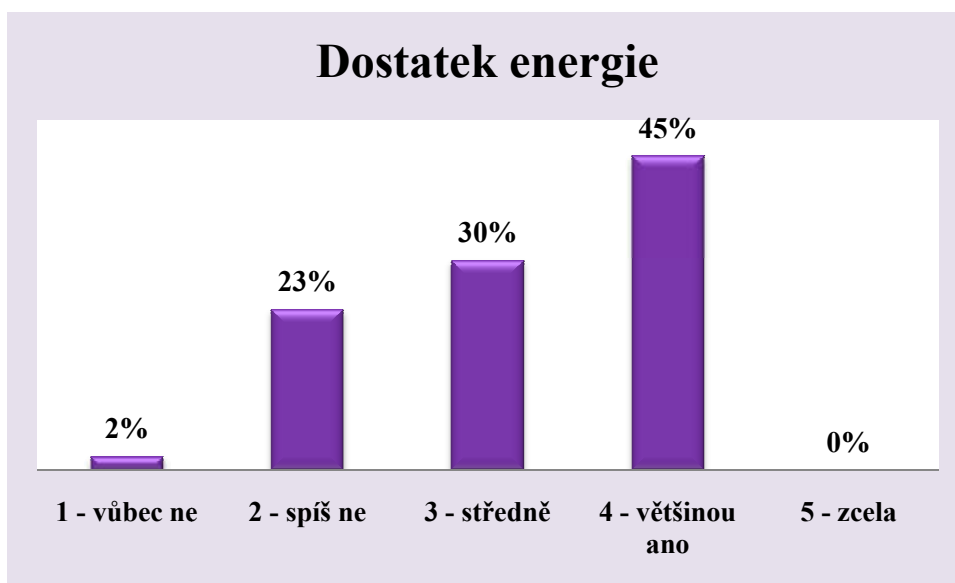


Graf č. 18 – Zdravé životní prostředí

Tabulka č. 22 – Dostatek energie

Dostatek energie	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	1	2%
2 – spíše ne	14	23%
3 – středně	18	30%
4 – většinou ano	27	45%
5 – zcela	0	0%
Celkem	60	100%

Interpretace: Zcela dostatek energie neměla ani jedna respondentka (0%), většinou ano uvedlo 27 respondentek (45%), střední pocit dostatku energie odpovědělo 18 respondentek (30%), spíše nedostatek energie uvedlo 14 respondentek (23%) a bez energie se cítila jedna respondentka (2%).

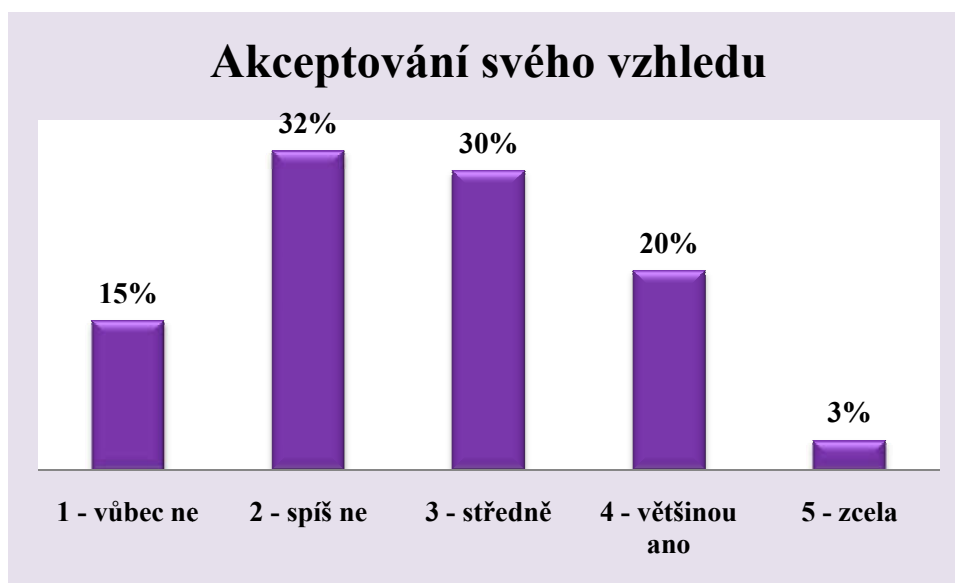


Graf č. 19 – Dostatek energie

Tabulka č. 23 – Akceptování svého vzhledu

Akceptování svého vzhledu	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	9	15%
2 – spíše ne	19	32%
3 – středně	18	30%
4 – většinou ano	12	20%
5 – zcela	2	3%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech svůj vzhled **vůbec** neakceptovalo 9 respondentek (15%), **spíše neakceptovalo** svůj vzhled 19 respondentek (32%), 18 respondentek (30%) svůj vzhled akceptují **středně**, **většinou** akceptuje svůj vzhled 12 respondentek (20%) a **zcela** akceptují svůj vzhled 2 respondentky (3%).

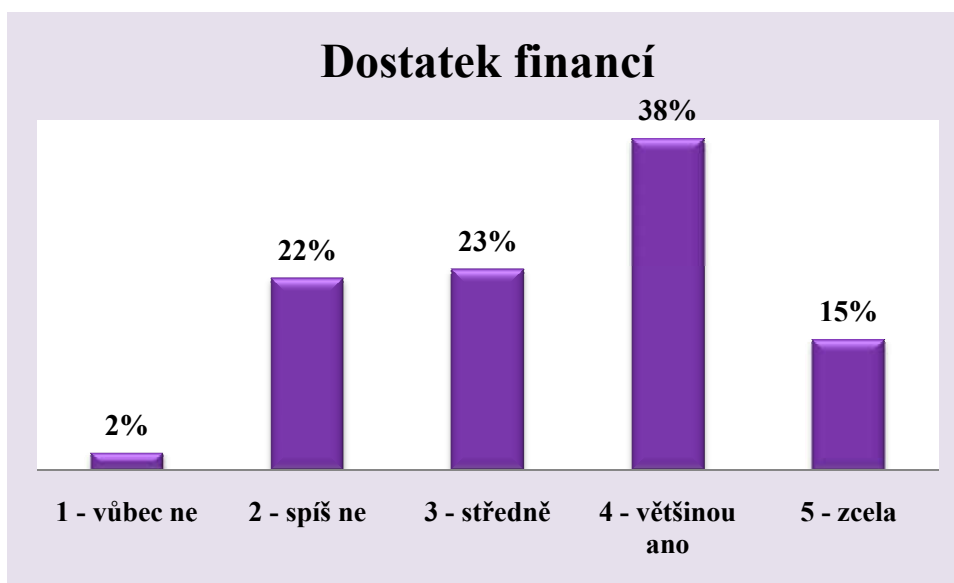


Graf č. 20 – Akceptování svého vzhledu

Tabulka č. 24 - Dostatek financí

Dostatek financí	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	1	2%
2 – spíše ne	13	22%
3 – středně	14	23%
4 – většinou ano	23	38%
5 – zcela	9	15%
Celkem	60	100%

Interpretace: Jedna respondentka (2%) uvedla odpověď **vůbec ne**, odpověď **spíše ne** zvolilo 13 respondentek (22%), **střední** pocit dostatku financí uvedlo 14 respondentek (23%), 23 respondentek (38%) pociťují **většinou** dostatek financí a 9 respondentek (15%) zvolilo možnost **zcela**.

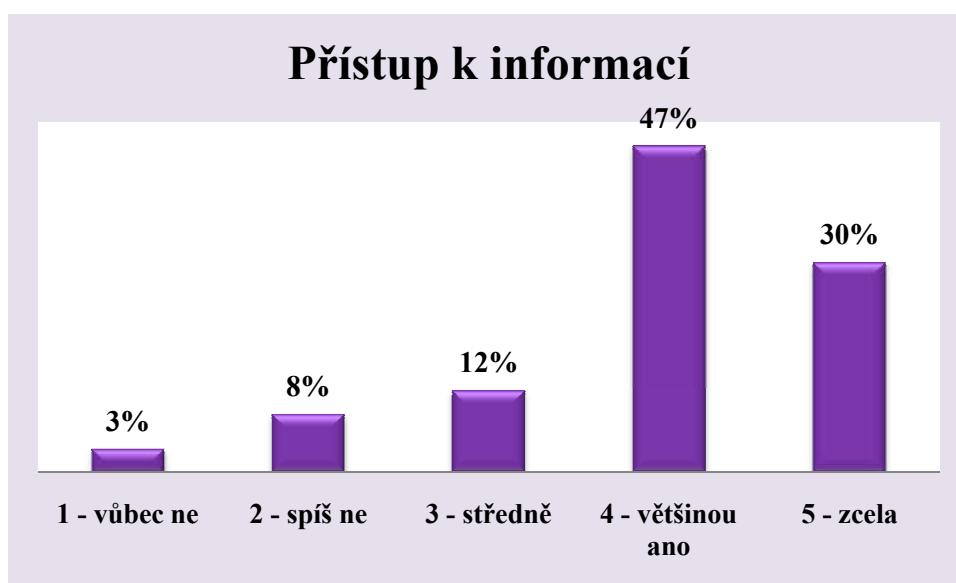


Graf č. 21 – Dostatek financí

Tabulka č. 25 – Přístup k informacím

Přístup k informacím	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	2	3%
2 – spíše ne	5	8%
3 – středně	7	12%
4 – většinou ano	28	47%
5 – zcela	18	30%
Celkem	60	100%

Interpretace: Zcela přístup k informacím má 18 respondentek (30%), odpověď **většinou ano** zvolilo 28 respondentek (47%), **středně** 7 respondentek (12%), **spíše nemá** přístup k informacím 5 respondentek (8%) a **vůbec** žádný přístup k informacím mají 2 respondentky (3%).

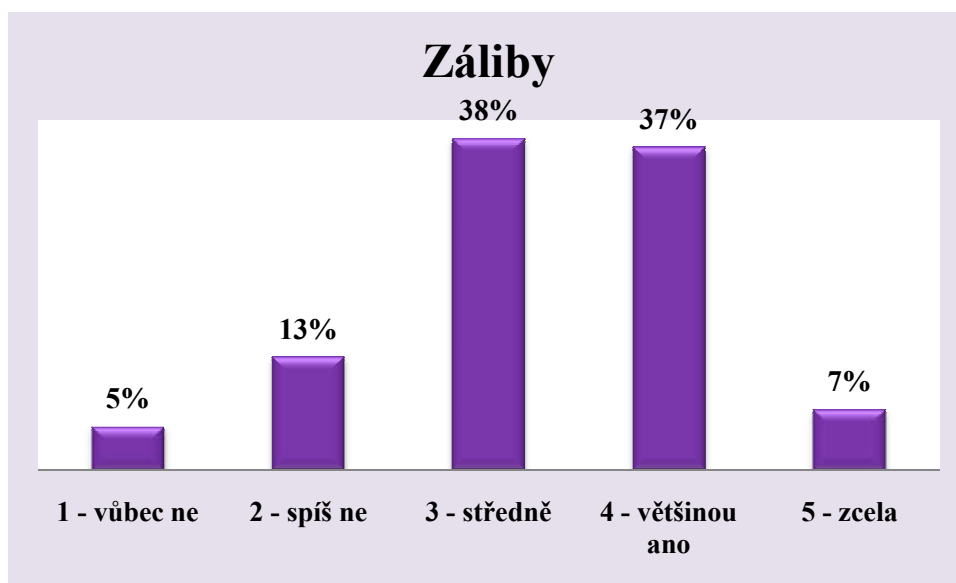


Graf č. 22 – Přístup k informacím

Tabulka č. 26 – Záliby

Záliby	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	3	5%
2 – spíše ne	8	13%
3 – středně	23	38%
4 – většinou ano	22	37%
5 – zcela	4	7%
Celkem	60	100%

Interpretace: Odpověď **vůbec ne** zvolily 3 respondentky (5%), **spíše ne** odpovědělo 8 respondentek (13%), nejvíce uvedlo odpověď **středně** 23 respondentek (38%), **většinou** má možnost věnovat se svým zálibám 22 respondentek (37%) a **zcela** věnovat se zálibám mohou 4 respondentky (7%).

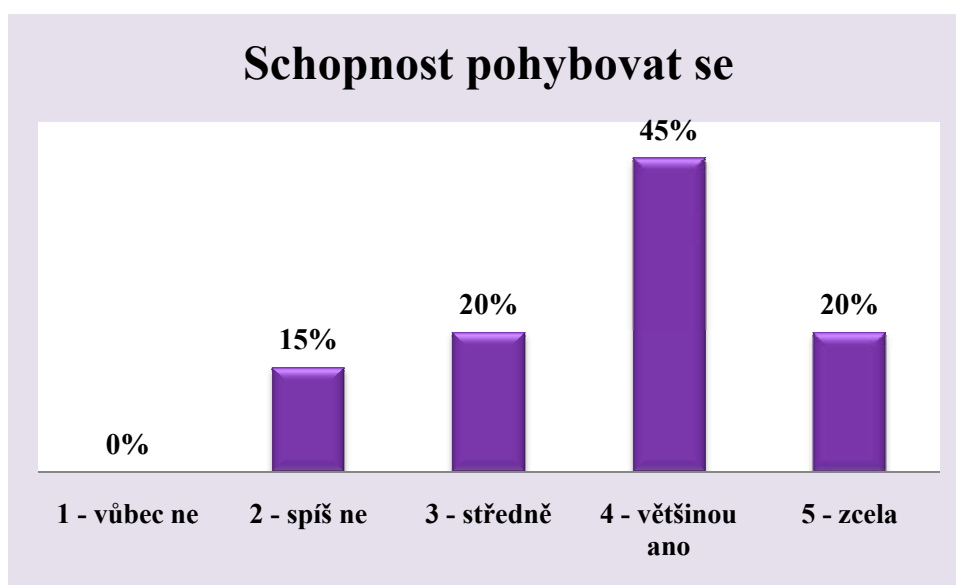


Graf č. 23 – Záliby

Tabulka č. 27 – Schopnost pohybovat se

Schopnost pohybovat se	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – vůbec ne	0	0%
2 – spíše ne	9	15%
3 – středně	12	20%
4 – většinou ano	27	45%
5 – zcela	12	20%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech se může **zcela** pohybovat 12 respondentek (20%), 27 respondentek (45%) zvolilo odpověď **většinou ano**, **střední** schopnost pohybu uvedlo 12 respondentek (20%), **spíše neschopnost** pohybu uvedlo 9 respondentek (15%) a žádná respondentka (0%) nezvolila odpověď **vůbec ne**.

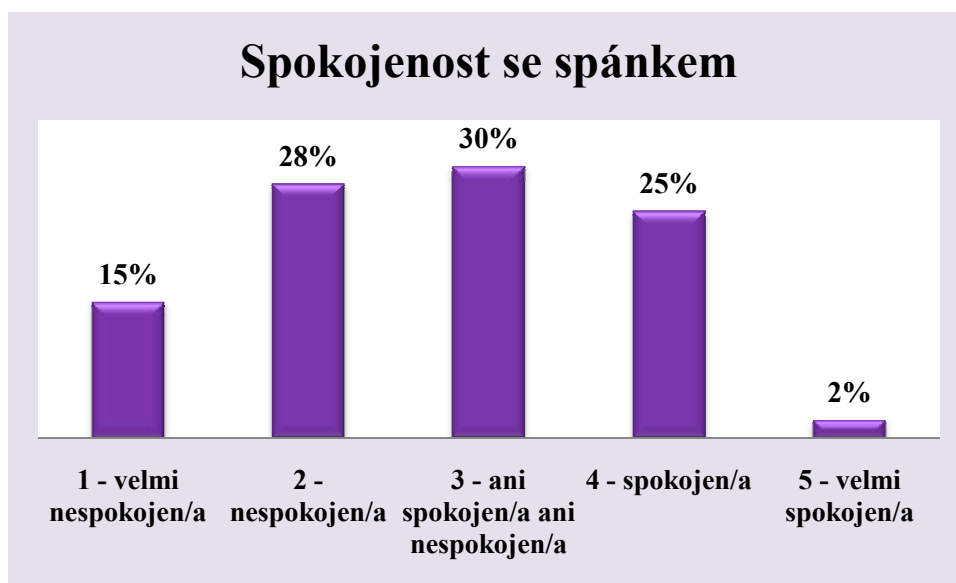


Graf č. 24 – Schopnost pohybovat se

Tabulka č. 28 – Spokojenost se spánkem

Spokojenost se spánkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	9	15%
2 - nespokojen/a	17	28%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	30%
4 - spokojen/a	15	25%
5 - velmi spokojen/a	1	2%
Celkem	60	100%

Interpretace: Se svým spánkem je **velmi nespokojeno** 9 respondentek (15%), **nespokojeno** je 17 (28%) respondentek, **ani spokojeno ani nespokojeno** je 18 respondentek (30%), 15 respondentek (25%) je **spokojeno** se svým spánkem a **velmi spokojena** je pouze jedna respondentka (2%).



Graf č. 25 – Spokojenost se spánkem

Tabulka č. 29 – Schopnost provádět každodenní činnosti

Schopnost provádět každodenní činnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	1	2%
2 - nespokojen/a	12	20%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	30%
4 - spokojen/a	27	45%
5 - velmi spokojen/a	2	3%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech byla **velmi nespokojena** provádět každodenní činnost jedna respondentka (2%), **nespokojeno** bylo celkem 12 respondentek (20%), 18 respondentek (30%) uvedlo **ani spokojena ani nespokojena**, **spokojeno** se schopností vykonávat každodenní činnosti bylo 27 respondentek (45%) a 2 respondentky (3%) byly **velmi spokojeny**.



Graf č. 26 – Schopnost provádět každodenní činnosti

Tabulka č. 30 – Spokojenost s pracovním výkonem

Spokojenost s pracovním výkonem	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	1	2%
2 - nespokojen/a	13	22%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	38%
4 - spokojen/a	18	30%
5 - velmi spokojen/a	5	8%
Celkem	60	100%

Interpretace: Velmi spokojeno se svým pracovním výkonem je 5 respondentek (8%), spokojeno je 18 respondentek (30%), odpověď **ani spokojena ani nespokojena** uvádí 23 respondentek (38%), 13 respondentek (22%) je **nespokojena** se svým pracovním výkonem a **velmi nespokojena** je jedna respondentka (2%).

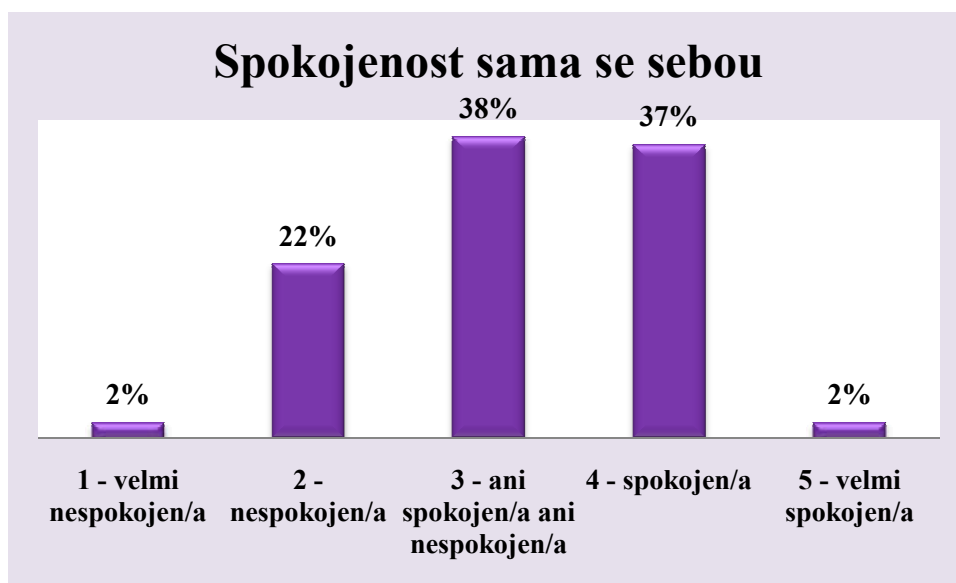


Graf č. 27 – Spokojenost s pracovním výkonem

Tabulka č. 31 – Spokojenost sama se sebou

Spokojenost sama se sebou	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	1	2%
2 - nespokojen/a	13	22%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	38%
4 - spokojen/a	22	37%
5 - velmi spokojen/a	1	2%
Celkem	60	100%

Interpretace: **Velmi nespokojena** sama se sebou je jedna respondentka (2%), **nespokojeno** je 13 respondentek (22%), 23 respondentek (38%) uvádí odpověď **ani spokojena ani nespokojena**, **spokojenost** sama se sebou je 22 respondentek (37%) a **velmi spokojena** je jedna respondentka (2%).



Graf č. 28 – Spokojenost sama se sebou

Tabulka č. 32 – Spokojenost s osobními vztahy

Spokojenost s osobními vztahy	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	2	3%
2 - nespokojen/a	5	8%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	14	23%
4 - spokojen/a	21	35%
5 - velmi spokojen/a	18	30%
Celkem	60	100%

Interpretace: S osobními vztahy bylo **velmi spokojeno** 18 respondentek (30%), **spokojeno** bylo 21 respondentek (35%), dalších 14 respondentek (23%) nebylo **spokojeno ani nespokojeno**, **nespokojeno** bylo 5 respondentek (8%) a 2 respondentky (3%) uvedly odpověď **velmi nespokojena**.

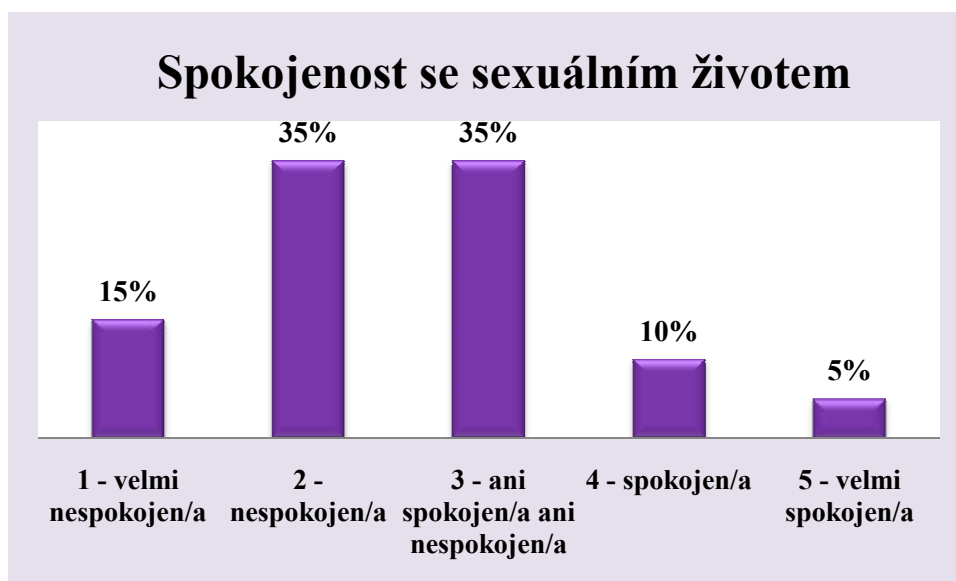


Graf č. 29 – Spokojenost s osobními vztahy

Tabulka č. 33 – Spokojenost se sexuálním životem

Spokojenost se sexuálním životem	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	9	15%
2 - nespokojen/a	21	35%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	21	35%
4 - spokojen/a	6	10%
5 - velmi spokojen/a	3	5%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech byly **velmi spokojeny** se sexuálním životem 3 respondentky (5%), **spokojeno** bylo 6 respondentek (10%), dalších 21 respondentek (35%) nebylo **spokojeno ani nespokojeno**, stejně tak **nespokojeno** bylo 21 respondentek (35%) a **velmi nespokojeno** bylo 9 respondentek (15%).



Graf č. 30 – Spokojenost se sexuálním životem

Tabulka č. 34 – Spokojenost s podporou přátel

Spokojenost s podporou přátel	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	1	2%
2 - nespokojen/a	2	3%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	7	12%
4 - spokojen/a	26	43%
5 - velmi spokojen/a	24	40%
Celkem	60	100%

Interpretace: **Velmi spokojeno** s podporou přátel bylo 24 respondentek (40%), **spokojeno** bylo 26 respondentek (43%), dalších 7 respondentek (12%) odpovědělo **ani spokojena ani nespokojena**, **nespokojenost** s podporou přátel uvedly 2 respondentky (3%) a jedna respondentka (2%) byla **velmi nespokojena** s podporou přátel.



Graf č. 31 – Spokojenost s podporou přátel

Tabulka č. 35 – Spokojenost s podmínkami v místě bydliště

Spokojenost s podmínkami v místě bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	2	3%
2 - nespokojen/a	4	7%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	8	13%
4 - spokojen/a	31	52%
5 - velmi spokojen/a	15	25%
Celkem	60	100%

Interpretace: **Velmi spokojeno** s podmínkami v místě bydliště bylo 15 respondentek (25%), **spokojeno** bylo 31 respondentek (52%), dalších 8 respondentek (13%) uvedlo **ani spokojena ani nespokojena**, **nespokojeno** s podmínkami bydliště byly 4 respondentky (7%) a 2 respondentky (3%) uvedly odpověď **velmi nespokojena**.



Graf č. 32 – Spokojenost s podmínkami v místě bydliště

Tabulka č. 36 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

Spokojenost s dostupností zdravotní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	0	0%
2 - nespokojen/a	5	8%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	5	8%
4 - spokojen/a	30	50%
5 - velmi spokojen/a	20	33%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech bylo **velmi spokojeno** s dostupností zdravotní péče 20 respondentek (33%), **spokojeno** bylo 30 respondentek (50%), 5 respondentek (8%) nebylo **spokojeno ani nespokojeno**, stejně tak **nespokojeno** s dostupností zdravotní péče bylo 5 respondentek (8%) a **velmi nespokojena** nebyla ani jedna respondentka (0%).

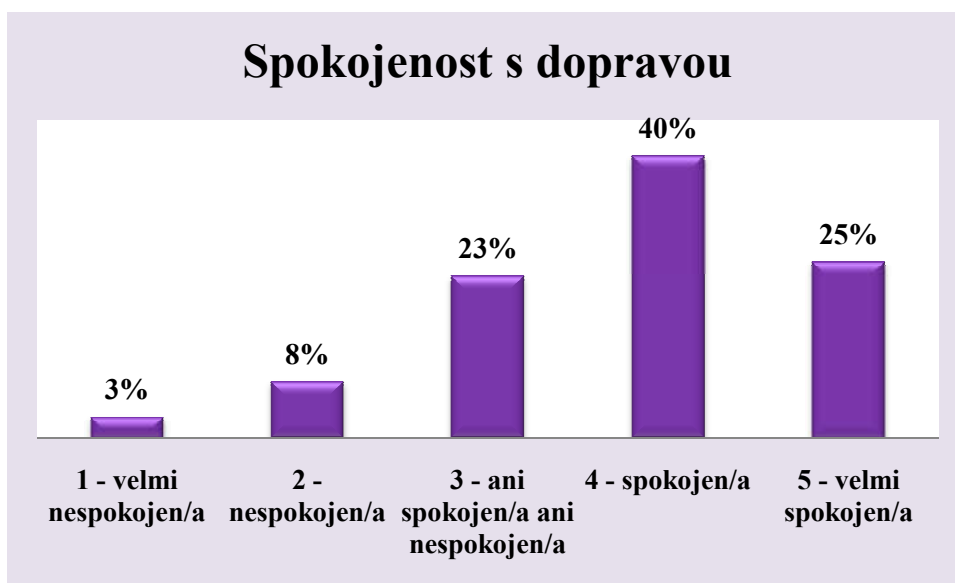


Graf č. 33 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

Tabulka č. 37 – Spokojenost s dopravou

Spokojenost s dopravou	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 - velmi nespokojen/a	2	3%
2 - nespokojen/a	5	8%
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	14	23%
4 - spokojen/a	24	40%
5 - velmi spokojen/a	15	25%
Celkem	60	100%

Interpretace: V posledních dvou týdnech bylo **velmi spokojeno** s dopravou 15 respondentek (25%), 24 respondentek (40%) bylo **spokojeno** s dopravou, dalších 14 respondentek (23%) nebylo **spokojeno ani nespokojeno**, odpověď **nespokojena** uvedlo 5 respondentek (8%) a **velmi nespokojeno** s dopravou byly 2 respondentky (3%).

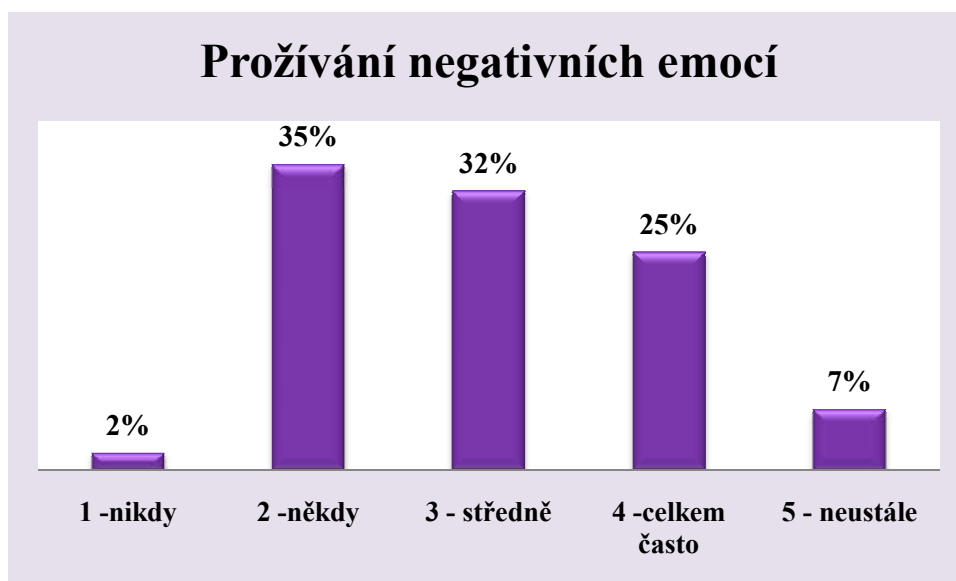


Graf č. 34 – Spokojenost s dopravou

Tabulka č. 38 – Prožívání negativních emocí

Prožívání negativních emocí	Absolutní četnost	Relativní četnost
	Ženy	Ženy
1 – nikdy	1	2%
2 – někdy	21	35%
3 – středně	19	32%
4 – celkem často	15	25%
5 – neustále	4	7%
Celkem	60	100%

Interpretace: Neustále prožívaly negativní emoce 4 respondentky (7%), odpověď **celkem často** uvedlo 15 respondentek (25%), dalších 19 respondentek (32%) uvedlo odpověď **středně**, negativní emoce **někdy** prožívalo 21 respondentek (35%) a jedna respondentka (2%) **nikdy** neprožívala negativní emoce v posledních dvou týdnech.



Graf č. 35 – Prožívání negativních emocí

13 DISKUZE

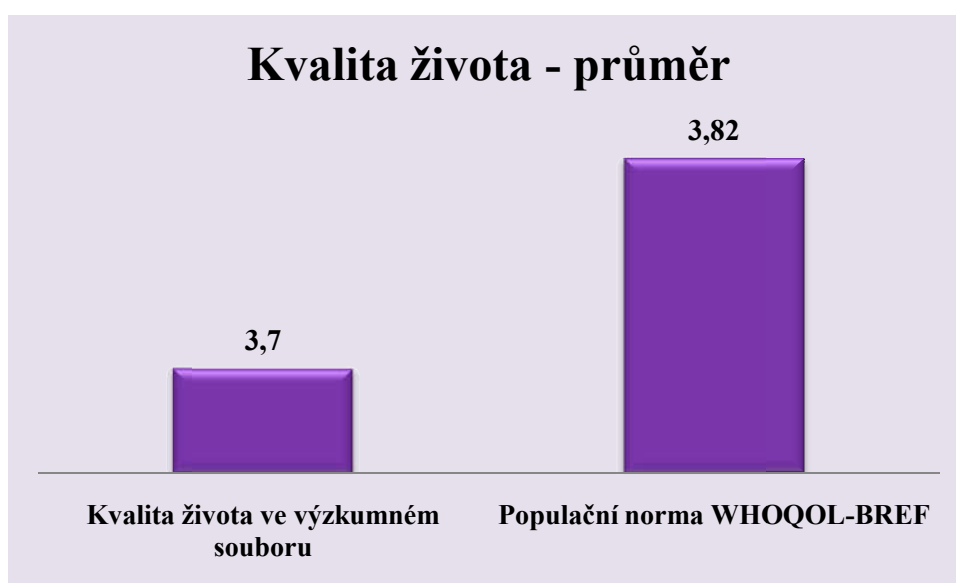
Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit celkovou kvalitu života žen s nádorovým onemocněním prsu a tak zjistit kvalitu ve všech oblastech prožívání pomocí jednotlivých domén a vybraných proměnných. Tyto hodnoty se poté srovnávaly s populační normou, která je uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. K tomuto účelu bylo stanoveno deset výzkumných otázek.

VO 1: Jak hodnotí respondentky kvalitu svého života?

Tato výzkumná otázka byla vyhodnocena dle otázky č. 1 „Jak byste hodnotila kvalitu svého života“ (Q1). Výsledkem této otázky bylo zjištěno, že respondentky hodnotí celkovou kvalitu života jako dobrou, celkem 45%. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že kvalitu života nehodnotí ani dobře ani špatně, celkem 30%.

V přepočtu na průměrnou hodnotu této otázky, vyšla hodnota 3,7. V Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace je uvedena průměrná populační norma 3,82. Tedy vy výsledku je hodnota velmi podobná.

V mém výzkumném šetření vnímají ženy svou kvalitu života dobře. Předpokládala jsem, že průměrná hodnota bude nižší.



Graf č. 36 – Průměrná hodnota kvalita života

VO 2: Jsou respondentky spokojeny se svým zdravím?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku se hodnotila dle otázky č. 2 „Jak jste spokojena se svým zdravím“ (O2) a dle domény „fyzické zdraví“ (DOM1). Do domény „fyzické zdraví“, spadají otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. V této doméně respondentky odpovídaly na otázky, které se týkají vnímání bolesti, potřeby lékařské péče, dostatku energie, možnost pohybovat se, spokojenost se spánkem, schopnost provádět každodenní činnosti a spokojenost s pracovním výkonem.

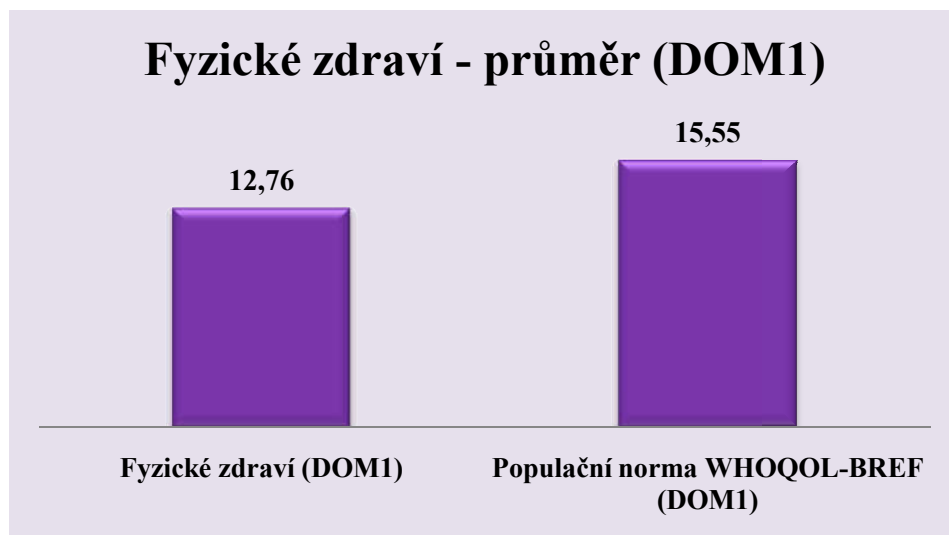
U otázky č. 2 „Jak jste spokojena se svým zdravím“ byla nejčastěji zvolenou odpovědí nespokojena, celkem 52% (tedy více jak polovina). Druhou nejčastější odpovědí, byla odpověď ani spokojena ani nespokojena, celkem 22%.

V přepočtu na průměrnou hodnotu této otázky, vyšla hodnota 2,2. V Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace je uvedena průměrná populační norma 3,68. Dle mého předpokladu, je průměrná hodnota nižší ve výzkumném souboru, oproti populační normě.



Graf č. 37 – Průměrná hodnota Spokojenosti se zdravím

Při výpočtu hodnoty domény „fyzické zdraví“, vyšla průměrná hodnota 12,76. V Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace je uvedena průměrná populační norma 15,55. Opět je zde průměrná hodnota výzkumného souboru nižší, oproti populační normě.

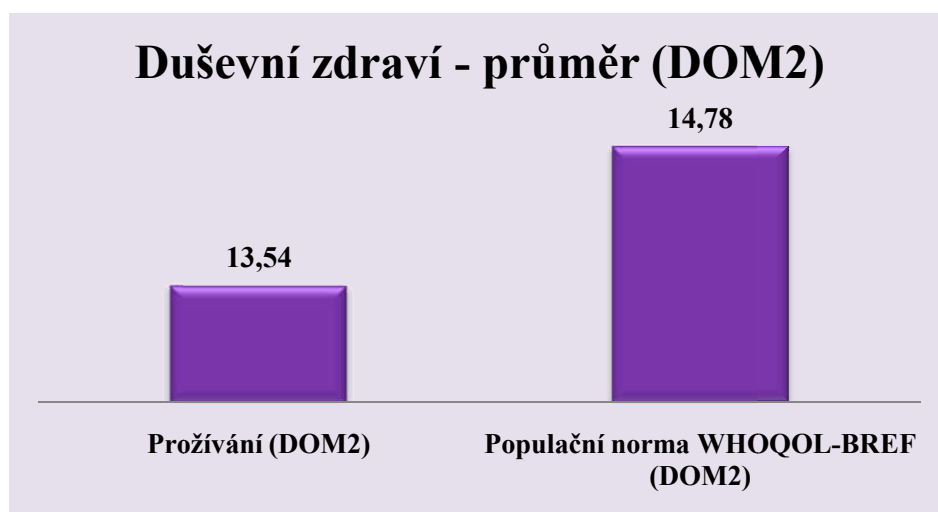


Graf č. 38 – Průměrná hodnota Fyzické zdraví (DOM1)

VO 3: Jak jsou respondentky spokojeny s duševním zdravím?

Tato výzkumná otázka se hodnotila z jedné domény, a to domény „duševní zdraví“ (DOM2). Do domény „duševní zdraví“ spadají otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Otázky zjišťují, jak moc respondentky těší život, zabývají se smyslem života, schopností soustředit se, akceptování vzhledu, spokojeností sama se sebou a jak často prožívají negativní emoce.

Výsledný průměr v doméně „duševní zdraví“ (DOM2), ve výzkumném souboru, byl 13,54. Populační norma v průměru, uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace, je 14,78. Tedy respondentky v mém výzkumném souboru spadají do populační normy. Standardní odchylka činí 2,43.

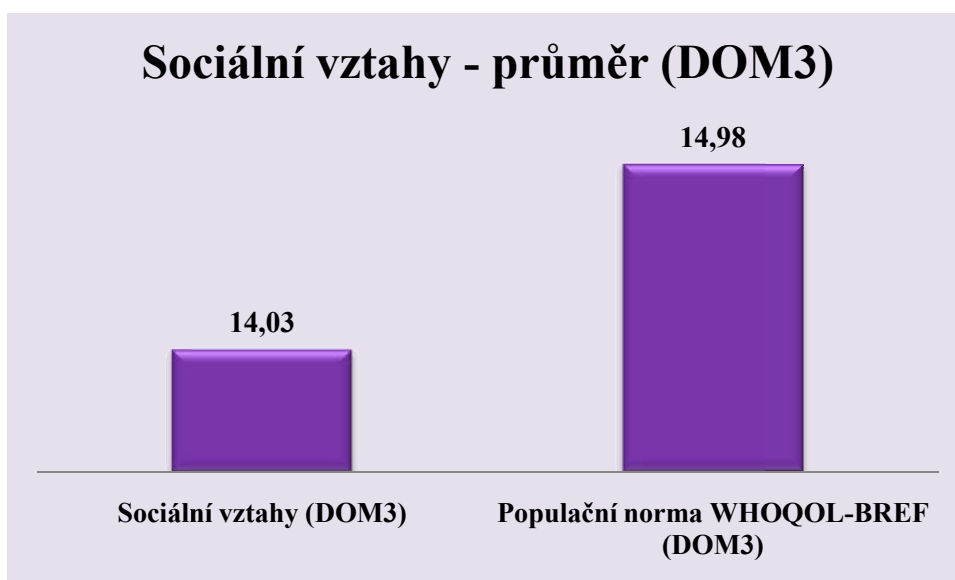


Graf č. 39 – Průměrná hodnota Duševní zdraví (DOM2)

VO 4: Jsou respondentky spokojeny se svými osobními vztahy?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku zjišťuje doména „sociální vztahy“ (DOM3). Doména „sociální vztahy“ se hodnotila pomocí tří otázek, a to otázky č. 20, 21, a 22. V této doméně respondentky odpovídaly na otázky, které se vztahovaly ke spokojenosti s osobními vztahy, spokojeností se sexuálním životem a spokojeností s podporou přátel.

Výsledný průměr v doméně „sociální vztahy“ (DOM3), ve výzkumném souboru, byl 14,03. Populační norma v průměru, uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace, je 14,98. Tedy respondentky v mém výzkumném souboru spadají do populační normy. Standardní odchylka činí 2,89.

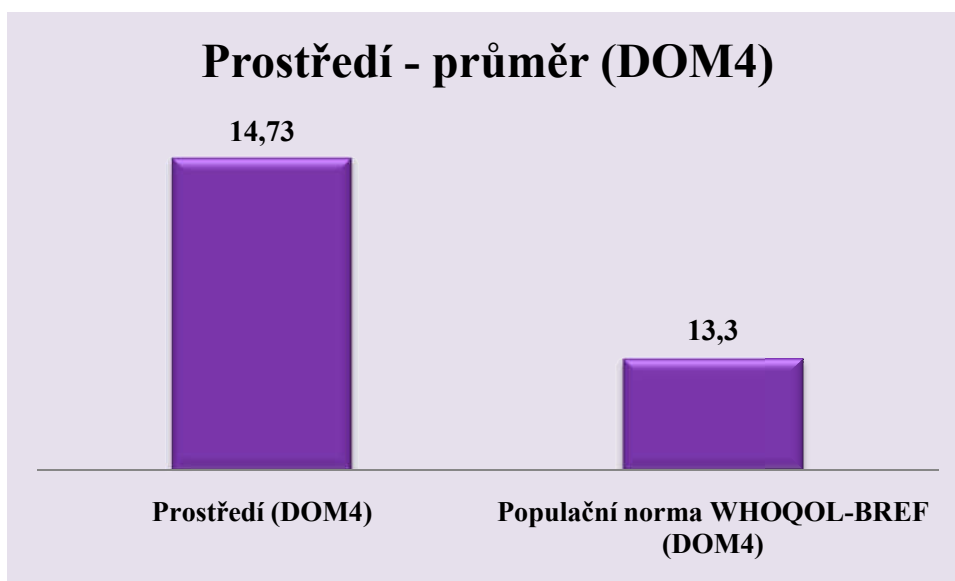


Graf č. 40 – Průměrná hodnota Sociální vztahy (DOM3)

VO 5: Jsou respondentky spokojeny s prostředím, ve kterém žijí?

Pro zjištění odpovědi na tuto výzkumnou otázku bylo zapotřebí vyhodnotit doménu „prostředí“ (DOM4). V této doméně se nachází otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Tyto otázky se zabývají bezpečím v každodenním životě, zdravím prostředím, dostatkem financí, dostatkem informací, možností věnovat se koníčkům, spokojeností s podmínkami, s dostupností zdravotní péče a spokojenost s dopravou.

Výsledný průměr v doméně „prostředí“ (DOM4), ve výzkumném souboru, byl 14,73. Populační norma v průměru, uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace, je 13,30. Tedy respondentky v mém výzkumném souboru spadají do populační normy. Standardní odchylka činí 2,08.



Graf č. 41 – Průměrná hodnota Prostředí (DOM4)

VO 6: Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich věku?

Pro zjištění odpovědi na tuto otázku bylo zapotřebí spočítat průměrnou hodnotu položky „Kvalita života“ v každém věkovém rozmezí zvlášť.

Průměrná hodnota, u respondentek ve věkovém rozmezí 20-29 let, je 4,2. Což je více než populační norma.

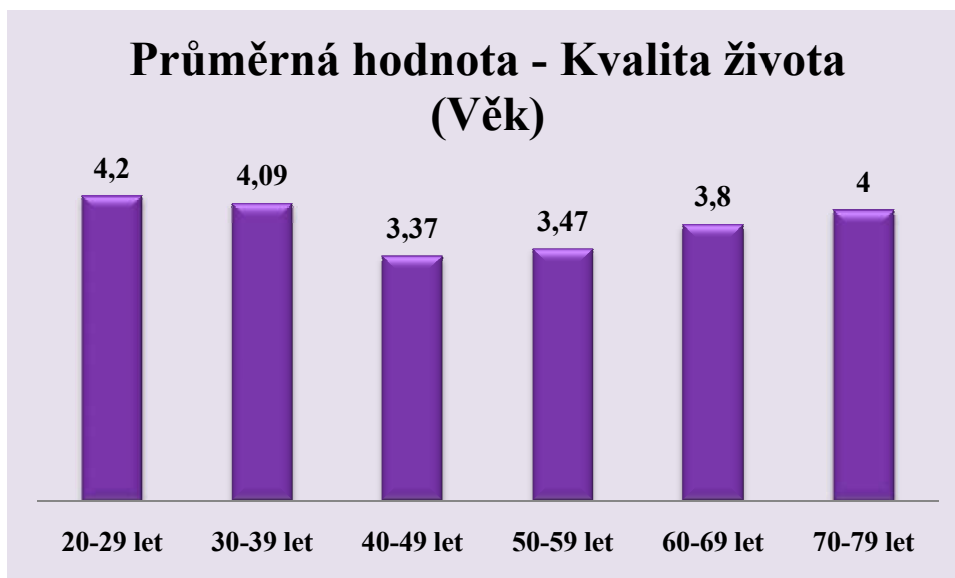
Průměrná hodnota, u respondentek ve věkovém rozmezí 30-39 let, je 4,09. Vzhledem k populační normě je hodnota vyšší.

U respondentek, ve věkovém rozmezí 40-49 let, vyšla průměrná hodnota 3,37. Tedy méně, než je populační norma.

Respondentky, ve věkovém rozmezí 50-59 let, hodnotí kvalitu svého života průměrnou hodnotou 3,47. Kvalitu svého života hodnotí hůře, než je průměr populační normy.

Průměrná hodnota, ve věkovém rozmezí 60-69 let, je 3,8. Vzhledem k populační normě, je tento průměr totožný.

Ženy, ve věkovém rozmezí 70-79 let, hodnotí kvalitu svého života kladně. Průměrem 4,0. Což je překvapivá hodnota.



Graf č. 42 – Průměrná hodnota „kvality života“ dle věku

VO 7: Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k jejich rodinnému stavu?

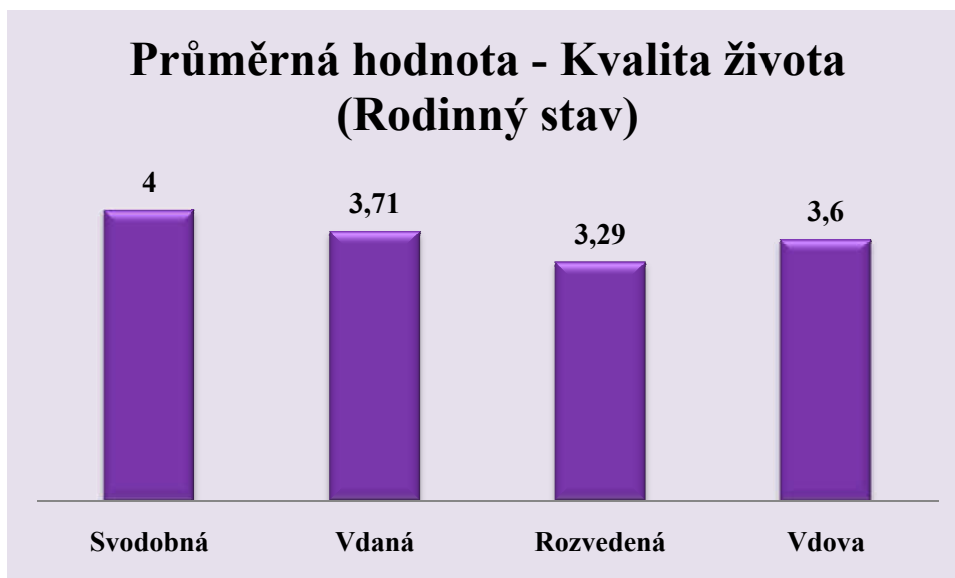
Pro zjištění odpovědi na tuto otázku bylo zapotřebí spočítat průměrnou hodnotu položky „Kvalita života“ zvláště u žen svobodných, vdaných, rozvedených a už žen, které jsou již vdovy.

Průměrná hodnota u svobodných žen vyšla 4,0. Více než je populační norma.

Vdané ženy hodnotí kvalitu svého života hůře, než je populační norma.

Respondentky, kterou jsou rozvedené, hodnotí kvalitu svého života nejhůře.

Průměrná hodnota u vdov vyšla 3,6. Druhá nejnižší hodnota ve zkoumaném souboru a méně, než je populační norma.

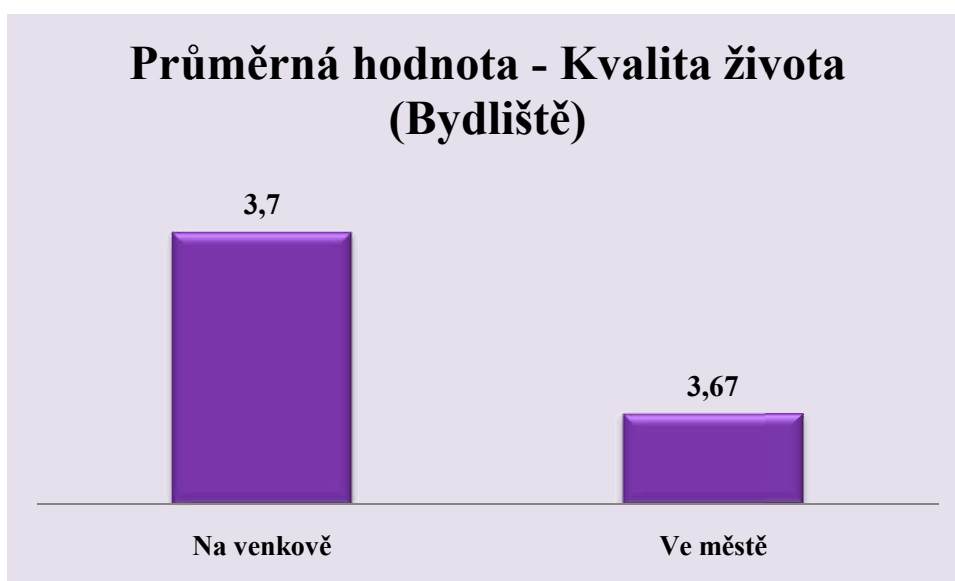


Graf č. 43 – Průměrná hodnota „kvality života“ dle rodinného stavu

VO 8: Jak hodnotí respondenty kvalitu života vzhledem k jejich místu bydliště?

Pro zjištění odpovědi na tuto otázku bylo zapotřebí spočítat průměrnou hodnotu položky „Kvalita života“ zvláště u respondentek žijících na venkově a ve městě.

Respondentky žijící na venkově hodnotí kvalitu svého života lépe, než respondentky žijící ve městě. Průměrem, u žen žijících na venkově, 3,7. U žen, které žijí ve městě je průměrná hodnota 3,67. Obě hodnoty jsou nižší, než je průměrná populační norma.

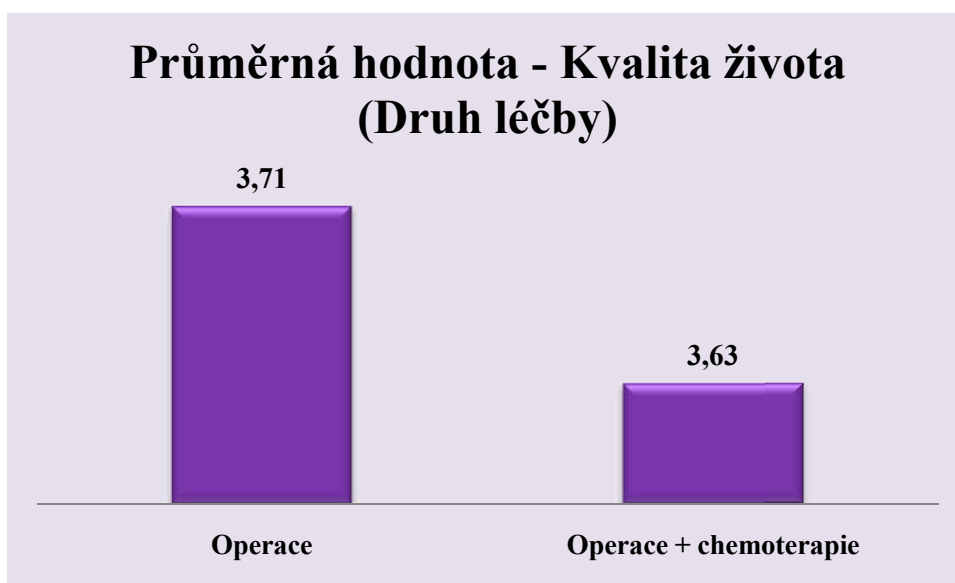


Graf č. 44: Průměrná hodnota „kvalita života“ dle místa bydliště

VO 9: Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k druhu jejich léčby?

Pro zjištění odpovědi na tuto otázku bylo zapotřebí spočítat průměrnou hodnotu položky „Kvalita života“. Zvlášť u respondentek, které prošly pouze operačním zákrokem a zvlášť u respondentek, které kromě operačního zákroku podstoupily i léčbu cytostatiky.

Ženy, které prošly pouze chirurgickou léčbou, mají vyšší kvalitu života (3,71). Ty co prošly i chemoterapií, mají kvalitu života nižší (3,63). Obě hodnoty jsou nižší, než je populační norma.

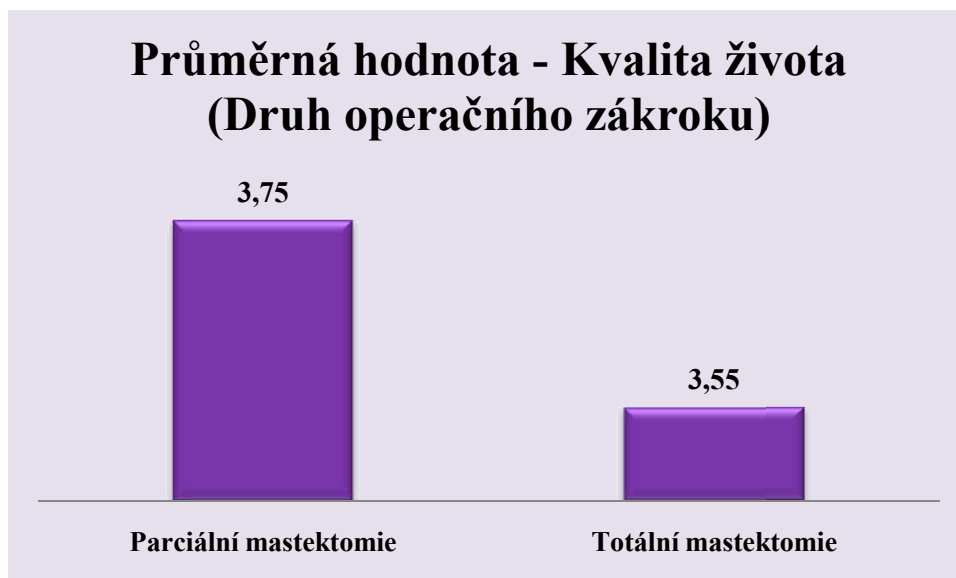


Graf č. 45: Průměrná hodnota „kvality života“ dle druhu léčby

VO 10: Jak hodnotí respondentky kvalitu života vzhledem k druhu operačního zákroku?

Pro zjištění odpovědi na tuto otázku bylo zapotřebí spočítat průměrnou hodnotu položky „Kvalita života“. Zvlášť u respondentek, které podstoupily parciální mastektomii. A zvlášť u respondentek, které podstoupily totální mastektomii.

Respondentky, kterým byla odebrána pouze část prsní tkáně, hodnotí kvalitu svého života lépe, průměrem 3,75. Oproti tomu ženy, kterým byl odebrán celý prs, hodnotí kvalitu svého života hůře, průměrem 3,55.



Graf č. 46: Průměrná hodnota „kvalita života“ dle druhu operačního zákroku

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo charakterizovat nádorové onemocnění prsu, dělení nádorů, etiologii onemocnění, projevy nemoci, diagnostiku nemoci, léčbu a možnosti prevence onemocnění, charakterizovat ošetrovatelskou péči o pacientku s tímto onemocněním. Dále potom definovat kvalitu života.

Pojem kvalita života je relativní. Kvalitu života lze brát z různých úhlů pohledu, v různých oborech se liší definice i pojetí.

Nádorové onemocnění prsu, je nemoc, která ovlivňuje psychiku ženy. Přijetí nemoci je velmi těžké, léčba je také velmi náročná. Možnost vyléčení závisí na tom, v jakém stádiu je nemoc diagnostikována. Ve svém výzkumu jsem chtěla zjistit, jaká je kvalita života žen obecně a dále v různých oblastech jejich života. Mé výsledky jsem porovnávala s populační normou dotazníku WHOQOL-BREF, uvedenou v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace.

Výzkum probíhal pomocí formou dotazníkového šetření. Byl použit dotazník WHOQOL-BREF. Tento dotazník obsahuje 26 otázek, otázky jsou rozděleny do čtyř domén a dvě otázky se vyhodnocují samostatně. Stanovila jsem si dva cíle, a k těmto cílům celkem 5 výzkumných otázek.

V celkovém souboru bylo 60 respondentek. Nejvíce žen bylo ve věkovém rozmezí 40-49 let, což poukazuje na fakt, že tato nemoc postihuje často ženy ve středním věku. Nejčastěji ženy uváděly, že mají děti dvě. Nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Polovina žen žila na venkově, druhá polovina ve městě. Více žen se léčilo méně jak 3 měsíce. Nejčastějším typem léčby byla operace, a to parciální mastektomie. Více žen se léčilo ve FNHK.

Z mého výzkumného šetření jsem zjistila, že ženy hodnotí kvalitu svého života jako dobrou, průměrem 3,7. Dle mého předpokladu ženy nejsou spokojeny se svým zdravím celkově ani v doméně „fyzické zdraví“, průměrem 2,2 a 12,76. V doméně „prožívání“ jsou ženy spokojeny, výsledky jsou velmi podobné populační normě, průměrem 13,54. V doméně

„sociální vztahy“ jsem zjistila, že jsou ženy spokojeny se svými sociálními vztahy, průměrem 14,03. V doméně „prostředí“ jsem zjistila, že ženy jsou spokojeny s prostředím, ve kterém žijí, průměr v této doméně je vyšší než je populační norma, a to 14,73. Nejlepší kvalitu života uvádějí ženy ve věkovém rozmezí 20-29 let, nejhůře ženy ve věkovém rozmezí 40-49 let. Svobodné ženy uvádějí vysokou kvalitu života, nejnižší kvalitu života uvádějí ženy rozvedené. Lepší kvalitu mají ženy žijící na venkově, oproti ženám žijícím ve městě. Horší kvalitu života mají ženy, které podstoupily operační zákrok a chemoterapii, oproti ženám, které prodělaly pouze operační zákrok. Co se týká druhu operačního zákroku, lepší kvalitu uvádějí ženy, kterým byla provedena parciální mastektomie, oproti ženám, kterým byla provedena totální mastektomie.

ANOTACE

Autor:	Martina Kosinová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení Ošetrovatelství
Název práce:	Kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	110
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2018
Klíčová slova:	kvalita života, nádorové onemocnění, karcinom prsu

Bakalářská práce se zabývá nádorovým onemocněním prsu a jeho vlivem na kvalitu života nemocné ženy. Teoretická část se zaměřuje na anatomii prsu, dělení nádorů prsu, epidemiologii, etiologii, prevenci, projevy nemoci, diagnostiku onemocnění, léčbu a ošetrovatelskou péči. Objasňuje pojem „kvalita života“. Empirická část zkoumá pomocí dotazníkového šetření kvalitu života žen s nádorovým onemocněním prsu.

ANNOTATION

Author: Martina Kosinová
Institution: Institute of Social Medicine, Charles University in Hradec Králové
Department of Nursing
Title: The quality of life of women with breast cancer
Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages: 110
Number of attachments: 3
Year of defense: 2018
Keywords: quality of life, cancer, breast cancer

The bachelor thesis deals with breast cancer and its influence on the quality of life of the sick woman. The theoretical part focuses on breast anatomy, breast cancer division, epidemiology, etiology, prevention, disease manifestations, disease diagnosis, treatment and nursing care. It clarifies the concept of "quality of life". The empirical part examines the quality of life of women with breast cancer using a questionnaire survey.

POUŽITÉ ZDROJE

Tištěné zdroje

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kolektiv. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 143s., Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 227s., ISBN 80-247-0499-4.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kolektiv. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 326s., ISBN 80-7169-771-0.

BECKER, D. Horst. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 854s., ISBN 978-80-2470-720-4.

BEZDIČKOVÁ, Marcela, Eva HEJNAROVÁ, Lenka SLEZÁKOVÁ, et al. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300s., Sestra. ISBN 978-80-247-3130-8.

CASSIDY, Jim. *Oxford Handbook of Oncology*. 1. vyd. Oxford University Press, 2015, 873s., ISBN 978-01-9968-984-2.

CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kolektiv. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 614s., ISBN 978-80-2472-665-6.

CITTERBART, Karel a kolektiv. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 278s., ISBN 978-80-2460-318-6.

COUFAL, Oldřich, Vuk FAIT a kolektiv. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 414s., ISBN 978-80-2473-641-9.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 186s., ISBN 978-80-2719-255-7.

- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL – BREF. WHOQOL – 100*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, 92s., ISBN 80-85121-4.
- DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1. vyd. Praha: Grada, 168s., ISBN 978-80-2477-764-1.
- FAYERS, Peter M. et David MACHIN. *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. 1. vyd. Wiley, 2000, 404s., ISBN 978-04-7196-861-0.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2015– 2017*. 10. vyd. Praha: Grada, 2015. 439s., ISBN 978-80-247-5412-3.
- HNILICOVÁ, H., BENCKO, V. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. Praktický lékař*. ISSN 1803-6597. 2005, roč. 85, č. 11, s. 656-660.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 256s., ISBN 978-80-2474-412-4.
- KALVODOVÁ, L., VORLÍČEK, J., ADAM, Z., SVAČINA, P. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetrujícího týmu. Vnitřní lékařství*. ISSN 0042-773X. 2010, roč. 56, č. 6, s. 570-581.
- KLENER, Pavel jr. a Pavel KLENER. *Principy systémové protinádorové léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 200s., ISBN 978-80-2474-171-0.
- KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA. *Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 125s., ISBN 80-85824-66-3.
- KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 872s., ISBN 978-80-247-4284-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198s., ISBN 80-247-0179-0.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 347s., ISBN 978-80-247-3530-6.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. I. Brno: MSD, 2006, 228s., ISBN 80-86633-65-9.

PEYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629s., ISBN 80-7254-657-0.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508s., ISBN 978-80-247-2832-2.

SLOVÁČEK, Ladislav, HRSTKA, Zdeněk, SLOVÁČKOVÁ, Birgita. *Kvalita života onkologicky nemocných: koncepční modely, možnosti hodnocení. Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349. 2008, roč. 4, č. 4, s. 16-17.

VODRÁŽKA, Pavel. *Podpůrná léčba v onkologii 2003*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 224s., ISBN 80-7262-264-1.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448s., Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006, 328s., Sestra. ISBN 80-247-1716-6.

ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhněte se rakovině: aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008, 189s., Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

Elektronické zdroje

Histologie. [online]. 2015 [cit. 4. 9. 2018]. Dostupné z:
<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/histologie/>

Indikace k MR vyšetření prsů. [online]. 2014 [cit. 4. 9. 2018]. Dostupné z:
<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--indikace--indikace-k-mr-vysetreni-prsu/>

Ultrazvukové vyšetření prsou a podpaží. [online]. 2018 [cit. 4. 9. 2018] Dostupné z:
<http://www.mammacentrum.cz/ultrazvukove-vysetreni/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Dělení maligních nádorů	15
Tabulka č. 2 – Tři oblasti života	36-37
Tabulka č. 3 – Přehled domén a položek WHOQOL-BREF	42-43
Tabulka č. 4 – Věk	49
Tabulka č. 5 – Počet dětí	50
Tabulka č. 6 – Rodinný stav	51
Tabulka č. 7 – Vzdělání	52
Tabulka č. 8 – Bydliště	53
Tabulka č. 9 – Doba léčby	54
Tabulka č. 10 – Druh léčby	55
Tabulka č. 11 – Druh operace	56
Tabulka č. 12 – Nemocnice	57
Tabulka č. 13 – Kvalita života	58
Tabulka č. 14 – Spokojenost se zdravím	59
Tabulka č. 15 – Vnímání bolesti	60
Tabulka č. 16 – Potřeba lékařské péče	61
Tabulka č. 17 – Potěšení ze života	62
Tabulka č. 18 – Smysl života	63
Tabulka č. 19 – Schopnost soustředit se	64
Tabulka č. 20 – Pocit bezpečí	65
Tabulka č. 21 – Zdravé životní prostředí	66
Tabulka č. 22 – Dostatek energie	67
Tabulka č. 23 – Akceptování svého vzhledu	68
Tabulka č. 24 – Dostatek financí	69
Tabulka č. 25 – Přístup k informacím	70
Tabulka č. 26 – Záliby	71
Tabulka č. 27 – Schopnost pohybovat se	72
Tabulka č. 28 – Spokojenost se spánkem	73
Tabulka č. 29 – Schopnost provádět každodenní činnosti	74
Tabulka č. 30 – Spokojenost s pracovním výkonem	75
Tabulka č. 31 – Spokojenost sama se sebou	76
Tabulka č. 32 – Spokojenost s osobními vztahy	77

Tabulka č. 33 – Spokojenost se sexuálním životem	78
Tabulka č. 34 – Spokojenost s podporou přátel	79
Tabulka č. 35 – Spokojenost s podmínkami v místě bydliště	80
Tabulka č. 36 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	81
Tabulka č. 37 – Spokojenost s dopravou	82
Tabulka č. 38 – Prožívání negativních emocí	83

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věk	49
Graf č. 2 – Počet dětí	50
Graf č. 3 – Rodinný stav	51
Graf č. 4 – Vzdělání	52
Graf č. 5 – Bydliště	53
Graf č. 6 – Doba léčby	54
Graf č. 7 – Druh léčby	55
Graf č. 8 – Druh operace	56
Graf č. 9 – Nemocnice	57
Graf č. 10 – Kvalita života	58
Graf č. 11 – Spokojenost se zdravím	59
Graf č. 12 – Vnímání bolesti	60
Graf č. 13 – Potřeba lékařské péče	61
Graf č. 14 – Potěšení ze života	62
Graf č. 15 – Smysl života	63
Graf č. 16 – Schopnost soustředit se	64
Graf č. 17 – Pocit bezpečí	65
Graf č. 18 – Zdravé životní prostředí	66
Graf č. 19 – Dostatek energie	67
Graf č. 20 – Akceptování svého vzhledu	68
Graf č. 21 – Dostatek financí	69
Graf č. 22 – Přístup k informacím	70
Graf č. 23 – Záliby	71
Graf č. 24 – Schopnost pohybovat se	72
Graf č. 25 – Spokojenost se spánkem	73

Graf č. 26 – Schopnost provádět každodenní činnosti	74
Graf č. 27 – Spokojenost s pracovním výkonem	75
Graf č. 28 – Spokojenost sama se sebou	76
Graf č. 29 – Spokojenost s osobními vztahy	77
Graf č. 30 – Spokojenost se sexuálním životem	78
Graf č. 31 – Spokojenost s podporou přátel	79
Graf č. 32 – Spokojenost s podmínkami v místě bydliště	80
Graf č. 33 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	81
Graf č. 34 – Spokojenost s dopravou	82
Graf č. 35 – Prožívání negativních emocí	83
Graf č. 36 – Průměrná hodnota Kvality života	84
Graf č. 37 – Průměrná hodnota Spokojenosti se zdravím	85
Graf č. 38 – Průměrná hodnota Fyzické zdraví (DOM1)	86
Graf č. 39 – Průměrná hodnota Duševní zdraví (DOM2)	86
Graf č. 40 – Průměrná hodnota Sociální vztahy (DOM3)	87
Graf č. 41 – Průměrná hodnota Prožívání (DOM4)	88
Graf č. 42 – Průměrná hodnota „kvalita života“ dle věku	89
Graf č. 43 – Průměrná hodnota „kvalita života“ dle rodinného stavu	90
Graf č. 44 – Průměrná hodnota „kvalita života“ dle bydliště	90
Graf č. 45 – Průměrná hodnota „kvalita života“ dle druhu léčby	91
Graf č. 46 – Průměrná hodnota „kvalita života“ dle druhu operačního zákroku	92

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s vyplněním dotazníku

Informovaný souhlas s vyplněním dotazníku

Vážené pacientky/klientky,

jmenuji se Martina Kosinová a jsem studentkou Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. V rámci své bakalářské práce uskutečňuji výzkumné šetření, jehož cílem je zjistit kvalitu života žen s nádorovým onemocněním prsu. Výzkumné šetření uskutečňuji formou standardizovaného dotazníku (viz příloha). Výzkum je zcela anonymní, získané informace zcela důvěrné a budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

V případě Vašeho souhlasu vyplňte, prosím, přiložený dotazník.

Děkuji za Vaši vstřícnost, ochotu a spolupráci na výzkumném šetření.

Kosinová Martina

.....
Podpis

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Sociodemografické údaje

Věk:

Rodinný stav: Svobodná
 Vdaná
 Rozvedená
 Vdova

Počet dětí:

Vzdělání: Základní
 Středoškolské bez maturity
 Středoškolské s maturitou
 Vyšší odborné
 Vysokoškolské

Profese:

Bydlíte: na venkově
 ve městě

Doba léčby: 0 – 3 měsíce
 více jak 3 měsíce

Léčbou bylo: operace
 chemoterapie
 ozařování

Druh operace: parciální mastektomie
 totální mastektomie

Nemocnice, ve které se léčíte: Fakultní nemocnice Hradec Králové
 NPK a.s. - Chrudimská nemocnice

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

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

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

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5

5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

Chtěl/a byste se zmínit o něčem dalším?

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Vaši ochotu

Příloha č. 2 – Žádost o povolení výzkumu FNHK

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

v Chrudimi 11.10.2017

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Chirurgické klinice FNHK

Vážená paní Vaňková,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Chirurgické klinice FNHK, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Kosinové, narozené 30. 11. 1995, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit jak nemoc a operace ovlivnila kvalitu života pacientek s karcinomem prsu, zjistit posun kvality života v čase.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku WHOQOL-BREF, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Kosinová Martina
Strojařů 1151, 537 01 Chrudim
Tel. 732 152 600

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel. 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko

Příloha č. 3 – Žádost o povolení výzkumu NPK – Chrudimská nemocnice

Vážená paní

Mgr. Gabriela Medunová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Václavská 570, 537 01 Chrudim

v Chrudimi 11.10.2017

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Chrudimské nemocnici

Vážená paní Medunová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Kosinové, narozené 30. 11. 1995, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit jak nemoc a operace ovlivnila kvalitu života pacientek s karcinomem prsu, zjistit posun kvality života v čase.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku WHOQOL-BREF, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Kosinová Martina
Strojařů 1151, 537 01 Chrudim
Tel. 732 152 600

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
Tel. 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko