

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

KVALITA ŽIVOTA ŽEN S NÁDOROVÝM
ONEMOCNĚNÍM PRSU

Bakalářská práce

Autor práce: **Nikol Vlachová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2021

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH BREAST
CANCER**

Bachelor's thesis

Author: **Nikol Vlachová**

Supervisor: **Mgr. Jana Matulová**

2021

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 Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Matulové za odborné vedení této práce, poskytování cenných rad a připomínek. Děkuji také personálu nemocnice a pacientkám onkologického oddělení za jejich ochotu při provádění výzkumu. Poděkování patří i rodině a přátelům za jejich podporu.

Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 KVALITA ŽIVOTA.....	10
1.1 Pojem kvalita života	10
1.2 Rozsah pojetí kvality života	12
1.3 Kvalita života v souvislosti se zdravím	12
1.4 Měření kvality života.....	13
1.5 Nástroje kvality života.....	14
1.5.1 Generické dotazníky.....	14
1.5.2 Specifické dotazníky	17
2 PRS A JEHO ANATOMIE	18
3 NÁDORY PRSU	19
3.1 Třídění nádorů	19
3.1.1 Podle biologických vlastností	19
3.1.2 Podle histopatogeneze	19
3.2 Růst a šíření nádorů	20
3.3 Klasifikační systém TNM.....	21
3.4 Dělení maligních nádorů prsu	21
4 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU.....	22
5 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU.....	23
5.1 Faktory životního stylu.....	23
5.2 Faktory osobní anamnézy	24
5.3 Hormonální a gynekologické faktory	24
5.4 Genetické rizikové faktory	25
5.5 Další rizikové faktory	25
6 PREVENCE KARCINOMU PRSU	26
6.1 Primární prevence.....	26
6.2 Sekundární prevence	26
6.3 Terciární prevence	27
7 KLINICKÉ PROJEVY KARCINOMU PRSU	28
8 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU	30

8.1	Anamnéza	30
8.1.1	Nynější onemocnění.....	30
8.1.2	Rodinná anamnéza	30
8.1.3	Gynekologická anamnéza	31
8.2	Fyzikální vyšetření	31
8.3	Zobrazovací metody	31
8.3.1	Mamografie	31
8.3.2	Ultrasonografie.....	32
8.3.3	Duktografie	32
8.3.4	Magnetická rezonance.....	32
8.3.5	Počítačová tomografie.....	32
8.4	Laboratorní vyšetření.....	33
8.5	Biopsie.....	33
8.5.1	Tkáňová punkční biopsie (core-cut).....	33
8.5.2	Vakuová biopsie.....	33
8.5.3	Aspirace tenkou jehlou.....	33
9	LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	34
9.1	Chirurgická léčba.....	34
9.1.1	Totální mastektomie.....	35
9.1.2	Parciální mastektomie	36
9.2	Chemoterapie.....	37
9.3	Radioterapie.....	37
9.4	Hormonální léčba	38
9.5	Biologická léčba	39
10	NEŽÁDOUCÍ VEDLEJŠÍ ÚČINKY LÉČBY	40
10.1	Nežádoucí vedlejší účinky chirurgické léčby.....	40
10.2	Nežádoucí vedlejší účinky radioterapie.....	40
10.3	Nežádoucí vedlejší účinky chemoterapie	41
10.4	Nežádoucí vedlejší účinky hormonální léčby.....	42
10.5	Nežádoucí vedlejší účinky biologické léčby	42
11	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM PRSU	43
11.1	Ošetřovatelská péče při chemoterapeutické léčbě.....	43

11.2	Ošetrovatelská péče při radioterapeutické léčbě	43
11.3	Ošetrovatelská péče při hormonoterapeutické léčbě	43
11.4	Ošetrovatelská péče při chirurgické léčbě	43
11.4.1	Ošetrovatelská péče v předoperačním období.....	43
11.4.2	Ošetrovatelská péče v pooperačním období.....	44
11.5	Péče o psychiku pacientky s nádorovým onemocněním prsu	45
12	ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE RAKOVINOU PRSU	46
	EMPIRICKÁ ČÁST	47
13	ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	49
13.1	Metoda výzkumu a zpracování dat.....	49
13.2	Charakteristika výzkumného souboru osob.....	50
13.3	Organizace výzkumného šetření.....	50
14	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	51
14.1	Vyhodnocení sociodemografických údajů	51
14.2	Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF	58
15	DISKUZE	61
15.1	Porovnání dat s populačními normami.....	62
15.2	Porovnání dat s populačními normami dle věku	68
15.3	Statistická analýza získaných dat	80
15.4	Porovnání výsledků s jinými pracemi	85
	ZÁVĚR	86
	ABSTRAKT	88
	ABSTRACT.....	89
	POUŽITÁ LITERATURA	90
	Tištěné zdroje	90
	Elektronické zdroje.....	92
	SEZNAM TABULEK	94
	SEZNAM GRAFŮ	94
	SEZNAM PŘÍLOH.....	95
	PŘÍLOHY	96

ÚVOD

Kvalita života má mnoho definic a pohledů. Jakými způsoby je možné tento pojem chápat, a co kvalitu života ovlivňuje, to všechno popisuje velké množství literárních zdrojů. Kvalita života může být ovlivňována například nemocí. Tento fakt s sebou přináší nejen somatické, ale i psychické a sociální potíže, se kterými se musí nemocný člověk co nejvhodnějším způsobem vypořádat.

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Ročně na celém světě pozorujeme více než 2 miliony nových případů tohoto onemocnění. V České republice je každoročně diagnostikováno více než 7200 nových případů. I přesto, že četnost tohoto onemocnění stále stoupá, počet úmrtí na následky karcinomu prsu naopak lehce klesá Základem je včasná diagnostika a úspěšná léčba. V poslední době je značným problémem relativně velký nárůst pacientek v mladším věku, u kterých bylo toto onemocnění diagnostikováno.

Důvod, proč jsem si zvolila toto téma, je můj zájem o onkologickou problematiku. Inspirací pro mě byla zejména zdravotnická praxe, kterou jsem v průběhu studia vykonávala na různých odděleních. Konkrétně s rakovinou prsu jsem se setkávala nejčastěji na chirurgickém oddělení, kde pacientky podstupovaly chirurgické odstranění části nebo celého prsu. Zde jsem mohla být svědkem prožívání emocí vystrašených pacientek, které netušily, zda a jak se zvládnou s nádorovým onemocněním prsu vypořádat.

Teoretická část bakalářské práce se skládá z popisu kvality života a nádorového onemocnění prsu. V této části je popsán pojem kvalita života, dále pak anatomie prsu, nádory prsu, epidemiologie, etiologie, prevence, klinické projevy, diagnostika a léčba rakoviny prsu, nežádoucí účinky léčby rakoviny prsu, ošetrovatelská péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu a organizace zabývající se rakovinou prsu.

V empirické části je hlavní podstatou celková kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu. K provádění výzkumného šetření byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který sestává z 26 otázek. Součástí dotazníku bylo 9 doplňujících otázek týkajících se sociodemografických údajů respondentek. Pro výzkumnou část práce byl stanoven jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle, které jsou podrobněji rozebrány v empirické části práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Podle WHO se kvalitou života rozumí: „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Dragomířecká a Bartoňová, 2006, s. 28).

1.1 Pojem kvalita života

Termín kvalita života se poprvé v historii objevil ve 20. letech v souvislosti s ekonomickým vývojem a materiální podporou nižších společenských vrstev. Diskutovalo se o vlivu státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj financí ve státě. Existuje mnoho různých definic kvality života, ani jedna však není v průběhu několika posledních let akceptována (Payne a kol., 2005, s. 205 - 207).

Pojmu kvalita života se věnují odborníci z mnoha různých oborů – psychologové, sociologové, ekonomové, politologové i lékaři. Studium tohoto pojmu se zaměřuje na identifikaci faktorů, které vedou k smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 70).

Rozlišujeme objektivní a subjektivní kvalitu života. **Objektivní kvalita života** znamená plnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví. **Subjektivní kvalita života** vyjadřuje lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem (Payne a kol., 2005, s. 207).

Kvalita života člověka může být chápána jako spokojenost nebo pocit naplnění v důležitých životních oblastech. Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vypracovalo zajímavý model označovaný jako „**3B**“, který se dělí do tří oblastí.

Označení oblastí (viz Tabulka č. 1):

1. být (being)

2. někam patřit (belonging)

3. o něco usilovat, něčím se stávat (becoming) (Mareš, 2006, s. 15).

Tabulka č. 1: Tři oblasti života (Mareš, 2006, s. 16)

Označení oblasti	Základní typy, podoblasti	Příklady
1. Být (being)	Fyzické (somatické) bytí	<ul style="list-style-type: none"> • somatické zdraví • osobní hygiena • způsob stravování • cvičení pro zdraví • péče o vzhled, způsob oblékání • jedincův celkový vzhled
	Psychologické bytí	<ul style="list-style-type: none"> • mentální zdraví a adaptovanost • kognitivní úroveň • pocity a emoce • sebedůvěra, sebepojetí, autoregulace
	Spirituální bytí	<ul style="list-style-type: none"> • osobní hodnoty • standardy chování vůči okolí • spirituální potřeby • víra
2. Někam patřit (belonging) – vztah k různým typům prostředí	Fyzická přináležitost	<ul style="list-style-type: none"> • typ bydlení • škola/práce • lokalita, v níž jedinec bydlí (např. část vesnice, čtvrť ve městě) • typ obce, v níž jedinec žije (vesnice, malé město, velké město apod.)
	Sociální přináležitost	<ul style="list-style-type: none"> • rodina • nejbližší lidé • kamarádi/kamarádky • spolužáci/spolupracovníci • sousedé • společenství lidí, k němuž jedinec patří
	Komunitní přináležitost	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní péče • sociální služby • finanční zajištění • docházka do školy • zaměstnanost/nezaměstnanost • dostupné vzdělávací programy • dostupné programy pro volný čas • akce pořádané v místě bydliště
3. O něco usilovat, něčím se stávat (becoming) – osobní cíle, aspirace, snahy, zdroje naděje	Praktické usilování	<ul style="list-style-type: none"> • domácí práce, práce na zvelebení bytu, domu, zahrady atd. • placené práce, placené zaměstnání • dobrovolnická práce (pro školu, pro potřebné lidi) • péče o vlastní zdraví • uspokojování sociálních potřeb
	Volnočasové usilování	<ul style="list-style-type: none"> • provádění činností, které snižují stres a dovolují relaxovat
	Usilování o osobní růst, osobní rozvoj	<ul style="list-style-type: none"> • provádění činností, které udržují nebo zvyšují dosaženou úroveň znalostí a praktických dovedností • adaptování se změnám

1.2 Rozsah pojetí kvality života

Pokud hovoříme o kvalitě života, myslíme tím život jednotlivého člověka. Vybíráme tedy z celé problematiky pouze její dílčí část. Engel a Bergsma (1988) dělí tuto problematiku do tří hierarchicky rozdílných sfér: makro-rovina, mezo-rovina a personální rovina.

Makro-rovina se zabývá kvalitou života velkých společenských celků (stát, kontinent). Dochází k zamyšlení se nad problematikou kvality života - absolutní smysl života. Taková problematika se stává součástí základních politických úvah (např. problematika boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, atd.)

V **mezo-rovině** se diskutuje o otázkách kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (škola, nemocnice, podnik). Zde problematika zahrnuje otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb člověka, existence sociální opory, sdílených hodnot apod.

Personální (osobní) rovina je definována jako život jednotlivce (pacient, lékař). Stanovení kvality života se opírá o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod. Každý si tak sám hodnotí kvalitu vlastního života (Křivohlavý, 2002, s. 163 – 164).

1.3 Kvalita života v souvislosti se zdravím

Termín kvalita života je užíván i v medicíně od 70. let dvacátého století. I přesto je tento pojem ve zdravotnictví problematikou stále novou, avšak velmi zdůrazňovanou. Zdravotníci musejí mít zájem o to, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými onemocněními nebo jaký je dopad zvolené léčby na kvalitu života pacientů (Payne a kol., 2005, s. 211).

Nemoc či zdravotní postižení může znamenat pro člověka omezení v naplňování životních cílů. Zároveň dochází ke snížení celkové kvality života takových pacientů, včetně jejich blízkých. Nemoc tímto způsobem může člověku vzít smysl života. Z jiného pohledu lze říci, že pro někoho může znamenat nemoc výzvu, se kterou se snaží vyrovnat, bojovat, a vyburcovat sebe i rodinu ke statečnému zápasu. Nakonec si totiž všichni uvědomí, na čem v životě opravdu záleží (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 77).

V medicíně a zdravotnictví se důležitost zkoumání kvality života posunuje do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Jedním z nejčastějších pojmů operující s kvalitou života je **health related quality of life (HRQoL)**, což je kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem lze popsat jako: „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.*“ Konkrétně to znamená, že existují nejen klinické ukazatele úspěchu či neúspěchu nasazené léčby (krevní tlak, tělesná teplota, hladina hemoglobinu, apod.), ale i subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta (bolest, zvládání chůze do schodů, únava, emoce, apod.). Takový přístup se využívá především při léčbě onkologických a psychiatrických pacientů. (Payne a kol., 2005, s. 211 - 212).

1.4 Měření kvality života

Nejčastěji může být kvalita života měřena z těchto tří pohledů:

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.

Ukazatelé, které jsou součástí prvního bodu (bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny, apod.), se hodí spíše pro účely měření kolektivní kvality života, dále pro porovnání rozdílně definovaných skupin populace a pro mezikulturní srovnání než pro jednotlivce. Některé charakteristiky tohoto typu mají vliv na kvalitu života jen částečně, a to tehdy, když klesnou pod určitou hranici (hranice chudoby).

Celková spokojenost nesouvisí jen s počtem oblastí, ve kterých je jedinec spokojen, ale především se spokojeností v oblastech, které považuje za důležité. Třetí bod zahrnuje fyzickou kondici a schopnost provádět každodenní činnosti, prožívání, vztahy s blízkými, vztahy se sociálním okolím, prostředí, ve kterém člověk žije a jak tráví volný čas.

Kvalitu života můžeme sledovat na individuální úrovni, na úrovni skupin pacientů, nebo na úrovni populačního šetření kvality života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10).

Měřit kvalitu života lze v souvislosti s léčbou různých onemocnění a zvládnutím života se zdravotním postižením. Důležité je, abychom si byli stále vědomi toho, že se k pojmu kvalita života teprve přibližujeme. I přesto, že jsou k dispozici nástroje pro měření, není zcela jisté, že měříme právě kvalitu života (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 78).

1.5 Nástroje kvality života

Pro měření kvality života, v souvislosti se zdravím, je možné čerpat ze stovek standardizovaných dotazníků. Tyto dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života lidí s různými nemocemi, s různým postižením, v závislosti na životním stylu, na sociálním zařazení, atd. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 78).

K měření kvality života používáme buď dotazníky generické (všeobecné) nebo specifické (speciální).

Generické (všeobecné) dotazníky používáme pro jakýkoliv soubor pacientů nebo zdravých osob. Výhodou je možnost vzájemného porovnání podmínek a souborů osob. Lze je využít pro populační šetření.

Specifické (speciální) dotazníky jsou určeny pro pacienty s určitými obtížemi a zahrnují data, které zjišťují dopad takových obtíží na život pacienta. Tyto dotazníky jsou schopny zachytit klinicky významné změny, ale jejich výsledky je těžké srovnávat nebo zobecňovat (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10).

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

1.5.1 Generické dotazníky

- **SIP** (Sickness Impact Profile)

Tento dotazník byl vytvořen za účelem jeho širokého využití, u kterého není zásadní typ a závažnost onemocnění, demografické nebo kulturní aspekty. Využívá se pro studie hodnotící efektivnost terapie. Zahrnuje 136 položek představující denní aktivity, které se dále dělí do 12 škál (spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo,

pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivity, stravování) (Gurková, 2011, s. 144).

- **NHP** (Nottingham Health Profile)

NHP byl vytvořen za účelem měření tělesného, sociálního a psychického distresu. Vychází z dotazníku SIP, ale liší se větší zaměřeností na změny v prožívání (emocionální stav) než na denní aktivity, obsahuje méně položek a je jednodušší. Skládá se z 38 položek rozdělených do 6 škál (spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolace, tělesná mobilita a úroveň energie) (Gurková, 2011, s. 144 - 145).

- **SF-36** (Medical Outcomes Study 36 – Item short Form)

SF-36 je krátká forma generického dotazníku, která hodnotí zdravotní stav obecné populace. Dotazník bývá používán v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů výzkumu. SF-36 obsahuje 36 položek. Fyzické zdraví zahrnuje: omezení fyzických aktivit v důsledku tělesných zdravotních problémů, omezení ve vykonávání sociálních aktivit, omezení ve vykonávání běžných činností, bolest a celkové vnímání zdraví. Mentální zdraví je zastoupeno: vitalitou (energie, únava), omezením ve vykonávání sociálních aktivit v důsledku emocionálních problémů, omezením ve vykonávání běžných aktivit a všeobecným mentálním zdravím (Gurková, 2011, s. 145).

- **WHOQOL-BREF** (The World Health Organization Quality of Life)

Tento dotazník je zkrácenou verzí WHOQOL-100, což je stopoložkový sebesposuzovací dotazník, který zahrnuje šest domén – fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, duchovní oblast, fyzické zdraví a spiritualitu.

Při výběru položek pro WHOQOL-BREF se vycházelo z těchto čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. WHOQOL-BREF se skládá z 26 položek (viz Tabulka č. 2). Výsledky dotazníku se vyjadřují jako doménové skóre a hodnoty dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17).

Tabulka č. 2: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 32).

Domény	Položky	
Doména 1 – Fyzické zdraví	q3	Bolest a nepříjemné pocity
	q4	Závislost na lékařské péči
	q10	Energie a únava
	q15	Pohyblivost
	q16	Spánek
	q17	Každodenní činnosti
	q18	Pracovní výkonnosti
Doména 2 - Prožívání	q5	Potěšení ze života
	q6	Smysl života
	q7	Soustředění
	q11	Přijetí tělesného vzhledu
	q19	Spokojenost se sebou
	q26	Negativní pocity
Doména 3 – Sociální vztahy	q20	Osobní vztahy
	q21	Sexuální život
	q22	Podpora přátel
	q8	Osobní bezpečí
Doména 4 - Prostředí	q9	Životní prostředí
	q12	Finanční situace
	q13	Přístup k informacím
	q14	Záliby
	q23	Prostředí v okolí bydliště
	q24	Dostupnost zdravotní péče
	q25	Doprava
2 samostatné položky	q1	Kvalita života
	q2	Spokojenost se zdravím

1.5.2 Specifické dotazníky

Specifické nástroje pro měření kvality života onkologických pacientů:

- **QLQ-C30** (Quality of Life Questionnaire C30)

Tento nejčastěji používaný dotazník je vytvořený organizací EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Skládá se z 30 položek rozdělených do 5 funkčních škál (tělesná, vykonávání rolí, kognitivní, emocionální a sociální) a do 3 symptomových škál (únava, bolest, zvracení/nauzea). Obsahuje 16 modulů, které se zaměřují na různé druhy nádorových onemocnění (Gurková, 2011, s. 149 - 150).

- **FACT-G** (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy General)

Jedná se o specifický nástroj, který podobně jako QLQ-C30 zahrnuje aspekty širokého spektra nádorových onemocnění. Obsahuje 27 položek, které jsou rozděleny do 4 škál (tělesná pohoda, sociální/rodinná pohoda, emocionální a funkční pohoda) (Gurková, 2011, s. 150 - 151).

- **RSLC** (Rotterdam Symptom Check List)

RSCL (Rotterdamský seznam symptomů) je podobný dotazníku QLQ-C30. Skládá se z 30 položek rozdělených do 2 škál (všeobecný psychologický distres a distres vyplývající ze symptomů). Výhodou je, že nehodnotí přítomnost/absenci symptomů, ale pacient uvádí zátěž způsobenou symptomy (Gurková, 2011, s. 151).

2 PRS A JEHO ANATOMIE

Prs je párový orgán, vyklenutý na přední straně hrudníku, v němž je uložena mléčná žláza. Mléčná žláza se skládá z 15 - 20 laloků, které se dále dělí na menší lalůčky (lobuly), jejichž hlavní funkcí je produkce mléka. Dále jsou zde propojeny mlékovody (tubuly) vyústující v bradavce, která se nachází v centru prsního dvorce. Zbývající prostor prsu je vyplněn tukovou a fibrózní (vazivovou) pojivovou tkání. Pro lepší názornost můžeme prs rozdělit na čtyři kvadranty – horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní a dolní vnitřní (Abrahámová a kol., 2019, s. 17).

Prsní žláza má cévní zásobení z více zdrojů. Vyznačuje se bohatou sítí kolaterál, které zajišťují výživu i při omezení přítoku. Mezi tři dominantní skupiny patří arteria thoracica interna, arteria axillaris a anterolaterální a laterální perforátory. Přímo pod kůží tvoří cévy podkožní pletěň – plexus subdermalis, která zajišťuje výživu kůže prsu (Coufal a kol., 2011, s. 22).

Inervace prsu probíhá segmentárně z mediální a laterální strany. Krajiny inervované jednotlivými nervy (III. - VI. anterolaterální intrakostální nervy, anteromediální segmentální nervy) se z velké části překrývají (Coufal a kol., 2011, s. 23).

Tok mízy je v mizních cévách přerušován mizními uzlinami, které představují filtr mizního zásobení. Mezi prvotní uzlinový spád prsu řadíme uzliny podpažní, mezižeberní, event. nadkličkové (Abrahámová a kol., 2019, s. 17).

Prsy v průběhu života procházejí různými změnami. Od narození dívky se v oblasti bradavky a dvorce nachází žláznatá část prsu, která je tvořena pouze malým množstvím nedokonale větvených tubulů. V období puberty dochází u dívek k zvětšování objemu prsů. To je způsobeno zvýšeným růstem a větvením duktů a zároveň narůstáním fibrózní pojivové tkáně. Během gravidity naopak převažuje v prsu žláznatá část nad částí pojivovou. Po ukončení laktace se postupně snižuje množství žláznaté tkáně, dojde ke zmenšení objemu prsou a převažuje tkáň pojivová. Po menopauze se redukuje jak počet lobulů, tak žláznatá i vazivová pojivová tkáň, která je nahrazena tukem (Abrahámová a kol., 2019, s. 17).

3 NÁDORY PRSU

Nádor (tumor) je abnormální tkáňový útvar, který je charakterizován růstem bez regulace a koordinace. Tyto útvary rostou rychleji než okolní tkáň a mechanismus kontrolující růst je zničen. Konečným výsledkem je růst nádoru, který napadá a ničí normální tkáň (Bezdičková a kol., 2010, s. 214).

3.1 Třídění nádorů

Nádory můžeme dělit podle biologických vlastností nebo podle původu (histogeneze) (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 126).

3.1.1 Podle biologických vlastností

Benigní (nezhoubné) nádory rostou pomalu a jsou ohraničené. Nemají větší negativní účinek na organismus, působí pouze tlakem na okolní buňky. Tyto nádory zůstávají na místě svého vzniku (nemetastazují) a po úplném odstranění většinou nerecidivují (Bezdičková a kol., 2010, s. 214).

Intermediární (semimaligní) nádory jsou na pomezí mezi benigními a maligními nádory. Prognóza u těchto nádorů je lepší než u nádorů maligních. Od benigních nádorů se liší tím, že mohou metastazovat (vytvářet vzdálená ložiska – metastázy) a někdy i recidivují (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 126).

Maligní (zhoubné) nádory rostou zpravidla rychle a jsou neohraničené. Prorůstají nejen do okolní tkáně, ale i do krevních a mízních cév. Mohou vytvářet vzdálená dceřiná ložiska – metastázy. Tyto nádory někdy i po odstranění recidivují (Bezdičková a kol., 2010, s. 214).

3.1.2 Podle histopatogeneze

Nádory posuzujeme podle jejich mikroskopického vzhledu. Často je však velmi obtížné stanovit druh tkáně, z níž nádor vzniká. Podle histogeneze nádory dělíme na: mezenchymové, epitelové, z nervové tkáně, smíšené a další (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 128).

Mezenchymové nádory odvozujeme od pojivových tkání, tukové tkáně, svaloviny, cév a krevtovorných tkání (kostní dřeň, lymfatických uzlin a sleziny). Dělíme je na nádory benigní a maligní (sarkom) (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 129).

Můžeme zmínit například nádory z kolagenního vaziva (fibrom x fibrosarkom), z tukové tkáně (lipom x liposarkom), z krevních cév (hemangiom x angiosarkom) a další (Vorlíček a kol., 2012, s. 54).

Epitelové nádory vznikají z epitelových buněk žlázových či krycích epitelů. Benigní epitelové nádory se dělí na dvě hlavní varianty. Těmi je papilom (z povrchového epitelu) a adenom (ze žlázového epitelu). Nejčastější typ maligních novotvarů se nazývá karcinom (Vorlíček a kol., 2012, s. 55).

Neuroektodermové nádory se dělí na nádory centrální nervové soustavy (neuroblastom, ganglioneuron, meduloblastom), nádory periferní nervové soustavy (neurofibrom, neurinom) a nádory kůže nebo sliznic (melanom, pigmentový névus) (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 148).

Smíšené nádory se skládají ze dvou a více tkání různého původu. Příkladem je fibroadenom, nezhojný nádor ženského prsu (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012, s. 150).

3.2 Růst a šíření nádorů

Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi různými způsoby.

- Růst **expanzivní** je charakterizován mechanickým útlakem okolí a následnou atrofií okolních tkání.
- Růst **infiltrativní** představuje prorůstání nádorových buněk mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení.
- Růst **invazivní** (agresivní, destruktivní) je typický vrůstáním nádorových buněk do okolních tkání, které postupně poškozují a ničí. Typický růst zhoubných nádorů (Bezdičková a kol., 2010, s. 214).

Nádory se v organismu šíří několika způsoby.

- **Přímé** šíření neboli pokračující místní růst, který postihuje v některých případech i rozsáhlé partie lidského těla.
- **Metastazování porogenní** je šíření maligních buněk v tělních dutinách nebo šterbinách, kde se nenacházejí překážky pro volný pohyb buněk.

- **Metastazování krevním řečištěm** (hematogenní) je šíření nádorů, při kterém dochází k vniknutí nádorových buněk do krevní cévy. Nádorové buňky jsou zaneseny na vzdálené místo, kde vytváří nové ložisko.
- **Metastazování lymfatickými cestami** (lymfogenní) je šíření nádorů, u kterých dochází k zakládání nových ložisek v průběhu lymfatických cest a uzlin (Vorlíček a kol., 2012, s. 53).

3.3 Klasifikační systém TNM

Pro klasifikaci rozsahu onemocnění (staging) se užívá mezinárodní klasifikace TNM. Základním smyslem klasifikace TNM je zjednodušit výměnu informací mezi jednotlivými lékaři (léčebnými centry) a závisí na něm strategie léčby.

T (tumor) znamená rozsah primárního nádoru. K písmenu se dále připojují číslice (T1 – T4), které označují rozsah primárního ložiska.

N (noduli) představuje stav regionálních (místních) uzlin. Zde se připojují číslice (N1 – N3), označující postižení regionálních uzlin.

M (metastases) určuje, zda jsou vzdálené metastázy přítomny (M1) nebo nepřítomny (M0) (Klener, 2011, s. 31).

3.4 Dělení maligních nádorů prsu

Maligní nádory prsu dělíme na dva základní typy. Neinvazivní karcinomy (in situ) a invazivní karcinomy.

Neinvazivní karcinomy (in situ) nejsou schopny napadat okolní tkáň. Řadíme mezi ně duktální karcinom in situ (DCIS), který vychází z epitelálních buněk mlékovodů (duktů) a lobulární karcinom in situ (LCIS) vycházející z epitelálních buněk mamárních lobulů (Vorlíček a kol., 2012, s. 348).

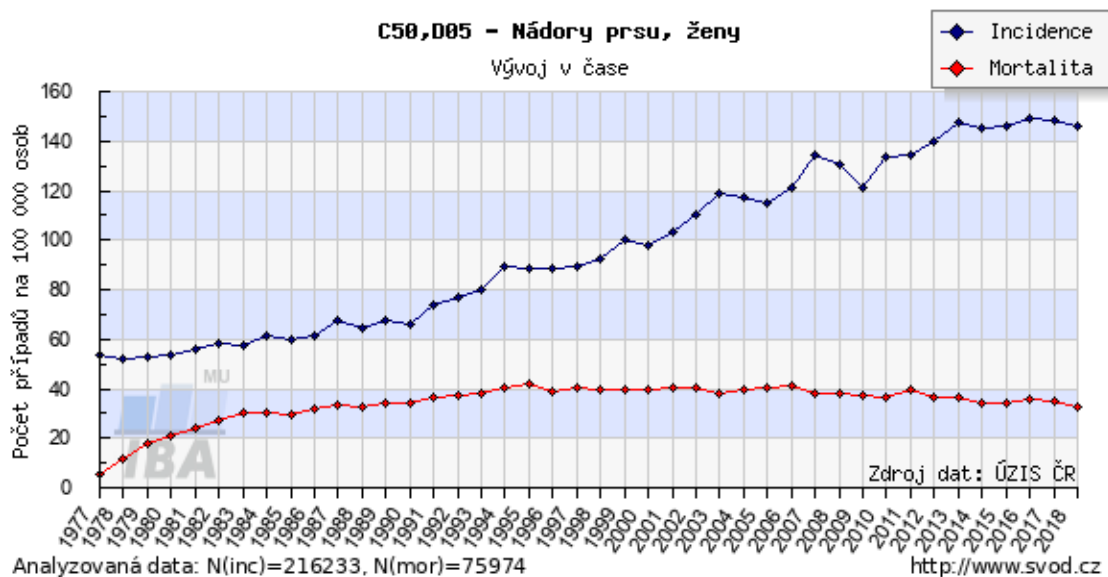
Invazivní karcinomy se mohou rozšiřovat do okolních tkání prsu. Dělíme je na invazivní duktální karcinom vycházející z mlékovodů (nejčastější typ karcinomu prsu) a invazivní lobulární karcinom (Vorlíček a kol., 2012, s. 348).

4 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen (mimo nemelanomové kožní nádory). Ročně na celém světě pozorujeme více než 2 miliony nových případů tohoto onemocnění, což činí 24% všech zhoubných nádorů žen. V České republice je karcinom prsu, stejně jako v ostatních vyspělých zemích světa (především v zemích severní a západní Evropy a Severní Ameriky), nejčastějším zhoubným nádorem, a během posledních 20 let vzrostl počet sledovaných případů téměř o 60 % (Abrahámová a kol., 2019, s. 30).

Četnost (incidence) karcinomu prsu se zvyšuje s věkem, zdvojuje se každých 10 let až do období menopauzy a následně je zvyšování každoročně dramatické. K nejprudšímu vzestupu dochází po 50. roce věku. Naopak před 20. rokem je výskyt karcinomu prsu výjimečný (Vorlíček a kol., 2012, s. 340).

I když četnost v posledních letech stoupá, úmrtnost (mortalita) stagnuje, či dokonce pomalu klesá. Důvodem je stále úspěšnější léčba a zlepšení časné diagnostiky (Coufal a kol., 2011, s. 337).



Graf č. 1: Vývoj četnosti (incidence) nádorů prsu a úmrtnosti (mortality) na toto onemocnění v populaci českých žen (zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR).

Nádorům prsu nelze předcházet, velké úsilí se však věnuje studiu rizikových faktorů a rozvoji preventivních opatření, které mohou zmírnit negativní dopady tohoto závažného onemocnění (Coufal a kol., 2011, s. 337).

5 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Etiopatogeneze neboli soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku karcinomu prsu není zcela jasná. Známe však určité rizikové faktory, které mohou mít souvislost se vznikem této choroby (Vorlíček a kol., 2012, s. 342).

Rizikovými faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme určité příhody v životě ženy, které mohou zvyšovat nebo snižovat pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života. Možnosti prevence a snižování úmrtnosti je ovlivňováno studiem těchto rizikových faktorů a pochopení jejich vztahu k vývoji nádorového onemocnění (Abrahámová a Dušek, 2003, s. 41).

5.1 Faktory životního stylu

- **Kouření** - Epidemiologické studie jednoznačně nedokážou posoudit, zda by aktivní či pasivní kouření zvyšovalo riziko vzniku karcinomu prsu. Přestože nebyl přímý vliv kouření na vznik karcinomu prsu prokázán, je třeba zmínit fakt, že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko vzniku mnoha dalších onemocnění.
- **Alkohol** - Aktuální epidemiologické studie prokazují, že zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu. Hlavní příčinou je hladina estrogenů v ženském těle, kterou alkohol velmi ovlivňuje. Česká onkologická společnost ČLS JEP proto doporučuje omezit pití alkoholických nápojů.
- **Stravovací návyky** - Energetická hodnota potravy ovlivňuje energetický metabolismus organismu, a tím produkci hormonů. Množství a typ tuků, který je zastoupen v potravě, spolu s podílem příjmu zeleniny a ovoce hraje významnou roli při vzniku malignit obecně.
- **Obezita** - Provedené studie prokázaly zvýšené riziko vývoje onemocnění u obézních žen diagnostikovaných po menopauze. Zvýšené množství tělesného tuku, jeho rozložení a věk žen silně ovlivňují metabolismus estrogenů, což zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu.
- **Fyzická aktivita** - Zvýšená fyzická námaha obecně snižuje riziko vzniku různých onemocnění včetně vzniku karcinomu prsu. Tato fyzická aktivita inhibuje produkci steroidních hormonů ve vaječnících a snižuje hladinu krevního inzulínu (Abrahámová a kol., 2019, s. 39).

5.2 Faktory osobní anamnézy

- **Věk** - Věk je jeden z hlavních rizikových faktorů vzniku onemocnění obecně. U žen nad 40 let je zaznamenáváno zvýšené riziko vzniku nádorového onemocnění prsu. S věkem riziko vzniku nádoru prsu narůstá.
- **Rasa** - U odlišných etnických skupin je riziko vývoje karcinomu prsu rozdílné. U bělošské populace je riziko vzniku nádorů prsu vyšší než u populace černošské a u Asiatické. Naopak mortalita na karcinom prsu je vyšší u černošek.
- **Geografická oblast** - Incidence karcinomu prsu je v různých geografických oblastech rozdílná. Studie dokazují, že pokud se populace z oblasti s nižší incidencí karcinomu prsu přesídí do oblasti s vyšší incidencí, původní populace s nižší incidencí se vyrovná hostitelské oblasti.
- **Historie histopatologické změny prsní tkáně** - Výskyt patologických změn prsní tkáně v osobní anamnéze představuje významný a potvrzený prediktivní faktor vzniku nádorového onemocnění prsu. Ženy, které v minulosti podstoupily biopsii z prsu (odběr tkáně na histologické vyšetření) a u nichž byly zjištěny buněčné změny, mohou být náchylnější ke vzniku rakoviny prsu (Abrahámová a Dušek, 2003, s. 44).

5.3 Hormonální a gynekologické faktory

- **Menarché (první menstruace)** - K opakovaně potvrzovaným rizikovým faktorům vzniku karcinomu prsu patří dřívější nástup menstruace (před 12. rokem věku) (Abrahámová a kol., 2019, s. 43).
- **Menopauza (přechod)** - Z velkých studií vyplývá, že ženy, u kterých proběhla menopauza ve vyšším věku (po 55. roce věku), mají dvojnásobně vyšší riziko rozvoje karcinomu prsu než ženy s menopauzou před 45. rokem věku (Vorlíček a kol., 2012, s. 342).
- **Věk při prvním porodu** - Zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu je především u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce života.
- **Počet porodů** - U žen, které mají vyšší počet dětí, je pozorováno snížení rizika vzniku karcinomu prsu v důsledku kratšího životního období pod vlivem estrogenů.

- **Kojení** - Hladina estrogenů je ovlivňována samotným kojením a délkou doby kojení. Kojení je potvrzené jako faktor s ochranným účinkem před rozvojem malignit.
- **Gynekologická operace** - Ovárektomie (odnětí vaječnicků) a věk při této operaci patří k významným faktorům nižšího rizika vzniku karcinomu prsu. Důvodem je snížené ovlivnění prsní tkáně hormony.
- **Hormonální léčba** - Hormonální přípravky obecně (hormonální antikoncepce, náhradní hormonální léčba v klimakteriu) přímo ovlivňují metabolismus steroidních hormonů v ženském organismu. Studie zaměřené na užívání hormonálních přípravků nepřinášejí jednoznačné závěry, je však zřejmé, že u žen užívajících tyto přípravky dochází k zvýšení rizika vzniku karcinomu prsu. Důležitý je i věk při užívání preparátů a délka užívání (Abrahámová a kol., 2019, s. 43 - 44).

5.4 Genetické rizikové faktory

- **Výskyt malignit v rodinné anamnéze** - Mnoho studií potvrzuje zřejmý vztah mezi zárodečnými mutacemi specifických genů a rizikem vzniku karcinomu prsu. Na podkladě rizikové rodinné anamnézy je možné indikovat molekulárně genetické testování predispozičních genů BRCA-1 a BRCA-2. Studie geneticky podmíněných nádorů prokázaly přibližné celoživotní riziko onemocnění karcinomu prsu až 85 %. Nelze však s přesností určit, zda a kdy se onemocnění objeví. Záleží na mnoha dalších rizikových faktorech. Genetické vyšetření umožňuje předvídat riziko vzniku onemocnění u dalších členů rodiny. Výsledky tohoto vyšetření následně ovlivňují správné vedení primární a sekundární prevence nádorů (Abrahámová a Dušek, 2003, s. 47).

5.5 Další rizikové faktory

Mezi rizikové faktory dále řadíme vzdělání (v souvislosti se samovyšetřováním prsu), bydliště (život na venkově a ve městě), životní prostředí, psychologické aspekty (míra stresu), prostředky proti pocení a podprsenky. U těchto rizikových faktorů však není potvrzena spojitost se vznikem karcinomu prsu (Abrahámová a kol., 2019, s. 46).

6 PREVENCE KARCINOMU PRSU

Onkologická prevence představuje soubor opatření, jejichž hlavním cílem je předvídat a předcházet všem negativním událostem, které mohou souviset se vznikem, progresí (zhoršením) a recidivou (navrácením) zhoubných nádorů. Prevence je soustředěna na identifikaci rizikových faktorů pro vznik malignit, na detekci prekanceróz a časných stádií onemocnění, dále pak na předcházení komplikací léčby a důsledků progresu či recidivy nádorů. (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 93).

Prevenzi obecně dělíme do tří skupin, a to primární, sekundární a terciární.

6.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je snížit samotné riziko vzniku karcinomu prsu. Do určité míry lze ovlivnit vznik nádorového onemocnění prsu eliminací rizikových faktorů, tj. dodržovat obecně zdravý životní styl. Ženy by měly konzumovat vyváženou stravu, dodržovat přiměřenou fyzickou aktivitu, nepít alkohol a nekouřit (Coufal a kol., 2011, s. 338).

6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má za hlavní cíl odhalit karcinom prsu v nejčasnější fázi. Čím dříve diagnostikujeme onemocnění, tím lepší budou vyhlídky na jeho samotné vyléčení. Mezi metody sekundární prevence řadíme samovyšetřování prsu, fyzikální vyšetření lékařem a mamografický screening (Coufal a kol., 2011, s. 339).

Samovyšetřování prsů je nejjednodušší metodou včasného zachytu karcinomu prsu. Toto vyšetření provádí žena pravidelně každý měsíc, nejlépe druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy by měly být prsy bez veškerého napětí. Samovyšetřování nemůže nahradit mamografický screening, lze však říci, že ženy, které dobře a pravidelně provádějí toto vyšetření, vyhledávají lékařskou pomoc již s menšími nádory (Abrahámová a kol, 2019, s. 50).

Fyzikální vyšetření lékařem by mělo být prováděno v gynekologických ambulancích, v mamologických poradnách, u praktického lékaře a při různých

hospitalizacích. Lékaři hrají důležitou roli při včasném záchytu všech nádorů (Konopásek a Petruželka, 1997, s. 23).

Cílem screeningu je odhalit i velmi malý karcinom prsu, ještě než se rozšíří cévním řečištěm do organismu ve formě metastáz. Mamografický screening významně snižuje úmrtnost způsobenou karcinomem prsu, a to o více než 40 % u žen, které prošly širokoplošným screeninem, a největší výtěžnost je u žen nad 50 let věku. Od roku 2002 u nás platí možnost bezplatného screeningového vyšetření pro všechny ženy od 45 let, ve dvouletých intervalech (Vorlíček a kol., 2012, s. 346 - 347).

6.3 Terciární prevence

Cílem terciární prevence je sledovat pacientky po léčbě karcinomu prsu tak, abychom včas odhalili návrat již vyléčeného onemocnění (recidivu), nebo opakující se příznaky nemoci (relaps), které již byly v klidovém stadiu onemocnění (Slezáková a kol., 2017, s. 68).

Základní složkou terciární prevence je odběr anamnézy a klinické vyšetření, jehož součástí jsou pravidelné prohlídky v onkologických poradnách. Další složkou je mamografie, prováděna v mamologických poradnách, kam pacientky dochází jednou ročně. V neposlední řadě je třeba zmínit pravidelné vyšetření krve, scintigrafie kostí, RTG plic, USG jater, CT a další (Coufal a kol., 2011, s. 349).

7 KLINICKÉ PROJEVY KARCINOMU PRSU

Zpočátku bývá zhoubný nádor prsu nebolestivý a nezpůsobuje žádné jiné obtíže. Ke změnám může docházet při dalším růstu (Abrahámová a kol., 2019, s. 61).

U více než 75 % žen je hlavním nálezem rezistence tzv. bulka, která může být pohyblivá či fixovaná, ohraničená či neohraničená, tuhá, nebolestivá nebo bolestivě citlivá (Abrahámová a kol., 2000, s. 24).

Mezi nejčastější příznaky, které mohou být zapříčiněny zhoubným nádorem, řadíme:

- **Mastodynie** (bolestivost prsů s hmatným nálezem nebo bez něho) je nejčastějším důvodem, proč ženy vyhledávají lékařskou pomoc. V absolutní většině případů není bolest způsobena nádorem. Mastodynie mohou být zapříčiněny hormonálními změnami nebo nenádorovými změnami kostí hrudníku, žeber či páteře. Při podezření na nádor se provádí mamografické vyšetření prsu, které je jednoduché a bezpečné (Abrahámová a kol., 2019, s. 66).
- **Vtahování kůže** je způsobeno obvykle rezistencí, která při souhybech svou částečnou fixací vtahuje kůži.
- **Důlkovatění.** Rezistence v prsu vtahuje část tkáně, což změní jeho tvar a vytvoří se důlek.
- **Vážnutí při souhybu.** Dochází k asymetrii prsu při pohybech paží. Zdravý prs se hýbe vláčně a dynamicky oproti prsu s rezistencí.
- **Nepravidelnosti (retrakce) bradavky, oploštění bradavky nebo její vtažení.** Tyto změny mohou být způsobeny fixací uloženého tumoru. Některé ženy mají vpadlou bradavku již od puberty, nemusí se tedy vždy jednat o patologický stav. Tento příznak můžeme pozorovat v určitých případech již na první pohled.
- **Pomerančová kůže** je důsledkem infiltrací drobných lymfatických cév kůže. Někdy je viditelná trvale, jindy jen při stisknutí části prsu.
- **Asymetrie** (tj. jeden prs větší) bývá u části populace normálním jevem. Pokud však dojde ke zvětšení a zatuhnutí jednoho prsu, musíme přemýšlet o přítomnosti tumoru.
- **Sekrece z bradavky** (zejména krvavá) většinou bývá patologickým jevem a poukazuje na přítomnost tumoru.

- **Zarudnutí a oteplení kůže** může znamenat zánět. Zarudnutí teplejší kůže, bez jasné rezistence připomínající růži, může být způsobeno nádorem.
- **Rozšířená žilní pleteň** může svědčit o zvýšené aktivitě v prsu postiženém tumorem.
- **Exulcerace** (zvředovatění) jsou příznakem velice pozdním (Abrahámová a kol., 2000, s. 24 - 27).

Řada z výše uvedených příznaků je typická pro pokročilý nádor. Navštívit lékaře je třeba ve všech uvedených případech (Abrahámová a kol., 2019, s. 66).

8 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU

Základním předpokladem úspěšné léčby jakéhokoliv nádorového onemocnění je včasná diagnóza této nemoci. Metody odhalující počáteční fáze nádorového růstu nejsou zatím k dispozici, proto je velmi důležité, abychom nádor diagnostikovali nejlépe na počátku klinické fáze jeho růstu (Klener, 2011, s. 23).

Diagnostické metody slouží k určení diagnózy, dále k určení stádia/rozsahu onemocnění, zhodnocení úspěšnosti léčby, sledování nemocného a zjištění případného relapsu onemocnění, zjištění komplikací onemocnění a jeho léčby, a nakonec k plánování různých terapií (radioterapie, chemoterapie, atd.) (Vorlíček a kol., 2012, s. 62).

8.1 Anamnéza

Anamnéza má neobyčejný význam pro včasné zjištění nádoru. Informace o anamnéze pacienta zjišťujeme velice citlivě a přitom důsledně, někteří pacienti jsou totiž schopni důležité body o svém zdravotním stavu zlehčovat, či dokonce zatajovat (Vorlíček a kol., 2012, s. 62).

8.1.1 Nynější onemocnění

Zajímá nás, za jakých okolností a kdy pacientka postřehla subjektivní příznaky, kterými je vyhatání bulky, bolest, bolestivost, pozorování změn na prsou a v podpaží apod. Mnoho žen si vyhatá nádor, který by při zběžném vyšetření nemusel odhalit ani lékař. Často tedy diagnostikujeme i jiné nenádorové patologické jevy, které vysvětlují subjektivní obtíže (např. kožní léze, absces apod.) (Coufal a kol., 2011, s. 91).

8.1.2 Rodinná anamnéza

Většina karcinomů prsu vzniká tzv. sporadicky (náhodně). Genetický podklad má přibližně 5 - 10 % karcinomů, a hovoříme tak o familiárním výskytu. Každá žena by měla být dotázána na výskyt zhoubných nádorů v rodině, zejména v mladším věku. Významný je výskyt karcinomu prsu u blízkých příbuzných (babička, matka, sestra, teta, sestřenice, případně karcinom prsu u muže) z matčiny i otcovy strany. Při podezření na familiární výskyt nádoru je nutné ženu odeslat na do specializované ambulance klinické genetiky (Coufal a kol., 2011, s. 341 - 342).

8.1.3 Gynekologická anamnéza

Důležitý význam pro rozhodování o léčbě mají gynekologické údaje. Jedním z těchto údajů je **menstruace** a s ní spojené informace. Období, kdy menstruace začala a ustálila se. Charakteristika samotné menstruace (pravidelná/nepravidelná, bolestivá/nebolestivá, krátká/dlouhá, silná nebo slabá). U starších žen se ptáme na to, kdy a za jakých okolností nastala **menopauza**. Dále nás zajímají **gynekologické operace** (hysterektomie – odstranění dělohy), **těhotenství** (počet porodů, případně potratů), informace o užívání hormonální antikoncepce, kojení a dalších onemocněních prsu (Konopásek a Petruželka, 1997, s. 25 - 26).

8.2 Fyzikální vyšetření

Techniku fyzikálního vyšetření prsu by měli suverénně znát především lékaři prvního kontaktu. Právě gynekologové a praktičtí lékaři zastupují klíčovou roli při stanovení včasné diagnózy karcinomu prsu (Vorlíček a kol., 2012, s. 349).

Vyšetřují se především prsy a oblast spádových mízních uzlin (tj. axil a nadklíčků). Nejprve vyšetřujeme **pohledem**. Některé změny sledujeme pouze v určité poloze paží, proto jejich polohu měníme. Posuzujeme tvarovou a velikostní symetrii a případné kožní změny. Dále vyšetřujeme **pohmatem**. Důležité je, abychom nevynechali žádnou oblast prsou, axil ani nadklíčků. U případných rezistencí hodnotíme jejich polohu včetně prsních kvadrantů (HZK, HVK, DZK, DVK), velikost, tvar, konzistenci a pohyblivost vůči kůži a hrudní stěně (Coufal a kol., 2011, s. 92).

8.3 Zobrazovací metody

Mamární diagnostika představuje specifickou a rozsáhlou část radiodiagnostiky. Tyto zobrazovací metody se neustále zdokonalují. Jejich cílem je časná a co nejpřesnější diagnostika karcinomů prsu (Coufal a kol., 2011, s. 63).

8.3.1 Mamografie

Mamografie je jedním z nejčastějších zobrazovacích vyšetření u žen od 40 let. Od 45 let, kdy je prováděna preventivně každé 2 roky, se jedná o screeningovou mamografii. Cílem této „měkké RTG techniky“ je vysoký kontrast v měkkých tkáních,

konkrétně mezi normální prsní žlázou a patologickým ložiskem (Malíková, 2019, s. 150).

Jednou z hlavních výhod mamografu je jeho obraz (filmový nebo digitální), který můžeme uchovat a snadno reprodukovat. Tato skutečnost usnadňuje srovnání starší a nové dokumentace, či možnost konzultace obrazu s jinými odborníky (Coufal a kol., 2011, s. 63).

8.3.2 Ultrasonografie

Toto vyšetření se využívá zejména u mladších žen do 40 let, kdy lze provést mamografii pouze výjimečně. U ostatních žen se využívá jako doplňující vyšetření k mamografii. Přednostní sonografie je detailní cílené zobrazení v oblasti, která nás zajímá, např.: hmatná bulka, nejasný nález na mamografii apod. (Malíková, 2019, s. 150, 152).

8.3.3 Duktografie

Využívá se k odhalení intraduktálních nádorů nebo benigních změn na duktech a jejich větvení. Aplikace kontrastní vodné látky se provádí pomocí kanyly zavedené do mlékovodu (Abrahámová a kol., 2000, s. 45).

Po zavedení kontrastní látky se vytvoří rentgenový snímek. Tato metoda se používá nejčastěji při spontánní sekreci z bradavky (Coufal a kol., 2011, s. 75).

8.3.4 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (MR) je vyšetření, které se provádí pouze v určitých indikacích. Jednou z nich je preventivní vyšetření u žen s vysokým rizikem vzniku karcinomu prsu. Další indikací může být upřesnění rozsahu nádorové infiltrace u vybraných nádorů. Vyšetření se provádí pomocí aplikace (intravenózně) kontrastní látky, která se zadržuje v místech se zvýšenou vaskularizací (typicky nádory). Senzitivita je vyšší než u ostatních používaných metod, vyšetření však často vede k falešně pozitivním nálezům (Malíková, 2019, s. 152).

8.3.5 Počítačová tomografie

Počítačová/výpočetní tomografie (CT) se používá při posuzování změn v okolí maligního nádoru (např. k plánování radioterapie) nebo při vyhledávání vzdálených metastáz. Při tomto vyšetření je potřeba aplikovat intravenózně kontrastní látku (Abrahámová a kol., 2000, s. 45).

8.4 Laboratorní vyšetření

Provádí se hematologická a biochemická vyšetření, především vyšetření krevního obrazu a krevní sedimentace. Základem vyšetření jsou sérové hodnoty Na, K, Cl, Ca, P, Fe, urey, kreatininu, bilirubinu, ALT, AST, ALP, GMT, LD a dalších. Nesmíme opomenout ani chemické vyšetření moči a močového sedimentu. V séru pacientek se dále zkoumají hodnoty tzv. nádorových markerů (nejdůležitější Ca 15-3 a CEA). Hodnoty těchto markerů mohou specifikovat diagnózu primárního nádoru, dále se uplatňují v odhalování aktivity nádoru a metastáz a v monitorování onkologické léčby (Vorlíček a kol., 2012, s. 351).

8.5 Biopsie

Biopsie je odběr vzorku tkáně, za účelem určení histologické pravosti, prováděný v lokální anestezii. Diagnostika se provádí pod sonografickou, mamografickou nebo MR kontrolou (Malíková, 2019, s. 153).

8.5.1 Tkáňová punkční biopsie (core-cut)

Punkční biopsie je nejčastější druh biopsií používaný při podezření na patologické ložisko. Jedná se o odběr tkáně se zachovanou architektonikou pomocí speciální punkční jehly (Coufal a kol., 2011, s. 76).

8.5.2 Vakuová biopsie

Jde o novější biopsickou metodu využívající podtlak (vakuum), které nasaje tkáň do odběrového výřezu jehly. V porovnání s core-cut biopsií je více bolestivá (Coufal a kol., 2011, s. 76).

8.5.3 Aspirace tenkou jehlou

Tento odběr se provádí pomocí běžné injekční jehly nasazené na injekční stříkačku. Odebraný materiál (z cyst, hematomu, abscesu) se hodnotí cytologicky, což umožní diagnózu malignity (Coufal a kol., 2011, s. 76).

9 LÉČBA KARCINOMU PRSU

Na základě různých diagnostických vyšetření se určí, jakým způsobem bude pacientka léčena. O léčbě rozhoduje multidisciplinární tým zahrnující onkologa, chirurga, rentgenologa, radiačního onkologa, patologa a případně dalších. Hlavní lékař popíše pacientce léčebný plán a důvody, které k rozhodnutí vedly (Abrahámová a kol., 2019, s. 83).

Karcinom prsu je považován za systémové onemocnění, pokud je zachycen v časně fázi, může být místní léčba postačující. Lokálně – regionálním (místním) způsobem léčby je terapie chirurgická a radiační. Tyto terapie mohou být u pokročilejších stádií nepostačující. Systémová léčba naopak likviduje onemocnění celkově, je nezastupitelná a řadíme sem chemickou a hormonální terapii. Léčebná strategie se řídí podle různých prognostických faktorů, díky kterým lze odhadnout riziko rozvoje onemocnění dříve, než skutečně nastane (Vorlíček a kol., 2012, s. 353).

Hovoříme-li o lokalizovaném onemocnění, uplatňuje se léčba kurativní. Hlavním cílem kurativní léčby je vyléčit. Zásadní roli zde hraje chirurgie. V případě, kdy se jedná o metastatické onemocnění, upřednostňujeme léčbu paliativní. Jejím cílem je pozastavit či omezit růst a šíření nádoru a prodloužit tak přežití. Zde převažuje spíše systémová léčba (Coufal a kol., 2011, s. 109).

Neoadjuvantní a adjuvantní léčba se využívá při operaci ke zvýšení šance na uzdravení. Neoadjuvantní léčba předchází operační léčbě a jejím cílem je např. redukce objemu nádoru, abychom měli větší šanci na úplné odstranění nádoru. Adjuvantní léčba následuje po operaci. Cílem této léčby je likvidovat mikroskopické nádorové metastázy po úplné nádorové resekci, a tím předejít recidivě onemocnění (Becker a kol., 2005, s. 33).

9.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba karcinomu prsu se skládá z operačního výkonu na prsu a operačního výkonu na regionálních mízních uzlinách. Chirurgický zákrok na prsu má tři základní cíle, a to kurativní, diagnostický a estetický. Cílem kurativním je odstranit nádorová ložiska, nejlépe s bezpečnostním lemem nepostižené tkáně. Získání neporušeného materiálu pro histopatologické vyšetření nádoru je cílem diagnostickým.

Cílem estetickým je dosáhnout uspokojivého kosmetického efektu (Coufal a kol., 2011, s. 110).

Rozsah operačního výkonu je stanoven velikostí a umístěním nádoru, velikostí a tvarem prsu, stavem okolní tkáně prsu, možností adjuvantní radioterapie, potencionálním rizikem vzniku dalšího karcinomu prsu v budoucnosti pacientky. Mezi dvě hlavní operace na prsu řadíme totální mastektomii (odnětí celého prsu) a parciální mastektomii (odnětí části prsu) (Coufal a kol., 2011, s. 111).

9.1.1 Totální mastektomie

Totální mastektomie znamená odstranění celého prsu včetně kůže, bradavky, dvorce, okolního tuku, přilehlých fascií a tkáně prsu. Reálně je odstranit 90 - 99 % žláзовého parenchymu. K tomuto zákroku dochází tehdy, je-li nemožné provést pouze parciální mastektomii. Důvodem může být značná velikost nádoru, předpoklad nevhodného kosmetického výsledku, nevhodnost následné radioterapie, přání pacientky a další. Operace je doplněna výkonem na spádových podpažních lymfatických uzlinách (Abrahámová a kol., 2019, s. 85).

Nevýhodami této operační metody může být bio-psycho-sociální stigmatizace ze ztráty prsu, jizva, bolestivost hrudní stěny, zátěž pohybového aparátu. Naopak výhodou je snížení pravděpodobnosti adjuvantní radioterapie, mírné snížení četnosti recidiv, psychologická výhoda zbavení se nemocné části těla a další (Coufal a kol., 2011, s. 180).

Rozdělujeme 6 typů totálních mastektomií.

Klasická mastektomie je operační odstranění celé prsní žlázy, kdy se odstraňuje kožní kryt v takovém rozsahu, aby bylo možné ránu sešít pod lehkým napětím. Klasickou mastektomii považujeme za základní postup u žen, které nemají v plánu rekonstrukci prsu.

Kůži šetřící mastektomii (skin-sparing mastectomy - SSME) volíme tam, kde se bude provádět okamžitá či plánovaná rekonstrukce prsu. Kůži lze zanechat pouze v případech, kdy není nádorově postižena.

Subkutánní mastektomie (nipple-sparing mastectomy - NSME) je zákrok, při kterém je zachován celý kožní kryt včetně dvorce a bradavky. Jedná se o precizní a jemnou operační techniku a používá se především u mastektomií spojených s rekonstrukcí prsu.

Areolu šetřící mastektomie (aerola-sparing mastectomy - ASME) je operační výkon, kdy je odstraněna pouze bradavka a dvorec. Zbytek kůže zůstává zachován. Tento zákrok se nedočkal většího rozšíření.

Netradiční mastektomii volíme tehdy, musíme-li operační přístup přizpůsobit stávajícím jizvám na prsu, nebo pokud nádor postihuje kůži mimo oblast, která již byla resekována při mastektomii (Coufal a kol., 2011, s. 180 - 200).

Radikální mastektomie je výkon zahrnující klasickou mastektomii a odstranění veškerých podpažních lymfatických uzlin (Abrahámová a kol., 2019, s. 85).

Po rozsáhlých mastektomiích lze zakrýt defekt pomocí posuvného břišního laloku, laloku typu velké Limbergovy plastiky, dále pomocí využití druhostranného prsu, dermoepidermálního štěpu, muskulokutánního laloku nebo krytí stopkovaným omentem (Kiricuta) (Coufal a kol., 2011, s. 200 - 204).

9.1.2 Parciální mastektomie

Parciální mastektomie je operační výkon zachovávající prs. Tento výkon musí být obvykle doplněn o adjuvantní radioterapii. Radikalita chirurgického odstranění zhoubného nádoru prsu s dostatečným lemem zdravé tkáně je důležitým kritériem kvality provedení tohoto výkonu.

Před operací je nutné lokalizovat nádor (označit umístění nádoru), a to pomocí uhlíkového stigmatu nebo lokalizačního drátku. Patolog poté provádí posudek resekčních okrajů na vyjmutém tkáňovém preparátu tak, aby mohl dále vyšetřit, popsat a posoudit radikalitu výkonu na všech čtyřech stranách. V neposlední řadě je nutné lokalizovat lůžko tumoru, což je velice důležité pro další léčbu nebo kontrolní zobrazovací vyšetření (Abrahámová a kol., 2019, s. 86).

Záchovné operace (částečné výkony) se liší podle rozsahu. Jsou jimi:

- Tumorektomie - odstranění nádorového ložiska s lemem zdravé tkáně
- Lumpektomie - odstranění nádorového ložiska s větším lemem zdravé tkáně
- Segmentektomie - odstranění segmentu – anatomicky definovaného okrsku žlázy
- Parciální resekce - odstranění anatomicky nedefinovaného okrsku žlázy (Abrahámová a kol., 2019, s. 86).

9.2 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba chemickými látkami (cytostatiky) mající vliv na buňky, které se dělí a rostou, zasahují tedy i buňky zdravé.

V současné době zaznamenáváme přibližně čtyřicet cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Účinnost jednotlivých cytostatik použitých samostatně je 20 - 65 %. Tyto léčebné preparáty mají odlišný mechanismus účinku a působí v různé fázi buněčného cyklu. Na léčbu cytostatiky lze docházet ambulantně (Vorlíček a kol., 2012, s. 356).

Chemoterapii využíváme v neoadjuvantní i adjuvantní léčbě. Cílem neoadjuvantní léčby je zmenšení nádoru a zlepšení jeho operability. Pacientka je obvykle léčena 6 - 8 cykly chemoterapie obsahující antracyklin a taxan.

Adjuvantní terapie má za cíl vymýtit mikrometastázy po chirurgickém odstranění nádoru, což vede k výraznému snížení recidiv onemocnění. Léčba se dělí na 4 - 8 cyklů a jsou použita cytostatika antracyklin, taxan a cyklofosfamid. Největší přínos má terapie u pacientek s postiženými axilárními uzlinami (Coufal a kol., 2011, s. 329).

Metastatický karcinom prsu bývá i při současných léčebných možnostech nevyléčitelným onemocněním. V takové situaci je tedy cílem chemoterapie prodloužit přežití pacientky, odstranit symptomy nemoci a tím zlepšit kvalitu života (Coufal a kol., 2011, s. 331).

9.3 Radioterapie

Radiační onkologii řadíme mezi nejmladší lékařské obory. Hlavním cílem této léčby je aplikace maximální dávky záření do přesně určeného cílového objemu a zároveň i minimální postižení okolních zdravých tkání (Coufal a kol., 2011, s. 313).

V kurativní léčbě se radioterapie využívá jak samostatně, tak v kombinaci s chirurgickou a systémovou léčbou (Krška, Hoskovec a Petruželka, 2014, s. 105).

Radioterapie neboli ozařování je součástí předoperační, pooperační i paliativní léčba. Předoperační ozařování prsu volíme v případě, kdy může být operační odstranění nádoru obtížné či nemožné. Z tohoto důvodu se nádor nejdříve zmenšíme a poté odstraníme. Cílem pooperační radiační léčby je zničení předpokládaných zbylých nádorových buněk. U paliativní léčby využíváme radioterapie k ozařování metastáz (Vorlíček a kol., 2012, s. 356).

V radioterapii se nejčastěji uplatňuje zevní ozařování (z dálky), tzv. teleterapie. Toto ozařování probíhá na lineárních urychlovačích. Další metodou ozařování je brachyterapie, při níž se zavádí zářič přímo do místa, kde byl původně uložen nádor. Jedná se o invazivní metodu (Abrahámová a kol., 2000, s. 238).

Zmíníme dva druhy zevního záření, a to radioterapii fotonovou a protonovou. Fotonové (elektromagnetické) záření vzniká v lineárních urychlovačích, je pronikavé a ubývá se čtvercem vzdálenosti. Ozářené je nejen ložisko, které chceme ozářit, ale i normální tkáň umístěna za ložiskem. U karcinomu prsu používáme tangenciální (tečná) pole, abychom co nejvíce ochránili struktury hrudníku před zářením.

Protonová radioterapie je šetrná a účinná metoda zevní radioterapie. Zde jsou fotony nahrazeny urychlenými protony. Tato metoda je spojena v porovnání s fotonovým ozařováním s velmi nízkou integrální dávkou (dávkou záření na okolní zdravou tkáň).

Paprsky všech ozařovacích přístrojů způsobují změny v nádorových buňkách, konkrétně poškozují jejich genetickou informaci v jádře buňky. Výsledkem je zahynutí nádorových buněk nebo snížení schopnosti dělení. Tyto účinky jsou však nejen v nádorových buňkách, ale i v buňkách zdravých, které se nacházejí v ozařované oblasti (Abrahámová a kol., 2019, s. 89).

9.4 Hormonální léčba

Tato léčba patří mezi nejstarší způsob léčby karcinomu prsu. Hormonální léčba je terapií systémovou a její indikace je založena na průkazu hormonálních receptorů. Pokud nejsou hormonální receptory přítomny v nádorové tkáni, hormonální léčbu nelze podávat, jelikož by byla neúčinná (Abrahámová a kol., 2019, s. 107).

Okolo 60 - 75 % nádorů exprimuje (vytlačuje) hormonální estrogenové nebo progesteronové receptory. Čím více buněk v nádoru exprimuje tyto receptory, tím výraznější bude léčebná odpověď (Coufal a kol., 2011, s. 332).

Hormonální léčbu můžeme využít jako samostatnou metodu tzv. adjuvantní léčbu (u postmenopauzálních žen) nebo jako neoadjuvantní léčbu, jejímž cílem je dosáhnout předoperačního zmenšení hormonálně citlivého nádoru (Klener, 2011, s. 47).

Tato léčba se liší u žen před a po menopauze. U žen před přechodem se může provádět blokáda vaječnickové funkce, a to odstraněním vaječníků, ozářením vaječníků

nebo aplikací léků (nekrvavá medikamentózní kastrace). U žen po přechodu se uplatňuje farmakologická léčba, jejíž efekt je bez vedlejších účinků (Vorlíček a kol., 2012, s. 357).

9.5 Biologická léčba

Biologickou léčbou rozumíme podávání látek, které mají vliv na řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk. V současné době jsou u nás pro léčbu karcinomu prsu registrovány léky s látkou trastuzumab (Herceptin), bevacizumab (Avastin) a lapatinib (Tyverb) a další látky zaměřené proti extracelulární části receptoru epidermálního růstového faktoru HER-2 (Abrahámová a kol., 2019, s. 108).

Tento znak HER-2 je zjistitelný na buňkách karcinomu prsu a je povinné ho vyšetřovat (Vorlíček a kol., 2012, s. 357).

Tyto léky jsou založeny na dvou hlavních principech. Jedním z nich jsou protilátky proti receptorům na povrchu buněk, druhé jsou tzv. malé molekuly zaměřené proti nitrobuněčným komponentům řetězce dějových drah. Protilátky je možné podávat nitrožilně, malé molekuly existují ve formě tablet (Abrahámová a kol., 2019, s. 108).

Biologická léčba je velmi nákladná, ale u nositelek znaku HER-2 je plně hrazena pojišťovnami (Abrahámová a kol., 2019, s. 109).

10 NEŽÁDOUCÍ VEDLEJŠÍ ÚČINKY LÉČBY

Cílem všech léčebných postupů je co nejlépe odstranit zjištěné onemocnění a zamezit jeho návratu. Splnění těchto cílů vyžaduje použití účinné léčby, která se v některých případech neobejde bez nežádoucích vedlejších účinků. Každý člověk snáší různé typy léčby rozdílně. Někteří pacienti dokonce tolerují léčbu bez jakýchkoli problémů či komplikací. Nežádoucí účinky jsou dobře známé a lékaři s nimi již předem počítají (Abrahámová a kol., 2019, s. 111).

10.1 Nežádoucí vedlejší účinky chirurgické léčby

- **Krvácení** – elastické, tuhé vyklenutí operační rány
- **Infekce** – zarudnutí v operační ráně, bolestivost, celkové příznaky (TT)
- **Postmastektomický bolestivý syndrom** – bolestivost po prodělané operaci v okolí jizvy, v podpaží, na zadní straně paže
- **Lymfedém** – lymfatický mízní otok na operované straně, důležitá je včasná rehabilitace
- **Serom** – nahromadění tekutiny v operační ráně
(Křška, Hoskovec a Petruželka, 2014, s. 313)

10.2 Nežádoucí vedlejší účinky radioterapie

Časné vedlejší účinky – nastávají během radioterapie a odeznívají během několika málo týdnů:

- Zarudnutí pokožky, odlučování povrchových vrstev pokožky, mokvání, podráždění srdečního obalu (osrdečníku, perikardu)

Pozdní vedlejší účinky – nastupují až několik měsíců po léčbě a jsou nevratné:

- Změna zbarvení kůže, tuhnutí podkožní tkáně, lymfatické otoky horní končetiny, poškození srdce a plic

(Abrahámová a kol., 2019, s. 115 - 116)

10.3 Nežádoucí vedlejší účinky chemoterapie

Bezprostřední nežádoucí účinky – dostavují se během několika hodin až dnů po aplikaci:

- **Alergická reakce** – začervenání v obličeji, vyrážka, svědění, otoky, dechové potíže, dušnost, poruchy vědomí
- **Horečka, zimnice, třesavka** – zvýšená tělesná teplota až horečka
- **Nevolnost a zvracení**
- **Reakce v místě vpichu při nitrožilním podání** – zarudnutí v místě vpichu, otok, bolestivost

Časné nežádoucí účinky – objevují se v odstupu dnů až týdnů po jejich podání:

- **Snížení počtu bílých krvinek (leukopenie)**
- **Infekce** – snížení obranyschopnosti organismu (kašel, dušnost, rýma, průjem, slabost, únava, třesavka, zimnice, pocení, atd.)
- **Úbytek počtu krevních destiček (trombocytopenie)** – tvorba podkožních hematomů, silné krvácení z drobných ran, petechie (drobné červenofialové skvrny), krvácení z nosu, dásní, pochvy, krev v moči nebo stolici
- **Alopecie (ztráta vlasů)**
- **Zánět ústní sliznice (stomatitida)** – bolestivé zduření sliznice, zarudnutí, krvácivost, afty
- **Zánět střevní sliznice a průjem** – bolest břicha, nadmutí, průjem
- **Zácpa**
- **Poškození kůže a nehtů** – zarudnutí, svědění, suchá a drsná kůže, tvorba puchýřů, vřidků, hnisání a olupování pokožky, nehty jsou křehké a lámavé

Oddálené nežádoucí účinky – objevují se po týdnech až měsících po jejich podání:

- **Úbytek počtu červených krvinek (anemie)** – únava, slabost, apatie, bledost, dušnost, závratě, poruchy vědomí,
- **Poškození parenchymu jater** – zhoršení funkce jater
- **Poškození plic** – dušnost, kašel

Pozdní nežádoucí účinky – mohou se objevit až po letech od ukončení léčby:

- **Neplodnost (sterilita)** – může být trvalá i přechodná
- **Druhotná zhoubná onemocnění**

(Abrahámová a kol., 2019, s. 120 - 131)

10.4 Nežádoucí vedlejší účinky hormonální léčby

Dochází k bloádě vaječníkové činnosti (kastrace operační, radiační i medikamentózní) v době před klimakteriem, což má za následek tzv. **umělý přechod**. Umělý přechod je spojen se zvýšeným pocením, návaly horka, podrážděností, suchostí sliznice zevního pohlavního ústrojí. Dále ustává pravidelné měsíční krvácení i možnost oplodnění (Vorlíček a kol., 2012, s. 363).

10.5 Nežádoucí vedlejší účinky biologické léčby

- **Poškození srdečního svalu** – při podávání Trastuzumabu (Herceptinu)
- **Zvýšení hodnot krevního tlaku (hypertenze), krvácení ze sliznic, zvýšené riziko vzniku tromboembolických příhod** – při podávání Bevacizumabu (Avastinu)
- **Průjem, nevolnost, zvracení, ovlivnění srdeční funkce, únava, nechutenství, zvýšené hodnoty bilirubinu (žloutenka), citlivost až bolestivost dlaní a plosek nohou, záněty ústní sliznice, atd.** – při podávání Lapatinibu (Tyverbu)

(Abrahámová a kol., 2019, s. 136 - 138)

11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM PRSU

11.1 Ošetřovatelská péče při chemoterapeutické léčbě

Zkušený personál má za úkol připravovat a aplikovat cytostatika dle ordinace lékaře za použití ochranných pomůcek. Dále personál provádí odběry krve, kontrolu a napichování portu, sleduje a zaznamenává intravenózní podávání cytostatik, sleduje a zaznamenává nežádoucí vedlejší účinky chemoterapie (viz kapitola 9.3), edukuje pacientku v rámci dietního opatření a podporuje psychiku pacientky (Libová, Balková a Jankechová, 2019, s. 58).

11.2 Ošetřovatelská péče při radioterapeutické léčbě

Personál upravuje celkový stav pacientky tak, aby radioterapie proběhla bez komplikací. Dále personál sleduje a zaznamenává možné nežádoucí účinky této léčby (viz kapitola 9.2), během léčby udržuje ozařovanou oblast čistou a suchou, edukuje pacientku o negativních faktorech, které mohou ovlivnit ozařovanou oblast (těsný oděv, teplo, atd.) (Libová, Balková a Jankechová, 2019, s. 59).

11.3 Ošetřovatelská péče při hormonoterapeutické léčbě

Personál aplikuje hormonální léčbu podle ordinace lékaře. Sleduje a zaznamenává nežádoucí vedlejší účinky léčby (viz kapitola 9.4), edukuje pacientku o pravidelných kontrolách (Libová, Balková a Jankechová, 2019, s. 59).

11.4 Ošetřovatelská péče při chirurgické léčbě

11.4.1 Ošetřovatelská péče v předoperačním období

Předoperační péče se od standardně prováděné přípravy neliší. Pokud se jedná o neoadjuvantní léčbu, je operace naplánována 2 – 6 týdnů po ukončení chemoterapie. V poslední době se spolu s chemoterapií rozvíjí využití i léčby biologické.

Dlouhodobá příprava zahrnuje vysazení Tamoxifenu (2 – 3 týdny před operací), jelikož zvyšuje riziko tromboembolické nemoci. Pacientka je na oddělení přijata den před operačním výkonem.

Do krátkodobé přípravy zařazujeme přípravu operačního pole, a to vyholení podpaží na operované straně. Nejdůležitější příprava se zaměřuje na psychickou podporu pacientky. V rámci bezprostřední přípravy se provádí nástřík spádové uzliny (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 114 – 115).

Možné ošetrovatelské diagnózy v předoperačním období: Akutní bolest, Narušený vzorec spánku, Nedostatečné znalosti, Strach, Riziko infekce, Připravenost na zlepšení péče o zdraví, atd. (Herdman a Kamitsuru, 2020).

11.4.2 Ošetrovatelská péče v pooperačním období

Překlad pacientky: Po skončení operace je pacientka sledována na dospávacím pokoji nebo jednotce intenzivní péče. Umístění se určuje podle stavu pacientky. Ošetrovatelská péče je zaměřena na všechny oblasti osobnosti (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 115).

Monitorování pacientky po operaci: Personál má za úkol sledovat celkový stav pacientky, vědomí, TK (krevní tlak), TT (tělesnou teplotu), P (puls), D (počet dechů), EKG, SpO₂ (saturaci kyslíku), bolest, atd. Pozorujeme bilanci tekutin a sekreci drénů. Pacientka je v poloze na zádech s mírně zvýšenou horní končetinou (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 116).

Péče o ránu a invazivní vstupy: Personál provádí pravidelné převazy rány a kontroluje sekreci z Redonova drénu (vytažen 2. - 4. den). Elastickým obvazem snižujeme bolestivost, eliminujeme otok (chlazením) a usnadňujeme rehabilitaci. Do již připraveného žilního vstupu personál aplikuje léky a infuzní terapii. Intravenózní vstup má být na neoperované straně, to samé platí pro měření TK, aplikaci injekcí apod. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 116).

Péče o výživu: Po odeznění anestezie se může pacientka napít čaje. Pokud nejsou známy žádné komplikace, následuje lehká večeře. V dalších dnech se pacientka vrací k základní dietě (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Péče o vyprazdňování: Standardně by se měla pacientka vymočit do 6 - 8 h po operaci, odchod stolice by měl následovat 2. - 3. den. Důležitá je rehabilitace a dostatek tekutin (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Hygienická péče: Personál sleduje úroveň sebedpěče a dopomáhá pacientce. Aktivizace může začít již v nulový pooperační den, podle stavu pacientky (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Péče o aktivitu pacientky: Pacientka by neměla příliš ležet na operované straně. Rehabilitací se snažíme dosáhnout volného pohybu hrudníku s obnovením správného dýchání, volného pohybu horní končetiny na operované straně a prevence pooperačních komplikací (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Možné ošetřovatelské diagnózy v pooperačním období: Akutní bolest, Deficit sebedpěče při koupání, oblékání, vyprazdňování, Narušená integrita kůže, Narušená integrita tkáně, Narušený obraz těla, Narušený vzorec spánku, Riziko infekce, Zhoršená tělesná pohyblivost, atd. (Herdman a Kamitsuru, 2020).

11.5 Péče o psychiku pacientky s nádorovým onemocněním prsu

Když se žena dozví, že má rakovinu prsu, je to pro ni velmi těžká rána. Naštěstí v dnešní době nacházíme spoustu možností, jak se s touto nemocí vypořádat. Srozumitelné informace a zkušenosti z praxe mohou podpořit odpovědné chování pacientek, potlačit jejich strach a zachraňovat tak životy (Friedrichs, Oellerich a Wessels, 2017, s. 13).

Každá pacientka potřebuje kromě lékařského ošetření i psychologickou podporu. Mnoho žen se v této souvislosti poprvé za život podívá smrti do očí. Tato skutečnost je výjimečnou situací, která může vést k psychické krizi související se strachem, zoufalostí, bezradností a prázdnotou (Friedrichs, Oellerich a Wessels, 2017, s. 35).

Psychoonkologie

Jedná se o vědní obor, který se pohybuje na pomezí onkologie, psychologie, sociologie, imunologie a endokrinologie. Zabývá se péčí o psychiku pacientek s nádorovým onemocněním od přijetí diagnózy a v jejím dalším průběhu (Dostálová, 2016, s. 48).

12 ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE RAKOVINOU PRSU

Cílem všech partnerských organizací je zpřístupnit maximální množství informací, které mohou být nápomocné ženám s tímto onemocněním a jejich blízkým. Dále pomáhají při prvotní komunikaci s odborníky ve chvílích, které jsou psychicky velmi náročné. Poskytují veřejnosti přehled o všech typech léčby rakoviny prsu v České republice. Předávají zkušenosti pacientů, kteří si prošli podobnými problémy. Nakonec tyto organizace vytvářejí prostor pro vzájemnou spolupráci všech, které tato problematika zajímá.

(zdroj: Nejsi na to sama – Rakovina prsu. *Nejsi na to sama: karcinom prsu, prsní nádor, prevence, diagnóza, léčba – Rakovina prsu* [online]. Copyright © 2015 [cit. 02.02.2021]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/o-nas/nejsi-na-to-sama/>)

Příklady partnerských organizací:

Amelie - Projekt psychosociální pomoci připravovala od podzimu 2005 Pavla Tichá. Občanské sdružení Amelie bylo zaregistrováno 22. prosince 2006. Program si vytyčil za cíl rozvíjet odbornou psychosociální pomoc onkologicky a jinak nemocným a jejich blízkým.

Aliance žen s rakovinou prsu - Tato organizace byla založena devatenácti organizacemi onkologických pacientek jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost. Jedním z několika cílů aliance je koordinovat projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu.

Avon - Avon pořádá každý rok tzv. Avon pochod, kterého se zúčastní miliony lidí ve více než 58 zemích světa na důkaz podpory ženám s rakovinou prsu. Myšlenka podporovat projekty boje proti rakovině prsu vznikla v mateřské firmě Avon v USA v roce 1992, kdy byl založen Fond pro zdraví žen. Avon Cosmetics v České Republice bojuje již 18. rokem proti rakovině prsu.

(zdroj: Partnerské organizace – Rakovina prsu. *Nejsi na to sama: karcinom prsu, prsní nádor, prevence, diagnóza, léčba – Rakovina prsu* [online]. Copyright © 2015 [cit. 02.02.2021]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/o-nas/partnerske-organizace/>)

EMPIRICKÁ ČÁST

Hlavní cíl:

1. Zjistit, jaká je kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu.

Dílčí výzkumné cíle:

2. Zjistit, jaká je kvalita života pacientek v jednotlivých oblastech dle dotazníku WHOQOL-BREF.
3. Zjistit, jaká je kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu v porovnání s populační normou dle manuálu WHOQOL-BREF.
4. Zjistit, jaká je kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu v jednotlivých věkových kategoriích a porovnat tyto hodnoty s populační normou dle manuálu WHOQOL-BREF.
5. Zjistit, jaký mají vliv jednotlivé sociodemografické proměnné na kvalitu života pacientek pomocí statistické analýzy.

Hypotézy:

H₁: Pacientky, u kterých trvá léčba delší dobu, mají nižší kvalitu života.

H₂: Pacientky, u kterých trvá léčba delší dobu, jsou méně spokojeny se svým zdravím.

H₃: Pacientky, které podstupují chemoterapii, mají negativně ovlivněnou oblast prožívání (DOM2).

H₄: Pacientky, které podstoupily totální mastektomii, mají negativně ovlivněnou oblast prožívání (DOM2).

13 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

V této kapitole je popsána metoda výzkumu, charakteristika zkoumaného souboru a organizace výzkumného šetření.

13.1 Metoda výzkumu a zpracování dat

K vypracování výzkumné části bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření.

Jako hlavní výzkumný nástroj byl zvolen standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, což je generický dotazník obsahující 26 položek, které se zaměřují na kvalitu života respondentek během posledních dvou týdnů. Dotazník WHOQOL-BREF se dělí na čtyři oblasti otázek (domény): fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Výjimkou jsou první dvě otázky, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (viz Tabulka č. 2, str. 17).

Samotnému dotazníku WHOQOL-BREF předchází informovaný souhlas (viz Příloha č. 1), který obsahuje informace o autorovi, popis a účel dotazníkového šetření, informace o anonymitě. Následuje 9 doplňujících otázek týkající se sociodemografických údajů (viz Příloha č. 2). Tyto údaje zahrnují věk, rodinný stav, počet dětí, dosažené vzdělání, profese, bydliště, dobu trvání léčby, druh léčby a druh operace. 3 z těchto otázek jsou otevřené, respondentky odpovědi dopisovaly. Zbýlých 6 otázek je uzavřených, respondentky odpověď označily křížkem. Dotazník je uveden v Příloze č. 2. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků. Návratnost byla 88 %, vyplněných dotazníků se tedy vrátilo celkem 70.

Získaná data byla zpracovávána prostřednictvím programu Microsoft Office Excel 2007. Následně byla tato data analyzována a graficky znázorněna pomocí grafů a tabulek.

Statistické analýzy byly provedeny pomocí programu GraphPad Prism (verze 9.1.0) v jeho zkušební měsíční licenci.

Sociodemografické údaje a otázky (č. 1, 2) byly vyhodnocovány pomocí absolutní a relativní četnosti. Při výpočtu jednotlivých domén z dotazníku WHOQOL-BREF byl použit přesně stanovený vzorec (viz Výpočet domén, s. 61), který uvádí Dragomerická a Bartoňová (2006) v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Dále byl uplatněn, u otázek (č. 1, 2) a domén (č. 1, 2, 3, 4),

aritmetický průměr, který jsme porovnávali s daty z této příručky. Tato data jsou tzv. populační normou WHOQOL-BREF.

13.2 Charakteristika výzkumného souboru osob

Vhodný výběr souboru osob pro výzkumné šetření zahrnoval ženy, které mají diagnostikované nádorové onemocnění prsu. Respondentky s touto diagnózou navštěvovaly onkologické oddělení v Oblastní nemocnici Náchod a.s., nejen v rámci kontrolních lékařských prohlídek, ale i pro podávání chemoterapeutické léčby v denním stacionáři. Díky této skutečnosti bylo možné využít jejich čas k vyplnění dotazníků. Důležitým kritériem při výběru respondentek byla také ochota podílet se na prováděném výzkumu.

Zkoumaný soubor dále charakterizují sociodemografické údaje: věk, rodinný stav, počet dětí, dosažené vzdělání, profese, bydliště, dobu trvání léčby, druh léčby a druh operace. Údaje o profesi a bydlišti (město/venkov) nebyly nakonec považovány za důležité při vyhodnocování výsledků výzkumu, proto nejsou dále uváděny.

Podrobnější charakteristika souboru z hlediska léčby a dalších oblastí je uvedena v následující kapitole 14 Vyhodnocení výsledků výzkumu.

13.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na oddělení klinické onkologie s denním stacionářem v Oblastní nemocnici Náchod a.s., v období od listopadu 2020 do února 2021. Aby v nemocnici mohlo probíhat výzkumné šetření, bylo zapotřebí požádat o povolení u vedoucích pracovníků - náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestra onkologického oddělení (viz Příloha č. 3). Výsledek obou byl kladný.

Pacientkám byl prostřednictvím zdravotních sester podán dotazník v tištěné verzi. Konkrétním otázkám předcházelo poučení o tom, jak má být správně dotazník vyplněn. V případných nejasnostech se mohly respondentky obracet na mnou poučený personál.

Aby byla zajištěna anonymita, dotazníky byly schraňovány do uzavřené schránky na stacionáři, kde jsem si je pravidelně vyzvedávala.

14 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

14.1 Vyhodnocení sociodemografických údajů

Mezi sociodemografické údaje byl zařazen věk, rodinný stav, počet dětí, nejvyšší dosažené vzdělání, doba léčby, druh léčby a druh operace.

VĚK

Tabulka č. 3: Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 29 let	0	0 %
30 - 44 let	1	1 %
45 - 59 let	29	41 %
60 - 74 let	31	44 %
75 - 85 let	9	13 %
Celkem	70	100 %

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 60–74 let (44 %), tuto skupinu tvořilo 31 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy v rozmezí 45–59 let (41 %), tato skupina zahrnovala 29 žen. Skupinu respondentek ve věku 75–85 let (13 %) tvořilo 9 žen. 1 respondentka byla ve věkovém rozmezí 30–44 let (1 %). Ve věku 18-29 let (0 %) nevyplnila dotazník žádná žena.

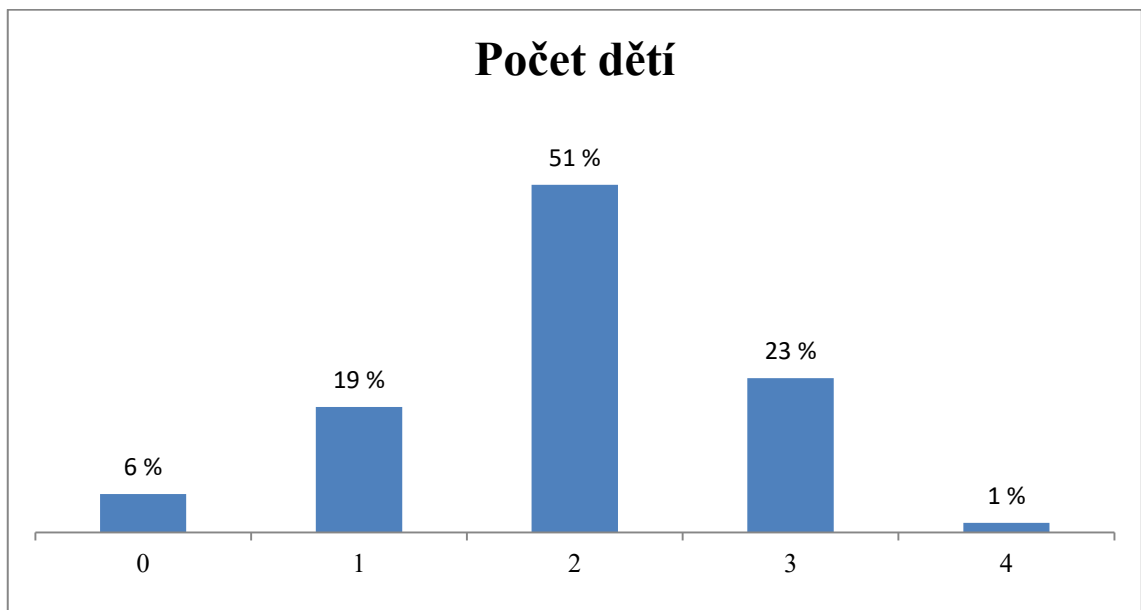
RODINNÝ STAV

Tabulka č. 4: Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodná	2	3 %
Vdaná	40	57 %
Rozvedená	11	16 %
Vdova	17	24 %
Celkem	70	100 %

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupinou byly vdané ženy (57 %), tuto skupinu tvořilo 40 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily vdovy (24 %), celkem 17 žen. Skupinu rozvedených respondentek (16 %) činilo 11 žen. 2 respondentky byly svobodné (3 %).

POČET DĚTÍ



Graf č. 2: Počet dětí

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které mají 2 děti (51 %), v této skupině bylo 36 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky mající 3 děti (23 %), celkem 16 žen. Skupinu pacientek, které mají 1 dítě (19 %), tvořilo celkem 13 žen. 4 respondentky neměly dítě žádné (6 %). Jediná žena ze všech dotazovaných měla 4 děti (1 %).

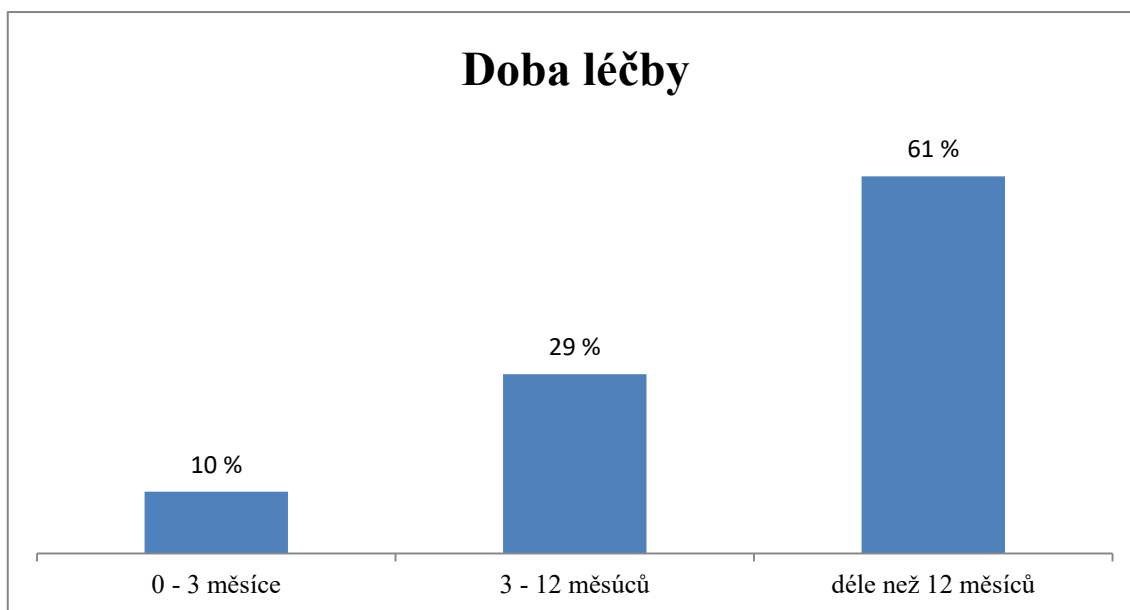
NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které dokončily střední školu s maturitou (36 %), v této skupině bylo 25 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky mající dokončenou střední školu s výučním listem (30 %), celkem 21 žen. Skupinu pacientek se základním vzděláním (23 %) tvořilo celkem 16 žen. 5 respondentek má vyšší odborné vzdělání (7 %). Vysokou školu vystudovaly celkem 3 ženy (4 %).

DOBA LÉČBY



Graf č. 4: Doba léčby

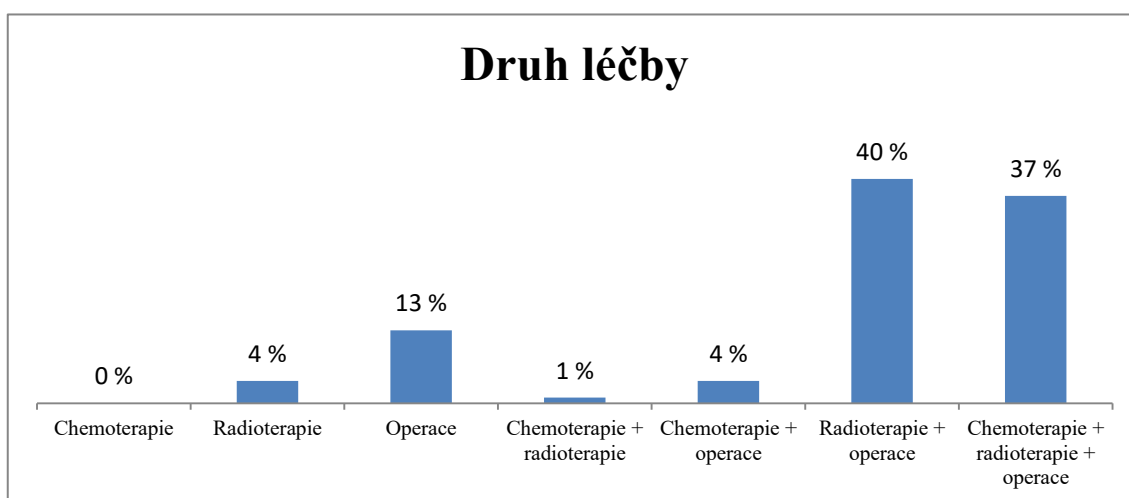
Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které se léčí s touto diagnózou déle než 12 měsíců (61 %), v této skupině bylo 43 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, jejichž léčba trvá 3 - 12 měsíců (29 %), celkem 20 žen. Pacientek léčících se méně než 3 měsíce (10 %) bylo celkem 7.

DRUH LÉČBY

Tabulka č. 5: Druh léčby

Druh léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chemoterapie	0	0 %
Radioterapie	3	4 %
Operace (chirurgická léčba)	9	13 %
Chemoterapie + radioterapie	1	1 %
Chemoterapie + operace	3	4 %
Radioterapie + operace	28	40 %
Chemoterapie + radioterapie + operace	26	37 %
Celkem	70	100 %

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupinou byly ženy, které podstoupily radioterapeutickou i chirurgickou léčbu (40 %), v této skupině bylo 28 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, které podstoupily chemoterapii, radioterapii i operativní zákrok (37 %), celkem 26 žen. Pouze chirurgickou léčbou si prošlo 9 pacientek (13 %). 3 ženy ze všech dotázaných podstoupily léčbu radioterapeutickou (4 %). U dalších 3 respondentek byla poskytnuta chemoterapeutická i chirurgická léčba (4 %). Jedna pacientka podstoupila chemoterapii i radioterapii (1 %). Z dotázaných nebyla žádná respondentka léčena pouze léčbou chemoterapeutickou (0 %).



Graf č. 5: Druh léčby

DRUH OPERACE

Tabulka č. 6: Druh operace

Druh operace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Parciální mastektomie	42	64 %
Totální mastektomie	24	36 %
Celkem	66	100 %

Ze 70 dotazovaných žen podstoupilo chirurgickou léčbu 66 respondentek (94 %). U 42 pacientek byla provedena parciální mastektomie (64 %). 24 žen podstoupilo mastektomii totální (36 %).

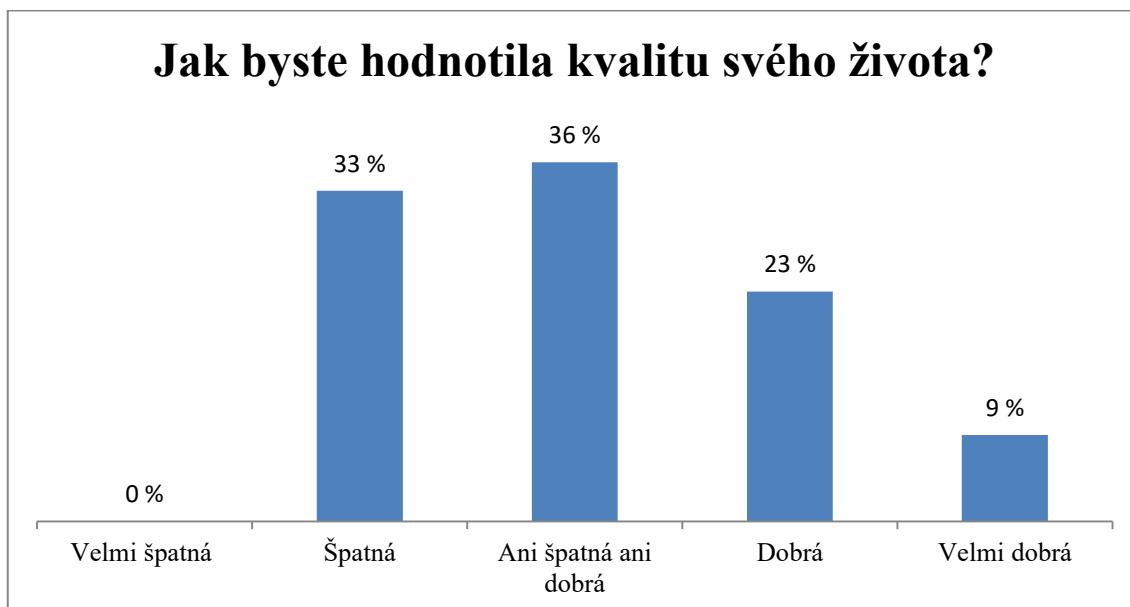
14.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

Q1 – JAK BYSTE HODNOTILA KVALITU SVÉHO ŽIVOTA?

Tabulka č. 7: Q1 – Jak byste hodnotila kvalitu svého života?

Q1 - odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi špatná	0	0 %
Špatná	23	33 %
Ani špatná ani dobrá	25	36 %
Dobrá	16	23 %
Velmi dobrá	6	9 %
Celkem	70	100 %

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupina žen uvedla, že není jejich kvalita života ani špatná ani dobrá (36 %), v této skupině bylo 25 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, které popsaly kvalitu svého života jako špatnou (33 %), celkem 23 žen. 16 pacientek uvedlo, že kvalita je jejich života dobrá (23 %). Dalších 6 pacientek hodnotí svou kvalitu života jako velmi dobrou (9 %). Žádná z dotázaných žen neuvedla, že by její kvalita života velmi špatná (0 %).



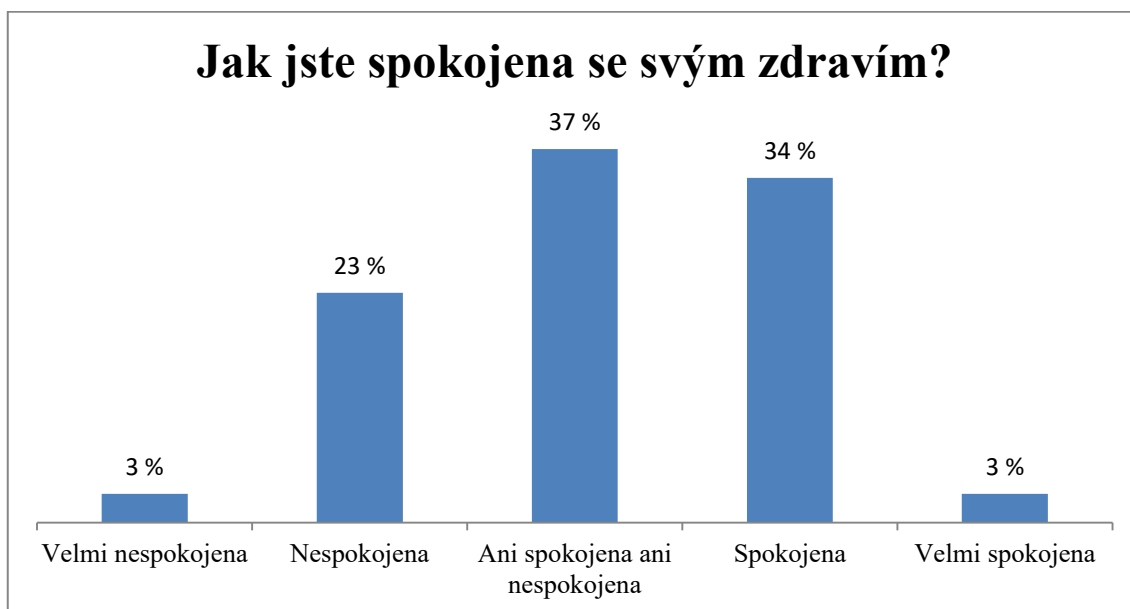
Graf č. 6: Q1 – Jak byste hodnotila kvalitu svého života?

Q2 – JAK JSTE SPOKOJENA SE SVÝM ZDRAVÍM?

Tabulka č. 8: Q2 – Jak jste spokojena se svým zdravím?

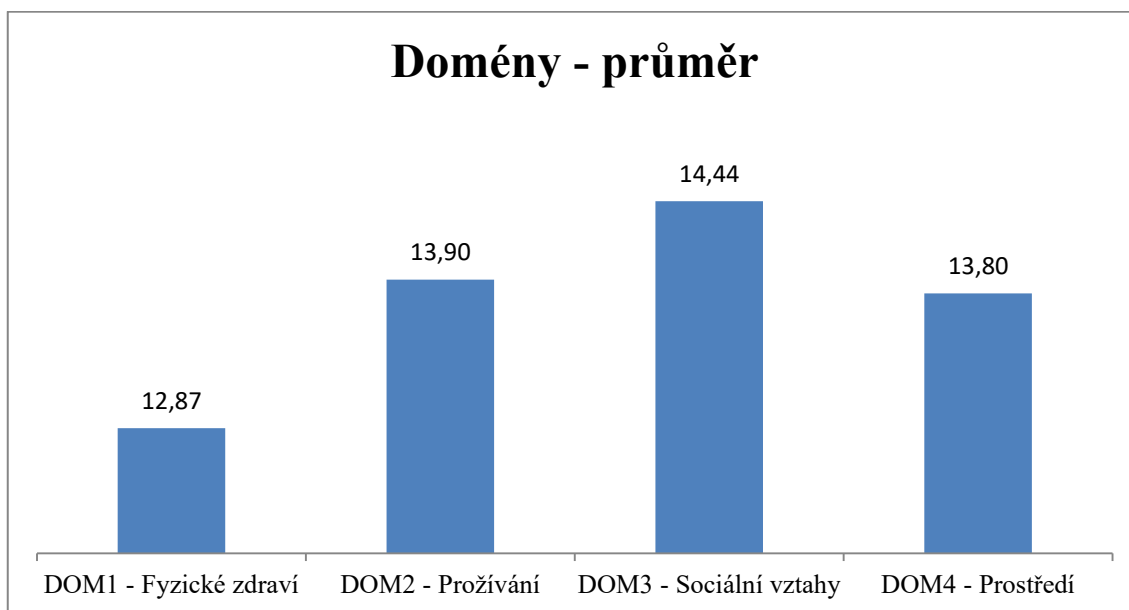
Q2 - odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojena	2	3 %
Nespokojena	16	23 %
Ani spokojena ani nespokojena	26	37 %
Spokojena	24	34 %
Velmi spokojena	2	3 %
Celkem	70	100 %

Celkem vyplnilo dotazník 70 respondentek (100 %). Nejpočetnější skupina žen uvedla, že se svým zdravím nejsou ani spokojené ani nespokojené (37 %), v této skupině bylo 26 pacientek. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, které jsou se svým zdravím spokojené (34 %), celkem 24 žen. 16 pacientek uvedlo, že jsou se svým zdravím nespokojené (23 %). Další 2 pacientky uvedly, že jsou se svým zdravím velmi spokojené (3 %). 2 respondentky popsaly, že jsou se svým zdravím velmi nespokojené (3 %).



Graf č. 7: Q2 – Jak jste spokojena se svým zdravím?

DOMÉNY



Graf č. 8: Domény - průměr

DOM1 – Fyzické zdraví, sestává z otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18.

DOM2 – Prožívání, sestává z otázek č. 5, 6, 11, 19 a 26.

DOM3 – Sociální vztahy, sestává z otázek č. 20, 21 a 22.

DOM4 – Prostředí, sestává z otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25.

(viz Tabulka č. 2)

Výpočet domén:

Každá otázka se hodnotí číslem 1-5. Pro výpočet jednotlivých domén se využívá vzorec:

$$\text{např.: DOM1} = (q3^* + q4^* + q10 + q15 + q16 + q17 + q18) : 7 \times 4$$

Číslo 7 v tomto případě znamená počet otázek (q) v doméně 1, číslem 4 se násobí z toho důvodu, aby bylo možné tyto domény srovnávat s těmi z dotazníku WHOQOL-100.

Rozpětí škály u domén je 4-20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42).

*Pozn.: Pokud nemají otázky q3, q4 a q26 upravené pořadí skóre již v dotazníku, tedy hodnotí se od 5 do 1, musí se následně změnit znění vzorců:

$$q3 = (6 - q3), q4 = (6 - q4), q26 = (6 - q26)$$

15 DISKUZE

Hlavním cílem empirické části bylo zjistit celkovou kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.

Dílčím cílem bylo zjistit, jaká je kvalita života patientek v jednotlivých oblastech dle dotazníku WHOQOL-BREF a porovnat tyto oblasti s populačními normami dle manuálu WHOQOL-BREF. Dále bylo naší úkolem zjistit, jaká je kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu v jednotlivých věkových kategoriích a opět tyto hodnoty porovnat s populačními normami.

Posledním cílem bylo zjistit, jaký mají vliv vybrané sociodemografické proměnné na kvalitu života patientek pomocí statistické analýzy.

15.1 Porovnání dat s populačními normami

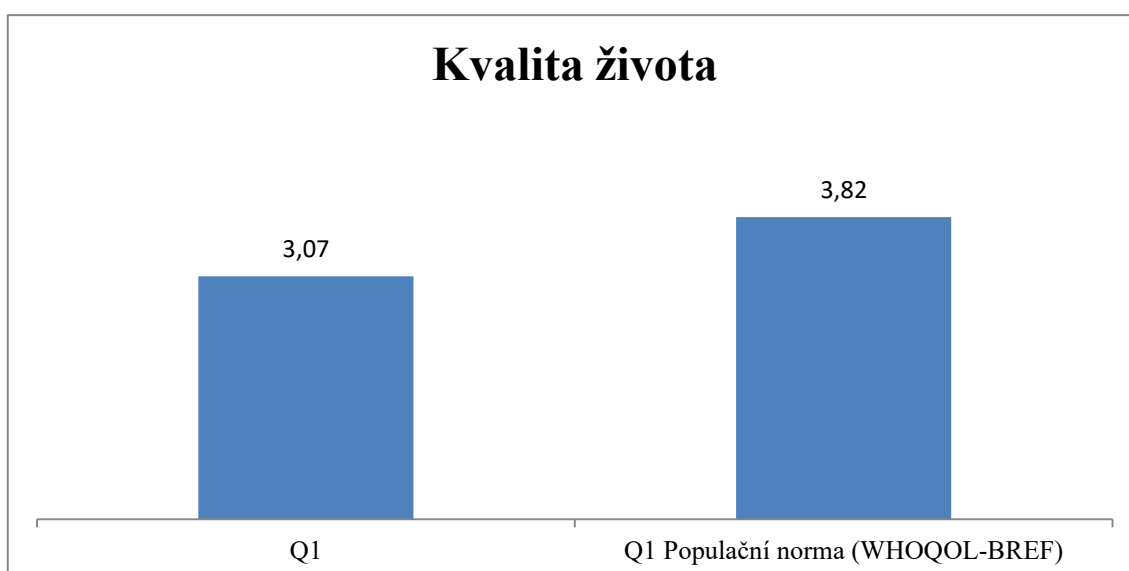
K porovnání výsledků otázek (Q1, Q2) a domén (1, 2, 3, 4) byla využita data získaná z Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od Dragomerické a Bartoňové, 2006. Tato data jsou tzv. populační normou WHOQOL-BREF.

OTÁZKA Q1

Odpověď na otázku č. 1 (Q1 – Jak byste hodnotila kvalitu svého života?) popsaly nejčastěji ženy tak, že jejich kvalita života není ani dobrá ani špatná 36 %. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, které popsaly kvalitu svého života jako špatnou 33 %. Bylo zde však 23 % pacientek, které hodnotí kvalitu svého života jako dobrou, a dokonce 9 % žen jako velmi dobrou (viz Tabulka č. 7: Q1 - Jak byste hodnotila kvalitu svého života?).

Na otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Kdy hodnota 1 znamená kvalita velmi špatná, hodnota 2 špatná, hodnota 3 ani dobrá ani špatná, hodnota 4 dobrá, hodnota 5 velmi dobrá.

Průměrná hodnota odpovědí vyšla 3,07. V použité Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace uvádějí průměrnou populační normu 3,82. Rozdíl hodnot tedy nebyl tak velký, jak jsem očekávala.



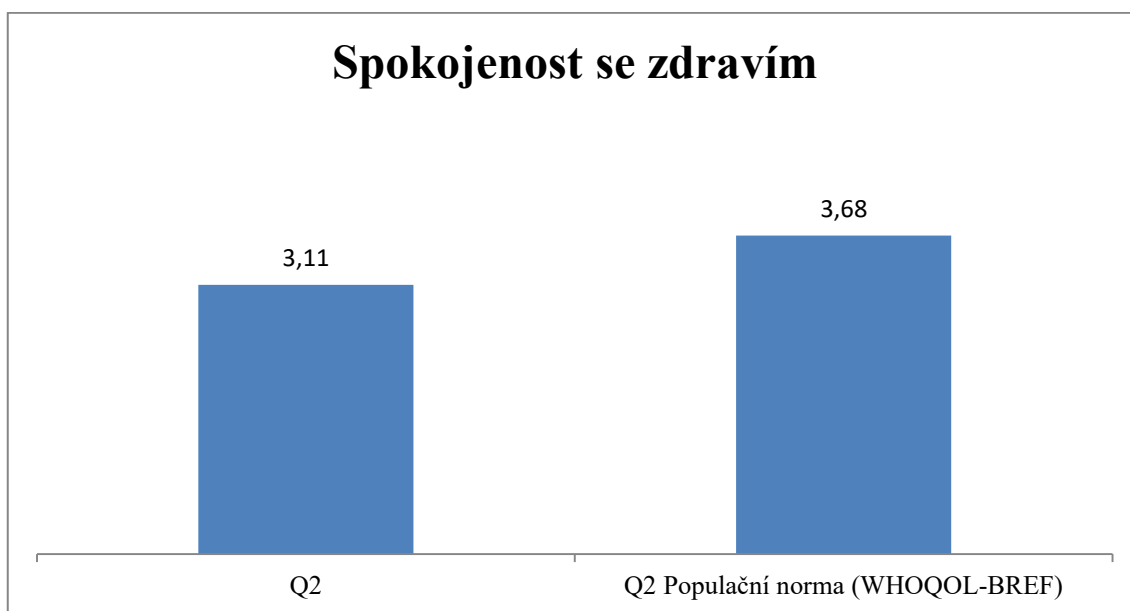
Graf č. 9: Kvalita života

OTÁZKA Q2

Na otázku č. 2 (Q2 - Jak jste spokojena se svým zdravím?) ženy nejčastěji odpovídaly tak, že se svým zdravím nejsou ani spokojené ani nespokojené 37 %. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, které jsou se svým zdravím spokojené 33 % (viz Tabulka č. 8: Q2 - Jak jste spokojena se svým zdravím?).

Na otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Kdy hodnota 1 znamená velmi nespokojena se svým zdravím, hodnota 2 nespokojena, hodnota 3 ani spokojena ani nespokojena, hodnota 4 spokojena, hodnota 5 velmi spokojena.

Průměrná hodnota odpovědí vyšla 3,11. V použité Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace uvádějí průměrnou populační normu 3,68. I přesto, že mají respondentky diagnostikované nádorové onemocnění prsu, se spokojenost se zdravím velmi neliší od populační normy.



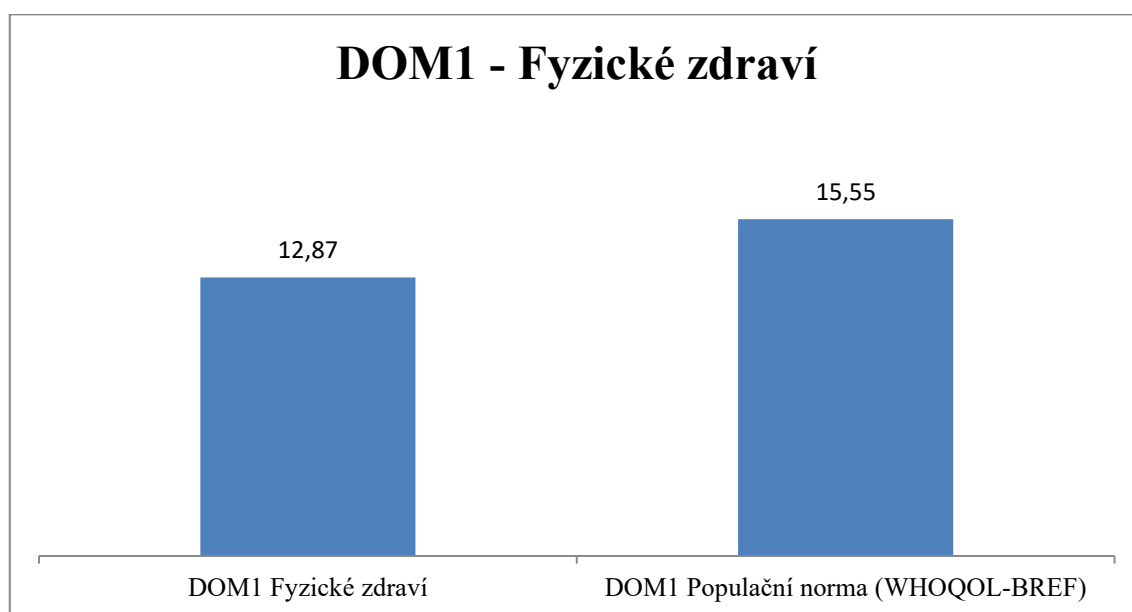
Graf č. 10: Spokojenost se zdravím

DOMÉNA 1

Doména 1 (Fyzické zdraví) se skládá z otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Tyto otázky se týkají bolesti, potřeby lékařské péče, dostatku energie a pohybu, spokojenosti se spánkem, s prováděním každodenních činností a s pracovním výkonem.

Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42).

Průměrná hodnota domény 1 vyšla 12,87. V Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace uvádějí průměrnou populační normu 15,55. V této příručce také zmiňují, že pokud je průměrná hodnota menší než 13, jedná se, v oblasti Fyzického zdraví, o sníženou kvalitu života daných respondentů.



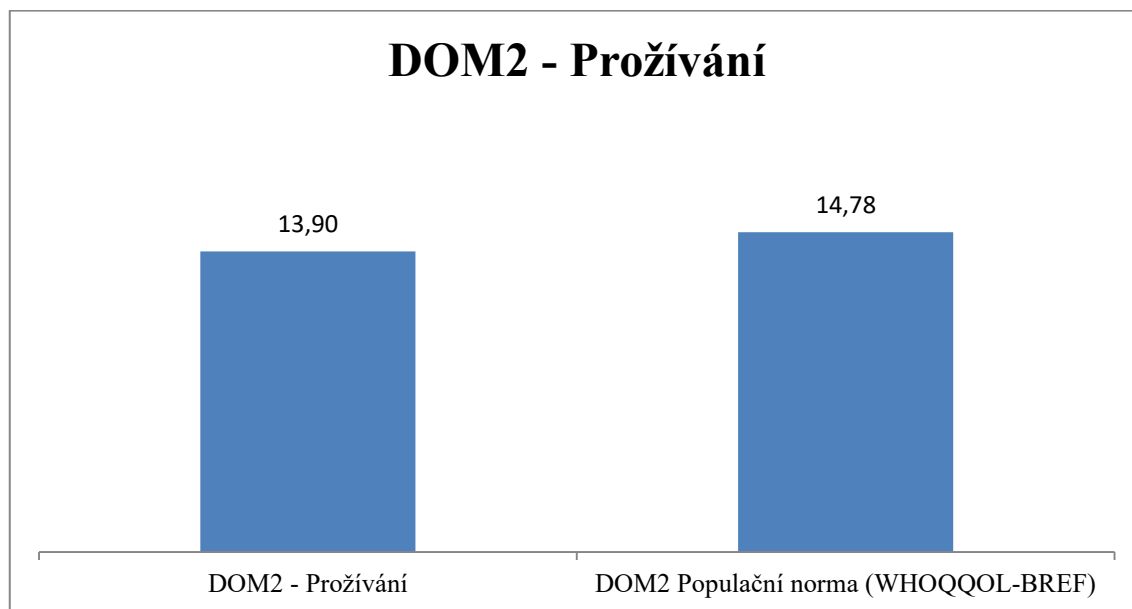
Graf č. 11: DOM1 – Fyzické zdraví

DOMÉNA 2

Doména 2 (Prožívání) se skládá z otázek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Tyto otázky se týkají potěšení ze života, smyslu života, soustředivosti, akceptování tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou samým, prožívání negativních pocitů (depresí, úzkostí, beznaděje).

Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42).

Průměrná hodnota domény 2 vyšla 13,90. V Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace uvádějí průměrnou populační normu 14,78. Výsledná průměrná hodnota 13,90 spadá do intervalu populační normy, blíží se však k její spodní hranici (13,60).



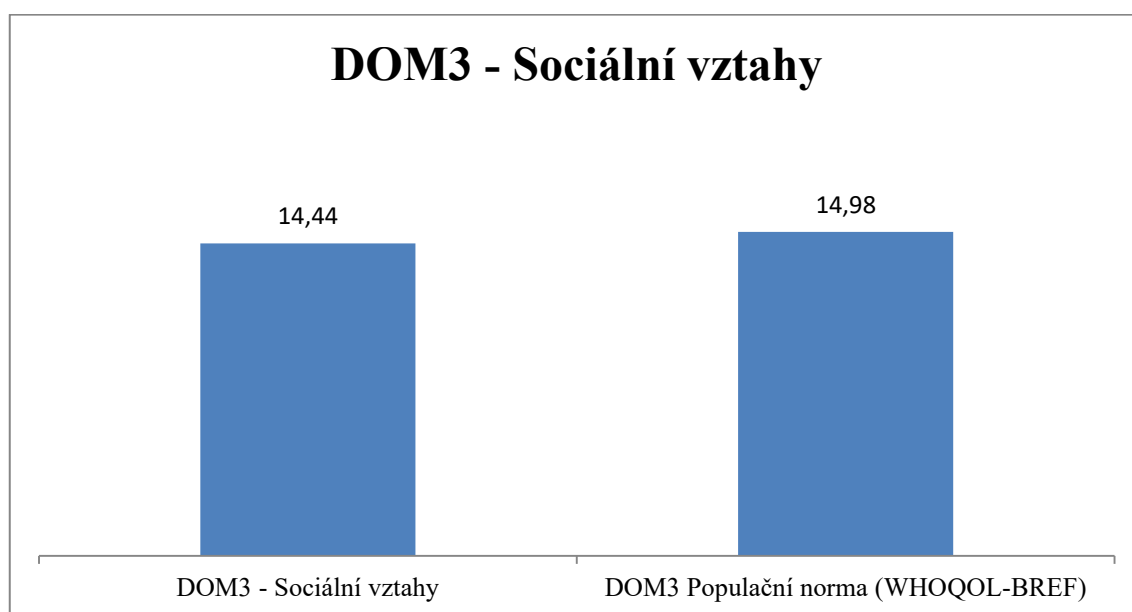
Graf č. 12: DOM2 - Prožívání

DOMÉNA 3

Doména 3 (Sociální vztahy) se skládá z otázek č. 20, 21 a 22. Tyto otázky se týkají spokojenosti s osobními vztahy, se sexuálním životem, s podporou přátel.

Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42).

Průměrná hodnota domény 3 vyšla 14,44. V Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace uvádějí průměrnou populační normu 14,98. Spokojenost respondentek v oblasti sociálních vztahů je tedy přibližně shodná s populační normou.



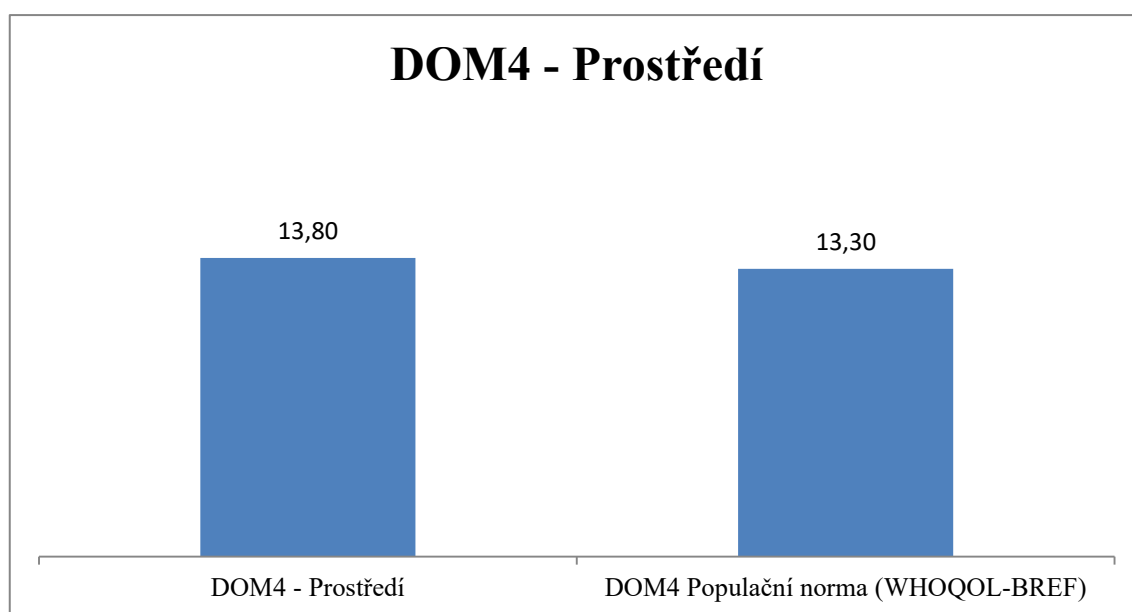
Graf č. 13: DOM3 – Sociální vztahy

DOMÉNA 4

Doména 4 (Prostředí) se skládá z otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Tyto otázky se týkají pocitu bezpečí, míře zdraví v životním prostředí, financí k uspokojování svých potřeb, přístupu k informacím a zálibám, podmínek v místě, kde respondentka žije, dostupnosti zdravotní péče, spokojenosti s dopravou.

Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42).

Průměrná hodnota domény 4 vyšla 13,80. V Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace uvádějí průměrnou populační normu 13,30. Výsledná průměrná hodnota 13,80 spadá do intervalu populační normy, blíží se však k její horní hranici (14,30).



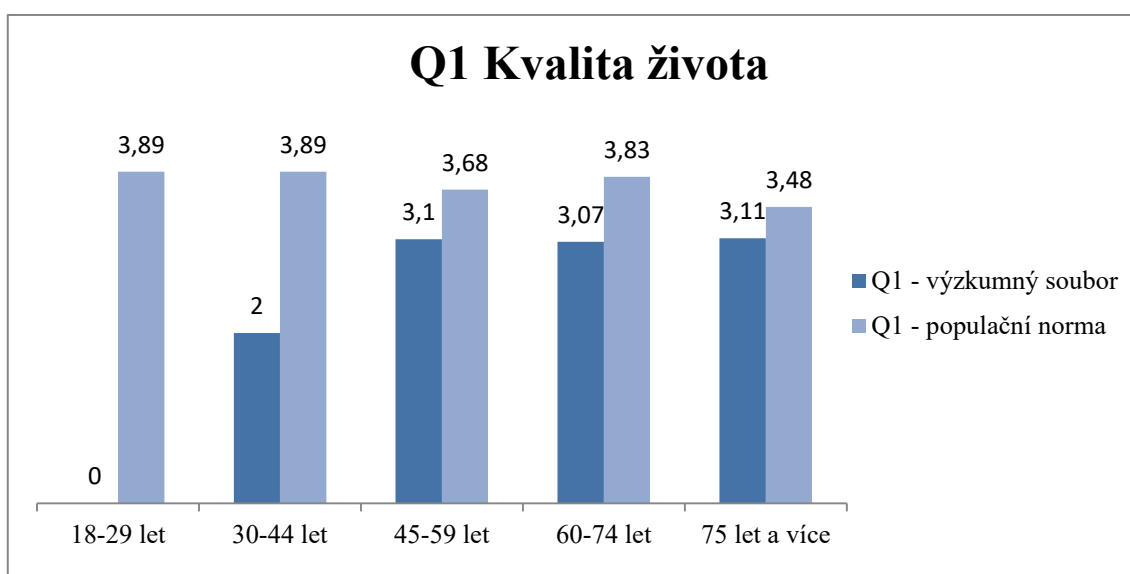
Graf č. 14: DOM4 - Prostředí

15.2 Porovnání dat s populačními normami dle věku

V Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO od Dragomerické a Bartoňové (2006) nalezneme populační normy rozdělené do věkových kategorií. Tyto populační normy obsahují průměrné hodnoty otázek (č. 1, 2) a domén (1-4), které jsou odlišné v různých věkových intervalech.

Q1 KVALITA ŽIVOTA

Celkem na otázku č. 1 (Jak byste hodnotila kvalitu svého života?) odpovědělo 70 pacientek (100 %). Na tuto otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Kdy hodnota 1 znamená kvalita velmi špatná, hodnota 2 špatná, hodnota 3 ani dobrá ani špatná, hodnota 4 dobrá, hodnota 5 velmi dobrá.



Graf č. 15: Q1 v porovnání s populačními normami dle věku

V rozmezí 18 - 29 let nebyla součástí výzkumného souboru žádná pacientka (viz Tabulka č. 3: Věk). V takovém věkovém intervalu tedy nelze porovnat průměrnou hodnotu s populační normou.

Ve věkové oblasti 30 - 44 let byla součástí výzkumného souboru pouze jedna žena (1%), (viz Tabulka č. 3: Věk). Tato pacientka uvedla hodnotu 2. Populační norma

je v tomto věkovém intervalu 3,68. Kvalitu života tedy hodnotí tato pacientka jako špatnou (hodnota odpovědi 2).

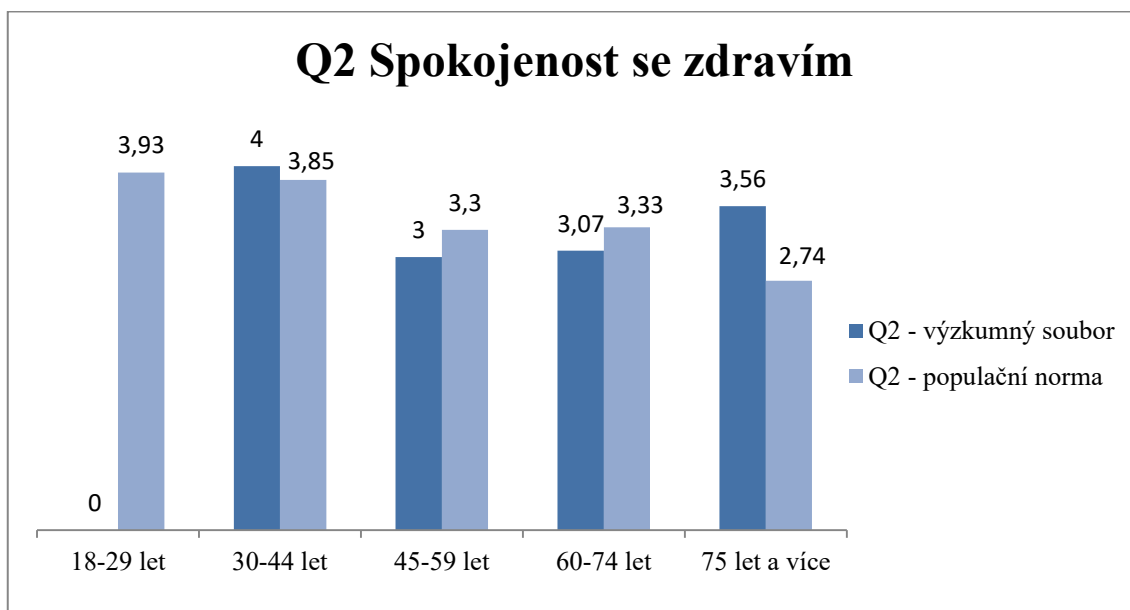
Věkový interval 45 - 59 let zahrnoval 41 % žen výzkumného souboru, celkem 29 patientek (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota odpovědí na otázku č. 1 vyšla 3,1. Oproti populační normě 3,68 je kvalita života těchto respondentek mírně snižena.

Nejvíce patientek výzkumného souboru bylo ve věkovém rozmezí 60 - 74 let (44 %), celkem tedy 31 žen (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota odpovědí na otázku č. 1 vyšla u těchto žen 3,07. Populační norma uvádí hodnotu 3,83. Výzkumný soubor v tomto věkovém rozmezí zahrnuje pacientky, u kterých je kvalita života nižší oproti populační normě.

Ve věku 75 let a více, bylo součástí výzkumného souboru 9 žen (13 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota odpovědí tohoto souboru na otázku č. 1 vyšla 3,11. Oproti populační normě 3,68 je kvalita života těchto respondentek mírně snižena.

Q2 SPOKOJENOST SE ZDRAVÍM

Celkem na otázku č. 2 (Jak jste spokojená se svým zdravím?) odpovědělo 70 patientek (100 %). Na otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1-5. Kdy hodnota 1 znamená velmi nespokojena se svým zdravím, hodnota 2 nespokojena, hodnota 3 ani spokojena ani nespokojena, hodnota 4 spokojena, hodnota 5 velmi spokojena.



Graf č. 16: Q2 v porovnání s populačními normami dle věku

V rozmezí 18 - 29 let nebyla součástí výzkumného souboru žádná pacientka (viz Tabulka č. 3: Věk). V takovém věkovém intervalu tedy nelze porovnat průměrnou hodnotu s populační normou.

Ve věkové oblasti 30 - 44 let byla součástí výzkumného souboru pouze jedna žena (1%), (viz Tabulka č. 3: Věk). Tato pacientka uvedla hodnotu 4, což znamená, že je se svým zdravím spokojená. Populační norma je v tomto věkovém intervalu 3,85.

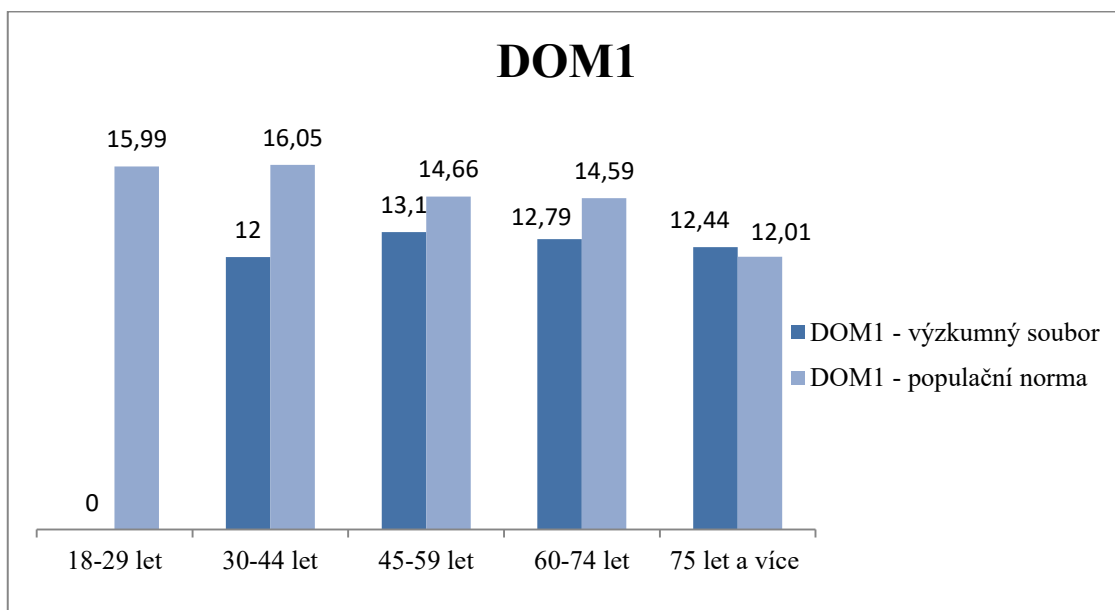
Věkový interval 45 - 59 let zahrnoval 41 % žen výzkumného souboru, celkem 29 patientek (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota odpovědí na otázku č. 2 vyšla 3. Respondentky v této věkové kategorii tedy nejsou se svým zdravím ani spokojené ani nespokojené. Oproti populační normě 3,3 je kvalita života těchto respondentek mírně snížena.

Nejvíce pacientek výzkumného souboru bylo ve věkovém rozmezí 60 - 74 let (44 %), celkem tedy 31 žen (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota odpovědí na otázku č. 2 vyšla u těchto žen 3,07. Populační norma uvádí hodnotu 3,33. Výzkumný soubor zahrnuje pacientky, které jsou se svým zdravím méně spokojené oproti populační normě ve stejném věkovém rozmezí.

Ve věku 75 let a více, bylo součástí výzkumného souboru 9 žen (13 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota odpovědí tohoto souboru na otázku č. 2 vyšla 3,56. Oproti populační normě 2,74 je spokojenost se zdravím u těchto žen mírně zvýšená.

DOM1 FYZICKÉ ZDRAVÍ

Celkem vyplnilo dotazník 70 pacientek (100 %). Na každou otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42). Součástí domény 1 (Fyzické zdraví) jsou otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18.



Graf č. 17: DOM1 v porovnání s populačními normami dle věku

V rozmezí 18 - 29 let nebyla součástí výzkumného souboru žádná pacientka (viz Tabulka č. 3: Věk). V takovém věkovém intervalu tedy nelze porovnat průměrnou hodnotu s populační normou.

Ve věkové oblasti 30 - 44 let byla součástí výzkumného souboru pouze jedna žena (1%), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 1 u této pacientky vyšla 12. Populační norma je v tomto věkovém intervalu 16,05. Fyzické zdraví může být tedy i u mladších pacientek snižené.

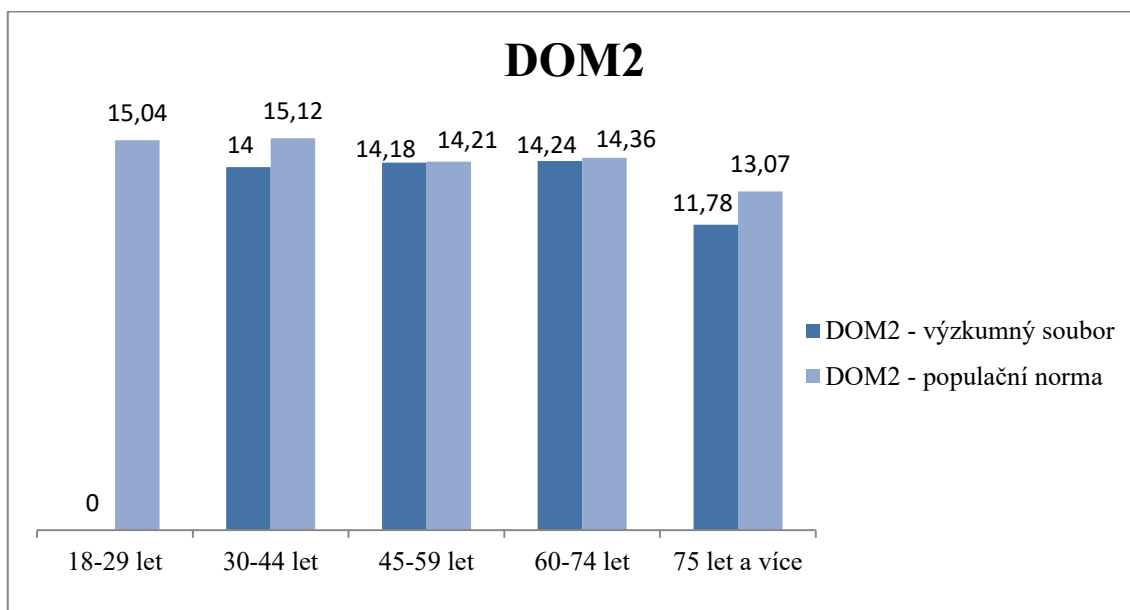
Věkový interval 45 - 59 let zahrnoval 41 % žen výzkumného souboru, celkem 29 pacientek (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 1 vyšla 13,1. Oproti populační normě 14,66 je fyzické zdraví respondentek nižší, stejně jako u předchozí věkové oblasti.

Nejvíce pacientek výzkumného souboru bylo ve věkovém rozmezí 60 - 74 let (44 %), celkem tedy 31 žen (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 1 vyšla u těchto žen 12,79. Populační norma uvádí hodnotu 14,59. I v tomto věkovém intervalu je fyzické zdraví u výzkumného souboru nižší než u populační normy.

Ve věku 75 let a více, bylo součástí výzkumného souboru 9 žen (13 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 1 vyšla 12,44. Je to jediné věkové rozmezí, ve kterém se cítí respondentky, v oblasti fyzického zdraví, lépe než populační norma 12,01.

DOM2 PROŽÍVÁNÍ

Celkem vyplnilo dotazník 70 pacientek (100 %). Na každou otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42). Součástí domény 2 (**Prožívání**) jsou otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26.



Graf č. 18: DOM2 v porovnání s populačními normami dle věku

V rozmezí 18 - 29 let nebyla součástí výzkumného souboru žádná pacientka (viz Tabulka č. 3: Věk). V takovém věkovém intervalu tedy nelze porovnat průměrnou hodnotu s populační normou.

Ve věkové oblasti 30 - 44 let byla součástí výzkumného souboru pouze jedna žena (1 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 2 u této pacientky vyšla 14. Populační norma je v tomto věkovém intervalu 15,12.

Věkový interval 45 - 59 let zahrnoval 41% žen výzkumného souboru, celkem 29 pacientek (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 2 vyšla 14,18. Je téměř shodná s populační normou 14,21.

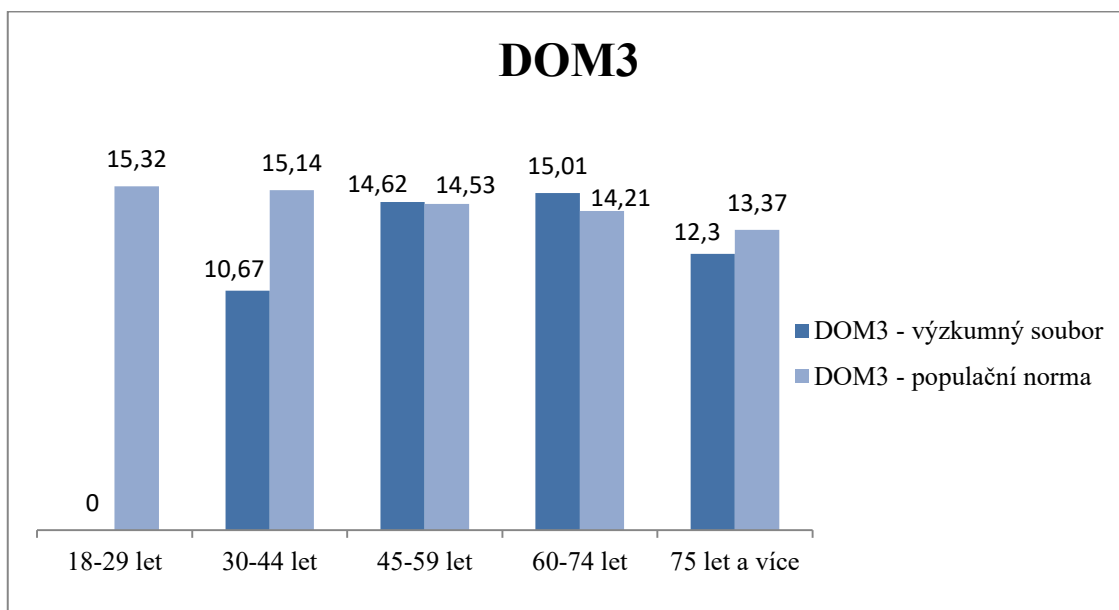
Nejvíce pacientek výzkumného souboru bylo ve věkovém rozmezí 60 - 74 let (44 %), celkem tedy 31 žen (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 2 vyšla

u těchto žen 14,24. Populační norma uvádí hodnotu 14,36. I v tomto věkovém intervalu je prožívání téměř shodné u obou vzorků.

Ve věku 75 let a více, bylo součástí výzkumného souboru 9 žen (13 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 2 vyšla 11,78. V tomto věkovém rozmezí zvládají pacientky z výzkumného souboru oblast prožívání hůře, než uvádí populační norma 13,07.

DOM3 SOCIÁLNÍ VZTAHY

Celkem vyplnilo dotazník 70 pacientek (100 %). Na každou otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42). Součástí domény 3 (**Sociální vztahy**) jsou otázky č. 20, 21 a 22.



Graf č. 19: DOM3 v porovnání s populačními normami dle věku

V rozmezí 18 - 29 let nebyla součástí výzkumného souboru žádná pacientka (viz Tabulka č. 3: Věk). V takovém věkovém intervalu tedy nelze porovnat průměrnou hodnotu s populační normou.

Ve věkové oblasti 30 - 44 let byla součástí výzkumného souboru pouze jedna žena (1 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 3 u této pacientky vyšla 10,67. Populační norma je v tomto věkovém intervalu 15,14. Tato pacientka tedy pociťuje nedostatky v oblasti sociálních vztahů.

Věkový interval 45 - 59 let zahrnoval 41 % žen výzkumného souboru, celkem 29 pacientek (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 3 vyšla 14,62. Je téměř shodná s populační normou 14,53.

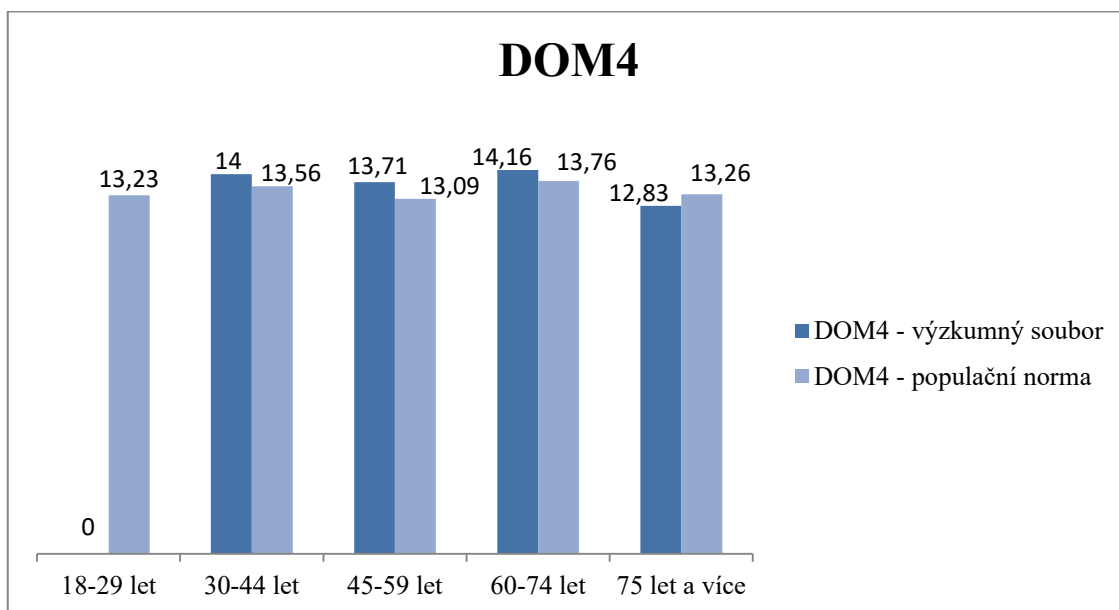
Nejvíce pacientek výzkumného souboru bylo ve věkovém rozmezí 60 - 74 let (44 %), celkem tedy 31 žen (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 3 vyšla

u těchto žen 15,01. Populační norma uvádí hodnotu 14,21. V tomto věkovém intervalu je oblast sociálních vztahů na lepší úrovni u výzkumného souboru než u populační normy.

Ve věku 75 let a více, bylo součástí výzkumného souboru 9 žen (13 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 3 vyšla 12,3. Populační norma uvádí hodnotu 13,37. V této věkové oblasti mají ženy z výzkumného souboru menší nedostatky v oblasti sociálních vztahů oproti populační normě.

DOM4 PROSTŘEDÍ

Celkem vyplnilo dotazník 70 pacientek (100 %). Na každou otázku se odpovídalo v rozmezí hodnot 1 - 5. Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomerická a Bartoňová, 2006, s. 42). Součástí domény 4 (**Prostředí**) jsou otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25.



Graf č. 20: DOM4 v porovnání s populačními normami dle věku

V rozmezí 18 - 29 let nebyla součástí výzkumného souboru žádná pacientka (viz Tabulka č. 3: Věk). V takovém věkovém intervalu tedy nelze porovnat průměrnou hodnotu s populační normou.

Ve věkové oblasti 30 - 44 let byla součástí výzkumného souboru pouze jedna žena (1 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 4 u této respondentky vyšla 14. Populační norma je v tomto věkovém intervalu 13,56. Tato pacientka se tedy cítí o trochu lépe v obklopujícím prostředí než zkoumaný vzorek populační normy.

Věkový interval 45 - 59 let zahrnoval 41 % žen výzkumného souboru, celkem 29 pacientek (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 4 vyšla 13,71. Populační norma uvádí 13,09. Respondentky z výzkumného souboru jsou více spokojené v jejich obklopujícím prostředí oproti populační normě.

Nejvíce pacientek výzkumného souboru bylo ve věkovém rozmezí 60 - 74 let (44 %), celkem tedy 31 žen (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 4 vyšla u těchto žen 14,16. Populační norma uvádí hodnotu 13,76. V tomto věkovém intervalu je oblast prostředí téměř shodná u obou porovnávacích vzorků.

Ve věku 75 let a více, bylo součástí výzkumného souboru 9 žen (13 %), (viz Tabulka č. 3: Věk). Průměrná hodnota domény 4 vyšla 12,83. Populační norma uvádí hodnotu 13,26. V této věkové oblasti se hodnoty téměř neliší.

15.3 Statistická analýza získaných dat

Statistická analýza byla provedena pomocí programu GraphPad Prism (verze 9.1.0) v jeho zkušební měsíční licenci. Cílem statistické analýzy bylo zjistit, zda mají vybrané sociodemografické proměnné vliv na kvalitu života patientek a na vybrané oblasti z dotazníku WHOQOL-BREF. Rozhodnutí, které testy budou využity při statistické analýze námi stanovených hypotéz, předcházelo ověření normálního rozložení námi získaných dat pomocí Shapiro-Wilkova testu, Anderson-Darlingova testu a Kolmogorov-Smirnovova testu. Potvrdilo se, že data v našem souboru pocházejí z jiného než normálního rozdělení, proto byl použit neparametrický Mann-Whitney test. Testovanou hypotézu ověřuje pomocí porovnání výsledné p-hodnoty s hladinou významnosti, která byla stanovena $\alpha = 5\%$.

Věcné hypotézy byly pro potřeby statistického zpracování následně přeformulovány:

H₁: Patientky, u kterých trvá léčba delší dobu, mají nižší kvalitu života.

H₀₁: Doba léčby nemá vliv na kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.

H_{A1}: Doba léčby má vliv na kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.

H₂: Patientky, u kterých trvá léčba delší dobu, jsou méně spokojeny se svým zdravím.

H₀₂: Doba léčby nemá vliv na spokojenost se zdravím u patientek s nádorovým onemocněním prsu.

H_{A2}: Doba léčby má vliv na spokojenost se zdravím u patientek s nádorovým onemocněním prsu.

H₃: Patientky, které podstupují chemoterapii, mají negativně ovlivněnou oblast prožívání (DOM2).

H₀₃: Druh léčby u patientek s nádorovým onemocněním prsu neovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

H_{A3}: Druh léčby u patientek s nádorovým onemocněním prsu ovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

H4: Pacientky, které podstoupily totální mastektomii, mají negativně ovlivněnou oblast prožívání (DOM2).

H04: Druh operace u patientek s nádorovým onemocněním prsu neovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

HA4: Druh operace u patientek s nádorovým onemocněním prsu ovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

HYPOTÉZA 1 – Pacientky, u kterých trvá léčba delší dobu, mají nižší kvalitu života.

H01: Doba léčby nemá vliv na kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.

HA1: Doba léčby má vliv na kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.

U první hypotézy bylo úkolem zjistit, zdali doba léčby ovlivňuje kvalitu života patientek (otázka č. 1). Porovnávali jsme období léčby kratší než 12 měsíců a období delší než 12 měsíců.

Tabulka č. 9: Hypotéza 1

Doba léčby	Počet hodnot	25% percentil	Medián	75% percentil	Rozsah	Hodnota P	Výrazná odlišnost (P < $\alpha=0,05$?)
Méně než 12 měsíců	27	2	3	4	3	0,8943	Ne
Více než 12 měsíců	43	2	3	4	3		

Medián obou vzorků je shodný. Statisticky nebyl u těchto dvou skupin v našem zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: doba léčby nemá vliv na kvalitu života patientek s nádorovým onemocněním prsu.

HYPOTÉZA 2 - Pacientky, u kterých trvá léčba delší dobu, jsou méně spokojeny se svým zdravím.

H_{02} : Doba léčby nemá vliv na spokojenost se zdravím u patientek s nádorovým onemocněním prsu.

H_{A2} : Doba léčby má vliv na spokojenost se zdravím u patientek s nádorovým onemocněním prsu.

Druhá hypotéza měla za cíl zjistit, zdali doba léčby ovlivňuje spokojenost patientek se zdravím (otázka č. 2). Opět jsme porovnávali období léčby kratší než 12 měsíců a období delší než 12 měsíců.

Tabulka č. 10: Hypotéza 2

Doba léčby	Počet hodnot	25% percentil	Medián	75% percentil	Rozsah	Hodnota P	Výrazná odlišnost ($P < \alpha=0,05?$)
Méně než 12 měsíců	27	2	3	4	2	0,9767	Ne
Více než 12 měsíců	43	3	3	4	4		

Medián obou vzorků je shodný. Statisticky nebyl u těchto dvou skupin v našem zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: doba léčby nemá vliv na spokojenost se zdravím u patientek s nádorovým onemocněním prsu.

HYPOTÉZA 3 - Pacientky, které podstupují chemoterapii, mají negativně ovlivněnou oblast prožívání (DOM2).

H₀₃: Druh léčby u patientek s nádorovým onemocněním prsu neovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

H_{A3}: Druh léčby u patientek s nádorovým onemocněním prsu ovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

Cílem další hypotézy bylo zjistit, zda druh léčby ovlivňuje oblast prožívání (DOM2) u patientek s nádorovým onemocněním prsu.

V souvislosti s podáváním chemoterapie, která může současně přinášet spoustu nežádoucích účinků, jako je vypadávání vlasů, poškození kůže a nehtů (zarudnutí, suchá a drsná kůže, tvorba puchýřů, vřidků, hnisání a olupování pokožky, nehty jsou křehké a lámavé), bylo účelem zjistit vliv předpokládaných nežádoucích účinků na oblast prožívání. Tato oblast totiž zahrnuje otázky týkající se potěšení ze života, akceptování tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou samým, prožívání negativních pocitů (depresí, úzkostí, beznaděje).

Byla tedy oddělena data patientek, které si prošly léčbou **chemoterapií**, **chemoterapií + radioterapií**, **chemoterapií + operací**, **chemoterapií + radioterapií + operací**, a data patientek, u kterých byla vybrána léčba **bez chemoterapie** (radioterapie, operace, radioterapie + operace). Zastoupení počtu patientek v různých kategoriích léčby viz Tabulka č. 5: Druh léčby.

Tabulka č. 11: Hypotéza 3

Druh léčby	Počet hodnot	25% percentil	Medián	75% percentil	Rozsah	Hodnota P	Výrazná odlišnost (P < α=0,05?)
S chemoterapií	30	18	20,5	23	11	0,193	Ne
Bez chemoterapie	39	20	21	24	14		

Statisticky nebyl u těchto dvou skupin v našem zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: druh léčby u patientek s nádorovým onemocněním prsu neovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

HYPOTÉZA 4 - Pacientky, které podstoupily totální mastektomii, mají negativně ovlivněnou oblast prožívání (DOM2).

H₀₄: Druh operace u pacientek s nádorovým onemocněním prsu neovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

H_{A4}: Druh operace u pacientek s nádorovým onemocněním prsu ovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

Poslední hypotéza měla za cíl zjistit, zda má druh operace vliv na oblast prožívání (DOM2). Druh operace byl v našem případě rozdělen na parciální mastektomii a totální mastektomii (vysvětlení viz kapitola 9.1 Chirurgická léčba, s. 36).

Jak již bylo zmíněno, oblast prožívání zahrnuje otázky týkající se potěšení ze života, akceptování tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou samým, prožívání negativních pocitů (depresí, úzkostí, beznaděje). V souvislosti s tímto zaměřením nás zajímalo, zda může mít druh operace vliv na prožívání pacientky s nádorovým onemocněním prsu.

Tabulka č. 12: Hypotéza 4

Druh operace	Počet hodnot	25% percentil	Medián	75% percentil	Rozsah	Hodnota P	Výrazná odlišnost (P < α=0,05?)
Parciální mastekt.	42	19	21	24	13	0,4219	Ne
Totální mastekt.	24	19,25	21	22	11		

Medián obou vzorků je shodný. Statisticky nebyl u těchto dvou skupin v našem zkoumaném souboru prokázán významný rozdíl. Při námi zvolené hladině významnosti tedy nezamítáme nulovou hypotézu: druh operace u pacientek s nádorovým onemocněním prsu neovlivňuje jejich oblast prožívání (DOM2).

15.4 Porovnání výsledků s jinými pracemi

Kosinová (2018) ve své práci na stejné téma uvádí, že ženy s nádorovým onemocněním prsu hodnotí svou kvalitu života průměrem 3,7. Pacientky v našem výzkumném souboru hodnotí kvalitu života průměrem 3,07. Výsledky Kosinové (2018) jsou blíže k populační normě uvedené v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od Dragomerické a Bartoňové (2006), ta uvádí průměr 3,82. Otázku spokojenosti se zdravím hodnotily ženy z výzkumného souboru Kosinové (2018) průměrem 2,2. Průměrná odpověď našeho výzkumného souboru byla 3,11. V porovnání s populační normou, která uvádí 3,68, jsou pacientky ze souboru Kosinové (2018) podstatně méně spokojené se svým zdravím.

Beranová (2018) ve výzkumné části své práce na téma *Životní spokojenost žen po ukončené léčbě karcinomu prsu* dělí pacientky na dvě skupiny. První skupina se skládá z žen, které mají ukončenou léčbu karcinomu prsu. Druhá tzv. kontrolní skupina zahrnuje ženy, které neprodělaly žádné onkologické onemocnění. Kvalitu života hodnotily ženy z první skupiny výzkumného souboru Beranové (2018) průměrem 3,9. Zajímavé je, že stejným průměrem 3,9 hodnotily kvalitu svého života i ženy bez karcinomu prsu. Obě tyto hodnoty jsou dokonce vyšší, než kterou uvádí populační norma 3,82. Výsledná průměrná hodnota kvality života našeho výzkumného souboru je viditelně nižší (3,07) oproti zmíněným hodnotám Beranové (2018). Co se týče spokojenosti se zdravím, uvádí první skupina Beranové (2018) hodnotu 3,5. Zde je viditelný rozdíl oproti pacientkám z druhé skupiny, která hodnotí spokojenost se zdravím průměrem 4,3, a je podstatně vyšší než populační norma 3,68. I v tomto případě je průměrná hodnota našeho výzkumného souboru (3,11) v otázce spokojenosti se zdravím nižší.

ZÁVĚR

Bakalářská práce měla za cíl zjistit, jaká je kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu. Další výzkumné cíle se týkaly porovnání našich výsledků s populačními normami, které jsou uvedené v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace od Dragomerické a Bartoňové (2006).

Úkolem teoretické části bylo přiblížit pojem kvalita života, dále pak seznámit čtenáře s oblastí nádorového onemocnění prsu. Tato oblast zahrnuje anatomii prsu, nádory prsu, epidemiologii, etiologii, prevenci, klinické projevy, diagnostiku a léčbu rakoviny prsu, nežádoucí účinky léčby rakoviny prsu, ošetrovatelskou péči o pacientku s nádorovým onemocněním prsu a organizace zabývající se rakovinou prsu.

Empirická část bakalářské práce obsahuje metodu výzkumu, charakteristiku zkoumaného souboru, organizaci výzkumného šetření, dále pak výsledky a hodnocení získaných dat. K provádění výzkumu byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který sestává z 26 otázek. Tyto otázky se dělí na čtyři domény a dvě samostatné otázky. Součástí dotazníku bylo navíc 9 doplňujících otázek týkající se sociodemografických údajů respondentek.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 70 žen, u kterých bylo diagnostikováno nádorové onemocnění prsu. Nejvíce respondentek bylo ve věku 60 - 74 let, celkem 31 žen (44 %). Pacientky v tomto věkovém rozmezí hodnotily kvalitu svého života (Q1) průměrem 3,07, což představuje přibližnou *odpověď č. 3 - ani dobrá, ani špatná* kvalita života. Stejná hodnota 3,07 je výsledkem celkového průměru odpovědí na kvalitu života u všech zúčastněných pacientek. Žádná žena nehodnotila svou kvalitu života *odpovědí č. 1 - velmi špatnou*. Spokojenost se zdravím (Q2) u pacientek našeho výzkumného souboru byla nejčastěji hodnocena *odpovědí č. 3 - ani spokojena ani nespokojena*, takto hodnotilo otázku celkem 26 žen (37%). Průměrná hodnota odpovědí všech respondentek byla 3,11. Při porovnání výsledků s populační normou dle věkových kategorií bylo zjištěno, že kvalita života pacientek (Q1) a oblast Prožívání (doména 2) je ve všech těchto kategoriích nižší, než uvádí populační norma. Oproti tomu u spokojenosti se zdravím uvedly ženy, v kategoriích 30 - 44 let a 75 let a více, vyšší hodnotu, než popisuje populační norma. Doména 1 - Fyzické zdraví vyšla s průměrem 12,87. Rozdíl oproti populační normě (15,55) je velký. Tuto oblast hodnotily lépe pouze

ženy ve věku 75 let a více. V oblasti fyzického zdraví má tedy většina respondentek sníženou kvalitu života. Průměr domény 2 - Prožívání nám vyšel 13,90. Tato hodnota spadá do intervalu populační normy, blíží se však její spodní hranici (interval: 13,60 - 16,00). V doméně 3 - Sociální vztahy nám vyšla průměrná hodnota 14,44. Spokojenost respondentek v oblasti sociálních vztahů je téměř shodná s populační normou (14,98). Ženy ve věku 45 - 59 let a 60 - 74 let jsou v oblasti Sociálních vztahů (doména 3) dokonce spokojenější než populační norma. Doména 4 - Prostředí je v našem zkoumaném souboru mírně zvýšená (13,80) oproti populační normě (13,30). V oblasti Prostředí (doména 4) jsou ženy ve všech věkových kategoriích, kromě žen nad 75 let, spokojenější než populační norma. Je to jediná oblast, která překračuje průměrnou hodnotu populační normy.

Pomocí statistické analýzy jsme se snažili zjistit, zda mají vybrané sociodemografické proměnné vliv na kvalitu života pacientek a na oblast Prožívání (doména 2). Byly stanoveny celkem 4 hypotézy. U první a druhé hypotézy jsme porovnávali dobu léčby, která byla buď kratší než 12 měsíců nebo delší než 12 měsíců. Zjistilo se, že doba léčby nemá vliv na kvalitu života pacientek (Q1) ani na jejich spokojenost se zdravím (Q2). Třetí a čtvrtá hypotéza se týkala vlivu na oblast Prožívání (doména 2). Součástí třetí hypotézy byla myšlenka vlivu chemoterapie (především nežádoucích účinků: vypadávání vlasů, poškození kůže a nehtů) na Prožívání pacientek, a to v souvislosti s akceptováním tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou samým apod. Čtvrtá hypotéza se zabývala druhem operace, která by mohla ovlivňovat oblast Prožívání. Tyto operace se dělí na parciální a totální mastektomii. Výsledkem bylo, že ani u jedné hypotézy nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl, tudíž se naše domněnky nepodařilo prokázat. Domníváme se, že je to ovlivněno především velikostí našeho zkoumaného souboru.

I přes probíhající pandemickou situaci týkající se onemocnění Covid-19 se nám podařilo provést výzkumné šetření a získat tak odpovědi, které souvisí s kvalitou života žen s nádorovým onemocněním prsu. Stanovené cíle práce považujeme za splněné. Bylo také prokázáno, že generický dotazník WHOQOL-BREF je vhodným nástrojem pro hodnocení kvality života u pacientek s nádorovým onemocněním prsu.

ABSTRAKT

Autor:	Nikol Vlachová
Instituce:	Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové
Název práce:	Kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Matulová
Počet stran:	101
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2021
Klíčová slova:	kvalita života, karcinom prsu, nádorové onemocnění, dotazník WHOQOL-BREF

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života žen, u kterých bylo diagnostikováno nádorové onemocnění prsu.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá pojmem kvalita života, dále pak anatomii prsu, nádorovým onemocněním prsu, epidemiologií, etiologií, prevencí, klinickými projevy, diagnostikou a léčbou rakoviny prsu, nežádoucími účinky léčby rakoviny prsu, ošetrovatelskou péčí o pacientku s nádorovým onemocněním prsu a organizacemi zabývající se rakovinou prsu.

V empirické části se zkoumá kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu za použití dotazníkového šetření WHOQOL-BREF.

ABSTRACT

Author: Nikol Vlachová
Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Department of Non-medical studies
Title: Quality of life of women with breast cancer
Supervisor: Mgr. Jana Matulová
Number of pages: 101
Number of attachments: 3
Year of defense: 2021
Keywords: quality of life, breast cancer, cancer,
WHOQOL-BREF questionnaire

The bachelor's thesis deals with the quality of life of women who had been diagnosed with breast cancer.

The theoretical part of the bachelor thesis deals with the concept of quality of life, as well as breast anatomy, breast cancer, epidemiology, etiology, prevention, clinical manifestations, diagnosis and treatment of breast cancer, side effects of breast cancer treatment, nursing care for patients diagnosed with breast cancer and organizations dealing with breast cancer.

The empirical part examines the quality of life of women with breast cancer using the WHOQOL-BREF questionnaire survey.

POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2019. 172 stran. ISBN 978-80-271-2055-0.

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

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

BECKER, Horst D. et al. *Chirurgická onkologie.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 854 s. ISBN 80-247-0720-9.

BEZDIČKOVÁ, Marcela et al. *Ošetřovatelství v chirurgii II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 300 s., [3] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3130-8.

CIBULA, David a kol. *Onkogynekologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.

COUFAL, Oldřich a kol. *Chirurgická léčba karcinomu prsu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 414 s. ISBN 978-80-247-3641-9.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 stran. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL – BREF. WHOQOL – 100.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, 92s., ISBN 80-85121-4.

FRIEDRICHS, Kay, OELLERICH, Heike a WESSELS, Miriam. *Rakovina prsu: poznejte nepřítel a porazte ho.* Překlad Rudolf Rada. Vydání první. Praha: Euromedia, 2017. 223 stran. Esence. ISBN 978-80-7549-155-8.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 520 stran. ISBN 978-80-271-0710-0.

JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2011. 96 s. ISBN 978-80-7262-716-5.

KONOPÁSEK, Bohuslav a PETRUŽELKA, Luboš. *Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, ©1997. 125 s. ISBN 80-85824-66-3.

KOSINOVÁ, Martina. *Kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu*. 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Vachková, Eva.

KRŠKA, Zdeněk a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. xxvi, 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

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

LIBOVÁ, Ľubica, BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 162 stran. Sestra. ISBN 978-80-271-2466-4.

MAČÁK, Jiří, MAČÁKOVÁ, Jana a DVOŘÁČKOVÁ, Jana. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 347 s., [20] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3530-6.

MALÍKOVÁ, Hana a kol. *Základy radiologie a zobrazovacích metod*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. 156 stran, 4 nečíslované strany obrazových příloh. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-4036-5.

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

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 272 stran, viii stran obrazových příloh. Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3.

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

Elektronické zdroje

BERANOVÁ, TEREZA. *Životní spokojenost žen po ukončené léčbě karcinomu prsu* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bcq13w/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Nejsi na to sama – Rakovina prsu. *Nejsi na to sama: karcinom prsu, prsní nádor, prevence, diagnóza, léčba – Rakovina prsu* [online]. Copyright © 2015 [cit. 02.02.2021]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/o-nas/nejsi-na-to-sama/>

Partnerské organizace – Rakovina prsu. *Nejsi na to sama: karcinom prsu, prsní nádor, prevence, diagnóza, léčba – Rakovina prsu* [online]. Copyright © 2015 [cit. 02.02.2021]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/o-nas/partnerske-organizace/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Tři oblasti života	11
Tabulka č. 2: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF.	16
Tabulka č. 3: Věk	51
Tabulka č. 4: Rodinný stav	52
Tabulka č. 5: Druh léčby	56
Tabulka č. 6: Druh operace	57
Tabulka č. 7: Q1 – Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	58
Tabulka č. 8: Q2 – Jak jste spokojena se svým zdravím?	59
Tabulka č. 9: Hypotéza 1	81
Tabulka č. 10: Hypotéza 2	82
Tabulka č. 11: Hypotéza 3	83
Tabulka č. 12: Hypotéza 4	84

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Vývoj četnosti (incidence) nádorů prsu a úmrtnosti (mortality)	22
Graf č. 2: Počet dětí	53
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání	54
Graf č. 4: Doba léčby	55
Graf č. 5: Druh léčby	56
Graf č. 6: Q1 – Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	58
Graf č. 7: Q2 – Jak jste spokojena se svým zdravím?	59
Graf č. 8: Domény - průměr	60
Graf č. 9: Kvalita života	62
Graf č. 10: Spokojenost se zdravím	63
Graf č. 11: DOM1 – Fyzické zdraví	64

Graf č. 12: DOM2 - Prožívání	65
Graf č. 13: DOM3 – Sociální vztahy	66
Graf č. 14: DOM4 - Prostředí	67
Graf č. 15: Q1 v porovnání s populačními normami dle věku	68
Graf č. 16: Q2 v porovnání s populačními normami dle věku	70
Graf č. 17: DOM1 v porovnání s populačními normami dle věku	72
Graf č. 18: DOM2 v porovnání s populačními normami dle věku	74
Graf č. 19: DOM3 v porovnání s populačními normami dle věku	76
Graf č. 20: DOM4 v porovnání s populačními normami dle věku	78

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas	96
Příloha č. 2: Dotazník WHOQOL-BREF doplněný sociodemografickými údaji	97
Příloha č. 3: Žádost o povolení výzkumu v Oblastní nemocnici Náchod a.s.	101

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s vyplněním dotazníku

Vážené pacientky/klientky,

Jmenuji se Nikol Vlachová a jsem studentkou Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. V rámci své bakalářské práce provádím výzkumné šetření, kterým se snažím zjistit, jaká je kvalita života žen s nádorovým onemocněním prsu. Výzkumné šetření uskutečňuji prostřednictvím standardizovaného dotazníku (viz příloha). Tento výzkum je zcela anonymní. Získané informace budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

V případě Vašeho souhlasu vyplňte, prosím, následující dotazník.
Děkuji za Váš čas, vstřícnost a spolupráci na výzkumné šetření.

Nikol Vlachová

.....

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.:

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	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
 3 - 12 měsíců
 více než 12 měsíců

Druh léčby: chemoterapie
 ozařování
 operace

Druh operace: parciální mastektomie
 totální mastektomie

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	1	2	3	4	5

každodenním životě?					
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	většino u 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

Děkuji za ochotu

Příloha č. 3: Žádost o povolení výzkumu v Oblastní nemocnici Náchod a.s.

Vážená paní

Mgr. Markéta Vyhnanovská
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Purkyňova 446, 547 01 Náchod

V Hronově 2.11.2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Onkologické klinice Oblastní nemocnice Náchod a.s.

Vážený paní Vyhnanovská,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Onkologické klinice, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Nikol Vlachové, narozené 1.6.1999, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak nemoc a její léčba ovlivnila kvalitu života pacientek s karcinomem prsu.

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

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, asistent vedoucího oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Nikol Vlachová
Riegrova 637, 549 31 Hronov
tel. 720 321 554

Mgr. Jana Matulová
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové
tel. 495 816 419

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko