

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií

Bc. Lucie Dítětová

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Dítětová**  
Osobní číslo: **Z12297**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran


Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

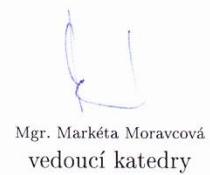
1. CIBULA, David et al. Onkogynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 616 s. ISBN 978-802-4726-656.
2. HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL. Minimálně invazivní operace v gynekologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 232 s. ISBN 80-247-0834-5.
3. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. Gynekologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 217 s. ISBN 978-802-4430-195.
4. ROZTOČIL, Aleš et al. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-802-4728-322.
5. VODVÁŘKA, Pavel. Podpůrná léčba v onkologii 2003: Podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika. Praha: Galén, 2004, 224 s. ISBN 80-726-2264-1.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Zuzana Škorníčková  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

.....

Bc. Lucie Dítětová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborné vedení práce a poskytování cenných rad. Dále také děkuji všem zdravotnickým zařízením, která mi ochotně umožnila provedení výzkumného šetření.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá kvalitou života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií. V teoretické části je definován pojem kvality života, a to včetně způsobů, kterými ji můžeme měřit. V této kapitole najdeme i dotazník O zdraví (SF-36), který byl společně s doplňujícími otázkami použit ke sběru dat. Teoretická část práce obsahuje popis anatomie a fyziologie vaječníků. V další kapitole se nachází informace o nádoru vaječníků, jeho etiologii a rizikových faktorech, příznacích a metodách diagnostiky a možnostech léčby. Závěrečná kapitola popisuje roli porodní asistentky v perioperační péči.

V praktické části diplomové práce je popsáno vyhodnocení výsledků sběru dat. Zpracované výsledky, uvedené v praktické části, jsou podrobněji interpretovány v diskuzi práce. Závěr práce je doplněn o doporučení pro praxi.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Kvalita života, karcinom ovarií, vaječníky, hysterektomie, dotazník SF-36

## **ANNOTATION**

The diploma thesis deals with the quality of life of women after ovarian cancer surgery. In a theoretical part is defined in a notion of quality of life, including the ways how to measure it. In this chapter, there is a Questionnaire on Health (SF-36). The Questionnaire on Health and other supplementary questions were used to collect data. The theoretical part of the thesis consist of a description of the anatomy and physiology of the ovaries. Next chapter is about ovarian cancer, its an etiology and risk factors, symptoms and methods of diagnosis and treatment options. The last chapter describes a role of midwives in perioperative care.

In a practical part of the thesis there is a description of the data collection evaluation results. The processed results, which are reported in the practical part, are interpreted in a discussion of the thesis. In the conclusion, there are recommendations for practice.

## **KEYWORDS**

Quality of Life, Ovarian Cancer, Ovaries, Hysterectomy, Questionnaire SF-36

## Obsah

Seznam obrázků .....	10
Seznam tabulek .....	11
Seznam zkratek .....	12
Úvod.....	13
Cíle práce .....	14
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 Definice kvality života.....	15
2 Měření kvality života a druhy dotazníků .....	17
2.1 Vlastnosti dotazníků .....	19
2.2 Zvýšení kvality získaných dat .....	20
2.3 Problémy spojené s vyplňováním dotazníků.....	21
3 Karcinom vaječníků.....	23
3.1 Anatomie a fyziologie vaječníků.....	23
3.2 Etiologie a rizikové faktory .....	23
3.3 Výskyt nádoru vaječníků.....	25
3.4 Prognóza onemocnění .....	26
3.5 Klinické projevy .....	26
3.6 Diagnostika.....	27
3.7 Rozdělení nádorů ovaríí .....	29
3.7.1 Benigní nádory .....	29
3.7.2 Maligní nádory .....	30
3.8 Klinické dělení nádorů ovaria .....	33
3.9 Léčba .....	34
3.9.1 Operační léčba.....	34
3.9.2 Radioterapie .....	36
3.9.3 Chemoterapie .....	36
3.9.4 Biologická léčba.....	37

3.10	Dispenzární péče.....	37
4	Role porodní asistentky v pooperační péči.....	38
4.1	Psychologická problematika.....	38
4.2	Problematika umělé menopauzy.....	39
4.3	Hormonální terapie.....	40
4.4	Urologické potíže.....	40
4.5	Bolest.....	41
4.6	Ozařování.....	41
4.7	Chemoterapie.....	42
4.8	Umělý močový vývod.....	43
4.9	Umělý střevní vývod.....	43
4.10	Péče o operační ránu a jizvy.....	44
4.11	Sexuální život po operaci.....	44
4.12	Ovlivnění fertility.....	45
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	47
5	Výzkumné otázky a hypotézy.....	47
6	Metodika výzkumu.....	48
6.1	Struktura dotazníku.....	49
6.1.1	Úvod dotazníku.....	49
6.1.2	Dotazník SF-36.....	49
6.1.3	Doplňující otázky dotazníku.....	52
6.2	Sběr dat.....	52
6.3	Výzkumný vzorek a metodika výběru vzorku.....	52
6.4	Analýza dat.....	53
7	Interpretace výsledků výzkumu.....	54
7.1	Vyhodnocení první části dotazníku SF-36.....	54
7.1.1	Věk respondentek.....	54
7.1.2	Vzdělání respondentek.....	55



7.1.3	Kouření.....	56
7.1.4	Přidružená onemocnění.....	57
7.2	Vyhodnocení druhé části - Dotazníku SF-36.....	58
7.2.1	Dimenze fyzické fungování (PF).....	58
7.2.2	Dimenze omezení rolí z důvodů fyzických obtíží (RP).....	60
7.2.3	Dimenze tělesná bolest (BP).....	62
7.2.4	Dimenze celkové zdraví (GH).....	64
7.2.5	Dimenze vitalita (VT).....	67
7.2.6	Dimenze sociální fungování (SF).....	69
7.2.7	Dimenze omezení rolí z důvodů emočních potíží (RE).....	71
7.2.8	Dimenze duševní zdraví (MH).....	72
7.3	Vyhodnocení dimenzí.....	74
7.4	Vyhodnocení doplňujících otázek.....	76
7.5	Testování hypotéz.....	80
8	Diskuze.....	96
9	Závěr.....	102
	Použitá literatura.....	104
	Seznam příloh.....	108

## Seznam obrázků

Obrázek 1 Histogram věku respondentek po operaci karcinomu ovarií.....	54
Obrázek 2 Vzdělání respondentek .....	55
Obrázek 3 Poměr kuřáků/nekuřáků .....	56
Obrázek 4 Přidružené onemocnění .....	57
Obrázek 5 Ovlivnění běžných činností zdravotním stavem .....	59
Obrázek 6 Problémy způsobené tělesným stavem zdraví.....	61
Obrázek 7 Tělesná bolest.....	62
Obrázek 8 Ovlivnění obvyklých činností tělesnou bolestí .....	63
Obrázek 9 Celkové zdraví.....	64
Obrázek 10 Otázka č. 11 .....	66
Obrázek 11 Pocity v posledních 4 týdnech.....	68
Obrázek 12 Tělesné a duševní omezení při kontaktu s přáteli a rodinou .....	69
Obrázek 13 Tělesné a duševní omezení při společenské aktivitě.....	70
Obrázek 14 Emocionální potíže během posledních 4 týdnů.....	71
Obrázek 15 Pocity v posledních 4 týdnech.....	73
Obrázek 16 Výsledky jednotlivých dimenzí.....	74
Obrázek 17 Hodnocení kategorií kvality života .....	75
Obrázek 18 Histogram naměřených hodnot RP .....	81
Obrázek 19 Histogram naměřených hodnot u RE .....	82
Obrázek 20 Porovnání naměřených hodnot RP a RE pomocí vícenásobného krabicového grafu .....	83
Obrázek 21 Histogram náročných činností.....	86
Obrázek 22 Histogram chůze do několika pater .....	87
Obrázek 23 Krabicový graf sledovaných činností .....	88
Obrázek 24 Histogram vlivu bolesti na obvyklé činnosti u žen s žádnou, velmi slabou a mírnou bolestí. ....	93
Obrázek 25 Histogram vlivu bolesti na obvyklé činnosti u žen se středně těžkou, silnou a velmi silnou bolestí. ....	93
Obrázek 26 Vícenásobný krabicový graf vlivu bolesti na každodenní činnosti.....	94
Obrázek 27 Výška respondentek .....	114
Obrázek 28 Váha respondentek .....	115
Obrázek 29 Otázka Dotazníku SF-36 č. 2 .....	116

## Seznam tabulek

Tabulka 1 TS skóre .....	50
Tabulka 2 Dimenze kvality života .....	51
Tabulka 3 Kategorie PCS a MCS .....	51
Tabulka 4 Podotázky otázky č. 3 .....	58
Tabulka 5 Podotázky otázky č. 4 .....	60
Tabulka 6 Podotázky otázky č. 11 .....	65
Tabulka 7 Otázka č. 9 .....	67
Tabulka 8 Podotázky k otázce č. 5 .....	71
Tabulka 9 Podotázky k otázce č. 9 .....	72
Tabulka 10 Odpovědi respondentek na doplňující otázku č. 1 .....	76
Tabulka 11 Odpovědi respondentek na doplňující otázku č. 2 .....	78
Tabulka 12 Hodnoty RP a RE u respondentek po operaci .....	80
Tabulka 13 Základní hodnoty popisné statistiky obou sledovaných dimenzí .....	81
Tabulka 14 Kolmogorovův-Smirnovův test normálního rozdělení dimenzí .....	84
Tabulka 15 Wilcoxonův párový test pro testování dimenzí .....	84
Tabulka 16 Hodnoty náročných činností a chůze několik pater po schodech u žen po operaci .....	85
Tabulka 17 Základní hodnoty popisné statistiky obou testovaných činností .....	86
Tabulka 18 Kolmogorovův-Smirnovův test normálního rozložení činností .....	89
Tabulka 19 Wilcoxonův párový test pro testování činností .....	89
Tabulka 20 Hodnocení bolesti - absolutní četnost .....	90
Tabulka 21 Hodnocení bolesti - relativní četnost .....	91
Tabulka 22 Popisná statistika respondentek s bolestí .....	92
Tabulka 23 Kolmogorovův-Smirnovův test normálního rozložení činností .....	95

## Seznam zkratek

AFP	alfafetoprotein
APL-TENS	Acupuncture Like TENS
BP	Dimenze tělesná bolest (z anglického Bodily Pain)
BRCA	gen podmiňující nádor prsu (z anglického Breast Cancer)
CA125	Carbohydrate Antigen 125
CEA	karcinoembryonální antigen
CT	počítačová tomografie (z anglického Computed Tomography)
ECL	Association of European Cancer Leagues
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
EuroQol EQ-5D	European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D
FACT-G	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General Version
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GH	Dimenze celkové zdraví (z anglického General Health)
hCG	lidský choriový gonadotropin (z anglického Human Chorionic Gonadotropin)
HE4	lidský epididymální protein 4 (z anglického Human Epididymis Protein 4)
HNPCC	hereditary nonpolyposis colorectal cancer
IVF	in vitro fertilizace, oplodnění ve zkumavce (z anglického in Vitro Fertilization)
IVU	intravenózní urografie
K-S test	Kolmogorovův-Smirnovův test
LPA	Lysofosfatidová kyselina
LDH	laktátdehydrogenáza
MCS	Kategorie celkové psychické zdraví (z anglického Mental Component Summary)
MH	Dimenze duševní zdraví (z anglického Mental Health)
MMR	gen Mismatch Repair
MUC1	Mucin 1
OVX1	Ovarian Cancer Antigen X1
PCO	syndrom polycystických vaječníků

PSC	Kategorie celkové fyzické zdraví (z anglického Physical Component Summary)
PF	Dimenze fyzické fungování (z anglického Physical Functioning)
RE	Dimenze omezení rolí z důvodů emočních potíží (z anglického Role-Emotional)
RIN	radioizotopová nefrografie
RP	Dimenze omezení rolí z důvodů fyzických obtíží (z anglického Role-Physical)
SF	Dimenze sociální fungování (z anglického Social Functioning)
SF-36	Dotazník O zdraví (z anlického Short Form 36 Health Subject Questionnaire)
TENS	transkutánní elektrická neurostimulace
TNM	Tumors, Nodes, Metastases
TS skóre	Transformed Scales Score
UICC	Union for International Againts Cancer
VAS	Vizuální analogová škála (z anlického Visual Analogue Scale)
VEGF	vaskulární endoteliální růstový faktor (z anglického Vascular Endothelial Growth Factor)
VT	Dimenze vitalita (z anglického Vitality)
WHO QOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment

## Úvod

Tématem mé diplomové práce je kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií. Toto téma jsem si vybrala vzhledem k mému studiu oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví.

Tato problematika je aktuální, protože „*karcinom ovaria zaujímá dlouhodobě první místo v mortalitě mezi gynekologickými nádory*“ (Chovanec, 2013, s. 1). Podle Vorlíčka, Abrahámové a Vorlíčkové (2012, s. 374) představují zhoubné nádory ovarií asi 25 % ze všech gynekologických nádorů. Mají poměrně vysokou mortalitu, protože až 75 % maligních nádorů ovarií se diagnostikuje ve značně pokročilém stadiu. Nejčastěji se vyskytují u žen mezi 50-75 lety věku, vzácně se mohou vyskytnout ve věku pod 30 let.

Autoři Dienstbier a Stáhalová (2012, s. 9) uvádějí: „*Nádorová onemocnění jsou známa od pravěku. Provázejí lidstvo od jeho vzniku. Důkazy přinesly archeologické nálezy, a to jak u mumií, tak v záznamech v egyptských papyrusech.*“

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do čtyř základních kapitol. První kapitola popisuje definici kvality života a druhá se zaměřuje na její měření pomocí dotazníků. Ve třetí kapitole je popsána charakteristika zhoubného onemocnění vaječníků a jeho možnosti léčby. Čtvrtá kapitola je zaměřena na roli porodní asistentky v pooperační fázi karcinomu ovarií.

V praktické části popisujeme stanovené výzkumné otázky a hypotézy, metodiku výzkumu a prezentujeme výsledky práce. Na závěr získané výsledky porovnáváme v diskusi, v které také hodnotíme použitou literaturu. Závěrem této práce je doporučení pro praxi se zaměřením na porodní asistentky poskytující perioperační péči v gynekologii.

## **Cíle práce**

Diplomová práce se zabývá kvalitou života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií. V úvodní části byly stanoveny cíle této závěrečné práce.

### Hlavní cíl:

- Zjistit, jakým způsobem karcinom ovarií ovlivňuje kvalitu života žen.

### Dílčí cíle:

- Teoretické zmapování problematiky zhoubného nádoru ovarií.
- Zhodnocení kvality života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií pomocí dotazníku O zdraví (SF-36, z anglického Short Form 36 Health Subject Questionnaire) a zjistit, jakým způsobem onemocnění ovlivňuje kvalitu života žen.
- Zjistit, jak vnímají kvalitu života ženy po operaci nádoru vaječníků.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Definice kvality života

Autor Svoboda (2009, s. 72) uvádí myšlenku: „*Obrovský rozvoj úspěšnosti léčby nádorových onemocnění přinesl v posledních letech minulého století i možnost spojení pojmu onkologie a porodnictví. Obecně platilo, že cílem nádorové léčby je odstranění zhoubného procesu a vyléčení pacientky. S postupem rozvoje onkologické léčby se onkologové začali zajímat o kvalitu života léčených pacientek a kvalita života se stala jedním z významných kritérií při posuzování úspěšnosti léčby.*“

Definovat kvalitu života je velmi problematické a složité, protože každý z nás ji může vnímat odlišně (Vodvářka, 2004, s. 183). Obecně ji lze formulovat jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Podle Světové zdravotnické organizace je to stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absence nemoci či postižení (Slováček a Slováčková, 2012, s. 13).

Autor Vodvářka (2004, s. 183) vnímá kvalitu života člověka jako celek utvořený jeho nadějí, ambicemi a zkušenostmi. Autorem je kvalita života definována jako stav pohody, který se skládá ze dvou komponentů. Prvním z nich je schopnost provádět každodenní aktivity, která odráží fyzickou, psychickou, psychologickou a sociální pohodu a druhým komponentem je uspokojení pacienta s kontrolou příznaků spojených s nemocí nebo léčbou.

Podle odborníků Slováčka a Slováčkové (2012, s. 13) vychází definice kvality života nemocných z koncepčního modelu, který se skládá ze 4 dimenzí plnohodnotného života jedince, které tvoří: fyzický stav, psychický stav a psychologické aspekty, sociální stav a spirituální aspekty.

V klinické zdravotnické praxi je běžné posuzovat zdravotní stav klienta a úspěšnost jakékoliv léčebné intervence převážně v jedné medicínské rovině za pomoci somatických, laboratorních a zobrazovacích nádorových markerů. Současným trendem moderní medicíny, převážně v klinické onkologii a paliativní medicíně, je posuzovat celkový stav pacienta komplexně za pomoci i dalších aspektů, které představují kvalitu života. Různé aspekty mohou být v různých fázích onemocnění a léčby rozdílné. A právě tyto informace obohacují naše poznání o potřebách klientů a mohou tak významně přispět ke zkvalitnění poskytované péče (Slováček a Slováčková, 2012, s. 13).

Celkově je na kvalitu života nahlíženo jako na vícerozměrnou veličinu zahrnující nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním



pohledu též psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

Pojetí kvality života je často spojováno v rámci ošetřovatelství s pojmy, které se týkají lidských potřeb, zdraví a celkové pohody, denních aktivit, ale i existencionálního rozměru lidského života (Gurková, 2011, s. 13).

Kvalitu života může ovlivnit: věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, vzdělání, náboženství, kultura a psychika člověka (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14). Dotazníky týkající se kvality života by tak měly odrážet povahu obyvatelstva v jednotlivých státech, například různé stupně vzdělání, rozmanité sociální a zdravotní systémy, které mohou ovlivnit ekonomické problémy klienta v době nemoci, jako je třeba platba za poskytnutou léčbu. Může se tedy stát, že některé dotazy nebudou mít takový význam v této zemi (Vodvářka, 2004, s. 187).

## 2 Měření kvality života a druhy dotazníků

Nástrojem, který se používá při měření kvality života je formalizovaný a standardizovaný dotazník kvality života, který hodnotí dopad nemoci a její léčby na běžný život nemocného. V praxi se využívá celá řada dotazníků k zjišťování kvality života, přičemž jejich výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány dle současných standardů měření zdraví (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

Informace z výsledků dotazníků kvality života by měly pomoci rozhodnout o efektivitě léčby, dát více informací o vedlejších účincích léčby, zlepšit organizaci a kvalitu léčby zhoubného onemocnění a mohou být použity jako jeden z ukazatelů prognózy nemoci (Vodvářka, 2004, s. 188).

Dotazníky, které se používají při měření kvality života, lze rozdělit na generické (obecné) a specifické (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

### Generické dotazníky

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění. Dají se využít u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na pohlaví, věk apod. K nejznámějším a nejpoužívanějším generickým dotazníkům patří například: Dotazník SF-36, European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D (EuroQol EQ-5D), World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO QOL-100) (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14-15).

Dotazník SF-36 neboli O zdravotním stavu, se velmi často využívá při zkoumání zdravé i nemocné populace a při komparativních studiích u široké škály diagnóz (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 31). Hodnotí 8 kvalit života: limitace ve společenských aktivitách, limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů, limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví, tělesná bolest, duševní zdraví, limitace z důvodů citových, vitalita, obecný pocit zdraví. Následné vyhodnocení dotazníku je prováděno pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales Score), které se hodnotí v intervalu 0 až 100 (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14-15).

Dotazník EuroQol-EQ-5D byl vytvořen skupinou výzkumníků z několika evropských zemí. Kvalita života nemocných je měřena pomocí 5 objektivních dimenzí kvality života. Dotazník EuroQol EQ-5D hodnotí fyzické a psychické zdraví (pohyblivost, soběstačnost, obvyklé denní činnosti, bolest, obtíže, úzkost, deprese) a dále využívá k hodnocení kvality života subjektivní ukazatele zdravotního stavu. Nemocný na vizuální analogové škále

(z anglického Visual Analogue Scale, VAS) se stupnicí 0 až 100 označí hodnotu svého aktuálního subjektivního zdravotního stavu. Jedná se o tzv. EQ-5D VAS, přičemž hodnota 0 znamená velmi špatný zdravotní stav a naopak hodnota 100 bodů značí výborný stav zdraví (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

Dotazník WHO QOL-100 posuzuje 6 kvalit života: fyzické zdraví, psychická úroveň, úroveň soběstačnosti, sociální zázemí, okolní prostředí a duševní zdraví (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

Společnou výhodou výše uvedených generických dotazníků je to, že si všímají kvality života nemocných v co nejširším záběru (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14). Jsou zaměřeny na celkové vnímání zdraví z pohledu klienta a jeho možné ovlivnění léčbou (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 29). Tyto dotazníky jsou vhodné zejména k hodnocení kvality života nevýběrových vzorků populace nebo ke srovnání míry ovlivnění kvality života při onemocnění. Na druhé straně jsou obecné generické dotazníky velmi málo vnímavé k malým změnám zdravotního stavu způsobených například léčbou (Slováček a Slováčková, 2012, s. 14).

### **Specifické dotazníky**

Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro určité typy onemocnění nebo pro specifický aspekt kvality života (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15). Zaměřují se na konkrétní a předem vymezenou populaci, která má společnou diagnózu, nebo stadium nemoci či druh léčby (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 29). Názorným příkladem je dotazník k měření kvality života nemocných s chronickým selháním ledvin, který se nazývá Kidney Disease Quality of Life Instrument, jehož součástí je generický dotazník SF-36 (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

Dalším specifickým dotazníkem k měření kvality života nemocným je například Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - General Version (FACT-G) pro nemocné s léčbou chronického onemocnění. U nemocných s nádorovým onemocněním se nejčastěji používá dotazník European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30). Tento dotazník hodnotí kvalitu života v oblastech fyzického zdraví, funkční schopnosti, emocí, kognitivních funkcí, sociálního zázemí a obecného pocitu zdraví (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

Specifické dotazníky poskytují nejpřesnější poznání faktorů ovlivňujících kvalitu života nemocných. Jsou schopny zachovat přiměřený rozsah, hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které bezprostředně s daným onemocněním souvisí (Slováček a Slováčková, 2012,

s. 15). Například sledování nežádoucích účinků podávaných léků během terapie (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 29). Proto jsou tedy mnohem citlivější i k malým změnám v rámci celého spektra. Na straně druhé je nevýhodou těchto specifických dotazníků kvality života to, že nejsou vhodné k hodnocení dalších vlivů spoluurčujících celkovou kvalitu života (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15) a nelze jejich výsledky porovnávat s výsledky obecné populace či jiným klinickým souborem (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 29).

## 2.1 Vlastnosti dotazníků

Mezi důležité vlastnosti dotazníků patří spolehlivost, přesnost, citlivost, vnímavost a validita (Vodvářka, 2004, s. 188).

**Spolehlivost** je jednou ze základních vlastností dotazníků. Je to pojmenování pro míru přesnosti a spolehlivost měření (Salajka, 2006, s. 47). Často je vnímána jako test, který měří něco konzistentně a opakovatelně. Například pokud kvalita života klienta zůstává stejná, měl by dotazník podávat shodné výsledky. Spolehlivost se zvyšuje s počtem otázek (Vodvářka, 2004, s. 188).

**Přesnost** je velmi důležitá, protože umožňuje najít odchylky mezi jednotlivými klienty. Příkladem může být otázka „Jak hodnotíte Vaše zdraví?“. V dotazníku SF - 36 má klient na výběr z 5 možností odpovědí a u EORTC QLQ - C30 je to o dvě možnosti více. Těchto 7 možností je přesnějších, ale na druhé straně tolik dotazů může způsobit, že klienti nebudou odpovídat vždy stejně, i když zdraví bude stejné. Doporučuje se tedy přibližně 5 až 7 dotazů (Vodvářka, 2004, s. 188).

**Citlivost** je schopnost dotazníku citlivě odhalit rozdíly v kvalitě života mezi klienty či skupinami nemocných. Dle autorů Slováčka a Slováčkové (2012, s. 15) je tato vlastnost hodně důležitá pro klinické studie, ve kterých se hodnotí kvalita života mezi dvěma randomizovanými skupinami klientů.

**Vnímovost** je možnost dotazníku detekovat rozdíly zhoršení či zlepšení v kvalitě života u jednoho klienta (Vodvářka, 2004, s. 188).

**Validní** dotazník určený k měření kvality života je ten, který hodnotí to, co se požaduje. Validace dotazníku je postup hodnocení interní a externí validity (Vodvářka, 2004, s. 188). Validita dotazníků se stanovuje pro určitou skupinu klientů s určitou diagnózou, dotazníky jsou tedy validní pro konkrétní soubor nemocných. Bohužel ne všechny oblasti se týkají všech zkoumaných klientů, tudíž je validita přístupu k jedinci omezená (Salajka, 2006, s. 48).

## **2.2 Zvýšení kvality získaných dat**

Když chceme zvýšit kvalitu získaných dat, je velmi důležité být v kontaktu s klientem. Nemocnému vysvětlíme smysl a cíl výzkumu, používáme vyhovující dotazníky, podáváme jasné pokyny pro vyplnění a v případě potřeby vhodně pomáháme při vyplňování odpovědí (Vodvářka, 2004, s. 186).

Při hodnocení kvality života bychom se měli zaměřit na tři základní otázky. První se týká problematiky, kdy měřit kvalitu života. Další otázka je zaměřená na důvody, proč měřit kvalitu života. Třetí je zaměřená na způsoby měření kvality života (Vodvářka, 2004, s. 184).

### **Kdy měřit kvalitu života?**

Kvalita života se měří v klinických studiích, kdy je dobré zjistit informace o vlivu léčby na kvalitu života. Výsledky výzkumu mohou indikovat specifické intervence, které zlepšují kvalitu života. Hodnocení kvality života je proto velmi důležité. (Vodvářka, 2004, s. 184)

### **Proč měřit kvalitu života?**

Cílem studie je zjistit vhodnou efektivní léčbu, která by zlepšovala nebo alespoň nezhoršovala kvalitu života nemocných (Vodvářka, 2004, s. 184).

Kvalitu života musíme měřit zvláště v případě, kdy existují dvě léčby, které vykazují stejnou dobu přežití, avšak jedna z nich může být preferována z důvodu zlepšení kvality života v průběhu léčby. Z toho vyplývá, že přežití není považováno za nejdůležitější a dáváme tedy přednost té terapii, která kvalitu života zlepšuje (Vodvářka, 2004, s. 185).

### **Jak měřit kvalitu života?**

Při hodnocení kvality života pomocí dotazníků zjišťujeme, jak onemocnění a jeho terapie zasahují do života klienta. Důležité je zjistit, zda léčba negativně neovlivňuje běžný život klienta, a to především při paliativní léčbě (Vodvářka, 2004, s. 185).

Dotazníky, které se zaměřují na zkoumání kvality života nemocných, by měly měřit hodnoty fyzického a emočního zdraví. Otázky v dotazníku by se měly zaměřovat na oblasti, které jsou pro danou problematiku podstatné. Dotazník musí být validní, citlivý ke klinicky významným změnám a měl by být přiměřeně dlouhý. Výsledky měření by měly být statisticky zpracovány (Salajka, 2006, s. 47). V praxi je vytvořena celá řada standardizovaných dotazníků určených k hodnocení kvality života. Jejich spolehlivost

a výpovědní hodnota byly testovány dle současných standardů určených k měření zdraví (Němec a kol., 2009).

### **2.3 Problémy spojené s vyplňováním dotazníků**

Existuje mnoho problémů, které souvisejí s hodnocením kvality života nemocných a s vyplňováním dotazníků. Tyto problémy můžeme rozdělit do několika skupin: problémy spojené s klientem, problémy spojené s dotazníky, problémy týkající se doby podávání dotazníků, problematika chybějících dat a další problémy (Vodvářka, 2004, s. 186).

#### **Problémy spojené s klientem**

Klienti by měli vyplnit dotazníky samostatně, bez cizí pomoci, proto by dotazníky měli být jednoduché, přesné (Vodvářka, 2004, s. 186), vhodně strukturované a výstižné (Němec a kol., 2009).

V případě, že klient žádá o pomoc při vyplnění dotazníku, měla by mu být poskytnuta takovou formou, aby neovlivnila jeho rozhodnutí při zodpovídání otázek (Vodvářka, 2004, s. 186).

Při výzkumu několika studií s kvalitou života bylo zjištěno, že s přibývajícím věkem klientů se zvyšuje procento nemocných, kteří odmítnou dotazník vyplnit (Vodvářka, 2004, s. 186). Podobná situace, která je spojena s nižší ochotou vyplnit dotazník, nastává i u klientů s diseminovaným onemocněním nebo s nižším vzděláním (Slováček a Slováčková, 2012, s. 16).

Při výzkumech, které probíhají dlouhodobě, se zvyšuje procento klientů, kteří nevyplní dotazník z důvodu progresu onemocnění při následném sledování klienta po léčbě (Vodvářka, 2012, s. 187).

#### **Problémy spojené s dotazníky**

Dlouhodobé studie se zdají být velkým problémem, protože užívají pouze jeden typ dotazníku. Takovýto dotazník neuspokojivě odráží vývoj nemoci a vliv její léčby (Slováček a Slováčková, 2012, s. 16).

Během období progresu nemoci se stávají významnými některé oblasti, které nemusejí být v dotazníku zdůrazněny. V praxi k tomu dochází například v prvních fázích onemocnění, kdy je pro klienta velmi důležité, aby byl schopen vykonávat domácí práce, avšak při progresi nemoci se tato potřeba stává méně důležitá (Vodvářka, 2004, s. 187).

Další problémy jsou převážně technického rázu, zejména pak vlastní statistické vyhodnocení dotazníků (Slováček a Slováčková, 2012, s. 16). Také je důležitá psaná forma

dotazníků a jejich následná grafická úprava. V poslední době se stále častěji využívá ke sběru dat počítačová forma (Němec a kol., 2009).

### **Problémy týkající se doby podávání dotazníků**

Doba, kdy klienti vyplňují dotazník, může navíc ovlivnit jejich odpovědi. Například autor Vodvářka (2004, s. 187) uvádí: „*Pokud k vyplnění dojde před podáním chemoterapie, budou odpovědi zřejmě odlišné od odpovědí, získaných po tom, co pacient vyslechne zprávu o přehodnocení svého onemocnění*“. Přesně dané časové intervaly, kdy se dotazníky budou pacientům podávat, jsou stanoveny přímo u klinických výzkumů. Tyto intervaly závisí na cíli studie, diagnóze, prognóze onemocnění a individuální terapii (Vodvářka, 2004, s. 187).

### **Chybějící data**

Závažným problémem při hodnocení dotazníku jsou chybějící data. Mezi důvody chybení dat patří problémy s počtem možností výběru odpovědí, kdy klient nemusí najít vhodnou odpověď. Další problém je spojený s textem, klient totiž nemusí správně pochopit otázku. Překážkou se mohou stát i neadekvátní, komplikované či složité otázky a dlouhé obsáhlé dotazníky, které vyčerpávají zejména starší pacienty (Vodvářka, 2004, s. 187). Často mají klienti problém s vyplňováním dotazů, které se týkají jejich intimního života. Nevyplnění dat může být zapříčiněno i nepochopením textu, při špatném překladu z originálního jazyka (Němec a kol., 2009).

### **Další problematika**

Při klasifikaci některých problémů a symptomů vzniká další problematika. Např. u příznaku zvracení každý ví, co si pod tím má představit, ale u deprese je to složitější. Každý člověk ji popisuje a vnímá jinak, proto se musí použít v dotazníku více otázek, abychom získali dostatečná data (Vodvářka, 2004, s. 188).

Výsledky dotazníků mohou ovlivnit i nedostatečně poskytnuté informace klientovi o účelu dotazníku. To může vést k lhostejnému přístupu k vyplňování dotazníku ze strany klienta. Anebo při vyplňování dotazníků může pomáhat needukovaný střední zdravotnický personál, který může nechtěně ovlivnit odpovědi klientů (Slováček a Slováková, 2012, s. 16).

## 3 Karcinom vaječníků

### 3.1 Anatomie a fyziologie vaječníků

Vaječník (lat. ovarium) je párový vejčitý orgán, který je uložený po obou stranách dělohy v oblasti hypogastria v břišní dutině intraperitoneálně (Čech a kol., 2007, s. 25).

Ve správné poloze je udržován pomocí vazů, které jej fixují k děloze a ke stěně pánevní (Mouková, 2013). Je uložen pod vejcovodem a k zadnímu listu širokého vazů je volně připojen mezovariem. K mezovariu přistupuje ligamentum suspensorium ovarii (ligamentum infundibulopelvicum). K děloze je mezovarium fixováno pomocí ligamentum ovarii proprium (Čech a kol., 2007, s. 26).

Vaječníky mají dvě hlavní funkce. První z nich je tvorba ženských pohlavních hormonů (estrogenů, gestagenů), které ovlivňují menstruační cyklus, reprodukční funkce a ve skutečnosti i celý ženský organismus. Druhou funkcí je uskladnění ženských pohlavních buněk, tzv. vajíček. Ta se nacházejí v drobných kulovitých útvarech, které nazýváme folikuly. Během každého menstruačního cyklu dochází u žen v reprodukčním věku ke zrání a růstu několika folikulů. Zhruba uprostřed cyklu dochází k ovulaci, při níž největší z folikulů praskne a vajíčko je vyplaveno do vejcovodu, kde může dojít k oplodnění vajíčka mužskou spermií (Mouková, 2013). Není-li vajíčko oplodněno, odchází během menstruačního krvácení z dělohy spolu s odloučenou děložní sliznicí (Žemličková a Novotný, 2004, s. 2).

### 3.2 Etiologie a rizikové faktory

Etiologie vzniku karcinomu vaječníků není známa, avšak se přisuzuje důležitá a významná role pohlavnímu hormonu estrogeneru. Každou ovulací se přerušuje povrch ovariálního epitelu, který pak znovu proliferuje. Riziko vzniku karcinomu zvyšuje věk menarche před 12. rokem a menopauzy po 50. letech věku ženy. Zvýšené riziko je také u žen, které ještě nerodily. Ochranný vliv má také těhotenství, kojení a hormonální antikoncepce, která navozuje anovulační cykly (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 374).

Na rozdíl od předešlých zmíněných informací uvádějí autoři Novotný a Vitek (2012, s. 322) odlišná data. Ve své knize Onkologie v klinické praxi píše, že kojení riziko onemocnění snižuje jen mírně a nádor ovaria není ovlivněn časným menarche ani pozdní menopauzou.

Autoři Žemličková a Novotný (2004, s. 3) uvádějí, že jeden porod sníží riziko onemocnění až o 53 % a se stoupajícím počtem porodů toto riziko dále klesá až o 71 % při počtu šesti



porodů. Při pětiletém užívání hormonální antikoncepce se sníží riziko onemocnění nádorem vaječnicků až o 50 %. Tento účinek ochrany trvá asi 10 až 15 let po vysazení hormonální antikoncepce. Oproti tomu hormonální substituční léčba riziko mírně zvyšuje, přičemž zvýšené riziko onemocnění karcinomem vaječnicků je pouze v době užívání hormonální substituce. Rovněž je 3 až 4x vyšší riziko u žen, které byly léčeny hormonálně pro neplodnost (Novotný a Vítek, 2012, s. 322). V postmenopauzálním období je nebezpečí vzniku zhoubného onemocnění ovarií až o 3,5x vyšší než u žen před menopauzou, kdy je riziko kolem 13 % (Holub a Kužel, 2005, s. 151).

Mezi další rizikové faktory, konkrétně z životního stylu, se uvádí jako rizikové zvýšené konzumování živočišných tuků, malý přísun ovoce a zeleniny, obezita, konzumace alkoholu a kouření cigaret (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 374).

Velký význam mají dědičné faktory, které se podílejí na vzniku karcinomu vaječnicků asi u 5 až 10 % žen (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 374). Jedná se zejména o vrozené mutace genů BRCA 1 a BRCA 2 (zkratka z anglického Breast Cancer - nádor prsu), kdy je u nosiček riziko vzniku nádoru ovaria kolem 20 až 40 %, což je přibližně 10 až 20x vyšší riziko oproti běžné populaci (Novotný a Vítek, 2012, s. 322). Odborníci Dienstbier a Stáhalová (2012, s. 62) ve své knize Onkologie pro laiky udávají riziko onemocnění při pozitivitě genů BRCA 1 a BRCA 2 až v 90 %.

Genetické vyšetření při podezření na vrozenou mutaci některého z genů se zahajuje vždy u nemocné osoby. Pravděpodobnost pozitivního výsledku se pohybuje mezi 10 až 40 %. Pouze u pozitivně testovaných osob se vyšetřují další osoby z rodiny, tedy sourozenci, rodiče a děti. Pravděpodobnost, že tyto osoby budou mít také poškozený gen je 50 % (Žemličková a Novotný, 2004, s. 2). U žen od 21 let s pozitivní mutací některého z genů se doporučují pravidelné prohlídky, které kromě ultrazvuku břicha a gynekologického ultrazvuku, zahrnují odběr nádorových markerů a kolposkopii (Novotný a Kleibl, 2003, s. 14).

Autorka Foretová (2006, s. 10) popisuje riziko positivity některé z uvedené mutace v rámci jiných nádorových onemocnění. Zvýšené riziko je nejenom u karcinomu ovaria a prsu, ale také například u nádoru slinivky břišní, žaludku, žlučových cest a tlustého střeva.

Jinými významnými dědičnými syndromy, které způsobující karcinom ovarií jsou Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) a mutace v některém genu Mismatch Repair (MMR), u které onemocní asi 12 % žen. Nezávislým rizikovým faktorem je věk, se kterým stoupá riziko onemocnění. Větší riziko onemocnění mají i bělošky oproti černoškám a Asiatkám (Novotný a Vítek, 2012, s. 322).

Vyšší riziko onemocnění karcinomem ovarií může být způsobeno některými benigními nemocemi pacientek. Nejčastěji se jedná o endometriózu, syndrom polycystických ovarií

(PCO) a časté opakované pánevní záněty (Novotný a Vítek, 2012, s. 322). Zhoubné onemocnění může vzniknout i jako nemoc z povolání, kterou může vyvolat riziková práce s ionizujícím zářením nebo s azbestem (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 62).

Nádory vaječníků se šíří metastázemi do uzlin v nejbližším okolí nádoru nebo přímo do močového měchýře a tlustého střeva (Novotný a Vítek, 2012, s. 320).

Nádory vaječníků samy o sobě nejsou vhodné k preventivnímu screeningu. Mají totiž relativně nízký počet onemocnění v populaci a není prokázána žádná prekanceróza, kterou by bylo možno detekovat. Momentálně probíhají studie, které se snaží zlepšit správnou a včasnou diagnostiku stádií karcinomu ovaria. Výzkumy jsou zaměřeny zejména na perimenopauzální či postmenopauzální ženy nebo ženy s pozitivní rodinnou anamnézou epiteliálního ovariálního karcinomu (Pilka a Procházka, 2012, s. 137).

Jedinou prokazatelnou prevencí zhoubného nádoru vaječníků, zvláště u žen s pozitivní mutací některého z genů BRCA1, nebo BRCA2, je odstranění obou ovarii ve věku 35 až 40 let. Tento věk pro operaci má dva hlavní důvody. Prvním z důvodů je fakt, že žena se již stala matkou, a tedy ztráta fertility není vnímána negativně. Druhý argument je vědecký, protože riziko vzniku onemocnění prudce stoupá kolem 40 let věku (Novotný a Kleibl, 2003, s. 14).

### **3.3 Výskyt nádoru vaječníků**

V České republice je ročně diagnostikováno kolem 4500 nádorů prsu a asi 1200 nádorů vaječníků. Přibližně 10 % z těchto nádorových onemocnění vzniká na podkladě vrozených genových poruch zejména BRCA1 a BRCA2 (Novotný a Kleibl, 2003, s. 7).

V roce 2007 tvořil karcinom vaječníků 30 % z gynekologických zhoubných novotvarů a v rámci všech maligních onemocnění u žen, s výjimkou kožních nádorů, to byly 4 %. V tomto roce bylo diagnostikováno 1087 nových případů nemoci a onemocnění podlehl 700 žen (Novotný a Vítek, 2012, s. 320).

Podle posledních dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky v České republice bylo v roce 2010 zjištěno 1107 nových zhoubných novotvarů vaječníků. Počet zemřelých pacientek s touto diagnózou byl 640 žen za rok 2010 (Zvolský, 2013, s. 8-10).

Ze statistik vyplývá, že výskyt nádoru ovarii vykazuje mírně stoupající trend, zatímco úmrtnost mírně klesá (Novotný a Vítek, 2012, s. 320).

### 3.4 Prognóza onemocnění

Hlavním a zároveň i nejdůležitějším klíčovým faktorem, který předpovídá prognózu nemoci, je její klinické stadium a grade (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 376). Pokud je nádor ovarii diagnostikován v časném stádiu nemoci, podaří se zpravidla vyléčit většinu pacientek (Novotný a Vítek, 2012, s. 320). Klientky dosahují pětiletého přežití v 70 až 80 % případů. Zpravidla je ale onemocnění v 75 až 80 % diagnostikováno až v pokročilém stavu (stadium III a IV) s velmi nepříznivou prognózou, kdy přežití pět let je v případě II. klinického stádia 60 % (Chovanec, 2012), a ve III. klinickém stádiu klesá jenom na 20 % (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 376). Autoři Novotný a Vítek (2012, s. 320), ve své knize *Onkologie v klinické praxi*, uvádějí prognózu přežití pěti let s onemocněním karcinomu ve stadiu IV. za použití veškerých dostupných léčebných možností pouze v 10 %. Chovanec (2012) uvádí, že při vzniku pánevní recidivy se pětileté přežití u pacientek pohybuje kolem 14 až 34 %.

Karcinom ovaria má dobrou léčebnou odpověď, která se pohybuje okolo 70 až 80 %, naneštěstí nádor minimálně v 60 % recidivuje. Lepší prognózu onemocnění mají mladší klientky po radikální operaci se žádným nebo minimálním zbytkovým nádorem, který je menší než 1 cm (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 376).

Předpověď výsledku histologie může být ovlivněna řadou dalších faktorů. Hlavními z nich jsou rasa (horší prognózu mají afroamerické ženy), dále věk, celkový fyzický stav, rozsah nádoru v době diagnózy, histologický typ, rozsah rezidua nádoru po operačním výkonu a přítomnost ascitu (Novotný a Vítek, 2012, s. 323).

Hodnoty nádorového markeru Carbohydrate Antigen 125 (CA125) v séru nemají před operací žádný prognostický význam. Tyto odběry se dají využít v průběhu chemoterapie, kdy změny v hodnotách poukazují na dobu přežití (Novotný a Vítek, 2012, s. 323).

Ukazatelem prognózy může být i interval od ukončení léčby do znovu vzplanutí nádorové nemoci (Novotný a Vítek, 2012, s. 323).

### 3.5 Klinické projevy

*„Většina žen s rakovinou vaječníků nemá po dlouhou dobu žádné příznaky“* (Žemličková a Novotný, 2004, s. 3), protože tyto karcinomy nerostou rychle a mají v pánvi a posléze i v dutině břišní poměrně značný prostor (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375). Z tohoto důvodu bývá rakovina vaječníků jen výjimečně objevena v počátečním stadiu, na rozdíl od mnoha dalších zhoubných nádorů. Protože nádor je dlouhou dobu

asymptomatický, klientky nevyhledávají pomoc zdravotníků nebo jsou bezvýsledně vyšetřovány lékaři různých oborů. Ani při běžné gynekologické prohlídce nemusí být nádor vaječníků odhalen (Mouková, 2013).

Jako první ze symptomů se většinou objeví gastrointestinální obtíže, jako neurčité bolesti břicha, nechut' k jídlu, mírné nevolnosti, zažívací poruchy, střídání průjmu a zácpy. Dalšími známkami onemocnění mohou být náhlý úbytek hmotnosti a bolesti v podbřišku. Vzhledem k těmto nespecifickým příznakům bývá většina nádorů v této lokalizaci rozpoznána až ve velmi pokročilém stádiu (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 62). Proto je velmi důležité, aby u těchto pacientek bylo upřednostněno komplexní gynekologické vyšetření oproti gastroenterologickému a jiným vyšetřením, aby nedošlo k neúmyslnému prodlení v určení správné diagnózy (Novotný a Vítek, 2012, s. 323).

K lékaři mohou přivést klientku příznaky tvořícího se ascitu, který je způsoben zmnožením tekutiny, která se shromažďuje v břišní dutině (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375). Tím, jak nádor roste, jeho malé části se z něj uvolňují a zakládají druhotná ložiska, tzv. metastázy na povrchu střevních kliček, pobřišnice, povrchu jater a předstěry břišní. Nádorové buňky mohou projít i přes bránici a usadit se v pohrudniční dutině, kde může též docházet k produkci tekutiny a vzniká tak pleurální výpotek. Pro tyto pokročilé příznaky je charakteristické zvětšování objemu břicha, bolest z napětí břišní stěny. Další obtíže pramení z tlaku na močový měchýř a projevují se častým močením. Zhoubný novotvar vaječníků může utlačovat i konečník a způsobovat zácpu anebo jeho růst může klientkám způsobovat dýchací obtíže (Mouková, 2013). Velmi zřídka se může objevit krvácení z dělohy (Žemličková a Novotný, 2004, s. 3).

### **3.6 Diagnostika**

Nádory vaječníků se špatně diagnostikují. Diagnóza se stanovuje pomocí vyšetření krve, standardního gynekologického vyšetření a zobrazovacích metod, jako například sonografií, nebo magnetickou rezonancí či jinými metodami (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 62).

Při podezření na onemocnění rakovinou vaječníků je nutno provést u klientky soubor vyšetření, která diagnózu upřesní a pomohou stanovit rozsah onemocnění. Základem je anamnéza, při níž zjišťujeme údaje o subjektivním stavu klientky (Mouková, 2013). Zaměřujeme se také na rodinnou anamnézu, konkrétně na možnosti dědičného karcinomu vaječníků (Novotný a Vítek, 2012, s. 323). Dále se provádí klinické vyšetření plic, srdce, břicha a mízních uzlin (Mouková, 2013).

V rámci komplexního gynekologického vyšetření bychom neměli vynechat vyšetření per rektum, při kterém můžeme v pokročilém stadiu nahmatat rozsáhlý hrbolatý útvar vyplňující Douglasův prostor. Typickým projevem nádoru vaječnicků je i specifický tlumený poklep na břišní stěně v důsledku většího množství ascitu. Často můžeme nahmatat přes stěnu břišní hrbolatou infiltraci předstěry. Rovněž bychom měli vyšetřit, zda nedošlo k rozvoji lymfedému v oblasti jedné nebo obou dolních končetin v důsledku útlaku cévních svazků v malé pánvi při zvětšování nádoru. Nezbytné je zjistit i stav výživy a vyloučit možnost rozvíjející se kachektizace klientky (Chovanec, 2012).

Při vyšetření ultrazvukem lékař většinou kombinuje abdominální přístup, který poskytne přehled o situaci v celé dutině břišní s přístupem vaginálním, který daleko přesněji zobrazí pohlavní orgány a další struktury v pánvi (Mouková, 2013).

Počítačová tomografie (anglicky Computed Tomography, CT) je vyšetření břicha a malé pánve, které využívá počítačově zpracovaných rentgenových paprsků a může nahradit či doplnit vyšetření ultrazvukem (Mouková, 2013).

Intravenózní urografie (IVU) se může využít jako pomocné vyšetření, kdy se nitrožilně aplikuje kontrastní látka a provede se série rentgenových snímků ledvin a vývodných cest močových, které mohou být růstem nádoru negativně ovlivněny (Mouková, 2013).

K diagnostice nádoru ovarií se může využít radioizotopová nefrografie (RIN), což je vyšetření funkce ledvin a vývodných cest močových. Za pomoci minimálního množství nitrožilně radioaktivní látky, se speciální kamerou snímá vylučování ledvin a močovodů (Mouková, 2013).

Rentgenové vyšetření srdce a plic vyloučí či potvrdí šíření nádoru vaječnicků do hrudní dutiny (Mouková, 2013).

Odběr krve, konkrétně na nádorový marker CA125 (norma do 35 U/ml) může přispět ke stanovení diagnózy. Je to látka, která je karcinomem vaječnicků často produkována. Nicméně problémem je, že ne u všech žen s rakovinou vaječnicků je hodnota zvýšená a naopak zvýšená může být i u jiných nezhoubných onemocnění jako například cirhóza jater, endometrióza, cysty nebo zánět slinivky (Mouková, 2013). Hladina CA125 může být zvýšená i u nádoru dělohy, prsu, plic a zažívacího traktu (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 31). Pokles hladiny CA125 po operačním výkonu se pokládá za potvrzení správné radikality zákroku. Naopak zvýšení hladiny CA125 poukazuje na návrat nemoci, a to až o 4 měsíce dříve než za pomoci klinického vyšetření. Je tedy velmi důležité vyšetřovat tento specifický nádorový marker pravidelně. A neměla by nám tomu zabránit ani zatím vysoká cena imunoanalytických souprav (Fingerová, Petrová a Talaš, 1995, s. 53).

Mezi další markery, které se mohou sledovat, patří alfafetoprotein (AFP), který je často zvýšený u mladých žen s terminálním karcinomem vaječníků (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375) nebo u žen s vzácným yolk sac tumorem (Fingerová, Petrová a Talaš, 1995, s. 52). Z krve můžeme určit hladinu lidského choriového gonadotropinu (z anglického human Chorionic Gonadotropin, hCG) a laktátdehydrogenáza (LDH) (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375).

Autor Chovanec (2012) uvádí, že v současnosti jsou zkoumány i další sérové markery a jejich kombinace. Zkoumanými markery jsou monoklonální protilátka Ovarian Cancer Antigen X1 (OVX1), prostatin, kallikrein, claudin 3, vaskulární endoteliální růstový faktor (z anglického Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF), mezotelin, lidský epididymální protein 4 (z anglického Human Epididymis Protein 4, HE4), lysofosfatidová kyselina (fosfolipid LPA) a Mucin 1 (MUC1). Různé kombinace nádorových markerů sice zvyšují senzitivitu screeningového testu, ale bohužel snižují jeho specificitu.

Důležité je také vyšetřit kompletní krevní obraz a z krve také zjistit hladinu inhibinu A a B, který je vylučován granulózovými buňkami a může být dalším užitečným markerem při diagnostice tohoto onemocnění. Dále se mohou provést jaterní a renální funkční testy (Colombo a kol., 2012, s. 1).

Výše uvedené neinvazivní vyšetřovací metody pouze vyjádří podezření na zhoubné onemocnění vaječníků, ale jistotu diagnózy přinese až odběr vzorku tkáně při laparoskopii na histologické vyšetření (Mouková, 2013). Když je pozitivní histologický nález, je nutné určit stádium choroby a to, zda je nález omezen pouze na dutinu břišní nebo jsou v těle založeny metastázy (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 62). Při nejasném nálezu je vhodná explorativní laparotomie, při níž se pátrá po abscesu v dutině břišní. Tato metoda se v současnosti využívá jen vzácně (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375).

### 3.7 Rozdělení nádorů ovarií

Nádory všeobecně můžeme rozdělit na **nezhoubné** (benigní) a **zhoubné** (maligní). Oba typy vznikají, pokud se některá z buněk lidského těla začne nekontrolovatelně množit (Mouková, 2013).

#### 3.7.1 Benigní nádory

Tyto nádory rostou ve většině případů pomaleji a neprorůstají do okolních tkání. Velmi často se jedná o kystomy. Mohou dorůst až do velikosti o průměru 20 až 30 cm a mohou obsahovat tekutinu či hlen (Mouková, 2013). Rostou jako jednokomorové nebo i více

komorové nádory a mají jednoduchý ovoidní tvar s hladkým povrchem (Turková, 2004, s. 81). Svoji velikostí mohou způsobovat obtíže ve smyslu útlaku okolních tkání, převážně se jedná o střeva, močové cesty a krevní cévy. Z toho vyplývá, že je nutné je operativně odstranit. Tyto nádory nemetastazují do okolí a operačním výkonem jejich léčba končí (Mouková, 2013).

Mezi nepravé nádory, které mohou nádorový útvar napodobovat, patří ložiska endometriózy, ohraničené záněty děložních přívěsků nebo ovariální cesty (Turková, 2004, s. 80).

Ovariální cesty jsou útvary, které vzniknou, pokud nedojde v průběhu menstruačního cyklu k ovulaci a folikul zůstává vyplněný tekutinou a dále pokračuje ve svém růstu. Mohou dosáhnout velikosti 10 až 12 cm (Mouková, 2013). Mohou být příčinou poruch menstruace nebo mohou působit nepříjemné bolesti svým tlakem na okolní tkáň (Turková, 2004, s. 80). Oproti kystomům není většinou zapotřebí operačního řešení, neboť po určité době, zpravidla v rozmezí týdnů až měsíců, cesty samy zmizí (Mouková, 2013).

Mezi další nepravé nádory vaječnicků lze zařadit folikulární cesty. Vznikají při hyperstimulaci folikulostimulačním hormonem z hypofýzy a následným hromaděním folikulární tekutiny. Příčinou vzniku cesty z corpus luteum je porušený vývoj a zánik žlutého tělíska. Syndrom polycystických vaječnicků poznáme podle oboustranně zvětšených vaječnicků, které obsahují velké množství cystických folikulů. Klinicky se PCO projevuje poruchami menstruačního cyklu ve smyslu oligo až amenorrhoe a často dochází u klientek k poruchám plodnosti. Pokud je u žen současně přítomen hirsutismus a obezita, mluvíme o Steinově-Leventhalově syndromu. Léčba PCO probíhá konzervativně nebo operačně. Při operaci se provádí klínová resekce, nebo skarifikace, při které se elektrokauterem proniká na několika místech skrz povrch obou vaječnicků (Turková, 2004, s. 80).

### **3.7.2 Maligní nádory**

U nádorů vaječnicků existuje plynulý přechod od benigních forem přes prekancerózy až k jednoznačně maligním novotvarům. Vzhledem k anatomickému uložení vaječnicků mohou ovariální nádory růst dlouho a dosahovat značných rozměrů, aniž by klientka pociťovala jakékoli obtíže (Turková, 2004, s. 80-81).

Maligní nádory vaječnicků mají snahu nekontrolovatelně prorůstat a šířit se do okolních tkání a zakládat druhotná ložiska neboli metastázy. Šíření metastáz je nejčastěji krevní či lymfatickou cestou. Pro zhoubný nádor vaječnicků je navíc typické odštěpování drobných částí z jeho povrchu, které se mohou uchytit na děloze, vejcovodech, kličkách střevních, pobřišnici, v předstěře břišní a na povrchu jater apod. Krevní cestou se rakovina vaječnicků šíří méně

často, a nejčastěji postihuje játra. Naopak lymfatickými cévami nádor často metastazuje do mízních uzlin dutiny břišní (Mouková, 2013).

Nádory ovarií obsahují různorodé bujení vznikající z různých typů buněk, které vaječníky obsahují (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 61). Nejčastěji tak nádory vaječníků dělíme podle toho, z jaké tkáně nádor vychází na epiteliální nádor, nádor z germinálních buněk, nádor ze zárodečných pruhů a stromatu, smíšené nádory z terminálních buněk a zárodečných pruhů a poslední skupinou jsou metastatické nádory vaječníků (Turková, 2004, s. 81).

### 3.7.2.1 Epiteliální nádor

Nejčastějším typem ovariálního nádoru, který se tvoří z povrchových buněk vaječníku, je v 70 % (Pilka a Procházka, 2012, s. 137) až v 90 % (Turková, 2004, s. 81) epiteliální karcinom. Je šestým nejběžnějším nádorem u žen a druhým nejčastějším zhoubným onemocněním ženského pohlavního systému po karcinomu endometria (Pilka a Procházka, 2012, s. 137). Tento typ nádoru postihuje ženy hlavně po 50. roce života, výjimečně se vyskytuje v dětském věku (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 61-62). Autoři Pilka a Procházka (2012, s. 137) uvádějí: „*Nejčastěji se epiteliální nádor vyskytuje u bělošek v rozvinutých zemích severní a západní Evropy a Severní Ameriky a nejméně často v Indii a Asii.*“

Epiteliální nádory dále můžeme rozdělit do 7 podskupin, které se nazývají: serózní, mucinózní, endometriodní nádory, nádory z jasných buněk, Brennerův nádor, smíšené varianty a nediferencované karcinomy (Turková, 2004, s. 81). V České republice mají tyto epiteliální karcinomy z ženských pohlavních zhoubných nádorů nejvyšší mortalitu (Chovanec, 2012).

U serózního kystomu (lat. cystadenoma serosum) hrozí riziko maligního zvratu při tvorbě papilárních výrůstků, které mohou prorůst stěnu nádoru na povrch kystomu. Následně uvolněné bradavičnaté výrůstky zakládají vzdálené metastázy. Papilární cystoadenom se až v polovině případů onemocnění zvrhává v maligní cystadenokarcinom serosum (Turková, 2004, s. 81).

Mucinózní kystom (lat. cystadenoma mucinosum) je nejčastější ovariální nádor u žen v menopauze. Epitel mucinózního kystomu tvoří hlen, který vyplňuje dutiny mnohokomorového nádoru. Ve velmi malých případech může dojít ke zvratu maligní formy nádoru tzv. cystadenokarcinoma mucinosum, který metastazuje na omentum, peritoneum a až do jater (Turková, 2004, s. 81).

Endometriodní sarkom vzniká při maligním zvratu stromatu ektopického endometria. Ve výstelce nenádorových endometriodních cyst se mohou začít tvořit adenomy, adenofibromy až adenokarcinomy a adenosarkomy (Turková, 2004, s. 81).



Dalším maligním nádorem ovaria je vzácnější nádor z jasných buněk (Clear cell). Nádorové buňky obsahují glykogen a nádor má pak žlutý vzhled. Může se vyskytnout i v benigní formě (Turková, 2004, s. 81).

Brennerův nádor je většinou benigní nádor makroskopicky tuhý, našedlý útvar připomínající fibrom. Při histologickém vyšetření jsou patrná ložiska epiteloidních buněk ve vazivovém stromatu (Turková, 2004, s. 81).

Mezi smíšené varianty ovariálních nádorů, patří takové, které mohou obsahovat dva i více typů epitelových nádorových struktur současně (Turková, 2004, s. 81).

Nediferencované karcinomy jsou maligní epitelové nádory, které nelze na základě histologického vyšetření jednoznačně zařadit do žádné z výše uvedené skupiny (Turková, 2004, s. 81).

### **3.7.2.2 Nádor z germinálních buněk**

Jedná se o vzácnou skupinu ovariálních nádorů, která postihuje převážně mladé ženy a děti. Tyto nádory obsahují zárodečné buňky, které jsou deriváty buněk prvopohlavních (Turková, 2004, s. 82). Mezi společné vlastnosti těchto nádorů patří nejenom růst a lymfatický rozsev, ale převážně jednostranné postižení vaječníku, s výjimkou dysgerminomu (Pilka a Procházka, 2012, s. 141).

Nejčastějším zástupcem této skupiny je maligní nádor dysgerminom, který vychází z monocytů. Nádor z germinálních buněk zakládá metastázy do lymfatických uzlin a plic. Výhodou je, že velmi dobře reaguje na léčbu pomocí cytostatik (Turková, 2004, s. 82).

Vysoce nebezpečný pro svou malignitu je embryonální karcinom, který šíří metastázy krevní cestou. Jeho základem jsou nezralé tkáně, které připomínají embryonální stádia (Turková, 2004, s. 82).

Teratom je druhým nejčastějším nádorem ze zárodečných buněk, většinou se vyskytuje ve formě nezhooubného nádoru a má charakter dermoidní cysty. Bývá často vyplněn mazem, zuby a chlupy, vzácný není ani nález nervové tkáně, střevního či respiračního epitelu (Turková, 2004, s. 82). Výskyt je z velké části hlavně u mladých dívek a žen ve věku 10 až 20 let, ale může se objevit vzácně i po menopauze (Pilka a Procházka, 2012, s. 141).

Dále do této skupiny nádorů z terminálních buněk můžeme zařadit nádor ze žloutkového váčku a choriokarcinom, neboli gestační trofoblastická nemoc (Turková, 2004, s. 82).

### **3.7.2.3 Nádor ze zárodečných pruhů a stromatu**

Podle autorky Turkové (2004, s. 82) pocházejí tyto nádory z embryonálního mesenchymu a základu gonadálních pruhů, z kterých se vytvářejí buňky produkující hormony.

Mezi hlavní představitele patří granulózové nádory a vzácný Sertolilho-Leydigův nádor, který je potenciálně velmi maligní. Obsahuje různě diferencované Sertoliho a Leydigovy buňky a produkuje androgeny, které působí na maskulinizaci ženy (Turková, 2004, s. 82).

Thekom je benigní nádor, který často postihuje ženy ve středním věku a je hormonálně aktivní. V dětském věku může vyvolat předčasnou pubertu, v reprodukčním věku způsobuje nepravidelné krvácení a po menopauze hyperplazii endometria až karcinom endometria (Turková, 2004, s. 82).

### **3.7.2.4 Smíšené nádory z terminálních buněk a zárodečných pruhů**

Zástupcem smíšených nádorů z terminálních buněk a zárodečných pruhů je gonadoblastom, který bývá často hormonálně aktivní. Tento nádor je většinou benigní nádor a je menších rozměrů. Obsahuje monocyty obklopené buňkami granulózového typu (Turková, 82).

### **3.7.2.5 Metastatické nádory vaječnicků**

Relativně časté jsou metastázy, které se šíří do vaječnicků, nejčastěji k tomu dochází při karcinomu endometria, prsu, tlustého střeva, žaludku anebo cervixu (Pilka a Procházka, 2012, s. 137). Tyto nádory rostou přímým šířením metastáz nebo jejich rozsevem krevním oběhem nebo lymfatickým systémem nebo se šíří v dutině peritoneální přímo. Představitelem je například Krukenbergův nádor, při kterém jsou zvětšeny oba vaječníky. Zvětšení je způsobeno metastázami buněk pečetního prstenu z karcinomu žaludku (Pilka a Procházka, 2012, s. 143).

## **3.8 Klinické dělení nádorů ovaria**

Nádor vaječnicků můžeme rozdělit na čtyři stádia podle klasifikace Tumor, Nodes, Metastases (TNM) a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Ve stádiu I. je nádor omezen pouze na ovaria (Turková, 2004, s. 82). Stádium I. můžeme dále rozdělit na IA, kdy je nádor omezen na jeden vaječník, pouzdro je intaktní, zevní povrch ovaria není postižen nádorovým růstem, není přítomen maligní ascites a v peritoneálním výplachu nejsou žádné maligní buňky. Stádium IB má stejné podmínky klasifikace, ale nádor je zde již rozšířen na oba vaječníky. Pro stádium IC je charakteristické ohraničení nádoru

na jeden nebo oba vaječníky a přítomnost čehokoliv z uvedeného: ruptura pouzdra, nádor na povrchu ovaria, maligní buňky v ascitu či peritoneálním výplachu (Novotný a Vítek, 2012, s. 320).

II. stadium je charakteristické šířením nádoru do pánve, přičemž může být postižený jeden nebo oba vaječníky (Turková, 2004, s. 82). Při IIA dochází k šíření nebo implantaci nádoru na dělohu či vejcovody, a v ascitu nebo peritoneálním výplachu nejsou maligní buňky. Ve stádiu IIB se karcinom šíří na další pánevní tkáň a v ascitu nebo peritoneálním výplachu stále ještě nejsou maligní buňky. Nádor ve IIC se šíří pánví jako v případě IIA nebo IIB, ale v ascitu nebo peritoneálním výplachu najdeme maligní buňky (Novotný a Vítek, 2012, s. 320).

Ve III. stadiu vytváří nádor jednoho nebo obou vaječníků mikroskopicky prokazatelné metastázy mimo pánev a/nebo metastázy v regionálních mízních uzlinách. V případě IIIA jsou mikroskopické peritoneální metastázy umístěny mimo pánev a regionální uzliny jsou negativní. Při IIIB se nachází makroskopické peritoneální metastázy mimo pánev 2 cm nebo méně v největším rozměru. Regionální mízní uzliny jsou negativní. Ve stádiu IIIC najdeme peritoneální metastázy mimo pánev, které jsou větší než 2 cm v největším rozměru anebo metastázy v regionálních mízních uzlinách (Novotný a Vítek, 2012, s. 321).

Ve IV. stádiu jsou vytvořeny i vzdálené metastázy s výjimkou peritoneálních metastáz (Novotný a Vítek, 2012, s. 321).

### **3.9 Léčba**

Podle autorů Dienstbiera a Stáhalové (2012, s. 62) jsou ovariální karcinomy ze všech nádorů ženských pohlavních orgánů nejhůře terapeuticky zvládnutelné.

Nejčastěji je léčba nádoru vaječníků zahájena chirurgickou léčbou a poté následuje chemoterapie založená na platině (Roztočil a kol., 2011, s. 351). Obě tyto metody jsou stěžejní v léčbě karcinomu ovaria. Účelem primárního chirurgického zákroku je docílit nulového makroskopického residua nemoci (Chovanec, 2013, s. 1).

Mezi způsoby léčby zhoubného nádoru ovarii patří celková opatření (klid, režim, dieta, příjem tekutin, teplo), podávání léků, chirurgický zákrok, konzervativní terapie, a některé další postupy.

#### **3.9.1 Operační léčba**

Léčba nádoru vaječníků je téměř vždy zahájena operací, s výjimkou IV. klinického stadia. S ohledem na typ a rozsah nádoru vybere lékař spolu s klientkou nejvhodnější způsob

operace. Někdy se rozsah operace stanovuje až během výkonu samotného, a proto je nutno získat souhlas nemocné předem. Za optimální chirurgický výkon se považuje odstranění obou vaječníků a vejcovodů (lat. adnexektomie), dělohy (lat. hysterektomie), červovitého výběžku slepého střeva (lat. appendektomie), pánevních a paraaortálních uzlin (lat. lymfadenektomie) a velké předstěry břišní (lat. omentektomie) (Žemličková a Novotný, 2004, s. 7). Vzhledem k rozsahu nemoci je někdy potřeba provést další výkon, jako je resekce jater, odstranění sleziny či postižené části střeva. Ve výjimečných případech hrozí uzávěr trávicí trubice nádorem a je nutné vytvořit umělý střevní vývod neboli stomii (Mouková, 2013). V přísně selektovaných případech existuje možnost provést fertilitu šetřící operační zákrok, při kterém se ponechá děloha, nebo lze ponechat i jedno ovarium (Novotný a Vítek, 2012, s. 324).

Během operace se může provést cytologické vyšetření ascitu nebo materiálu z výplachu tzv. laváže peritoneální dutiny. Vyšetřuje se také vícečetný bioptický odběr z ponechaných struktur. Zde platí pravidlo, že čím je menší zbytkový nádor, tím mají klientky lepší prognózu onemocnění (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375).

Operace má za úkol potvrzení diagnózy, odstranit maximální možné množství nádoru, což je tzv. debulking. Dalším úkolem je stanovit přesný rozsah onemocnění, jinak zvaný také jako staging, který je velmi významný pro další terapii (Mouková, 2013).

Operační přístup se zajišťuje nejčastěji ve střední abdominální čáře, která umožňuje lepší přehlednost v dutině břišní. U mladých žen s velmi časným stadiem onemocnění lze použít transverzální řez (Pilka a Procházka, 2012, s. 139).

Pokud klientka není schopná operace, měla by se jí aplikovat chemoterapie a po jejím absolvování je odoperována (Pilka a Procházka, 2012, s. 139). V některých případech se stává nádor inoperabilní a nedá se tedy radikálně operovat. Stává se tak v situacích, kdy nádor prorůstá k životně důležitým orgánům a operátor se tedy pokusí odstranit jen tolik nádorové tkáně, kolik je možné bez toho, aby došlo k ohrožení života klientky (Mouková, 2013).

Laparoskopická operace se může provést v počátečním stadiu zhoubného epiteliálního nádoru vaječniku bez viditelných metastáz mimo oblast ovarií. Využití laparoskopie u pokročilejších stadií je limitované u makroskopických metastáz mimo vaječníky, kvůli nezbytnému snížení nádorových buněk. Klientce také hrozí riziko vzniku metastáz v místě vstupu operačního portu (Pilka a Procházka, 2012, s. 139).

Laparoskopie se často využívá při second look inspekci peritoneální dutiny a při chirurgickém určení rozsahu nádoru v časném stadiu, který je náhodně zachycen při operaci z jiné indikace (Pilka a Procházka, 2012, s. 140).

### 3.9.2 Radioterapie

Radioterapie, neboli léčba ozařováním, se v dnešní době při léčbě karcinomu vaječníků nepoužívá (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375). Její rozkvět byl hlavně v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století, jelikož v tomto období nebyla k dispozici uspokojivá účinná cytostatika (Žemličková a Novotný, 2004, s. 6). Výjimkou je dnes zevní radioterapie, která přináší značnou symptomatickou úlevu a lze ji využít v rámci paliativní terapie (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 375). Terapie ozařováním se dá využít i u radiosenzitivních nádorů a při nesnášenlivosti cytostatik (Turková, 2004, s. 83).

### 3.9.3 Chemoterapie

Chemoterapie je druhou základní léčebnou metodou u žen s karcinodem vaječníků. Indikuje se jako adjuvantní terapie po odstranění nádorového ložiska anebo neadjuvantní chemoterapie ke zmenšení pokročilých inoperabilních karcinomů (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 376).

Chemoterapie se většinou nepodává u velmi malé skupiny klientek s karcinodem vaječníku, které jsou radikálně operovány už v počátečním stádiu (Mouková, 2013).

Mezi základní používané cytostatické léky patří platinové deriváty v kombinaci s taxany. Při karcinomech ovarií je velmi účinné podání intraperitoneální chemoterapie, při které se aplikují cytostatika do dutiny břišní (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 376). Během chemoterapie jsou léky podávány většinou nitrožilně, některé lze podat i ve formě tablet. Cytostatika jsou látky, které způsobují zánik buněk, které se rychle ničí a nacházejí se v nádorové tkáni. Stanovení vhodné kombinace léků se provádí podle typu onemocnění a jeho šíření, aktuálního celkového stavu pacientky a dalších faktorů. Sloučeniny platiny (karboplatina, cisplatina) se obecně používají ve dvou až trojkombinaci jako cytostatika spolu s dalšími (paklitaxel, adriamycin, etoposid apod.) Ovariální nádory patří mezi karcinomy, které jsou vysoce citlivé na chemoterapii (Mouková, 2013), a tak původně inoperabilní nádory se mohou zmenšit tak, že je lze odoperovat v rámci second look operace, neboli operace druhého sledu (Turková, 2004, s. 83).

Cytostatika se podávají klientkám v různých režimech, nejčastěji jednodenních. Série chemoterapie se opakuje přibližně ve čtyřech týdenních intervalech, které lze aplikovat ambulantně, nebo za sledování při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Během terapie se po operaci většinou užívá 6 až 8 sérií chemoterapie (Mouková, 2013).

Nevýhodou cytostatik je, že neumí rozlišit rychle se množící nádorové buňky a rychle se dělící buňky zdravé tkáně. Tudíž mezi nežádoucí účinky chemoterapie patří poškození buněk vlasových folikulů, výstelky trávicí trubice a zvláště buňky kostní dřeně. Dalšími

nežádoucími účinky jsou únava, nevolnosti až zvracení, větší náchylnost k infekcím a jiným onemocněním, vypadávání vlasů a podobně. Některé režimy chemoterapie mají specifické nežádoucí účinky. Například při terapii rakoviny vaječnicků se často užívá cisplatina, která při koncentrovaném podání může závažně poškodit ledviny, prevencí je podávání naředěných léků v dostatečném množství tekutin (Mouková, 2013).

Během chemoterapie je důležité sledovat sérové nádorové markery, konkrétně hCG, AFP, LDH, CA125 a inhibin. Jejich hladina může významně korelovat s odpovědí nádoru během chemoterapie (Colombo a kol., 2012, s. 4).

### **3.9.4 Biologická léčba**

V poslední době se využívá chemoterapie v kombinaci s biologickou léčbou (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 62).

Biologické léky blokují především molekuly, které jsou životně důležité pro nádorovou buňku, ale pro zdravou tkáň mají menší význam. Léčba má mnohem méně nežádoucích účinků než chemoterapie (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 37).

### **3.10 Dispenzární péče**

Pravidelný lékařský dohled u pacientek trpících nádorem vaječnicků probíhá formou fyzikálního vyšetření, kontrolního odběru krve na stanovení nádorového markeru CA125 a transvaginálního ultrazvuku. Prohlídky se provádí první 2 roky po ukončení léčby v intervalech 1x za 3 měsíce. Dále pak 3. a 4. rok po ukončení léčby navštěvují klientky lékaře 1x za 4 měsíce a dále pak 1x ročně (Novotný a Vitek, 2012, s. 334).

## 4 Role porodní asistentky v pooperační péči

Tato kapitola je zaměřena na úlohu porodní asistentky v pooperační péči o ženy po operaci zhoubného nádoru vaječníků. Záměrem je přiblížení nejčastějších faktorů, které mohou snížit kvalitu života po operaci a najít jejich optimální řešení.

Gynekologické operace přinášejí ženám často obavy o přežití, tělesné zdraví, o jejich ženství, nebo mají strach z kosmetických defektů a jizev po operaci a podobně. Operace také zasahuje do sexuálního života, do délky rehabilitace a návratu do normálního života a celé řady dalších problémů. Klientky by proto měly být vždy v tomto směru lékařem a porodní asistentkou komplexně poučeny tak, aby jejich mnohdy zbytečné obavy byly rozptýleny (Pilka a Procházka, 2012, s. 149). Autoři Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012, s. 86) uvádějí myšlenku: „*Je důležité si uvědomit, že podstoupení chirurgického výkonu je jednou z nejvíce stresujících situací v životě člověka.*“

Role porodní asistentky je tedy u onkologických klientek na standardním gynekologickém oddělení nesmírně důležitá, protože včasnými a správnými intervencemi se může podílet na zvýšení kvality života žen po operaci (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 85).

### 4.1 Psychologická problematika

Porodní asistentky, které pracují na odděleních perioperační péče, kde se léčí onkologická onemocnění rakoviny vaječníků, se setkávají s klientkami v různých fázích této závažné choroby. Měly by být schopné včas rozeznat změny psychiky u svých klientek a faktory ovlivňující průběh nemoci. Důležitá je i orientace porodních asistentek v jednotlivých fázích psychické odezvy na závažné onemocnění podle definice Elisabeth Kübler-Rossové (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 433), která rozděluje fáze prožívání vážné nemoci do pěti etap. Jedná se o šok, negaci, depresi, oddalování a vyrovnávání se s faktem závažné nemoci bez negativních emocí. Správný přístup zdravotnického personálu k vážně nemocným klientkám by měl být vrcholnou profesionální dovedností (Roztočil a kol., 2011, s. 460).

Léčbu, kterou nemocná žena podstoupí a styk s ostatními onkologickými pacientkami, u ní vyvolává trvalý stres a strach z budoucnosti. Klientky musí být seznámeny s časovým plánem léčby a jejími vedlejšími účinky (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 94).

Tato nemoc navenek klientky obvykle příliš nezmění, neboť vlasy dorostou, váha se upraví, obtíže vymizí, ale duševní trauma bude dlouho přetrvávat. Nemoc a nádorové onemocnění jsou převážně psychosomatické onemocnění. Od začátku choroby je třeba léčit

i psychiku, která je v našich nemocnicích často značně opomíjena, a klientky tak trpí svými obavami, starostmi a utrpením (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 94). Jedním z dalších psychologických problémů po operaci je u klientek ztráta dělohy a vaječníků. Ženy se necítí jako „úplné ženy“, protože tyto vnitřní pohlavní orgány jsou vědomě či nevědomě spojovány s ženstvím a plodností (Angenendt a kol., 2010, s. 148).

Během léčby zhoubného nádoru vaječníků dochází k tomu, že mnoho žen trpí pocitem ztráty tělesné atraktivity a poškození obrazu sebe samé. Je tedy nezbytné s klientkou pracovat na vytvoření nového sebeobrazu a na zvýšení sebevědomí formou různého psychologického cvičení (Angenendt a kol., 2010, s. 163).

Ve špatném stavu je u nás sociálně medicínská pomoc a poradenství o sociálních právech nemocné. Mezioborová spolupráce lékařů, psychologů, duchovních, rehabilitačních pracovníků a dietních sester rovněž vážne. Výrazně tak pomáhají vzniklé humanitární organizace. Z nich má například velké zkušenosti Liga proti rakovině Praha, která pracuje již od roku 1990 a je členem mezinárodních organizací na pomoc onkologicky nemocným Union for International Cancer Control (UICC) a Association of European Cancer Leagues (ECL). Liga proti Rakovině založila i Nádorovou telefonní linku, která poskytuje onkologicky nemocným a členům jejich rodin konzultace a rady. Z poznatků pracovníků této linky vyplývá, že je velmi důležité, aby nemocné i jejich nejbližší měli možnost poradit se s odborníkem v nenadálé těžké životní situaci (Dienstbier a Stáhalová, 2012, s. 94).

## **4.2 Problematika umělé menopauzy**

Při odstranění obou vaječníků dochází u žen, které pravidelně menstruovaly, k náhlé prudké ztrátě hladiny hormonů produkovaných vaječnící a k následné umělé menopauze. Klientky vnímají tuto situaci velmi negativně a nejsou na ni většinou předem dostatečně připraveny (Angenendt a kol., 2010, s. 150).

Často se vyskytují příznaky jako časté pocení, návaly horka, náladovost, psychická labilita a poruchy spánku. Dochází k dočasnému snížení zájmu o sexualitu (Angenendt a kol., 2010, s. 150). Ženy mohou být později ohroženy dalšími závažnými potížemi, jako je řídnutí kostí či onemocnění srdce a cév (Mouková, 2013).

U většiny nádorů vaječníků lze podávat substituční hormonální léčbu, při které jsou klientce chybějící hormony, konkrétně estrogeny, synteticky dodávány (Mouková, 2013). V případě, že je klientka bezprostředně po operaci a nelze u ní syntetické estrogeny podat kvůli zvýšenému riziku trombózy, je možné uvažovat o fytoestrogenech. Tyto látky jsou obsaženy v léčivých rostlinách. Porodní asistentka může klientce doporučit některé přírodní



přípravky, které jí mohou pomoci (Angenendt a kol., 2010, s. 150). Například jsou fytoestrogeny obsaženy v mateří kašičce, v červeném jeteli, v sóje, v pohance či červeném vínu. Z velkého množství doplňků stravy lze jmenovat výrobky Sarapis Soja, nebo Estromenox (Arndt, 2010).

### **4.3 Hormonální terapie**

Pokud žena v důsledku chemoterapie nemá menstruaci, je ve většině případů neplodná. Ale ve velmi výjimečných případech může otěhotnět. Pokud je tedy zapotřebí stoprocentně zamezit těhotenství, je nutné i během chemoterapie používat antikoncepci. Pokud chce klientka otěhotnět, většina lékařů doporučuje s početím počkat dva až tři roky po ukončení chemoterapie. Prvním důvodem je zabránit možnému poškození dítěte vlivem nežádoucích účinků léčby. Druhým důvodem je, že s přibývajícím časovým odstupem se snižuje riziko recidivy nádorového onemocnění (Angenendt a kol., 2010, s. 165).

### **4.4 Urologické potíže**

Poškození nervů řídících uvolňování moče může vzniknout ve velmi vzácných případech při operaci karcinomu ovaria. U žen s tímto poškozením nedochází k úplnému vyprázdnění moči a dochází k její retenci v močovém měchýři. Další problém, který může vzniknout po odstranění dělohy, je poškození vazů močového měchýře a jeho následné sestoupení vlivem změny úhlu močové trubice (Angenendt a kol., 2010, s. 149).

Mnoho žen po gynekologické operaci nebo po ozařování mají potíže s inkontinencí moče, která je často způsobena nemožností zcela kontrolovat svěrač močového měchýře (Angenendt a kol., 2010, s. 168).

V rámci konzervativního přístupu v léčbě urologických potíží můžeme klientce nabídnout možnosti fyzioterapie, farmakoterapie, protetické a absorpční pomůcky, psychoterapii (Rozložil a kol., 2011, s. 305).

Problémy s močovým měchýřem, vzniklé na neurogenním podkladě, je možné řešit elektroterapií. Tato metoda zlepšuje tonus pánevního dna, a tím i schopnost kontroly vyprazdňování močového měchýře. K elektroterapii se využívá přístroj, který se nazývá Transkutánní elektrická neurostimulace (TENS) (Angenendt a kol., 2010, s. 149). Při TENS se umísťují elektrody v suprapubické, perineální nebo sakrální oblasti (Rozložil a kol., 2011, s. 308).

Zvláštní formou TENS je Acupuncture Like TENS (APL-TENS), též elektroakupunktura, která spočívá ve stejném principu jako klasická akupunktura s využitím stimulačních bodů pro močový měchýř a ureter (Roztočil a kol., 2011, s. 309).

Při nekontrolovatelném úniku moči může porodní asistentka ženě doporučit Kegelovy cviky či jiné rehabilitační cvičení k posílení svalstva pánevního dna (Angenendt a kol., 2010, s. 168).

## 4.5 Bolest

Bolest je nepříjemný smyslový a pocitový zážitek, který má za úkol upozornit na skutečné nebo potencionální poškození tkáně (Vodvářka, 2004, s. 137).

Bolest v břišní dutině je jedním z nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění po gynekologické operaci a může mít různé důvody vzniku (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 190). Může být způsobena ještě nezahojenými vnitřními ranami a někdy také srůsty v břišní dutině, které vznikají v důsledku léčebného procesu (Angenendt a kol., 2010, s. 169).

Po operaci trpí klientky pocitem znecitlivění, bolestmi nebo nepříjemnými pocity v operované oblasti a jejím okolí. Během operace byly totiž přerušeny některé nervy, anebo dochází k zesílenému napětí kůže (Angenendt a kol., 2010, s. 157).

Pooperační bolest je velmi důležité včasné diagnostikovat, určit její intenzitu a zahájit co nejdříve její léčbu. K monitoraci bolesti můžeme využít celou řadu metod. Jednou z nejčastěji používaných hodnotících škál je VAS, pomocí kterých klientky popíší bolest na numerické škále (Gebrhelík a Pieran, 2012, s. 24).

K léčbě bolesti můžeme využít rozmanité možnosti, které u klientek bolest sníží a téměř u všech žen dosáhnou i stavu bez bolesti (Angenendt a kol., 2010, s. 169).

## 4.6 Ozařování

Autor Angenendt a kol. (2010, s. 164) uvádějí: „*Ozařování v oblasti pánve může různým způsobem narušit intimní život. Pokud se vaječníky nacházejí v ozařované oblasti, často není možné zabránit jejich trvalému postižení.*“

Vlivem vyšších dávek záření dojde k poškození vaječnicků, takže dočasně, nebo také trvale ztratí schopnost produkovat hormony. Výrazně to pocítí zejména ženy, které ještě pravidelně menstrují, protože vzhledem k nízké hladině hormonů začnou mít klimakterické potíže (Angenendt a kol., 2010, s. 164).

Dalším vedlejším účinkem ozařování je poškození sliznice, která je zarudlá jako po spálení sluncem. Pochva tedy může být ještě několik týdnů po ozařování velmi citlivá na dotek (Angenendt a kol., 2010, s. 164).

## 4.7 Chemoterapie

Chemoterapie způsobuje celou řadu nežádoucích vedlejších účinků, kterým lze předcházet, nebo je alespoň zmírnit různými preventivními opatřeními. Míra vedlejších účinků je závislá na typu a dávkování léků. Klientky reagují na cytostatika velmi rozdílným způsobem, a tudíž jsou nežádoucí vedlejší účinky velmi výrazné, nebo pouze mírné (Angenendt a kol., 2010, s. 161).

Jedním z velmi častých nežádoucích účinků chemoterapie je vypadávání vlasů až jejich úplná ztráta, kterou ženy nesou velmi těžce. Vlasy jsou totiž v mnoha kulturách vědomě či nevědomě považovány za sexuální symbol a znak ženství (Angenendt a kol., 2010, s. 161).

Porodní asistentka by měla na začátku chemoterapie klientce poradit, aby si nechala vlasy ostříhat nakrátko, protože vypadávání vlasů nebude tak znatelně vidět jako u dlouhých vlasů. Klientkám bychom měli v ordinaci poskytnout informace o prověřených parukářství, které vyrábí kvalitní a cenově dostupné paruky, které vypadají přirozeně. Zároveň by zaměstnanci námi doporučených salonů s parukami měli zvládnout s klientkami dobře komunikovat a zbavit je ostychu. Ženám s nádorem ovarií se také doporučuje, aby si opatřily paruku dříve, než jim vypadají všechny vlasy. Některé zdravotní pojišťovny hradí, nebo částečně přispívají určitou částkou na paruky, nebo na jiné kompenzační pomůcky (Angenendt a kol., 2010, s. 161-162). Po skončení chemoterapie vlasy ženám znovu narostou a často v mnohem lepší kvalitě, než byly vlasy původní (Vorlíček, 2013, s. 19).

Chemoterapie způsobuje i oslabení imunity a je tedy nutné předcházet infekcím. Klientky by měly dbát na dostatečnou hygienu, také by se měly vyvarovat možnému setkání s lidmi, kteří mají přenosné onemocnění, například chřipku. Klientky by se měly vyhýbat syrovému ovoci, zelenině a plísňovým sýrům v rámci prevence proti bakteriím a plísním. Důležitá je i prevence proti poranění (Vorlíček, 2013, s. 16-17).

Některé kliniky, zdravotní střediska či organizace podporující ženy s rakovinou nabízejí kurzy líčení a péče o tělo nebo organizují módní přehlídky. Na těchto akcích se mohou klientky naučit zacházet se změněnou kůží po ozařování, vlasy, nebo se mohou naučit, jak vázat šátky zakrývající hlavu. Některé klientky jsou nadšené, jiné projevují menší zájem o tyto služby (Angenendt a kol., 2010, s. 162).

Porodní asistentky by měly ženám umět poradit s některými nežádoucími komplikacemi, které chemoterapie způsobuje. Nevolnost, moučnivku, záněty sliznice ústní, pálení žáhy nebo zácpu mohou ženy řešit pomocí homeopatie, nebo jiných přírodních metod. Při pálení žáhy se doporučuje vždy po jídle požit 5 ml bramborové šťávy, která působí lépe než mléko a umí výborně neutralizovat žaludeční kyseliny. Při zácpě je dobré pravidelně každé ráno spolknout 1 až 4 čajové lžičky semene jitrocele indického a zapít ho dostatečným množstvím vody. Má tu výhodu, že vytváří měkký hlen, který šetrně přispívá k pravidelnému vyprazdňování stolice (Angenendt a kol., 2010, s. 164). Další radou vedoucí k prevenci proti zácpě je pravidelný přísun tekutin, konzumace potravin s vysokým obsahem vlákniny, a pokud to zdravotní stav pacienta dovolí i dostatečný pohyb (Vorlíček, 2013, s. 21).

#### **4.8 Umělý močový vývod**

Pokud dojde k operativnímu odstranění močového měchýře, při velkém rozsahu nádoru ovaria, je nutné vytvořit nový způsob vyvedení moči z těla ven skrz břišní stěnu. Zkonstruovaný močový vývod se nazývá urostomie, tu můžeme rozdělit na suchou a vlhkou. Suché urostomie je nutné vyprazdňovat po třech hodinách a jsou často vytvořeny z kliček tenkého střeva a jsou uloženy v břišní dutině. Vlhké urostomie jsou umístěny na povrchu těla (Angenendt a kol., 2010, s. 152).

Autorky Mikšová, Froňková, Zajíčková (2006, s. 119) vysvětlují problematiku stomie takto: „*Stomie znamená hluboký zásah do osobnosti člověka i do jeho života. Často vede ke snížení kvality života, komplexu méněcennosti a depresi.*“

Výraznou oporou se proto pro ženu se stomií stává erudovaný zdravotnický personál a zejména stomaterapeutka (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006, s. 119). Důležité je edukovat klientku o plánované stomii už před operací (Zachová, 2010, s. 66). Stomaterapeutka navrhne pro každou klientku vhodné stomické pomůcky, poradí ženě, jak si má poradit v některých zátěžových situacích (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006, s. 119). Dále jí poskytne edukační materiály, umožní ženě prohlídku pomůcek a předvede klientce názorný postup ošetření stomie na výukovém modelu (Zachová, 2010, s. 8).

#### **4.9 Umělý střevní vývod**

V některých případech při pokročilém karcinomu ovarii může dojít k tomu, že je nutné vytvořit umělý střevní vývod. Manipulace s ním je v podstatě podobná jako u urostomie. Ale představa sexuality ve spojitosti s umělým střevním vývodem a ztráta kontroly nad vlastní

stolicí představuje pro každého člověka nepředstavitelně obtížnou situaci. Protože už od dětství jsme byli učeni a trénováni, abychom stolici vědomě zadržovali a ve správný okamžik ji vyloučili. A tedy přítomnost střevní stomie může trvale poškodit vnímání vlastní hodnoty sebe sama a je nutné, aby se žena s touto situací naučila žít. Často bývá první reakcí odpor, odmítnutí a potlačení. Je tedy velmi důležité, aby zdravotnický personál prolomil tabu, a to nejenom s klientkou, ale i s jejím partnerem a hovořil s nimi o tomto tématu, pocitech a úzkosti (Angenendt a kol., 2010, s. 171-172). Střevní stomie může výrazně ovlivnit intimní život klientky (Angenendt a kol., 2010, s. 162).

Stomická sestra by měla poučit klientky o vhodné stravě a negativním účinku některých potravin (Zachová, 2010, s. 179).

#### **4.10 Péče o operační ránu a jizvy**

V pooperačním období patří mezi základní úlohy porodní asistentky nebo všeobecné sestry na standardním gynekologickém oddělení prevence a případné ošetřování pooperačních komplikací. Onkologické klientky mají vzhledem k oslabení imunity pomalejší hojení operačních ran a také jsou častěji postiženy infekčními komplikacemi. Porodní asistentka nebo všeobecná sestra pravidelně kontrolují tělesnou teplotu, hodnotí sekreci z operační rány a drénů, monitorují pooperační bolest, pohyblivost klientek, změny prokrvení nebo otoky končetin. Ve spolupráci s ošetřujícím lékařem adekvátně reagují na možné změny zdravotního stavu klientky (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 87).

Po operaci a během ozařování je důležité provádět správné ošetření jizev. Velmi účinná je masáž jizev, která zajistí jejich elasticitu. Vhodné je používání třezalkového oleje nebo speciálních olejů k tomu určených. Vhodné masážní techniky poradí ženě porodní asistentka nebo fyzioterapeut (Angenendt a kol., 2010, s. 151).

#### **4.11 Sexuální život po operaci**

Při operaci karcinomu vaječnicků se většinou odstraňuje i děloha, vyjmutí těchto orgánů nemá na pohlavní styk žádný vliv (Koutná, 2012). Asi dvě třetiny žen prožívají orgasmus ve shodné síle jako před operací. Oproti tomu přibližně u třetiny žen, které cítí během orgasmu děložní stahy, dochází ke snížení intenzity sexuálního prožitku (Angenendt, 2010, s. 148).

Ženám se nedoporučuje začít s pohlavním stykem dříve než šest týdnů po operaci, kvůli zhojení poševního pahýlu (Koutná, 2012). Sexuální problémy mohou být způsobeny

u klientek zjizvením poševního pahýlu po odoperované děloze. Stehy, kterými operatér sešil zakončení pochvy, tedy přední a zadní klenbu poševní, mohou u některých žen způsobovat bolesti a pocity napětí. Pomoci v tomto případě může neurální terapie, při které se aplikuje 1 % prokain s Traumeelem (komplexní homeopatický přípravek) pod jizvy vaginálního pahýlu a pod plexus uterovaginalis. Vstřikování probíhá 3 až 5 krát, vždy s odstupem asi jednoho týdnu. Tato metoda, bohužel není v České republice příliš rozšířená, používá se například v Německu (Angenendt a kol., 2010, s. 148). Prokain je využíván jako lokální anestetikum a má i protizánětlivý účinek. Do řady výhod patří i jeho schopnost revitalizace a regenerace v oblasti jizev (Beck, 2013).

Některé ženy po hysterektomii mohou mít během pohlavního styku pocit, že jejich pochva není dostatečně hluboká. Porodní asistentka by měla ženě, která se na ní obrátí právě s tímto problémem, doporučit vhodné intimní polohy (Angenendt a kol., 2010, s. 149).

Klientky po onkologické léčbě mají často obavy, zda bude jejich sexuální život stejný jako před onemocněním. Mají obavy z bolesti během pohlavního styku, nebo zda budou moci dosáhnout orgasmu a mají strach, aby partnera nezklamaly a nedošlo k narušení partnerského soužití. Porodní asistentka může klientce doporučit, aby nejprve ona sama bez partnera vyzkoušela svojí momentální sexuální citlivost po operaci. Zjistí tím, která místa na těle reagují na něžný dotek a jakým způsobem dosáhne hlubšího prožitku. Poté může vést svého partnera, kterému tím usnadní možný ostych, kdy může mít obavy, aby partnerce neublížil, a tak spolu najdou znovu cestu k uspokojivému sexuálnímu soužití. Důležité je vytvořit příjemnou atmosféru s tlumeným světlem, vymezit si dostatek času na předeheru a zvolit vhodnou polohu (Angenendt a kol., 2010, s. 167).

#### **4.12 Ovlivnění fertility**

Ve většině případů vyžaduje karcinom ovaria operační léčbu, při které se odstraní vaječníky a tím dojde ke ztrátě genetického reprodukčního materiálu. Dnešní rozvoj medicíny umožňuje nádorem postižený vaječník stimulovat. Stimulační program trvá obvykle 14 dnů a operační řešení zjištěného nádoru je odloženo o měsíc. Pokud dojde k hyperstimulačnímu syndromu, lze operaci na krátkou dobu odložit (Svoboda, 2009, s. 72).

V případě, že je ovariální karcinom lokalizován pouze na vaječníku, lze ženě ponechat dělohu pro možnost umělého oplodnění (z anglického in Vitro Fertilization, IVF) odebraných oocytů. Klientky po operaci dochází na pravidelné kontroly, a pokud jsou onkologicky negativní, je možné začít ženy hormonálně substituovat. Do substitučně připraveného endometria se poté zavede vlastní embryo klientky (Svoboda, 2009, s. 72).

Pokud se ženě musí během operačního výkonu odebrat i děloha, jedna z možností, jak vyřešit neplodnost, je situace, kdy dítě donosí a porodí náhradní matka. Tomuto termínu se říká odborně surogátní mateřství a to v České republice není legislativou upraveno (Konopasková, 2014).

V České republice se touto cestou již několik dětí narodilo. Existuje i několik center, například IVF centrum ve Zlíně, kde s náhradním mateřstvím ženám pomáhají. Postup je stejný jako při metodě IVF, liší se jen v tom, že oplodněné vajíčko se zavede do těla náhradní matky. Avšak náhradní mateřství si sebou nese i řadu problémů, které je třeba řešit (Konopasková, 2014).

Ve většině evropských zemí je náhradní rodičovství zákonem přísně zakázáno, jedná se o Německo, Rakousko, Norsko. Legální náhradní mateřství existuje třeba v Dánsku, Velké Británii, Austrálii, ale podmínkou je, že náhradní matka nedostane žádnou finanční odměnu. Naopak v USA, Rusku nebo na Ukrajině je tento postup nejen dovolen, ale náhradní matka může být i peněžně odměněna (Konopasková, 2014).

Mezi známé osobnosti, které zvolily náhradní matku, patří například Sarah Jessica Parker, Nicole Kidman, tuto možnost využil i Elton John se svým partnerem (Konopasková, 2014).

Náhradní mateřství může být pro někoho velmi kontroverzní téma, ale pro jiné je to poslední šance, jak mít své vlastní dítě (Konopasková, 2014).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Praktická část je zaměřena na jednotlivé fáze výzkumu. Popisuje stanovené výzkumné otázky, metodiku práce a statistické vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření. Získané výsledky jsou ve výzkumné části interpretovány a doplněny tabulkami a grafy.

### 5 Výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem karcinom ovarií ovlivňuje kvalitu života žen po operaci a zjistit, jak vnímají kvalitu života samy ženy po operaci nádoru vaječníků.

Na základě těchto cílů a odborných poznatků z literatury byly stanoveny výzkumné otázky a následně i hypotézy.

#### **Výzkumná otázka č. 1:**

V jaké míře omezovaly zdravotní a emocionální potíže pacientky ve společenském životě?

#### **Pracovní hypotéza č. 1:**

Při běžných činnostech po operaci jsou více ovlivněny fyzické složky než psychické složky.

#### **Výzkumná otázka č. 2:**

Jaké činnosti nejvíce omezují pacientky po operaci?

#### **Pracovní hypotéza č. 2:**

V průběhu obyčejného dne je pro ženy po operaci méně náročné vyjít několik pater po schodech než provedení náročné činnosti.

#### **Výzkumná otázka č. 3:**

Jak ovlivňuje bolest po operaci kvalitu života žen?

#### **Pracovní hypotéza č. 3:**

Ženy po operaci s žádnou až mírnou bolestí jsou v pracovních činnostech omezeny méně než ženy se střední až velmi silnou bolestí.



## 6 Metodika výzkumu

Výzkumná část probíhala ve formě kvantitativního výzkumu. Jeho cílem je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými a změřit také míru této závislosti (Kutnohorská, 2009, s. 21).

Použitou metodou pro získání dat kvantitativního výzkumu je dotazník. Jedná se v podstatě o standardizovaný soubor otázek, které jsou napřed nachystány na zvláštním tiskopise. Dotazník je jednou z nejrozšířenějších a nejoblíbenějších technik používaných k výzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Výzkum je realizován prostřednictvím standardizovaného dotazníku SF - 36, který přeložil do českého jazyka prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Ke standardizovanému dotazníku jsme přidali dvě doplňující otevřené otázky, kterými jsme kvantitativní výzkum obohatili. Celý dotazník je uveden v příloze A.

Výše uvedený dotazník SF-36 obsahuje 36 otázek a je zkrácenou verzí původní metody se 148 položkami. Bylo vytvořeno několik modifikovaných verzí, například SF-36v2, SF-12 a SF-8. Zkrácená verze SF-12 s oficiálním názvem SF-36 obsahuje 12 otázek a 24 podotázek a je použita i pro sběr našeho dotazníkového šetření (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 31).

SF-36 je nejčastěji používaný při výzkumu na zdravé i nemocné populaci a při komparativních výzkumech u různých diagnóz. Velkou výhodou dotazníku SF-36 je důkladně prověřená reliabilita a validita (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 31).

Při vyhodnocování dotazníku SF-36 jsme postupovali podle doporučeného návodu k vyhodnocení (Rand Health, 2009). Jednotlivé výsledky položek dotazníku jsou graficky znázorněny a okomentovány v interpretaci výzkumu.

## **6.1 Struktura dotazníku**

Dotazník je rozdělen do tří částí, které jsou dále rozděleny na úvod, dotazník SF-36 a poslední část obsahuje doplňující otázky.

### **6.1.1 Úvod dotazníku**

Úvod dotazníku obsahuje krátké osobní představení a vysvětlení, za jakým účelem se formulář vyplňuje. Také informace o potvrzení anonymity, předpokládanou dobu vyplnění a též nechybí poděkování za ochotu a čas.

Zajištění anonymity při dotazníkovém šetření je velmi důležité, protože získané odpovědi jsou poté upřímnější a spolehlivější (Kutnohorská, 2009, s. 42).

### **6.1.2 Dotazník SF-36**

První část dotazníku SF-36 obsahuje dotazy, které se týkají základních identifikačních údajů. Respondentky vyplší odpověď na dotaz, který se týká věku, nejvyššího ukončeného vzdělání, výšky a hmotnosti. Nechybí ani dotaz, zda respondentky kouří, nebo zda jsou nekuřačky. Respondentky tu mají i prostor pro vypsání další nemoci, se kterou se případně léčí.

Ve druhé části SF-36 odpovídají respondentky zakroužkováním číslice u příslušné nejuvýšitelnější odpovědi. Otázky se týkají osmi dimenzí: fyzické fungování (z anglického Physical Functioning, PF), omezení rolí z důvodů fyzických obtíží (z anglického Role-Physical, RP), tělesná bolest (z anglického Bodily Pain, BP), celkové zdraví (z anglického General Health, GH), vitalita (z anglického Vitality, VT), sociální fungování (z anglického Social Functioning, SF), omezení rolí z důvodů emočních potíží (z anglického Role-Emotional, RE) a duševní zdraví (z anglického Mental Health, MH) (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 31).

Jednotlivé dimenze jsou obsaženy v 11 otázkách pomocí Likertovy škály, ve které respondentky vyjadřují svůj stupeň souhlasu či nesouhlasu s různými výroky. Otázky v dotazníku SF-36 mají stanovený svůj skórovací systém tzv. TS skóre, které se hodnotí v intervalu od 0 až 100 bodů viz Tabulka 1 (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

**Tabulka 1 TS skóre**

<b>Číslo otázky</b>	<b>Původní odpověď'</b>	<b>Překódované hodnoty</b>
<b>1, 2, 6, 8, 11b, 11d</b>	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
<b>3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j</b>	1	0
	2	50
	3	100
<b>4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c</b>	1	0
	2	100
<b>7, 9a, 9d, 9e, 9h</b>	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
<b>9b, 9c, 9f, 9g, 9i</b>	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
<b>10, 11a, 11c</b>	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

(modifikováno z Rand Health, 2009)

Získané převedené hodnoty se poté aritmeticky zprůměrují podle toho, do jaké dimenze patří, viz Tabulka 2 (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

**Tabulka 2 Dimenze kvality života**

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

(modifikováno z Rand Health, 2009)

Dimenze kvality života jsou následně shrnuty do 2 kategorií, které se nazývají **celkové fyzické zdraví** (z anglického Physical Component Summary, PCS) a **celkové psychické zdraví** (z anglického Mental Component Summary, MCS) (Slováček a Slováčková, 2012, s. 15).

Jednotlivé kategorie se vypočítají aritmetickým průměrem 5 dimenzí (viz Tabulka 3). Součtem kategorií PCS a MCS vypočítáme index kvality života. Čím vyšší je skóre, tím vyšší je hodnota kvality života (Rand Health, 2009).

**Tabulka 3 Kategorie PCS a MCS**

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

(modifikováno z Rand Health, 2009)

### **6.1.3 Doplnující otázky dotazníku**

Dotazník je obohacen o dvě doplňující otázky. Jedná se o otevřené otázky a je tedy na respondentovi, jak na ně odpoví. Důležité je jejich následovné a pečlivé zpracování i dostatečná kategorizace, kvůli možné rozmanitosti odpovědí (Kutnohorská, 2009, str. 45-47 s.).

První otázka má za úkol zjistit, co nejvíce ovlivnilo kvalitu života v průběhu zhoubné nemoci vaječníků. Druhý dotaz má za cíl popsat, jak nemoc a léčba zasahují do osobního života respondentů.

## **6.2 Sběr dat**

Kvantitativní výzkum probíhal od 13. 1. 2014 do 31. 3. 2014. Sběr dat proběhl za souhlasu tří nejmenovaných zdravotnických zařízení v Praze po předchozím podání žádosti o provedení výzkumu. Celkem byla žádost podána do čtyř zdravotnických zařízení, ale jedna žádost nebyla gynekologicko-porodnickou klinikou kladně vyřízena. Podle vyjádření místní hlavní sestry je nevhodné a neetické předkládání dotazníku onkologicky nemocným pacientkám.

Do zdravotnických zařízení bylo rozdáno 55 (100 %) dotazníků. Celková návratnost byla 39 (70,9 %) dotazníků. Akceptovatelná návratnost dotazníků u takto velké zkoumané skupiny je nejméně 66 %, ale doporučená hodnota je 75 % a více (Kohoutek, 2010).

Po důkladné kontrole muselo být 5 dotazníků (9,1 %) vyřazeno pro nekompletní vyplnění odpovědí. Do finálního hodnocení bylo tedy zařazeno 34 (61,8 %) dotazníků.

Dotazníky byly rozdávány v gynekologických ambulancích, kde je přímo respondentky písemně vyplňovaly. Na rozdání dotazníků se podílely všeobecné sestry, porodní asistentky, lékařky a samotná autorka práce.

## **6.3 Výzkumný vzorek a metodika výběru vzorku**

Výběr vzorku byl proveden záměrným výběrem. Mezi stanovená kritéria patří diagnóza karcinomu ovarií, operační léčba a doba od operace nesmí být delší než tři měsíce. Potřebné informace o diagnóze klientek a metodě léčby, dle možnosti zařazení, či vyřazení z výzkumného souboru, byly zjištěny z jejich dokumentace.

Ve výzkumném šetření vycházíme u klientek ze 100 % zdraví, proto neporovnáváme vztah před a po operaci.

Konečný výzkumný soubor tvoří celkem 34 respondentek s diagnostikovaným karcinomem ovarií, které odpovídaly na dotazník v období do tří měsíců po operaci a byly ochotny zúčastnit se výzkumu. Všechny oslovené ženy byly ve věkovém rozmezí od 33 let do 84 let. Průměrný věk respondentek je 61 let.

#### **6.4 Analýza dat**

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovávány pomocí programu Microsoft Office Excel 2007, Microsoft Office Word 2007 a Statistika 12 CZ. K ověření předem stanovených testovaných hypotéz byly použity základní statistické metody a testy pro neparametrické rozložení dat. Konkrétně se jednalo o Wilcoxonův párový test a Mann-Whitneyův test.

## 7 Interpretace výsledků výzkumu

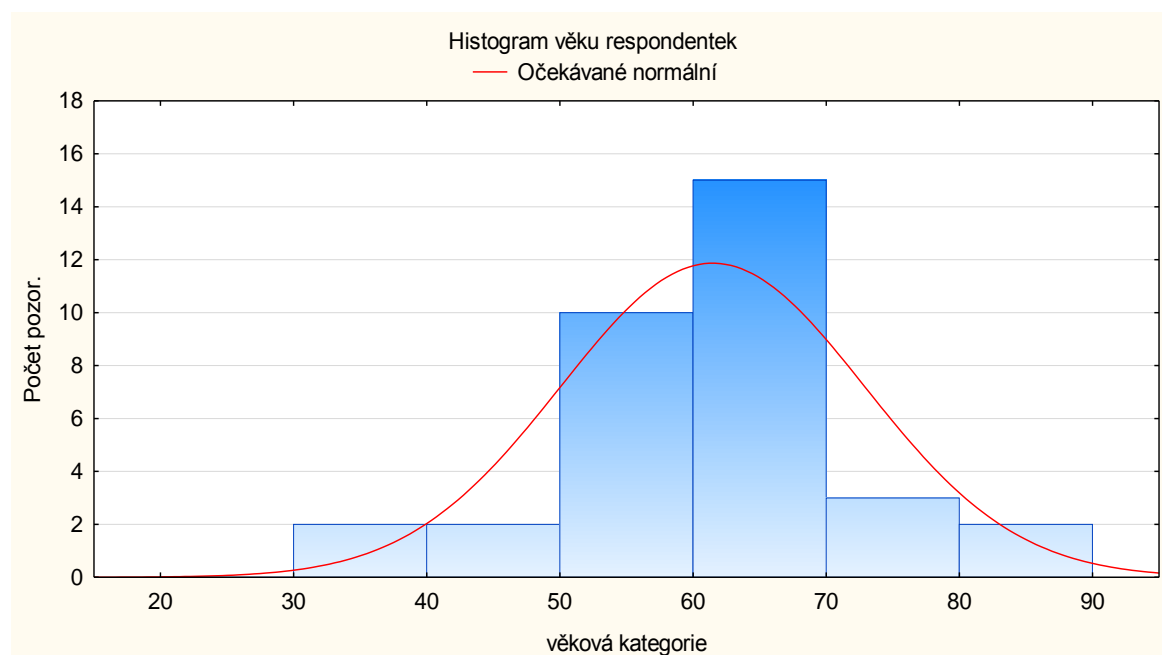
V této části diplomové práce jsou vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku, s výjimkou některých nepublikovaných položek, které jsou graficky zpracovány a uvedeny v příloze diplomové práce. Najdeme zde například údaje o výšce (viz Příloha B) a hmotnosti respondentek (viz Příloha C). V příloze D je také zpracována otázka č. 2, která nepatří do žádné dimenze kvality života. Tato položka popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem.

### 7.1 Vyhodnocení první části dotazníku SF-36

#### 7.1.1 Věk respondentek

Věková hranice respondentek se pohybuje v rozmezí 33-84 let. Průměrný věk respondentek je 61,5 let.

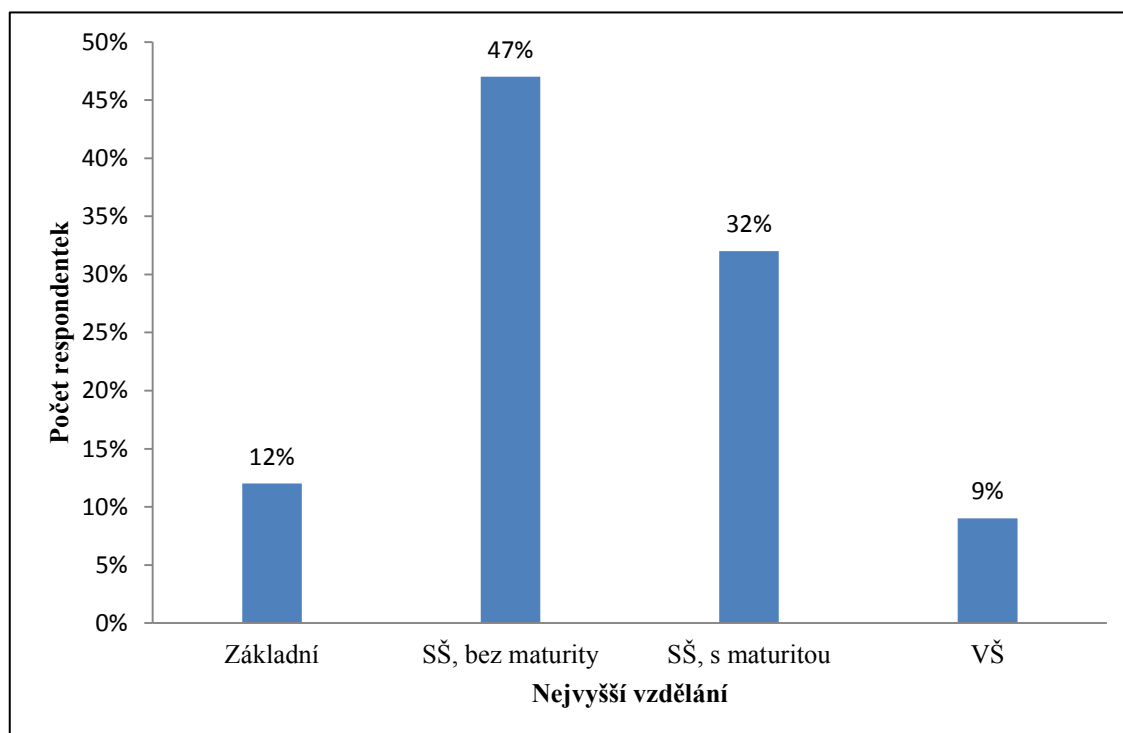
Z histogramu (viz Obrázek 1) je vidět, že nejvíce dotazovaných žen spadá do věkové kategorie 61-70 let, která je zastoupena 15 (44 %) ženami. V kategorii 51-60 let najdeme 10 (29 %) respondentek. Ve věkové skupině 71-80 let jsou 3 (9 %) respondentky. Nejméně žen najdeme ve věkových kategoriích 31-40 let, 41-50 let a 81-90 let. Každá tato kategorie je tvořena 2 (6 %) respondentkami.



Obrázek 1 Histogram věku respondentek po operaci karcinomu ovarii

### 7.1.2 Vzdělání respondentek

Dosažené vzdělání respondentek je rozděleno do čtyř kategorií (viz Obrázek 1). Do kategorie základní vzdělání patří 4 (12 %) ženy. Střední vzdělání (SŠ) bez maturity neboli vyučení, bylo nejpočetněji zastoupeno v této otázce a odpovědělo na ni touto možností 16 (47 %) respondentek. V kategorii střední vzdělání s maturitou odpovědělo 11 (32 %) žen. Kategorie vysokoškolské vzdělání (VŠ) byla zastoupena pouze u skupiny 3 (9 %) respondentek.

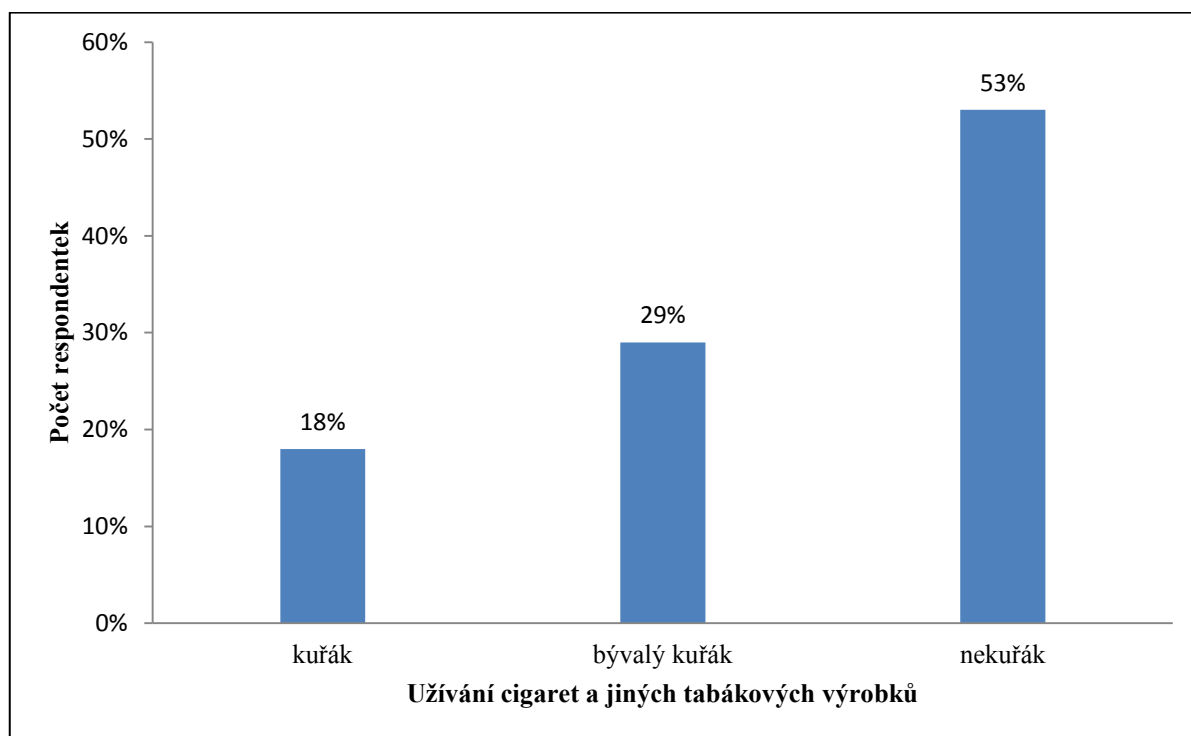


Obrázek 2 Vzdělání respondentek



### 7.1.3 Kouření

Tato otázka má za úkol zjistit, kolik z dotazovaných respondentek kouří cigarety, nebo jiné tabákové výrobky (viz Obrázek 3). Z celkové dotazované skupiny odpovědělo 6 (18 %) žen, že kouří cigarety. Odpověď „nekuřák“ označilo 18 (53 %) dotazovaných klientek a zbylých 10 (29 %) respondentek vyznačilo možnost „bývalý kuřák“.



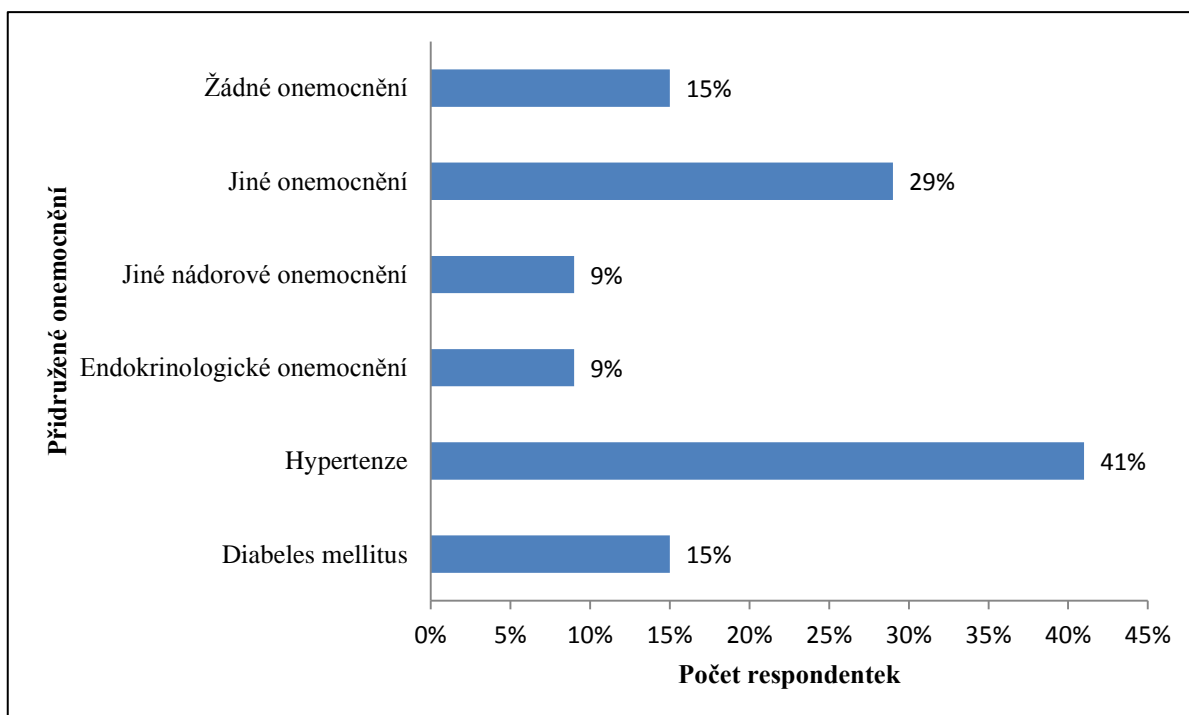
Obrázek 3 Poměr kuřáků/nekuřáků

#### 7.1.4 Přidružená onemocnění

Tato otázka je formulována jako volná a respondentky mohou uvádět více odpovědí. Nejvíce zastoupenou přidruženou chorobou je vysoký krevní tlak, který uvedlo 14 (41 %) respondentek (viz Obrázek 4).

Mezi další uvedené nemoci patří diabetes mellitus, kterým trpí 5 (15 %) respondentek. Dále 3 (9 %) respondentky trpí nějakým endokrinním onemocněním, např. onemocněním štítné žlázy. Jiné 3 (9 %) ženy uvedly v této otázce jiné nádorové onemocnění, ve dvou případech byl zmíněn nádor prsu, který souvisí se zhoubným nádorem ovarií.

Do kategorie „jiné onemocnění“ bylo zařazeno 10 (29 %) odpovědí. Respondentky do této kategorie uvedly nemoci: epilepsie, endometrióza, nedomykavost chlopní, bradykardie, anemie, poruchy srážení krve, osteoporóza, glaukom a zvýšená hladina tuků v krvi.



Obrázek 4 Přidružené onemocnění

## 7.2 Vyhodnocení druhé části - Dotazníku SF-36

Vyhodnocení dotazníku SF-36 je rozděleno podle jednotlivých dimenzí, které už byly výše zmíněny v metodice práce.

### 7.2.1 Dimenze fyzické fungování (PF)

**Otázka č. 3: Další dotazy se týkají činností, které asi vykonáváte v průběhu obyčejného dne. Komplikuje nebo ztěžuje Vám zdravotní stav vykonávání těchto činností? Jestliže ano, jak moc?**

Hodnotu dimenze fyzické fungování zjišťujeme pomocí otázky č. 3, která se dále dělí na 10 podotázek (viz Tabulka 4). Jednotlivé podotázky jsou označeny písmeny a-j. Cílem otázek je zjistit, jak zdravotní stav ovlivňuje činnosti, které se vykonávají v průběhu dne.

Respondentky mají u této otázky na výběr jednu ze tří možností, které jsou: ANO silně omezuje, ANO mírně omezuje, NE vůbec neomezuje.

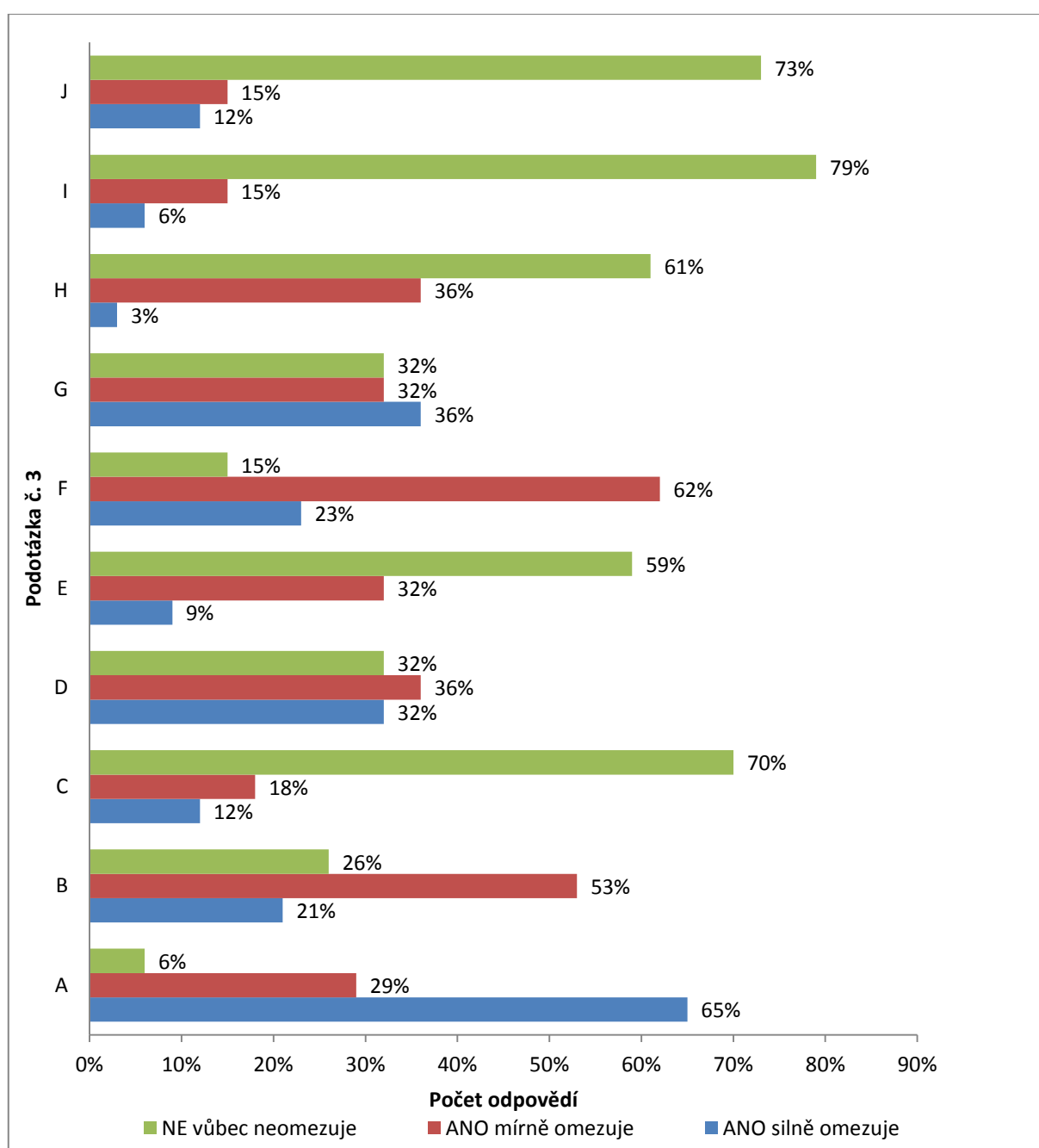
Tabulka 4 Podotázky otázky č. 3

<b>Podotázka č. 3a</b>	náročné činnosti, jako jsou běh, zvedání těžkých břemen, aktivní sportování
<b>Podotázka č. 3b</b>	středně náročné činnosti, jako jsou přenesení stolu, vysávání, lehké sporty
<b>Podotázka č. 3c</b>	dojít pěšky (nebo dojet) na nákup
<b>Podotázka č. 3d</b>	vyjít několik pater po schodech
<b>Podotázka č. 3e</b>	vyjít jedno patro po schodech
<b>Podotázka č. 3f</b>	ohnout se, kleknout si, zvednout se ze země
<b>Podotázka č. 3g</b>	chůze delší než 1 kilometr
<b>Podotázka č. 3h</b>	chůze asi půl kilometru
<b>Podotázka č. 3i</b>	chůze asi 100 metrů
<b>Podotázka č. 3j</b>	sama se umýt a obléknout

V níže uvedeném grafu (viz Obrázek 5) vidíme, že zdravotní stav nejvíce ovlivňuje náročnou činnost, jako je běh nebo zvedání těžkých předmětů. Tuto odpověď uvedlo 22 (65 %) respondentek. Druhou nejčastější činností, která omezuje respondentky po operaci je chůze delší než 1 km.

Mezi mírně omezené činnosti patří ohnout se, kleknout si, zvednout se ze země a středně náročné činnosti jako je třeba vysávání.

Naopak mezi nejméně ovlivněné činnosti patří chůze asi 100 metrů, sama se umýt a obléknout a dojít si pěšky (nebo dojet) na nákup.



Obrázek 5 Ovlivnění běžných činností zdravotním stavem

### 7.2.2 Dimenze omezení rolí z důvodů fyzických obtíží (RP)

**Otázka č. 4: Měla jste během posledních 4 týdnů, některé z níže uvedených problémů (v práci nebo v jiných každodenních činnostech), které byly způsobeny Vaším tělesným stavem zdraví?**

Dimenzi RP získáme pomocí otázky č. 4, která se dále rozděluje na čtyři podotázky. Jednotlivé podotázky se označují písmeny a-d a jejich přehled je uveden v Tabulce 5. Respondentky mají na výběr ze dvou odpovědí, které jsou buď ANO nebo NE.

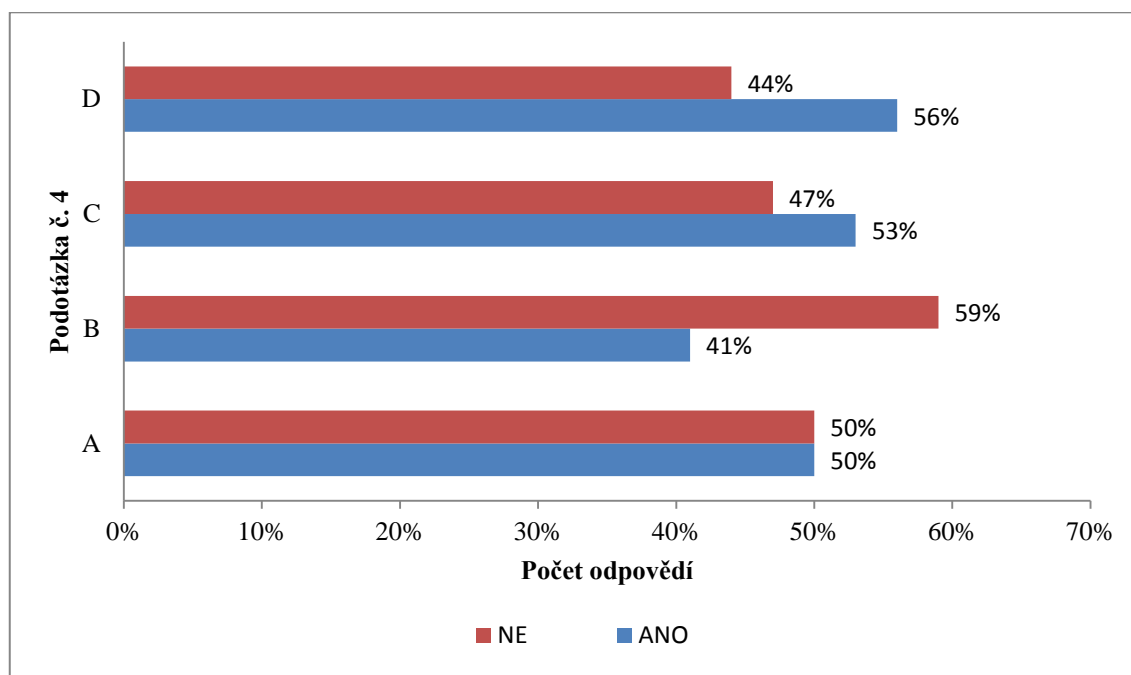
Otázky mají za úkol zjistit, jak tělesný stav zdraví ovlivňuje pracovní či každodenní činnosti během posledních 4 týdnů.

**Tabulka 5 Podotázky otázky č. 4**

<b>Podotázka č. 4a</b>	musela jste zkrátit dobu věnovanou práci, nebo jiným činnostem
<b>Podotázka č. 4b</b>	dělala jste méně, než jste zamýšlela
<b>Podotázka č. 4c</b>	mohla jste udělat jen určité věci a podotázka
<b>Podotázka č. 4d</b>	měla jste potíže se samotným provedením činností (např. musela jste vynaložit mimořádné úsilí)

Tělesný stav zdraví způsobil u 19 (56 %) respondentek potíže s provedením některých činností. Dále polovina respondentek musela zkrátit dobu věnovanou práci či jiným činnostem.

Naopak tělesné zdraví nejméně ovlivnilo 20 (59 %) respondentek v tom, že toho neudělaly méně, než zamýšlely (viz Obrázek 6).



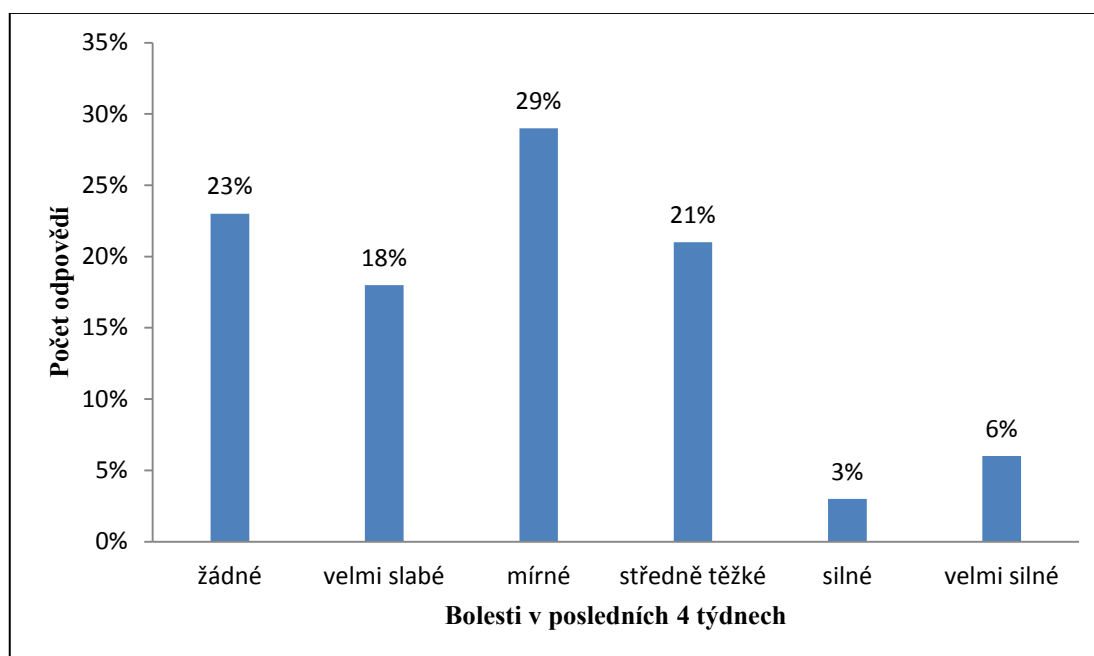
Obrázek 6 Problémy způsobené tělesným stavem zdraví

### 7.2.3 Dimenze tělesná bolest (BP)

Do dimenze BP patří otázky č. 7 a č. 8. Obě dvě jsou zaměřeny na vnímání tělesné bolesti v posledních 4 týdnech. V otázce č. 7 mají respondentky na výběr z 6 odpovědí: žádné, velmi slabé, mírné, středně těžké, silné, velmi silné. Na otázku č. 8 lze odpovědět 5 možnostmi: vůbec ne, málo, středně, hodně, mimořádně.

#### Otázka č. 7: Jaké tělesné bolesti jste měla během posledních 4 týdnů?

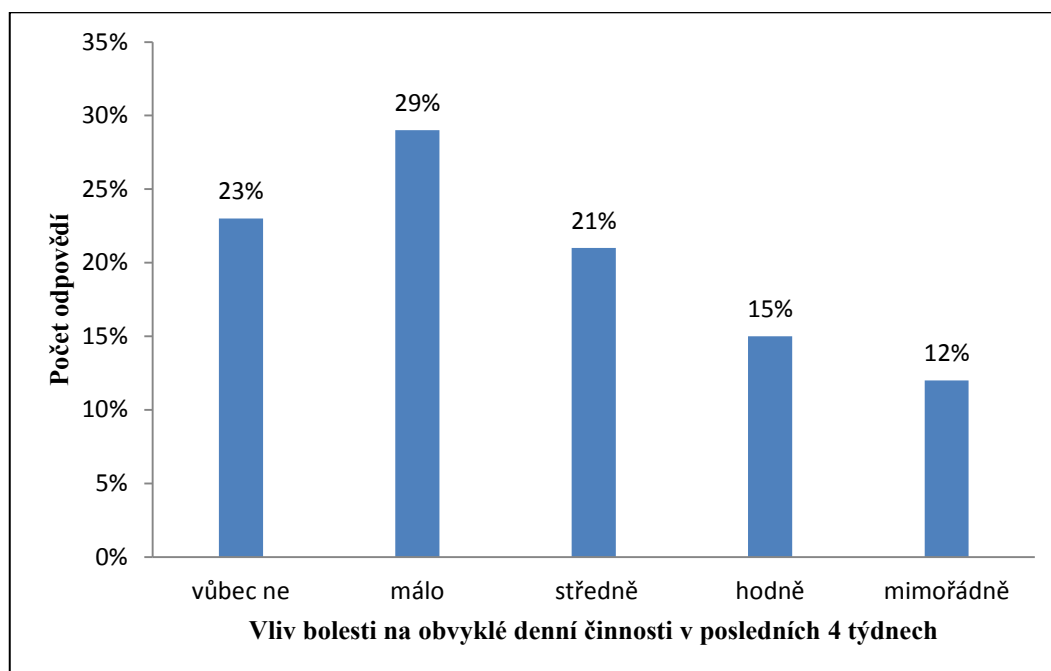
Nejčastější odpovědí byla mírná tělesná bolest, kterou označilo 10 (29 %) respondentek. Středně těžkou bolestí trpí 7 (21 %) dotazovaných žen. Naopak velmi slabou bolest označilo 6 (18 %) respondentek a žádnou bolestí netrpí 8 (23 %) respondentek (viz Obrázek 7).



Obrázek 7 Tělesná bolest

**Otázka č. 8: Jak hodně ovlivňovala v posledních 4 týdnech bolest Vaši obvyklou činnost (ať už doma nebo mimo domov)?**

Podle výzkumného souboru ovlivnila bolest obvyklou činnost u respondentek málo. Naopak hodně ovlivnila činnost u 5 (15 %) dotazovaných. Celkem u 8 (23 %) respondentek neovlivnila bolest běžnou činnost (Obrázek 8).



**Obrázek 8 Ovlivnění obvyklých činností tělesnou bolestí**

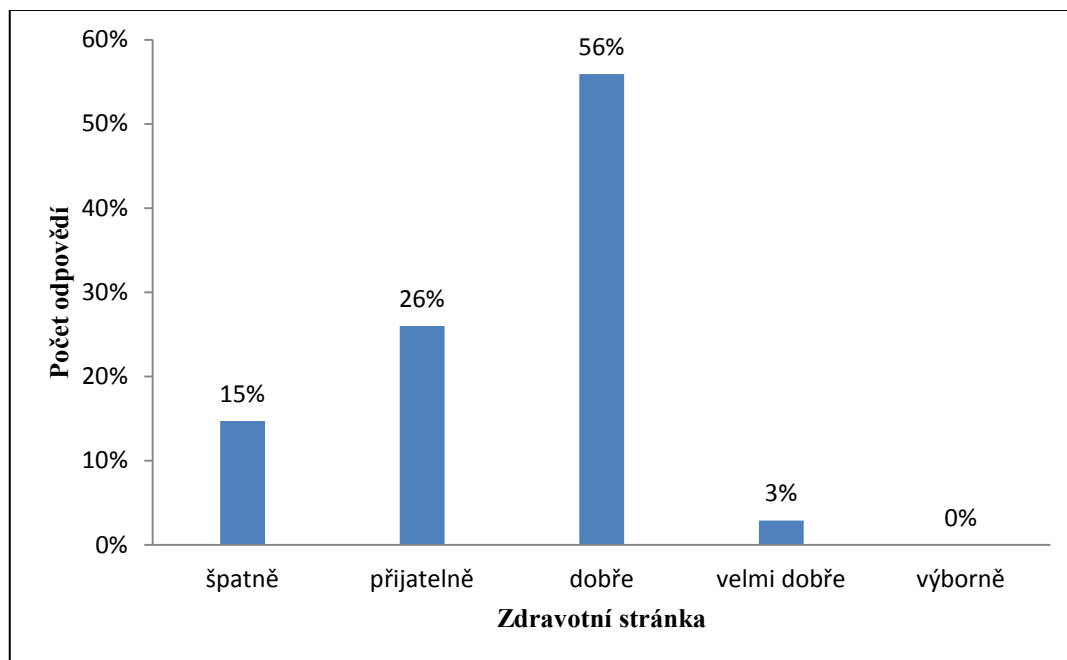


#### 7.2.4 Dimenze celkové zdraví (GH)

Do dimenze celkové zdraví řadíme otázky č. 1 a 11. V otázce č. 1 mají respondentky na výběr z 5 možností odpovědí, které jsou výborně, velmi dobře, dobře, přijatelně, špatně. Tato otázka zjišťuje, jak se ženy cítí celkově po zdravotní stránce.

##### Otázka č. 1: Jak se celkově cítíte po zdravotní stránce?

Nejčastěji respondentky hodnotí svoji současnou zdravotní stránku jako dobrou, celkově tak odpovědělo 19 (56 %) dotazovaných. Odpověď přijatelný zdravotní stav označilo 9 (26 %) klientek. Špatný zdravotní stav udává 5 (15 %) klientek. Pouze 1 klientka uvádí své zdraví, jako velmi dobré. Žádná z respondentek neodpověděla na tuto otázku možností výborně (Obrázek 9).



Obrázek 9 Celkové zdraví

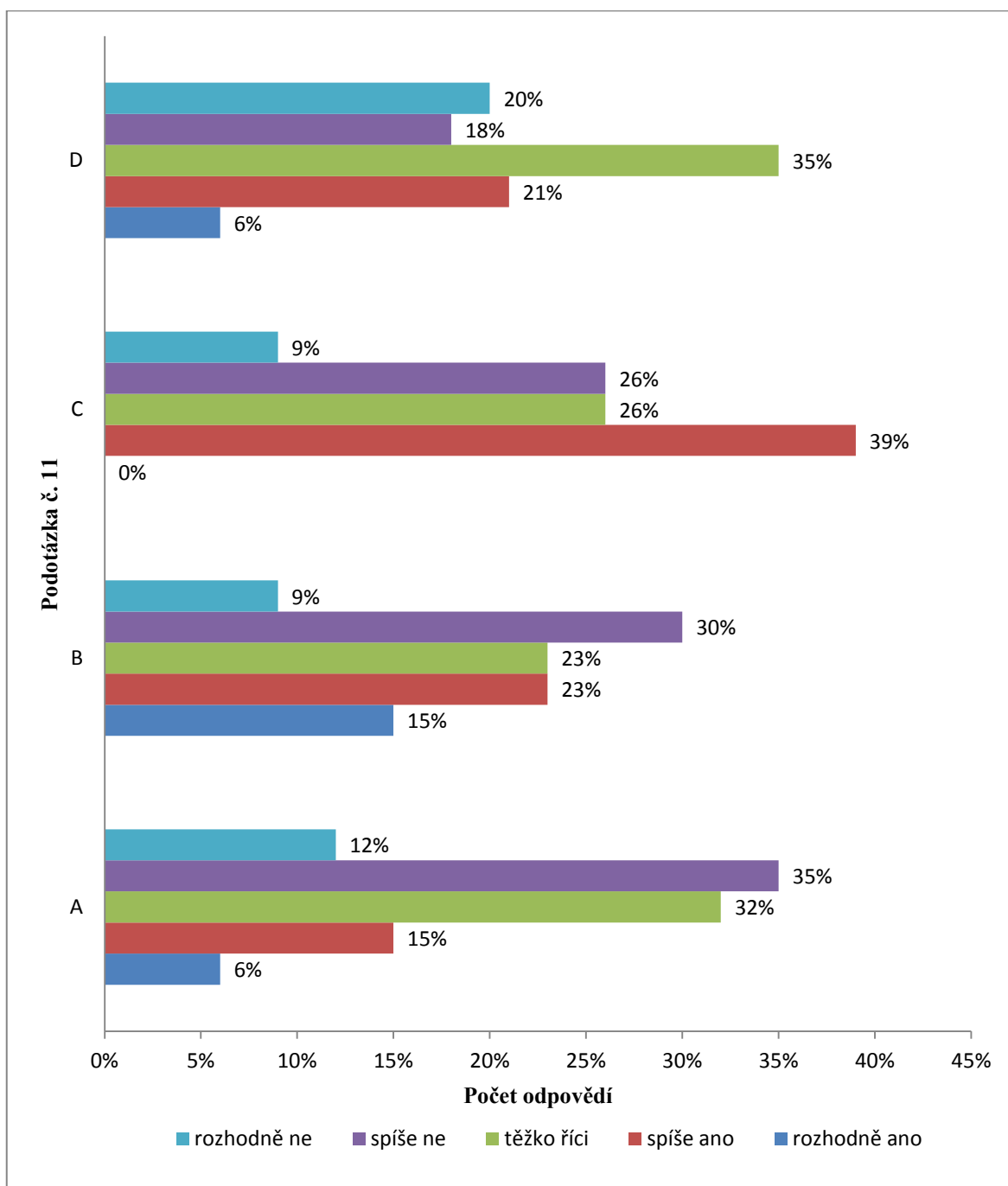
**Otázka č. 11: Nakolik je pro Vás pravdivé nebo nesprávné každé z níže uvedených tvrzení?**

Otázka č. 11 se dále ještě rozděluje na další 4 podotázky, které jsou označeny písmeny a-d (viz Tabulka 6). Cílem otázky je posoudit, jak respondentky vnímají své zdraví. Dotazované ženy si volí z 5 tvrzení: rozhodně ano, spíše ano, těžko říci, spíše ne, rozhodně ne.

**Tabulka 6 Podotázky otázky č. 11**

<b>Podotázka č. 11a</b>	zdá se mi, že onemocním snadněji, než jiní lidé
<b>Podotázka č. 11b</b>	jsem stejně zdravá jako kdokoli, koho znám
<b>Podotázka č. 11c</b>	očekávám, že se moje zdraví zhorší
<b>Podotázka č. 11d</b>	mám výborné zdraví

Celkem 13 (39 %) respondentek očekává, že se jejich zdraví spíše zhorší. Při dotazu, zda mají respondentky výborné zdraví, odpovědělo 12 (35 %) dotazovaných, že to nedovedou posoudit. Zvolily tedy možnost „těžko říci“. Překvapivě 12 (35 %) žen uvedlo, že spíše ne onemocní snadněji než jiní lidé. Konkrétně 10 (30 %) respondentek si myslí, že spíše nejsou stejně zdravé jako kdokoli, koho znají (viz Obrázek 10).



Obrázek 10 Otázka č. 11

### 7.2.5 Dimenze vitalita (VT)

**Otázka č. 9:** Níže uvedené otázky zjišťují, jak jste se cítila a jak se Vám dařilo během posledních 4 týdnů, u každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš způsob prožívání událostí. Jakou dobu jste měla během posledních 4 týdnů pocit...

VT je zkoumána otázkou č. 9, kterou tvoří podotázky s číslem 9a, 9e, 9g a 9i (viz Tabulka 7). Respondentky měly na tyto otázky výběr ze šesti možných odpovědí. Možné odpovědi jsou „stále“, po většinu doby, často, občas, zřídka, nikdy.

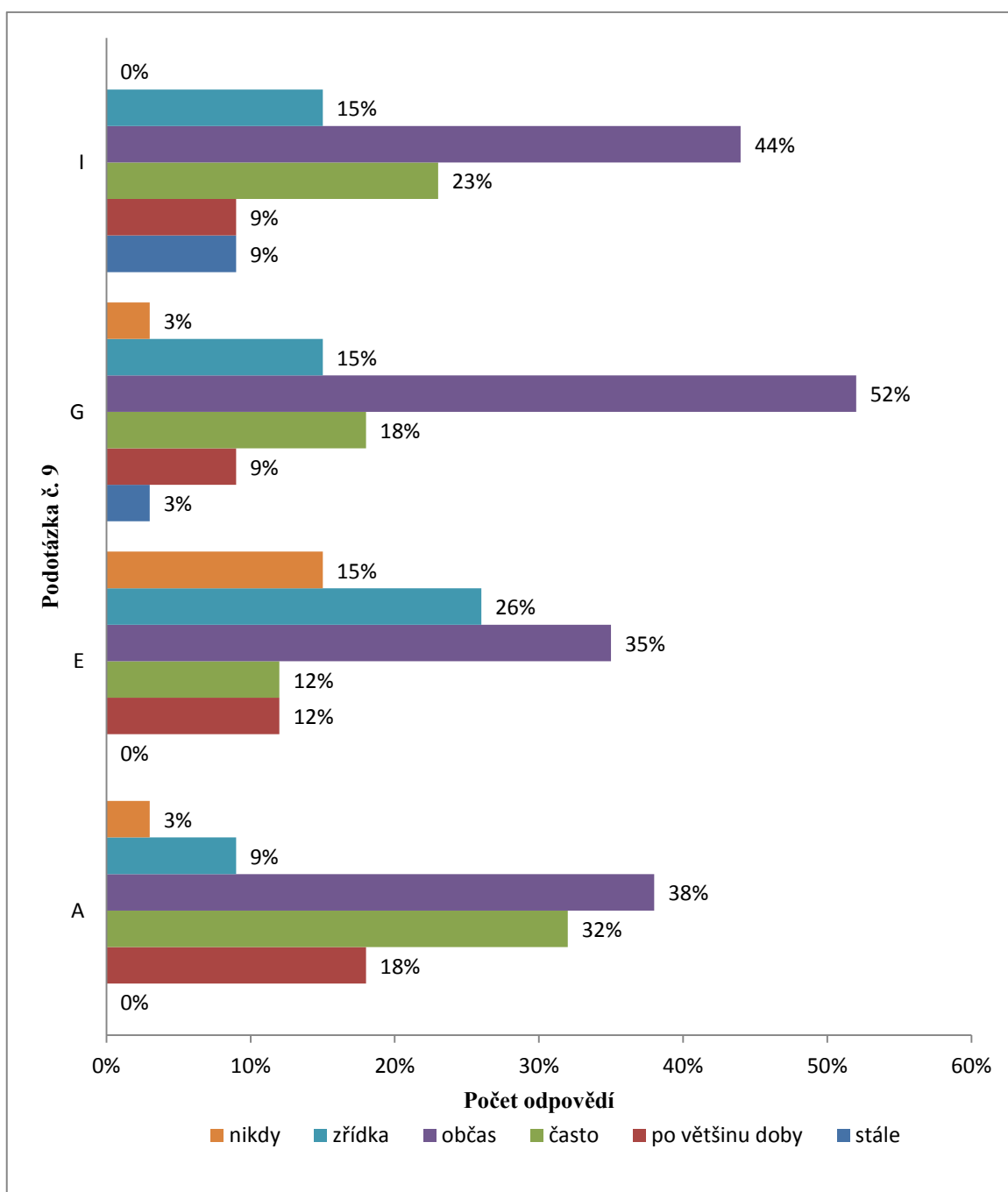
**Tabulka 7 Otázka č. 9**

<b>Podotázka č. 9a</b>	elánu a nadšení
<b>Podotázka č. 9e</b>	nabitosti energií
<b>Podotázka č. 9g</b>	vyčerpanosti
<b>Podotázka č. 9i</b>	únavy

Odpověď „občas“ byla ve všech čtyřech podotázkách nejčastěji zastoupena. Celkem 18 (52 %) respondentek se shodlo na tom, že občas zažívalo pocit vyčerpanosti. Tento pocit se vyskytoval často u 6 (18 %) dotazovaných klientek.

Pocit únavy mělo „občas“ 15 (44 %) respondentek. „Občas“ také 13 (38 %) dotazovaných žen udává pocit nadšení.

Žádná z respondentek neuvědla, že by „stále“ měla pocit elánu a nadšení. Také žádná respondentka neprožívala stálý pocit nabitosti energií. Žádná z dotazovaných žen neuvědla, že by netrpěla pocitem únavy (viz Obrázek 11).



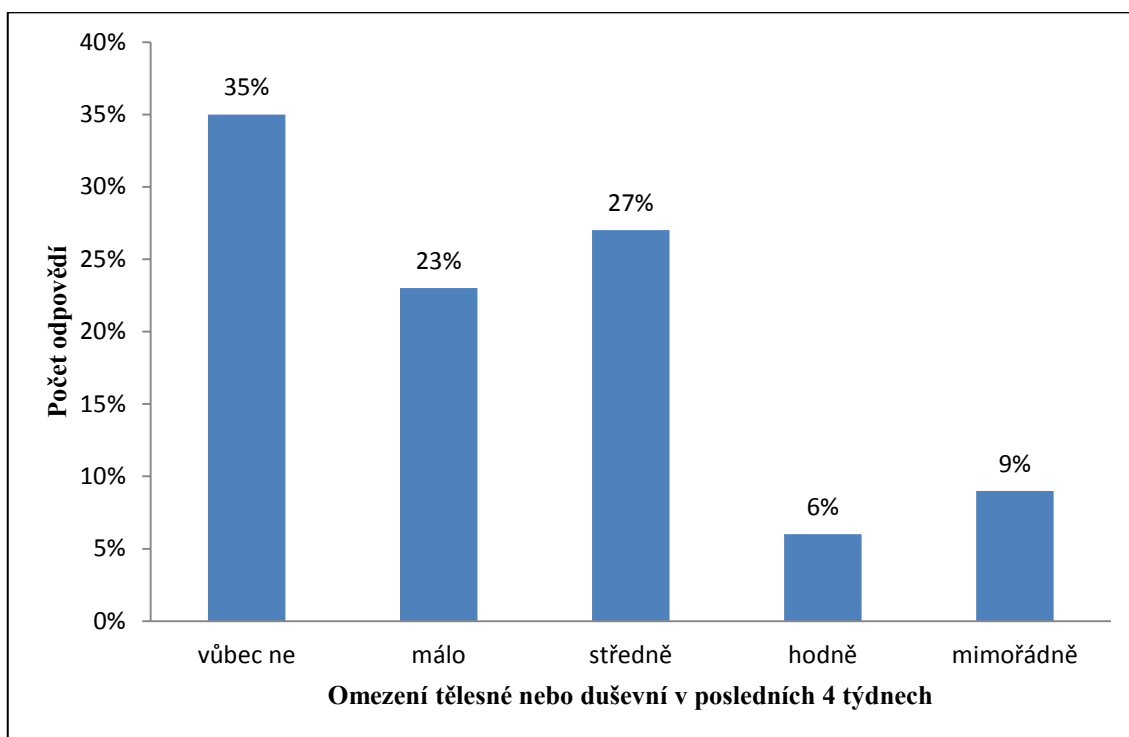
Obrázek 11 Pocity v posledních 4 týdnech

### 7.2.6 Dimenze sociální fungování (SF)

Hodnotu dimenze SF získáme z otázek č. 6 a č. 10. V obou otázkách mají respondentky výběr z pěti možností odpovědí. V otázce č. 6 si mohou respondentky vybrat odpověď z možností: vůbec ne, málo, středně, hodně, mimořádně. Možnosti odpovědi u otázky č. 10 jsou stále, většinu času, občas, zřídka, nikdy.

#### Otázka č. 6: Do jaké míry omezovaly Vaše tělesné nebo duševní problémy během posledních 4 týdnů Vaše obvyklé jednání se členy rodiny, s přáteli, se sousedy nebo s jinými skupinami lidí?

Tělesné nebo duševní problémy neovlivnily při kontaktu s nejbližšími 12 (35 %) respondentek. V malém množství bylo ovlivněno 8 (23 %) respondentek. Jednání s rodinou a přáteli bylo naopak hodně ovlivněno u 2 (6 %) dotazovaných žen (viz Obrázek 12).

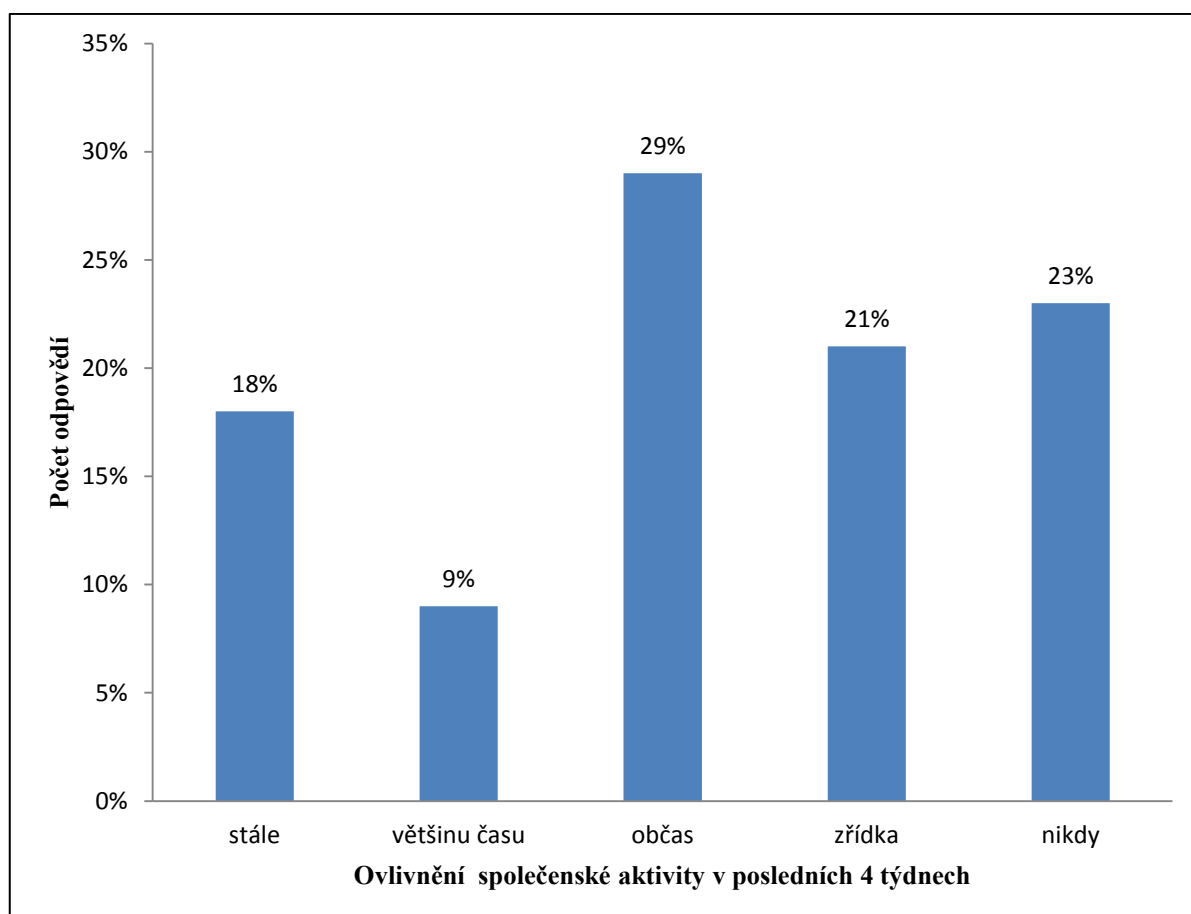


Obrázek 12 Tělesné a duševní omezení při kontaktu s přáteli a rodinou

**Otázka č. 10: Jak často v posledních 4 týdnech Vaše tělesné zdraví nebo psychické problémy ovlivňovaly Vaši společenskou aktivitu, např. návštěvu přátel, příbuzných apod.?**

Tělesné zdraví nebo psychické problémy ovlivňovaly stále společenskou aktivitu u 6 (18 %) respondentek.

Jako nejčastější odpověď uvedlo 10 (29 %) dotazovaných žen občasné ovlivnění společenského života. U 7 (21 %) dotazovaných žen, byla zvolena možnost zřídka a u 8 (23 %) žen, byla zvolena odpověď nikdy (viz Obrázek 13).



**Obrázek 13** Tělesné a duševní omezení při společenské aktivitě

### 7.2.7 Dimenze omezení rolí z důvodů emočních potíží (RE)

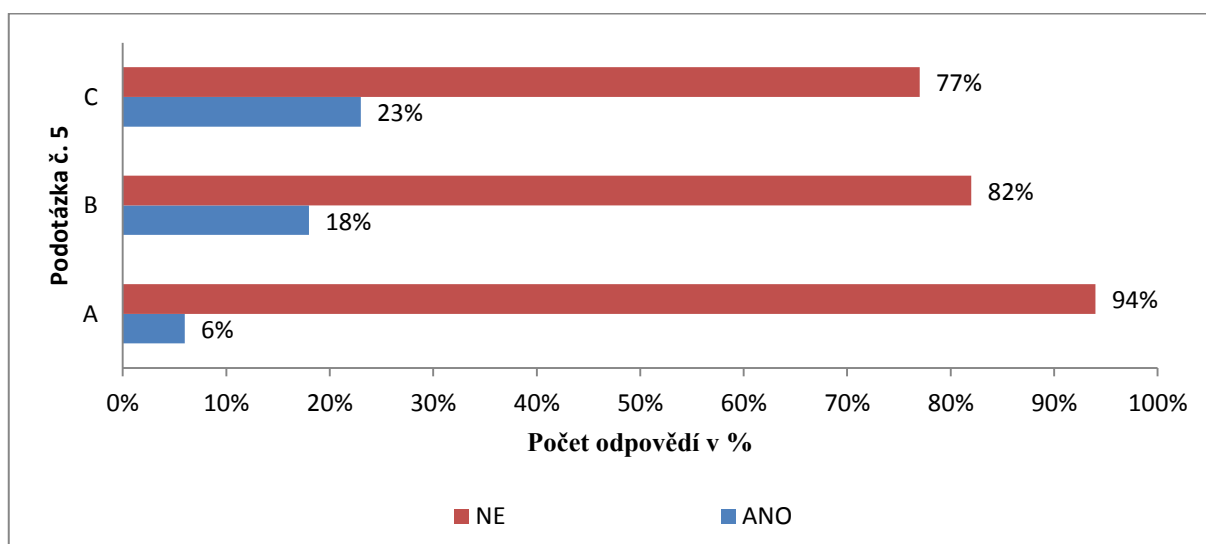
**Otázka č. 5: Měla jste během posledních 4 týdnů při práci nebo při běžných každodenních činnostech, některé z níže uvedených potíží, které byly způsobeny Vašimi citovými, duševními problémy (např. pocity úzkosti, deprese)?**

Otázka č. 5 udává hodnotu dimenze RE a hodnotí emocionální potíže během posledních 4 týdnů. Tato otázka se skládá ze třech podotázek, které jsou označeny písmeny a-c a jsou uvedeny v Tabulce 8. Dotazované ženy měly na výběr ze dvou odpovědí, které jsou ano nebo ne.

Tabulka 8 Podotázky k otázce č. 5

<b>Podotázka č. 5a</b>	musela jste zkrátit dobu věnovanou práci nebo jiným činnostem
<b>Podotázka č. 5b</b>	udělala jste toho méně, než jste zamýšlela
<b>Podotázka č. 5c</b>	nemohla jste vykonávat práci nebo jiné činnosti tak pečlivě jako jindy

Podle níže uvedeného grafu (viz Obrázek 14) měly duševní problémy minimální vliv na běžné každodenní činnosti. Doba věnovaná práci, či jiným činnostem nebyla nijak ovlivněna emocionálními problémy u 32 (94 %) respondentek. Citové a duševní problémy měly minimální vliv na běžné činnosti podle výpovědi 28 (82 %) respondentek. Celkem 26 (77 %) žen nevedlo žádné změny v kvalitě vykonávaných činností.



Obrázek 14 Emocionální potíže během posledních 4 týdnů



### 7.2.8 Dimenze duševní zdraví (MH)

**Otázka č. 9:** Níže uvedené otázky zjišťují, jak jste se cítila a jak se Vám dařilo během posledních 4 týdnů, u každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš způsob prožívání událostí. Jakou dobu jste měla během posledních 4 týdnů pocit...

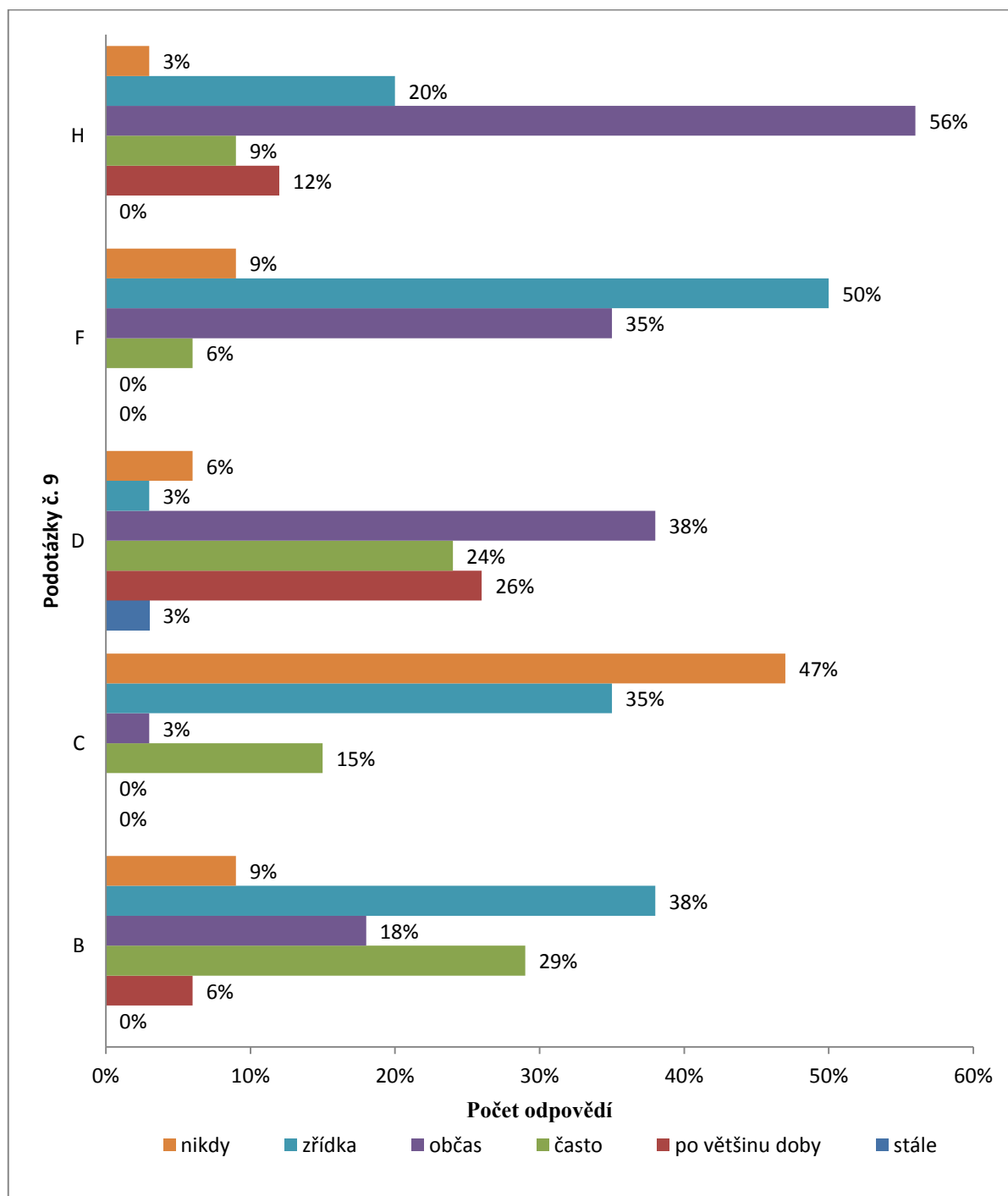
Podotázky č. 9b, č. 9c, č. 9d, č. 9f a č. 9h udávají výsledek MH a jejich rozdělení je zobrazeno v Tabulce 9. Jednotlivé otázky mají šest možností odpovědí, které jsou stále, po většinu doby, často, občas, zřídka, nikdy.

**Tabulka 9** Podotázky k otázce č. 9

<b>Podotázka č. 9b</b>	velké nervozity
<b>Podotázka č. 9c</b>	těžké deprese, že Vás nic nemohlo potěšit
<b>Podotázka č. 9d</b>	klidu a pohody
<b>Podotázka č. 9f</b>	sklíčenosti, smutku
<b>Podotázka č. 9h</b>	štěstí

Nejpočetněji zastoupenou odpovědí, na otázku týkající se prožívání pocitů, je občasný pocit štěstí. Takto odpovědělo 19 (56 %) respondentek. Nejčastějším stálým pocitem je sklíčenost či smutek. Tuto možnost uvedla polovina respondentek.

Těžkou depresí netrpěla žádná z respondentek po většinu doby, anebo stále. Sklíčenost a pocit smutku, nebo velká nervozita nebyly přítomny stále nebo po většinu doby u žádné z dotazovaných. Možnost stálého pocitu štěstí neuvádla žádná z dotazovaných žen.



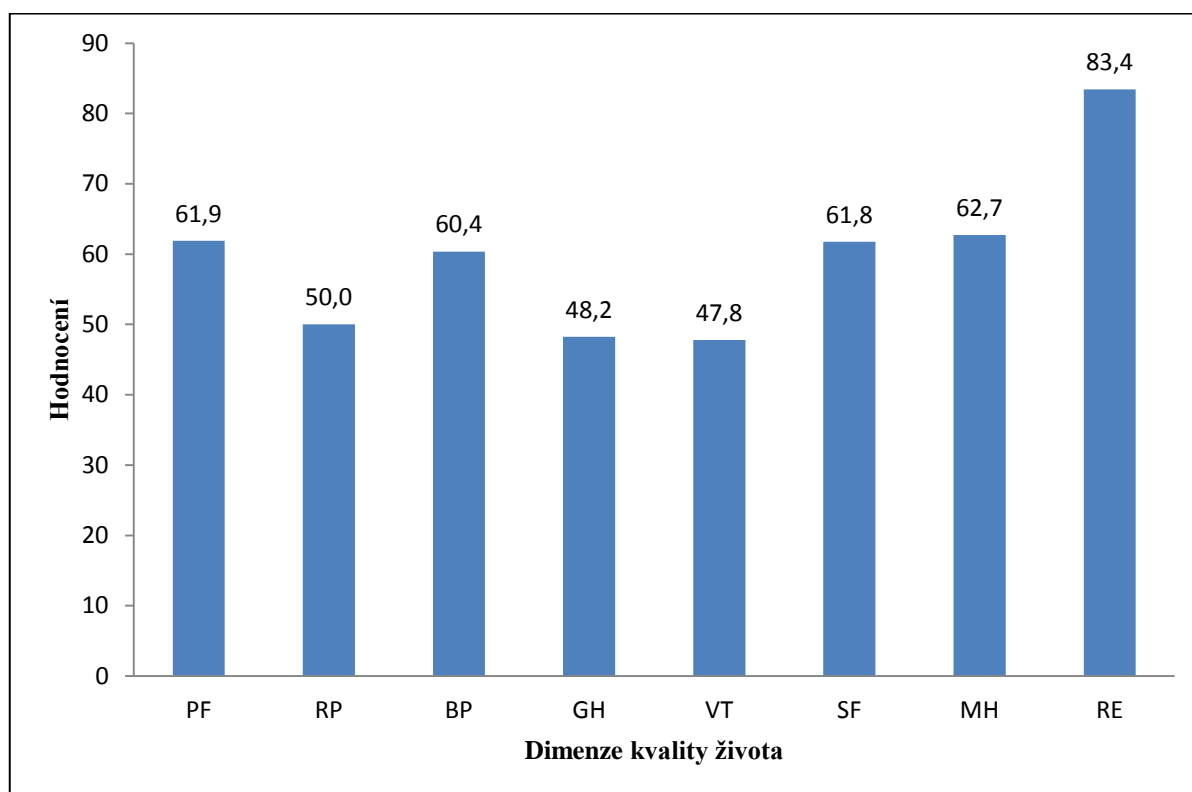
Obrázek 15 Pocity v posledních 4 týdnech

### 7.3 Vyhodnocení dimenzí

V této kapitole je popsáno vyhodnocení 8 dimenzí, které přímo souvisí s kvalitou života. Pro lepší přehlednost jsou výsledky graficky znázorněny (viz Obrázek 16).

Na tomto grafickém znázornění jsou uvedeny výsledky, které jsou aritmetickým průměrem součtu jednotlivých domén.

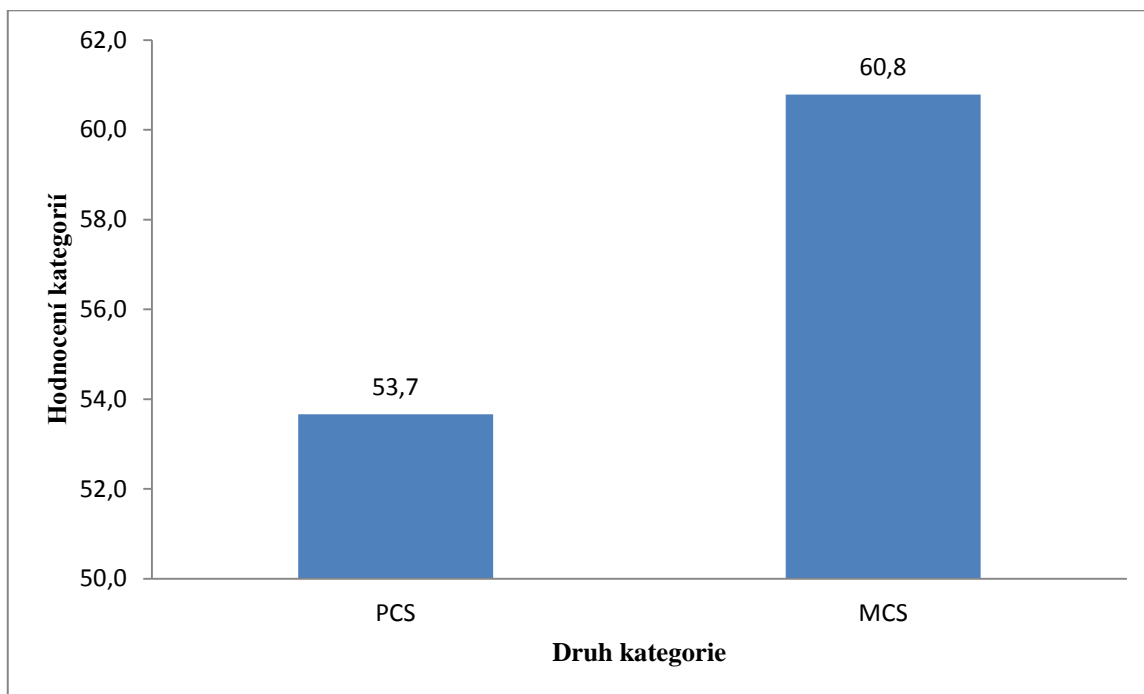
Pokud budeme vycházet ze 100% zdraví respondentek před operací, tak je nejvíce ovlivněnou dimenzí celkové zdraví, vitalita a fyzické omezení. Naopak nejméně zasaženou dimenzí je oblast emočních problémů. Z výsledků jednotlivých dimenzí je patrné, že celý soubor klientek hodnotil subjektivně kvalitu života nižším počtem bodů ve všech dimenzích.



**Obrázek 16** Výsledky jednotlivých dimenzí

Legenda: PF - Fyzická činnost, RP - Omezení role v důsledku fyzického zdraví, BP - Tělesná bolest, GH - Celkový zdravotní stav, VT - Energie/únava, SF - Sociální funkce, MH - Duševní zdraví, RE - Omezení role v důsledku emočních problémů

Jednotlivé dimenze kvality života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií byly shrnuty do kategorie celkové fyzické zdraví (PCS) a celkové psychické zdraví (MCS). Podle níže uvedeného grafu (viz Obrázek 17) je patrné, že respondentky vnímají celkové psychické zdraví lépe než celkové fyzické zdraví.



**Obrázek 17** Hodnocení kategorií kvality života

## 7.4 Vyhodnocení doplňujících otázek

### Doplňující otázka č. 1: Co nejvíce ovlivnilo Vaši kvalitu života v průběhu nemoci?

Podle nejčastější uvedené odpovědi respondentek je kvalita života nejvíce ovlivněna operací. Tuto odpověď uvedlo celkem 20 respondentek. Chemoterapie ovlivnila kvalitu života u 9 žen a byla to druhá nejčastější odpověď. Tři respondentky napsaly, že pro ně bylo nejtěžší období před operací, kdy prožívaly veliký strach.

Tři dotazované ženy uvedly, že nejvíce byla jejich kvalita života ovlivněna, když jim lékař sdělil recidivu nemoci a musely být znovu operovány.

Odpověď „jiné onemocnění“, uvedly 3 respondentky, dvě z nich uvedly, že se léčí ještě s rakovinou prsu. Kýla po operaci byla uvedena u 2 respondentek.

**Tabulka 10** Odpovědi respondentek na doplňující otázku č. 1

Respondentka	Odpověď
1	„Vracející se nemoc, nejdříve ablace prsu, poté operace kýly, následovala operace ovarií a znovu kýla.“
2	„Druhá operace po návratu nemoci, v této době jsem už byla se vším vyrovnaná a vyrovnávat se s tím znovu, bylo velmi složité.“
3	„Operace“
4	„Operace“
5	„Operace, chemoterapie, jiné onemocnění“
6	„Operace, která mi nedovoluje dělat věci, které jsem byla zvyklá dělat. Nepřipouštím si to. Zvykám si s tím žít.“
7	„Operace“
8	„Operace“
9	„Měla jsem strach z operace a z toho, jaký bude výsledek.“
10	„Operace vaječníků“
11	„Operace, chemoterapie a jiné onemocnění“
12	„Strach“
13	„Operace“
14	„Chemoterapie“
15	„Operace, chemoterapie, stomie, kýla“
16	„Operace a následná chemoterapie“
17	„V roce 2010 operace vaječníků a chemoterapie. V roce 2013 nesnesitelná bolest v oblasti bederní páteře (recidiva tumoru).“

	<i>Následovala další operace a chemoterapie.“</i>
18	<i>„Chemoterapie“</i>
19	<i>„Období před operací“</i>
20	<i>„Rodina, optimismus, přátele“</i>
21	<i>„Operace“</i>
22	<i>„Léky na soustavnou intenzivní bolest“</i>
23	<i>„Operace“</i>
24	<i>„Operace“</i>
25	<i>„Operace“</i>
26	<i>„Přineslo to i lepší stránky - zvýšená aktivita členů rodiny o domácnost.“</i>
27	<i>„Jiné onemocnění - léčím se ještě s rakovinou prsu.“</i>
28	<i>„Operace“</i>
29	<i>„Operace a chemoterapie“</i>
30	<i>„Operace“</i>
31	<i>„Chemoterapie“</i>
32	<i>„Operace“</i>
33	<i>„Nejhorší bylo období před operací a čekání na výsledky operace.“</i>
34	<i>„Operace“</i>

## Doplňující otázka č. 2: Popište, jak nemoc a léčba zasahují do Vašeho osobního života?

Odpovědi klientek na tuto otázku byly velmi různorodé. Všechny dotazované ženy uvedly různé odpovědi, které jsou ovlivněny rodinou, blízkým okolím anebo společností.

Nejčastěji respondentky odpověděly, že mají strach a obavy z recidivy nemoci. Tuto odpověď napsalo celkem 7 žen.

Naopak u 4 respondentek byla uvedena optimistická odpověď. Jedna z těchto žen uvedla, že si po operaci začala život užívat a druhá uvedla například, že si nemoc nepřipouští a dívá se do budoucnosti.

Mezi další časté odpovědi patří ztráta zaměstnání, ovlivnění sexuální stránky po operaci, ztráta partnera.

Tabulka 11 Odpovědi respondentek na doplňující otázku č. 2

Respondentka	Odpověď
1	„Ztráta zaměstnání, nemohu se plně věnovat vnoučatům (nemám na to sílu). Také se bojím dalšího návratu nemoci a kýly.“
2	„V této době jsem již se vším vyrovnaná.“
3	„Nemoc mi ovlivnila sebevědomí.“
4	„Po operaci dělohy a vaječníků mám pocit, že jsem zestárla o 100 let. Je mi 42 let a stále bojuji s návaly horka a nesnesitelného pocení.“
5	„V období chemoterapie mi zemřel manžel a také jsem přišla o zaměstnání.“
6	„Moje nemoc samozřejmě změnila můj život. Nejsem tak aktivní, ale snažím se podle toho zařídit. Pomáhá mi můj partner a moje děti, bez kterých bych to těžko dokázala.“
7	„Dříve jsem byla velmi aktivní člověk, nyní po operaci nemám sílu ani na vnoučata.“
8	„Nepřipouštím si to, dívám se dopředu.“
9	„Někdy mám strach z návratu nemoci.“
10	„Nekvalitní život“
11	„Snažím se s tím vyrovnat“
12	„Ztráta sebevědomí a ztráta partnera“
13	„Rodina a blízké okolí se mi více věnují a snaží se mi pomáhat.“
14	„Začala jsem si život užívat!“
15	„Stomie mě izolovala od blízkého okolí. Stydím se za ní.“

16	<i>„Strach z návratu nemoci.“</i>
17	<i>„Mám obavy z další recidivy.“</i>
18	<i>„Omezená motivace“</i>
19	<i>„Operaci jsem prodělala před 14 dny a cítím se dobře. Chodím na procházky a hlavně nic nezvedám. Taky doma při uklízení netrhám rekordy. Ať se snaží ostatní členové rodiny :-)“</i>
20	<i>„Nijak, jsem optimista!“</i>
21	<i>„Snažím se myslet pozitivně a užívat si života.“</i>
22	<i>„Kvůli vyčerpání se izoluji od přátel a kamarádů a aktivního života, který jsem před tím vedla. Všechnu energii investuji, abych zvládla zaměstnání, jinak jen ležím.“</i>
23	<i>„Ztráta zaměstnání a omezení při hledání nového.“</i>
24	<i>„Věřím, že se vše vrátí do normálu.“</i>
25	<i>„Sexuální život, ztráta zaměstnání“</i>
26	<i>„Doufám ve zlepšení kvality života po odeznění příznaků. Ovlivnění sexuálního života a snížení sebevědomí. Na druhou stranu se nemusím bát nechtěného otěhotnění v období přechodu.“</i>
27	<i>„Bojím se další recidivy nemoci.“</i>
28	<i>„Snažím se na nemoc nemyslet.“</i>
29	<i>„Po operaci mám pocit, že mi v těle něco chybí.“</i>
30	<i>„Mám obavy z toho, že by se nemoc mohla vrátit.“</i>
31	<i>„Nejhorší byl ten první šok, kdy mi lékař sdělil, že mám rakovinu. To jsem pořád jen brečela. Ted' už to беру jako fakt a myslím, že s tím už dokážu bojovat.“</i>
32	<i>„Přišla jsem o zaměstnání“</i>
33	<i>„Nemoc do mého života zasáhla nejvíce při čekání na výsledky. Bylo to nejhorších 14 dní v mém životě. Byla jsem z toho úplně na dně a celá rodina taky.“</i>
34	<i>„Po operaci mám snížené sebevědomí a doufám, že se nemoc zpátky nevrátí.“</i>



## 7.5 Testování hypotéz

V diplomové práci byly stanoveny 3 hypotézy, které zkoumají kvalitu života žen po operaci zhoubného nádoru vaječníků. Hypotézy byly ověřovány na základě dat získaných z výzkumného šetření.

**Výzkumná otázka č. 1:** V jaké míře omezovaly fyzické a emocionální problémy pacientky ve společenském životě?

**Pracovní hypotéza:** Při běžných činnostech po operaci jsou více ovlivněny fyzické složky než psychické složky.

Hodnota fyzického omezení a emočních problémů byla sledovaná u 34 respondentek po operaci zhoubného nádoru ovaria. Obě naměřené hodnoty dimenzí jsou přehledně uvedeny v Tabulce 12. Průměrná hodnota RP je 50 a průměrná hodnota RE je 83,44.

**Tabulka 12** Hodnoty RP a RE u respondentek po operaci

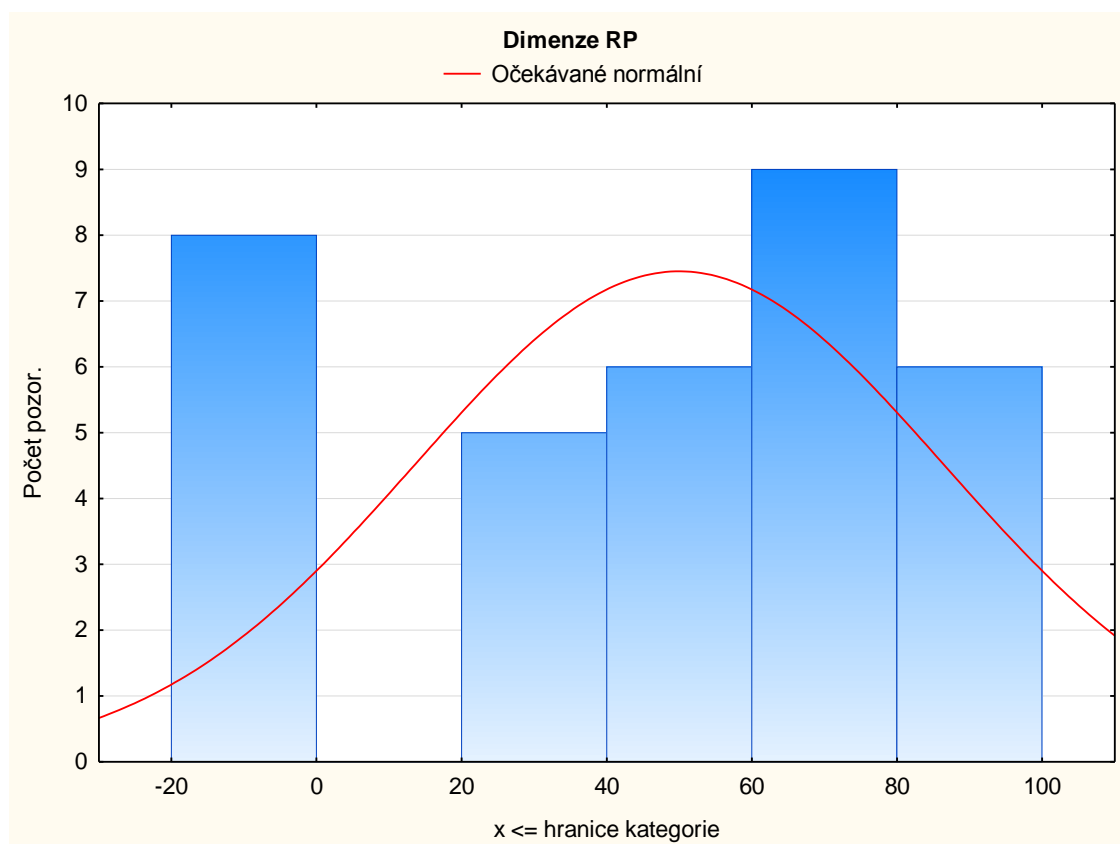
Respondentka	RP	RE	Respondentka	RP	RE
1	50	100	18	75	100
2	0	0	19	100	100
3	50	100	20	0	100
4	50	66,7	21	25	100
5	0	66,7	22	100	100
6	75	100	23	75	100
7	100	33,3	24	100	100
8	75	100	25	75	100
9	50	66,7	26	0	3,3
10	50	100	27	0	66,7
11	75	100	28	100	0
12	100	100	29	0	100
13	25	100	30	0	100
14	50	100	31	25	66,7
15	75	100	32	0	100
16	25	100	33	75	66,7
17	25	100	34	75	100

V dalším kroku byla vypracována popisná statistika (viz Tabulka 13), kde jsou znázorněny hodnoty: průměr, medián, modus, minimum, maximum a směrodatná odchylka. Jsou zde patrné rozdíly v průměru, kde u dimenze RE je znázorněna lepší hodnota než u dimenze RP. Hodnoty minima a maxima jsou u obou dimenzí stejné.

**Tabulka 13** Základní hodnoty popisné statistiky obou sledovaných dimenzí

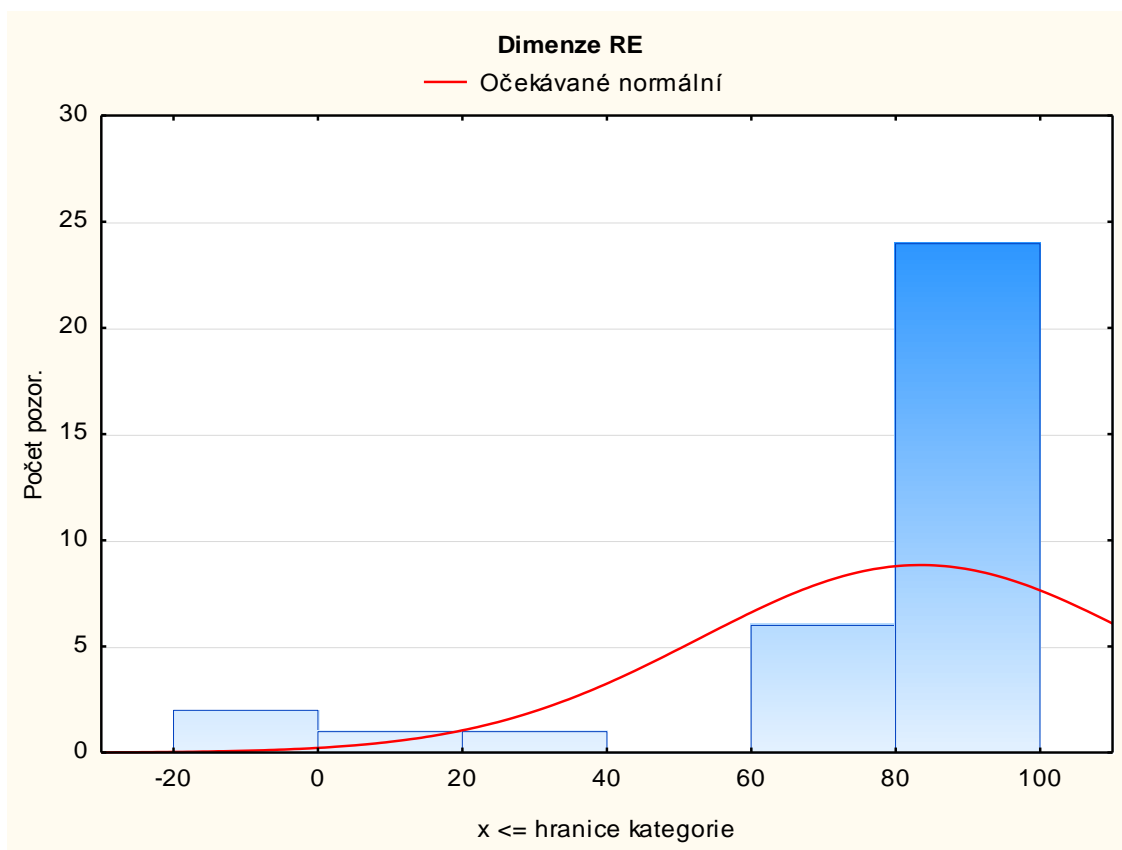
Dimenze	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
<b>RP</b>	34	50,00	50,00	75,00	0,00	100,00	36,41
<b>RE</b>	34	83,44	100,00	100,00	0,00	100,00	30,71

Následovně jsou vytvořeny histogramy (viz Obrázek 18 a 19), kde je znázorněna Gaussova křivka, pomocí které zjišťujeme rozložení dat ve zkoumaném souboru. Hodnotíme, zda rozložení dat je normální či ne. Podle histogramů můžeme usuzovat, že rozložení hodnot není symetrické ani u jedné dimenze. Proto jsou data následně testována na normalitu rozložení.



**Obrázek 18** Histogram naměřených hodnot RP

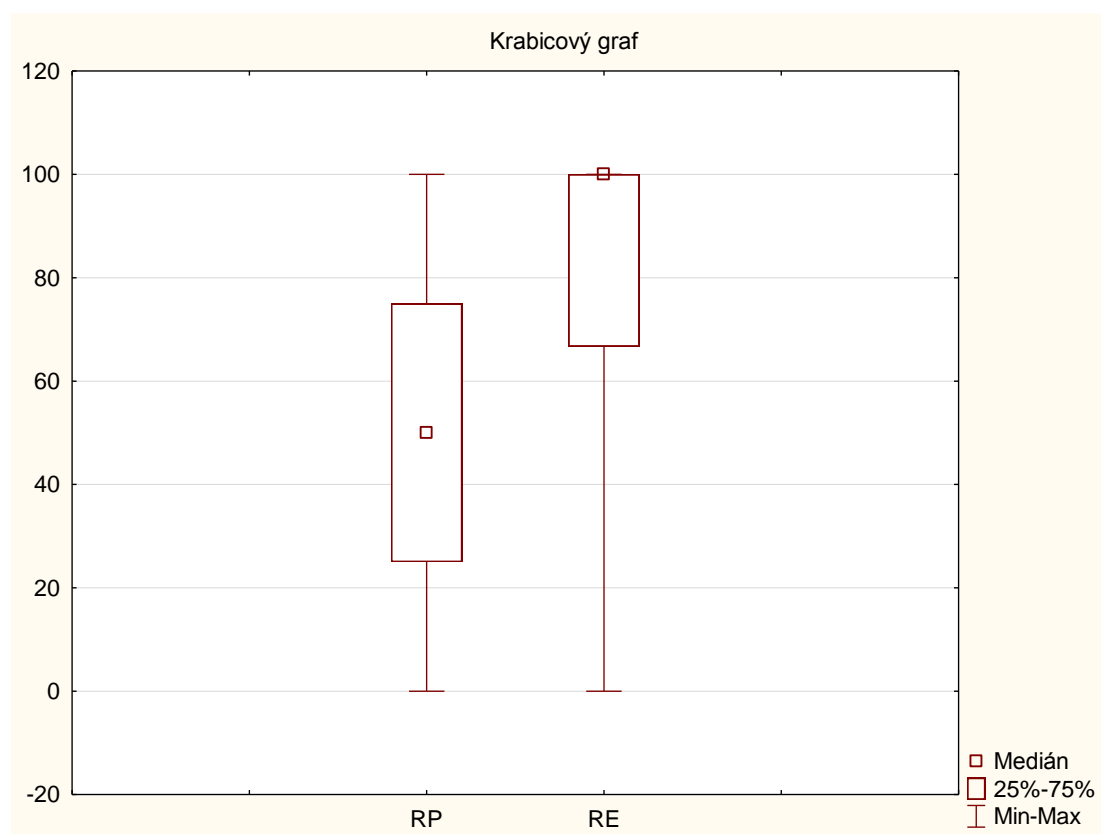
Podle níže uvedeného histogramu (viz Obrázek 19) je patrné, že respondentky jsou po operaci zhoubného nádoru ovarií ovlivněny z důvodu emocionálních potíží minimálně. Respondentky udávají výrazně vyšší hodnoty v této dimenzi oproti dimenzi fyzická aktivita.



**Obrázek 19** Histogram naměřených hodnot u RE

Dále byl vyhotoven krabicový graf (viz Obrázek 20), který zobrazuje oba zkoumané soubory. Krabicový graf znázorňuje minimální a maximální hodnotu dimenzí RP a RE, hodnotu prvního, druhého (mediánu) a třetího kvartilu. Pomocí tohoto grafu můžeme odhalit odlehlé nebo extrémní hodnoty, které se nevyskytují u žádné uvedené dimenze.

Podle krabicového grafu je hodnota mediánu u dimenze RP výrazně nižší (50), než je tomu u hodnot RE (100). Na základě porovnání krabicového grafu se tedy můžeme domnívat, že hodnoty RE jsou u žen po operaci zhoubného nádoru ovarií vyšší než hodnoty dimenze RP.



**Obrázek 20** Porovnání naměřených hodnot RP a RE pomocí vícenásobného krabicového grafu

Před provedením testování si nejdříve stanovíme nulovou hypotézu ( $H_0$ ) a alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

**$H_0$ :** Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi ovlivněním fyzické a psychické složky při běžných činnostech.

**$H_A$ :** Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi ovlivněním fyzické a psychické složky při běžných činnostech.

V dalším kroku jsme určili normalitu rozložení dat pro správnou volbu hodnot dimenze RE a RP. Zvolená hladina významnosti testování je  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

V níže uvedené tabulce (viz Tabulka 14) je zobrazena normalita rozložení hodnot dimenzí RP a RE pomocí Kolmogorova-Smirnova testu (K-S test).

Z tabulky vyplývá, že Dimenze RP, která má p-hodnotu 0,131436= 13,1%, tato hodnota je vyšší než 5% a rozložení dat je normální. Dimenze RE má p-hodnotu 0,000010= 0,0%, tato hodnota je menší než zvolená hladina významnosti 5%, z toho tedy vyplývá, že rozložení dat není normální (Budíková, Králová a Maroš, 2010, s. 151).

**Tabulka 14 Kolmogorovův-Smirnovův test normálního rozdělení dimenzí**

Dimenze	K-S test
RP	p-hodnota= 0,131436
RE	p-hodnota= 0,000010

Díky výše uvedenému zjištění, byl pro testování hypotéz použit neparametrický test, konkrétně Wilcoxonův párový test (viz Tabulka 15). Z tabulky vyplývá, že p-hodnota je 0,000247 a je tedy zřejmé, že  $p < \alpha$ , tudíž nulová hypotéza se zamítá a přijímá se alternativní hypotéza (Budíková Králová a Maroš, 2010, s. 151).

**Tabulka 15 Wilcoxonův párový test pro testování dimenzí**

Dvojice proměnných	Počet platných	p-hodnota
RP a RE	29	0,000247

### Interpretace výsledků

Ženy po operaci zhoubného nádoru ovarií udávají vyšší hodnoty u dimenze RE, což lze vidět na vícenásobném krabicovém grafu (viz Obrázek 20). Pracovní hypotéza, že při běžných činnostech po operaci jsou více ovlivněny fyzické složky než psychické složky se zamítá a přijímá se alternativní hypotéza.

Odpověď na výzkumnou otázku zní, fyzické obtíže omezovaly klientky po operaci více než emocionální potíže.

**Výzkumná otázka č. 2: Jaké činnosti nejvíce omezují klientky po operaci?**

**Pracovní hypotéza:** V průběhu obvyčejného dne je pro ženy po operaci méně náročné vyjít několik pater po schodech než provedení náročné činnosti.

Hodnoty bodů respondentek na otázky týkající se náročné činnosti a chůze několik pater po schodech jsou uvedené v Tabulce 16. Průměrný počet bodů na otázku náročné činnosti je 20,59 a průměrná hodnota chůze do několika pater do schodů je 50.

**Tabulka 16** Hodnoty náročných činností a chůze několik pater po schodech u žen po operaci

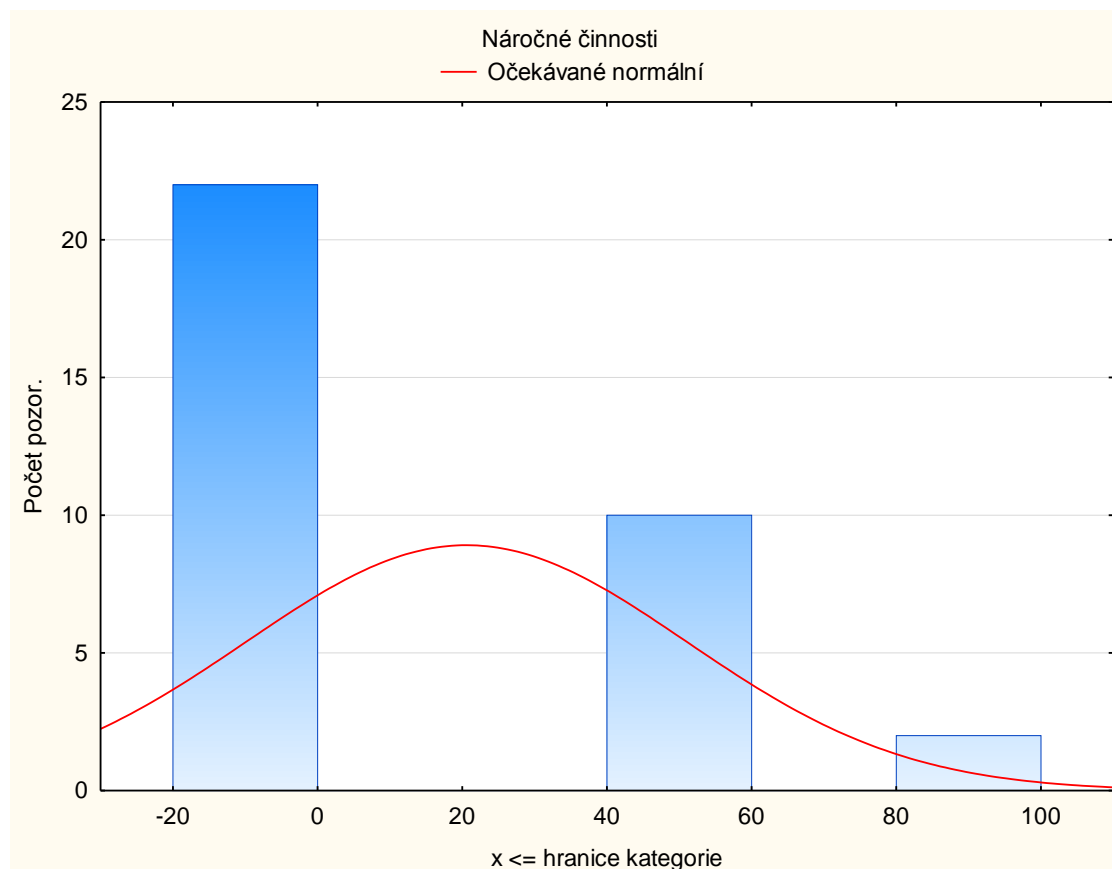
Respondentka	Náročné činnosti	Vyjít několik pater po schodech	Respondentka	Náročné činnosti	Vyjít několik pater po schodech
<b>1</b>	50	100	<b>18</b>	0	50
<b>2</b>	0	50	<b>19</b>	50	100
<b>3</b>	0	50	<b>20</b>	0	50
<b>4</b>	0	100	<b>21</b>	50	100
<b>5</b>	0	0	<b>22</b>	100	100
<b>6</b>	0	0	<b>23</b>	50	50
<b>7</b>	50	100	<b>24</b>	50	50
<b>8</b>	50	100	<b>25</b>	0	100
<b>9</b>	50	100	<b>26</b>	0	0
<b>10</b>	0	100	<b>27</b>	0	0
<b>11</b>	0	50	<b>28</b>	50	50
<b>12</b>	100	100	<b>29</b>	0	50
<b>13</b>	0	0	<b>30</b>	0	0
<b>14</b>	0	50	<b>31</b>	0	0
<b>15</b>	50	50	<b>32</b>	0	0
<b>16</b>	0	0	<b>33</b>	0	0
<b>17</b>	0	50	<b>34</b>	0	0

Dále byla vypracována popisná statistika (viz Tabulka 17), kde jsou znázorněny hodnoty: průměr, medián, modus, minimum, maximum a směrodatná odchylka. Tabulka znázorňuje nejdůležitější hodnoty náročných činností a chůze do schodů.

**Tabulka 17** Základní hodnoty popisné statistiky obou testovaných činností

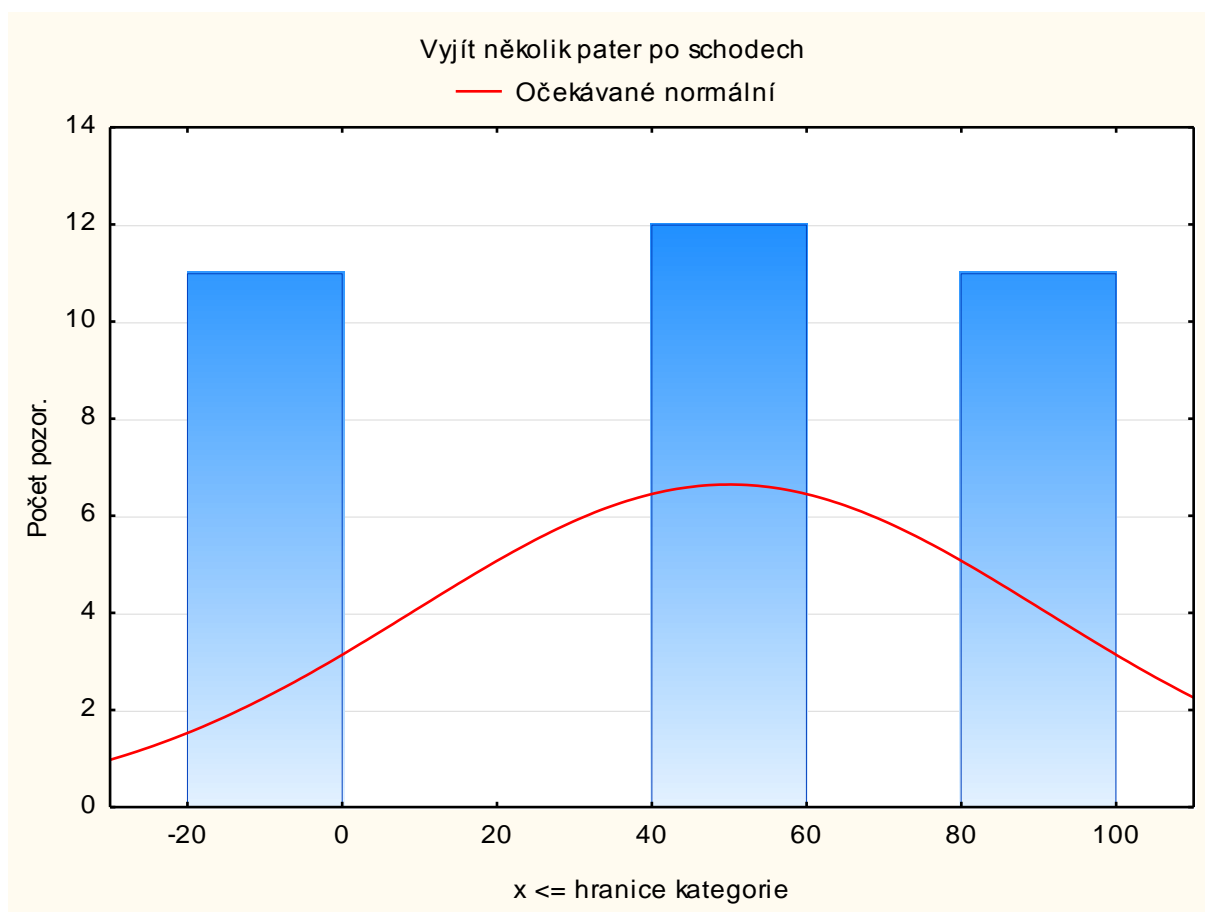
Činnosti	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Náročné činnosti	34	20,59	0,00	0,00	0,00	100,00	30,45
Vyjít několik pater po schodech	34	50,00	50,00	50,00	0,00	100,00	40,82

Následně jsou vytvořeny histogramy (viz Obrázek 21 a 22), kde je znázorněna Gaussova křivka. Podle histogramů můžeme usuzovat, že rozložení hodnot není symetrické ani u jedné dimenze. Proto jsou data následně testována na normalitu rozložení.



**Obrázek 21** Histogram náročných činností

V níže uvedeném histogramu (viz Obrázek 22) můžeme vidět, že data nejsou normálního rozložení.

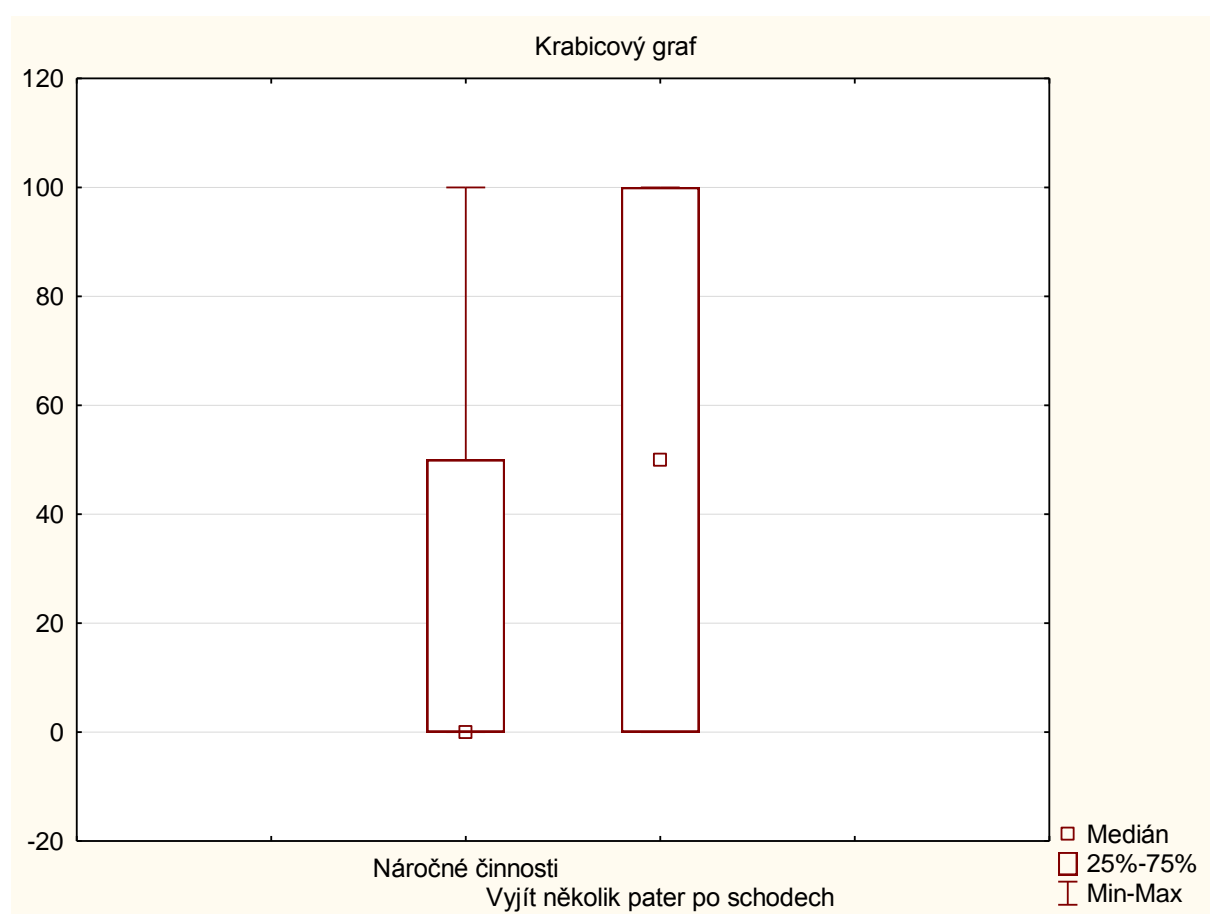


Obrázek 22 Histogram chůze do několika pater



Dále byl vyhotoven krabicový graf (viz Obrázek 23), který zobrazuje obě zkoumané činnosti. Krabicový graf znázorňuje minimální a maximální hodnotu činností, hodnotu prvního, druhého (mediánu) a třetího kvartilu. Pomocí tohoto grafu můžeme odhalit odlehlé nebo extrémní hodnoty, které se nevyskytují u žádné zkoumané činnosti.

Podle krabicového grafu je hodnota mediánu u činnosti „vyjít několik pater do schodů“ výrazně vyšší (50), než je tomu u hodnot „náročných činností“ (0). Na základě porovnání krabicového grafu se tedy můžeme domnívat, že hodnoty u činnosti „chůze několik pater do schodů“ jsou u žen po operaci zhoubného nádoru ovarií vyšší než hodnoty u náročných činností.



**Obrázek 23** Krabicový graf sledovaných činností

Před provedením testování si nejdříve stanovíme nulovou hypotézu ( $H_0$ ) a alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

**$H_0$ :** Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi provedením náročné činnosti a chůzí do několika pater po schodech.

$H_A$ : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi provedením náročné činnosti a chůzí do několika pater po schodech.

V následujícím kroku jsme určili normalitu rozložení dat pro správnou volbu hodnot testovaných činností. Zvolená hladina významnosti testování je  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

V níže uvedené Tabulce 18 je zobrazena normalita rozložení hodnot jednotlivých testovaných činností pomocí K-S testu.

Z tabulky vyplývá, že náročné činnosti, které mají p-hodnotu  $0,000023 = 0,0\%$ , tato hodnota je menší než 5% a rozložení dat není normální. Činnost vyjít několik pater po schodech má p-hodnotu  $0,077882 = 7,8\%$ , tato hodnota je větší než zvolená hladina významnosti 5%, z toho tedy vyplývá, že rozložení dat je normální (Budíková Králová a Maroš, 2010, s. 151).

**Tabulka 18 Kolmogorovův-Smirnovův test normálního rozložení činností**

Činnost	K-S test
Náročné činnosti	p-hodnota= 0,000023
Vyjít několik pater po schodech	p-hodnota= 0,077882

Díky výše uvedenému zjištění byl pro testování hypotéz použit neparametrický test, konkrétně Wilcoxonův párový test (viz Tabulka 19). Z tabulky je patrné, že p-hodnota je  $0,000293$ , z toho vyplývá  $p < \alpha$ , tudíž nulová hypotéza se zamítá a přijímá se alternativní hypotéza (Budíková Králová a Maroš, 2010, s. 151).

**Tabulka 19 Wilcoxonův párový test pro testování činností**

Dvojice proměnných	Počet platných	p- hodnota
Náročné činnosti a Vyjít několik pater po schodech	17	0,000293

### Interpretace výsledků

Ženy po operaci zhoubného nádoru ovarií udávají vyšší hodnoty u činnosti vyjít několik pater po schodech, což vidíme na vícenásobném krabicovém grafu (viz Obrázek č. 18). Pracovní hypotéza zní, že v průběhu obyčejného dne je pro ženy po operaci méně náročné vyjít několik pater po schodech než provedení náročné činnosti. Výsledkem testování se zamítá nulová hypotéza a přijímá se alternativní hypotéza.

Odpověď na výzkumnou otázku je, že náročné činnosti komplikují nebo zatěžují život ženám po operaci karcinomu ovarií více než činnost chůze do několika pater po schodech.

**Výzkumná otázka č. 3:** Jak ovlivňuje bolest po operaci kvalitu života žen?

**Pracovní hypotéza:** Ženy po operaci s žádnou až mírnou bolestí jsou v pracovních činnostech omezeny méně než ženy se střední až velmi silnou bolestí.

V níže uvedených tabulkách (viz Tabulka 20 a 21) jsou zobrazeny hodnoty bolesti v posledních 4 týdnech podle toho, jak ženám ovlivnily obvyklé denní činnosti. Respondentky měly na výběr z možností: vůbec ne-100, málo-75, středně-50, hodně-25 a mimořádně-0. Jednotlivé možnosti byly překódovány pomocí TS-skóre. Dotazované ženy jsou rozděleny do dvou skupin, podle toho jaká míra bolesti je v posledních 4 týdnech ovlivňovala. V první skupině jsou ženy s žádnou, velmi slabou a mírnou bolestí. Tuto skupinu tvoří 14 respondentek. Do druhé skupiny byly zařazeny ženy se středně těžkou, silnou a velmi silnou bolestí. Celkem je v této skupině 10 žen.

**Tabulka 20** Hodnocení bolesti - absolutní četnost

Vliv bolesti na obvyklé denní činnosti	<b>Ženy s žádnou, velmi slabou a mírnou bolestí</b>	<b>Ženy se středně těžkou, silnou a velmi silnou bolestí</b>
	Absolutní četnost	Absolutní četnost
0 – mimořádně	0	3
25 – hodně	2	3
50 – středně	3	4
75 – málo	10	0
100 - vůbec ne	9	0
<b>Celkem</b>	24	10

V níže uvedeném přehledu relativních četností vlivu bolesti jsou porovnány obě skupiny žen po operaci (viz Tabulka 21).

**Tabulka 21** Hodnocení bolesti - relativní četnost

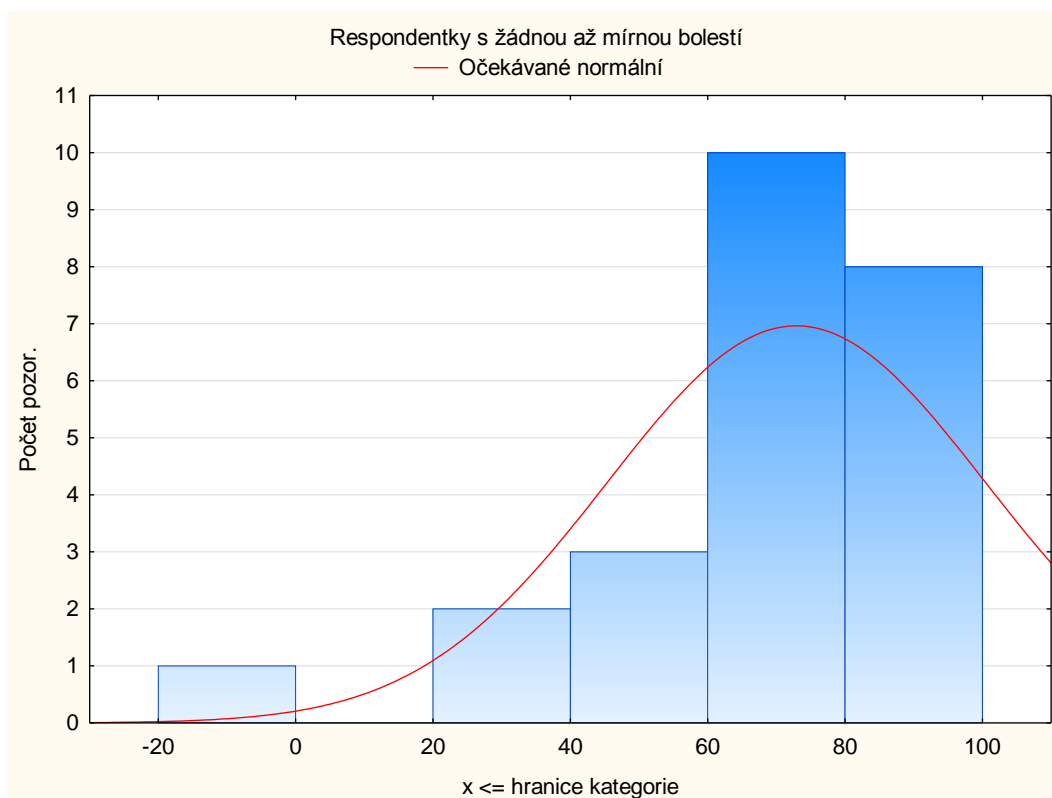
Vliv bolesti na obvyklé denní činnosti	<b>Ženy s žádnou, velmi slabou a mírnou bolestí</b>	<b>Ženy se středně těžkou, silnou a velmi silnou bolestí</b>
	Relativní četnost v %	Relativní četnost v %
0 – mimořádně	0	30
25 – hodně	8	30
50 – středně	13	40
75 – málo	42	0
100 - vůbec ne	37	0
<b>Celkem</b>	100	100

Dalším úkolem bylo zpracovat popisnou statistiku (viz Tabulka 22), kde jsou znázorněny následující hodnoty: průměr, medián, modus, minimum, maximum a směrodatná odchylka. Jsou zde patrné rozdíly v hodnotách průměru, mediánu a v maximu.

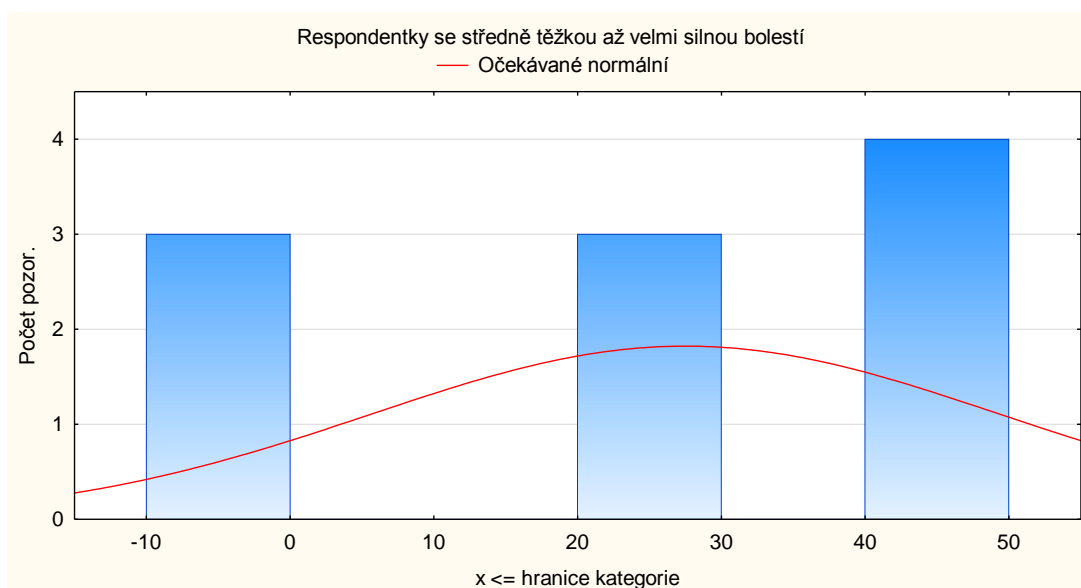
**Tabulka 22** Popisná statistika respondentek s bolestí

<b>Rozdělení žen podle míry bolesti</b>	<b>N platných</b>	<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>Modus</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Směrodatná odchylka</b>
<b>Žádná až mírná bolest</b>	24	72,92	75,00	75,00	0,00	100,00	27,50
<b>Středně těžká až velmi silná bolest</b>	10	27,50	25,00	50,00	0,00	50,00	21,89

Dále byly vytvořeny následující histogramy (viz Obrázek 24 a 25), kde je znázorněna Gaussova křivka. Domníváme se, že podle uvedených histogramů nejsou data normálně uložena.



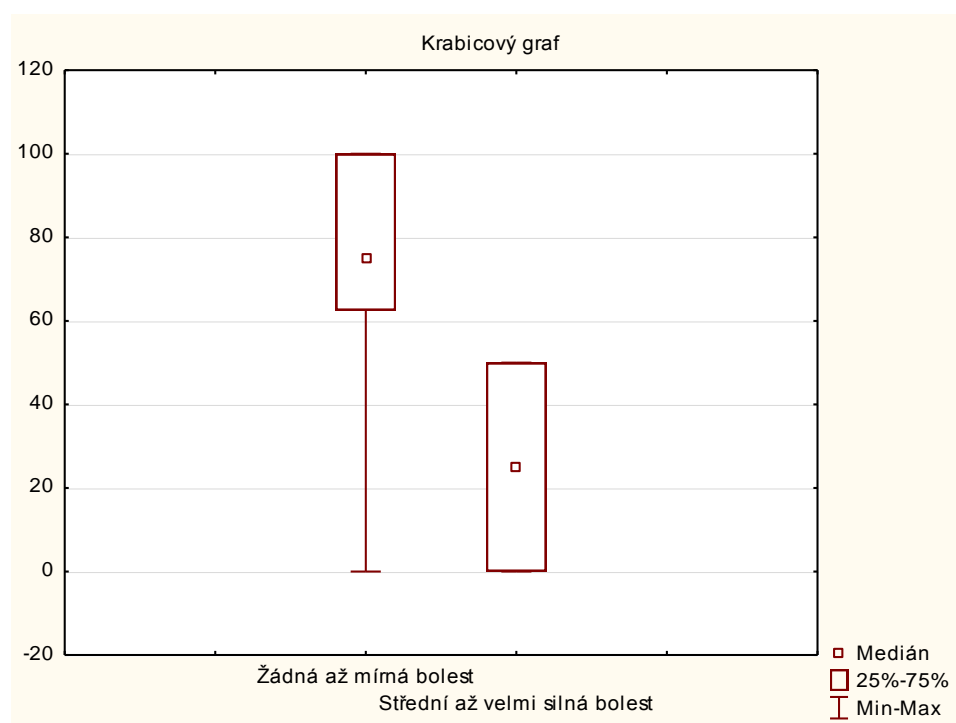
Obrázek 24 Histogram vlivu bolesti na obvyklé činnosti u žen s žádnou, velmi slabou a mírnou bolestí.



Obrázek 25 Histogram vlivu bolesti na obvyklé činnosti u žen se středně těžkou, silnou a velmi silnou bolestí.

Dále jsme pokračovali vytvořením krabicového grafu (viz Obrázek 26), který zobrazuje oba soubory testovaných žen a jejich vliv bolesti na každodenní činnosti. Krabicový graf znázorňuje minimální a maximální hodnotu, dále ukazuje hodnotu prvního kvartilu, druhého kvartilu, tedy mediánu a třetího kvartilu. Z krabicového grafu je také patrné, že ve výzkumném souboru nejsou žádné odlehlé body.

Podle krabicového grafu je hodnota mediánu u žen se žádnou až mírnou bolestí výrazně nižší (25) než je tomu u hodnot žen se středně těžkou až velmi silnou bolestí (75). Na základě porovnání krabicového grafu se tedy můžeme domnívat, že ženy, které mají po operaci zhoubného nádoru ovarií střední až velmi silné bolesti, mají také výrazně ovlivněné obvyklé denní činnosti.



**Obrázek 26** Vícenásobný krabicový graf vlivu bolesti na každodenní činnosti

Před testováním bylo nejprve nutné stanovit si nulovou ( $H_0$ ) a alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

**$H_0$ :** Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi provedenými činnostmi u pacientek se žádnou až mírnou bolestí a střední až velmi silnou bolestí.

**$H_A$ :** Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi provedenými činnostmi u pacientek se žádnou až mírnou bolestí a střední až velmi silnou bolestí.

Dále bylo nutné, určit normalitu rozložení dat pro správný výběr testování hodnot vlivu bolesti na běžné denní činnosti. Testování proběhlo na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

V níže uvedené tabulce (viz Tabulka 23) je zobrazena normalita rozložení hodnot jednotlivých testovaných odpovědí respondentek pomocí K-S testu.

Z tabulky vyplývá, že ženy se žádnou až mírnou bolestí mají p-hodnotu 0,036960= 3,7%, tato hodnota je menší než 5% a rozložení dat není normální. Respondentky, které mají středně těžké až velmi silné bolesti, mají p-hodnotu 0,494241= 49,4%, tato hodnota je větší než zvolená hladina významnosti 5%, z toho tedy vyplývá, že rozložení dat je u této skupiny normální (Budíková Králová a Maroš, 2010, s. 151).

**Tabulka 23** Kolmogorovův-Smirnovův test normálního rozložení činnosti

<b>Druh bolesti</b>	<b>K-S test</b>
<b>Žádná až mírná bolest</b>	p-hodnota= 0,036960
<b>Středně těžká až velmi silná bolest</b>	p-hodnota= 0,494241

Pro další testování byl zvolen neparametrický Mann-Whitneyův test pro nezávislé dle proměnných. Hodnota p-hodnota je 0,000381 a  $p < \alpha$ , tudíž nulová hypotéza se zamítá a přijímá se hypotéza alternativní (Budíková Králová a Maroš, 2010, s. 151).

### **Interpretace výsledků**

Dotazované ženy, které udávaly žádnou, velmi slabou a mírnou bolest, mají bolesti méně ovlivněné běžné každodenní činnosti, oproti ženám s vyšším subjektivním hodnocením.



## 8 Diskuze

V této kapitole diplomové práce, která nese název „Kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií“, se zaměříme na shrnutí nejdůležitějších poznatků z provedeného výzkumného šetření. Výsledky vlastního výzkumu jsou srovnávány s výsledky jiných šetření, které již byly na dané téma vyzkoumány a uveřejněny v různých publikacích a monografiích.

Přímo na toto téma nebyl v České republice zatím proveden žádný ucelený výzkum pomocí standardizovaného dotazníku SF-36.

Do výzkumného šetření bylo zařazeno 34 respondentek. Celkem bylo rozdáno do zdravotnických zařízení 55 dotazníků. Celková návratnost byla 70,9 % dotazníků, z tohoto počtu bylo ještě vyřazeno 5 dotazníků pro nekompletní vyplnění. Musíme podotknout, že výzkumného šetření se zúčastnil malý soubor respondentek, a tudíž výsledky odpovědí nemusí být jednoznačné.

Nižší počet respondentek si vysvětlujeme tím, že ne všechny klientky s karcinomem ovarií byly ochotné zúčastnit se výzkumu. Domníváme se, že je to způsobeno neochotou žen svěřovat se svým zdravotním stavem, nebo nezájmem o výzkum, který mohl být způsobený depresí nebo nezlepšujícím se zdravotním stavem. Pro mnoho žen může být toto téma velmi intimní. Také se domníváme, že těmto ženám chybí motivace k účasti na výzkumu. Podle vyjádření zdravotnických pracovníků rozdávajících dotazníky a i podle vlastní zkušenosti autorky, zhruba každá čtvrtá žena odmítla vyplnit tento dotazník.

Podle zjištěných výsledků je nejvíce žen s karcinomem ovarií ve věkovém rozmezí 61-70 let, celkem tedy 44 % respondentek. Druhou nejčastější skupinou, ve které se toto onemocnění vyskytuje, je kategorie 51-60 let, která je zastoupena 29 % respondentek (viz Obrázek 1). Toto zjištění potvrzují autoři Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012, s. 374), kteří popisují výskyt tohoto nádoru nejčastěji mezi 50-75 lety věku ženy. Autoři Liščáková a Majtás (2004, s. 5) udávají podle svého výzkumu o něco nižší průměrný věk, a to 52,5 let.

Nejčastější dosažené vzdělání respondentek je střední vzdělání, bez maturity. Celkem takto odpovědělo 47 % respondentek. Následovalo střední vzdělání s maturitou, které uvedlo 32% respondentek. Vzdělání základní a vysokoškolské bylo uvedeno u respondentek s nádorem vaječníku v menší míře. Domníváme se, že dosažené vzdělání nemá žádný vliv na výskyt karcinomu ovaria.

Na otázku zjišťující přidružené onemocnění žen respondentky nejčastěji odpověděly, že trpí vysokým krevním tlakem. Celkem takto odpovědělo 41 % respondentek. Podle autora Mandovce (2008, s. 27) je vysoký krevní tlak u žen po období menopauzy častější než výskyt

ve stejném věku u mužů. Po 70. roce života je výskyt vysokého tlaku u žen kolem 80-90 %. Další zjištěná nejčastější přidružená onemocnění, která jsou uvedena v Obrázku 4, potvrzují zjištění autorů Liščákové a Majtáse (2004, s. 9). Tito autoři uvádějí, že mezi nejčastější přidružené nemoci u karcinomu ovaria patří kardiovaskulární choroby a diabetes mellitus, kterým trpí 15% dotazovaných žen.

Celkem 3 respondentky uvedly, že se léčí ještě na jiné nádorové onemocnění. Dvě z nich se léčí s rakovinou prsu a jedna žena se léčí s karcinomem střeva. Domníváme se, že tyto ženy mohou mít pozitivní některý z genů, který způsobuje nádor ovarií. A jak popisuje autorka Foretová (2006, s. 10), pozitivita některého z těchto genů se může podílet i na jiném nádorovém onemocnění. Například způsobuje nádor prsu, žaludku, nebo tlustého střeva.

Autoři Novotný a Vítek (2012, s. 322) uvádějí, že vyšší riziko onemocnění karcinomem ovarií může být zapříčiněno některými benigními nemocemi klientek. Nejčastěji se jedná o endometriózu. Toto přidružené onemocnění uvedla i jedna z dotazovaných respondentek.

Při hodnocení jednotlivých dimenzí bylo nejvíce ovlivněno celkové zdraví, vitalita a fyzické omezení. Naopak nejméně zasaženou dimenzí je oblast emoční. Tento výsledek nás velmi překvapil. Očekávali jsme, že ženy s karcinomem vaječníku budou mít emocionální potíže. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že respondentky byly v době vyplňování dotazníku s onemocněním již vyrovnané, anebo byly plny pozitivního a optimistického myšlení. Naši domněnku potvrzují i kladné odpovědi respondentek na doplňující otázku č. 2, které jsou uvedeny v Tabulce 11. Hodnoty dimenze emocí mohly být také ovlivněny zlepšujícím se zdravotním stavem klientky, například dobrými výsledky hodnot hladiny nádorových markerů.

Slovenští autoři Liščáková a Majtás (2004, s. 5) se také zabývali hodnocením kvality života u žen s karcinomem ovarií. Na rozdíl od našeho výzkumu zkoumali kvalitu života pomocí dotazníku EORTC QLQ - C30 v období před, v průběhu a po ukončení chemoterapie. Výzkum zjistili rozdílné hodnoty kvality života u jednotlivých dotazovaných žen, které si autoři vysvětlují prostřednictvím nižšího výskytu nežádoucích účinků léčby a lepším bezpečnostním profilem podávaných léků. Výsledky studie ukazují, že po léčení chemoterapií došlo k statisticky významnému zlepšení všech sledovaných aspektů kvality života (Liščáková a Majtás, 2004, s. 14).

V dimenzi fyzického fungování byly respondentky nejčastěji silně omezeny v náročných činnostech, kterými jsou běh, aktivní sportování a zvedání těžkých břemen. V těchto činnostech bylo omezeno 65 % dotazovaných žen. Druhou častou činností, která ženy po operaci omezovala, je chůze delší než 1 kilometr. Celkem tato činnost omezila 36 % respondentek. Myslíme si, že tyto činnosti mohl negativně ovlivnit vyšší věk dotazovaných

žen a s ním spojená celková nižší fyzická zdatnost. Fyzická kondice však není stanovena jako náš výzkumný problém, ale mohla by být námětem pro zkoumání v dalších studiích.

V dimenzi omezení rolí z důvodu fyzických obtíží byly odpovědi respondentek téměř vyrovnané. Celkem 50 % žen muselo zkrátit dobu věnovanou práci nebo jiným činnostem z důvodu tělesného stavu zdraví. Následný pokles činnosti uvedlo 41 % respondentek, ty udělaly méně, než zamýšlely. Tělesný stav zdraví ovlivnil u 53 % žen po operaci i činnosti, které mohly udělat. Klientky měly také v 56 % problémy s provedením některých činností. Toto zjištění potvrzují i některé odpovědi respondentek na doplňující otázky dotazníku.

Při hodnocení dimenze tělesná bolest jsme došli k výsledkům, že nejvíce respondentek pociťovalo ve 29 % mírné bolesti a 21 % středně těžké bolesti. Ve 23 % dotazované ženy uvedly, že neměly žádné bolesti. Toto zjištění si vysvětlujeme tím, že většina žen nebyla v nedávné době po operaci a netrpěla tedy akutní pooperační bolestí. Ve 29 % byla obvyklá činnost u respondentek málo ovlivněna bolestí.

V dimenzi celkového zdraví se hodnotila otázka, jak se ženy cítí po své zdravotní stránce. Nejvíce respondentek se cítí dobře, celkem 56 % žen. Podle odpovědí žen také často vnímají své zdraví jako přijatelné nebo špatné.

Respondentky hodnotily v dimenzi vitality svoje pocity v posledních 4 týdnech. Nejčastěji ženy cítily občasný pocit elánu a nadšení, stejně často prožívaly ženy i pocit nabitosti energií.

Dimenze sociální fungování hodnotila vliv tělesných a duševních problémů při kontaktu s rodinou či příbuznými. U 35 % respondentek nedošlo k omezení tělesným nebo zdravotním stavem při kontaktu s rodinou a nejbližšími. Pokud k omezení došlo, ovlivnilo společenskou aktivitu u 29 % respondentek.

Dimenze omezení rolí z důvodu emočních potíží byla jednou z nejméně ovlivněných dimenzí. Z toho vyplývá, že respondentky ve většině případů odpověděly, že citové ani duševní problémy nezpůsobily, že by musely zkrátit dobu věnovanou práci nebo jiným činnostem. Také z odpovědí vyplývá, že emoční potíže žen měly minimální vliv na vykonávání činností.

Poslední hodnocenou dimenzí je duševní zdraví. Podle nejčastějších odpovědí respondentek pociťovaly ženy velkou nervozitu zřídka, stejně tak byl hodnocen i pocit sklíčenosti a smutku. Naopak, skoro polovina dotazovaných žen uvedla, že nikdy netrpěla těžkou depresí. Tento výsledek nás velmi překvapil.

Při hodnocení doplňující otázky č. 1 se 59 % respondentek shodlo na tom, že kvalitu jejich života nejvíce ovlivnila operace. Podle autorů Vorlíčka, Abrahámové a Vorlíčkové (2012, s. 86) je důležité si uvědomit, že podstoupení chirurgického výkonu je jednou z nejvíce stresujících situací v životě člověka. Podle autorů Pilky a Procházky (2012, s. 149),

gynekologické operace přináší ženám často obavy o přežití, tělesné zdraví a o jejich ženství. Operace také zasahuje do sexuálního života, do délky rehabilitace a návratu do normálního života a celé řady dalších problémů. Tři respondentky uvedly, že pro ně bylo nejtěžší období před operací, kdy prožívaly veliký strach. Chemoterapie ovlivnila kvalitu života u 9 žen a byla to druhá nejčastější odpověď na doplňující otázku č. 1.

U jedné respondentky byla kvalita života nejvíce ovlivněna stomií. Podle Angenendta a kol. (2010, s. 171) může v některých případech při pokročilém karcinomu ovaríí dojít k tomu, že je nutné vytvořit umělý střevní vývod. Myslíme si, že tyto ženy se mohou cítit méněcenně, jsou omezeny v některých činnostech a tím může být ovlivněna kvalita jejich života. Pro tyto ženy může být velmi těžké vyrovnat se se sexualitou ve spojitosti s umělým střevním vývodem a také jejich ztráta vlastní kontroly při defekaci. Střevní stomie může trvale poškodit vnímání vlastní hodnoty sebe sama (Angenendt a kol., 2010, s. 171). Výše uvedené výroky potvrzuje i odpověď respondentky na doplňující otázku dotazníku č. 2, kde dotazovaná žena uvedla: „*Stomie mě izolovala od blízkého okolí. Stydím se za ní.*“

Myslíme si, že u žen s nádorovým onemocněním vaječníků je velmi ovlivněna psychická oblast, i když podle výsledků dotazníku SF-36 byly dimenze duševního zdraví a dimenze omezení rolí z důvodů emočních potíží ovlivněny minimálně. Naši domněnku potvrzují odpovědi respondentek, které jsou uvedené v Tabulce 11. Celkem 21 % respondentek uvedlo, že má strach a obavy z recidivy nemoci. U 12 % respondentek byla uvedena odpověď týkající se ovlivnění jejich sebevědomí. Tento fakt potvrzují například i následující autoři: odborník Angenendt a kol. (2010, s. 163) uvádějí, že během léčby zhoubného nádoru vaječníků dochází k tomu, že mnoho žen trpí pocitem ztráty tělesné atraktivity a poškozením obrazu sebe samé. Podle Dienstbiera a Stáhalové (2012, s. 94), nemoc navenek klientky obvykle příliš nezmění, ale duševní trauma bude dlouho přetrvávat. Nemoc a nádorové onemocnění jsou převážně psychosomatické onemocnění.

Jedna dotazovaná žena uvedla jako odpověď na doplňující otázku č. 2: „*Po operaci mám pocit, že mi v těle něco chybí.*“ Podle autora Angenendta a kol. (2010, s. 148), ženy se mohou po operaci cítit jako „neúplné ženy“, jelikož tyto vnitřní pohlavní orgány jsou vědomě či nevědomě spojovány s ženstvím a plodností.

Podle definice Elisabeth Kübler-Rossové, prochází ženy s tímto závažným onemocněním jednotlivými fázemi psychické odezvy. Jedná se o šok, negaci, depresi, oddalování a vyrovnávání se s faktem závažné nemoci bez negativních emocí (Roztočil a kol., 2011, s. 460). Každá žena podle nás prožívá jednotlivé fáze jinak. Vliv na pocity žen po operaci nádoru vaječníků může ovlivňovat rodina, okolní společnost, délka pooperačního období nebo

třeba čekání na výsledky vyšetření. Domníváme se, že psychiku ženy mohou také narušit zkreslené mediální informace, například ne odborné články na internetu.

Například jedna respondentka popisuje svoje emoce takto: „*Nejhorší byl ten první šok, kdy mi lékař sdělil, že mám rakovinu. To jsem pořád jen brečela. Teď už to беру jako fakt a myslím, že s tím už dokážu bojovat.*“ Jako příklad vyrovnání se s touto závažnou nemocí uvádím odpověď jiné dotazované ženy, která uvedla: „*V této době jsem již se vším vyrovnaná.*“ Fázi smíření popsala další respondentka takto: „*Operace, která mi nedovoluje dělat věci, které jsem byla zvyklá dělat. Nepřipouštím si to. Zvykám si s tím žít.*“

Podle Angenendta a kol. (2010, s. 150) dochází při odstranění obou vaječníků u žen, které pravidelně menstruovaly, k náhlé prudké ztrátě hladiny hormonů produkovaných vaječnícemi a k následné umělé menopauze. Tuto skutečnost potvrzuje i jedna z dotazovaných respondentek, která uvedla: „*Po operaci dělohy a vaječníků mám pocit, že jsem zestárla o 100 let. Je mi 42 let a stále bojuji s návaly horka a nesnesitelného pocení.*“

**Výzkumná otázka č. 1:** V jaké míře omezovaly fyzické a emocionální problémy klientky ve společenském životě?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, v jaké míře omezovaly fyzické a emocionální problémy ve společenském životě klientky po operaci zhoubného nádoru ovarií.

Při testování hypotéz jsme došli k závěru, že existuje statisticky významná závislost mezi ovlivněním fyzické a psychické složky při běžných činnostech. To znamená, že ženy po operaci zhoubného nádoru ovarií udávají vyšší hodnoty u dimenze omezení role z důvodu emočních potíží. Odpověď na výzkumnou otázku zní, fyzické obtíže omezovaly klientky po operaci více, než emocionální potíže.

Tento výsledek může být ovlivněn kvalitou poskytované péče ve zdravotnických zařízeních a rodinou, která ženám s tímto onemocněním dodává sílu a optimismus.

**Výzkumná otázka č. 2:** Jaké činnosti nejvíce omezují klientky po operaci?

Ve druhé výzkumné otázce byly sledovány činnosti, které nejvíce omezují klientky po operaci zhoubného nádoru ovarií. První zkoumanou činností byly náročné činnosti, do kterých patří běh, zvedání těžkých břemen nebo aktivní sportování. Druhou zkoumanou činností byla chůze do několika pater po schodech.

Při testování hypotéz jsme došli k závěru, že existuje statisticky významná závislost mezi provedením náročné činnosti a chůzí do několika pater po schodech.

Ženy po operaci zhoubného nádoru ovarií udávají vyšší hodnoty u činnosti vyjít několik pater po schodech. Odpověď na výzkumnou otázku je, že náročné činnosti komplikují nebo

ztěžují život ženám po operaci karcinomu ovarií více než činnost chůze několik pater do schodů.

Myslíme si, že odpovědi na tuto otázku jsou dané vyšším věkem klientek, kdy už ženy nemají takovou vitalitu jako v mladším věku a vyšší únavou po operačním zákroku či jiné léčbě.

### **Výzkumná otázka č. 3:** Jak ovlivňuje bolest po operaci kvalitu života žen?

Ve třetí výzkumné otázce jsme hodnotili vliv bolesti po operaci na kvalitu života žen.

Při testování hypotézy jsme došli k závěru, že existuje statisticky významná závislost mezi provedenými činnostmi u klientek se žádnou až mírnou bolestí a střední až velmi silnou bolestí.

Dotazované ženy, které udávají žádnou, velmi slabou a mírnou bolest, mají bolesti méně ovlivněné běžné každodenní činnosti oproti ženám s vyšším subjektivním hodnocením.

Na závěr diskuze musíme poznamenat, že všechny zkoumané aspekty, které zahrnovaly hodnocení různých faktorů z psycho-sociální oblasti žen se zhoubným nádorem ovarií, výrazně ovlivňují kvalitu jejich života. Do jaké míry dochází k ovlivnění jejich kvality života, to záleží na uspořádání hodnotového žebříčku, individuálně u každé ženy.

Jak již bylo uvedeno v kapitole 3.3, ze statistik vyplývá, že výskyt nádoru ovarií mírně stoupá. Vezmeme-li v úvahu stárnutí populace, nárůst nadváhy a obezity, odkládání mateřství do vyššího věku a vliv dalších rizikových faktorů, můžeme předpokládat, že incidence zhoubného nádoru bude v České republice dále stoupat. A proto je velmi důležité problematiku zhoubného nádoru ovarií nepodceňovat a dále zkoumat.

## 9 Závěr

Na počátku práce jsme si stanovili cíle diplomové práce. Konkrétně jeden hlavní cíl a tři dílčí cíle. Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem karcinom vaječníků ovlivňuje kvalitu života žen.

Stanovené dílčí cíle úzce souvisí s hlavním cílem. První dílčí cíl má za úkol teoreticky zmapovat problematiku zhoubného onemocnění ovarií. Druhý dílčí cíl má zhodnotit kvalitu života žen po operaci zhoubného nádoru vaječníků. Veškeré potřebné informace ke splnění tohoto cíle jsme zjistili pomocí standardizované verze dotazníku SF-36, který odráží subjektivně vnímanou kvalitu života. Poslední dílčí cíl měl zjistit, jak vnímají kvalitu života samy ženy po operaci nádoru vaječníků. Potřebná data byla získána prostřednictvím doplňujících otázek. Jednotlivé cíle byly splněny. Dotazníkovým šetřením jsme zjistili všechny potřebné informace ke zpracování a následné interpretaci výsledků v závěrečné práci.

V diplomové práci jsme usilovali o analýzu kvality života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií. Největší změnou v kvalitě života žen je ovlivnění dimenze vitality, celkového zdraví a omezení rolí z důvodu fyzických obtíží. Podle vyjádření samotných respondentek byla kvalita života nejčastěji ovlivněna samotnou operací.

Přínos této práce vidíme v tom, že může sloužit k lepšímu porozumění klientek, které trpí tímto závažným nádorovým onemocněním.

Závěry studie mohou sloužit jako inspirace pro další zkoumání v této oblasti. Během výzkumu se objevilo mnoho zajímavých témat, avšak snaha je pojmout byla nad možnosti výzkumného šetření. Návrh pro navazující výzkum je kromě rozšíření zkoumání, zaměřením se na ženy v reprodukčním věku a na problematiku náhradního mateřství.

Na závěr tedy stanovujeme vlastní návrh doporučení pro praxi pro porodní asistentky a perioperační sestry. Doufáme, že toto doporučení a zároveň i celá diplomová práce bude inspirací pro studentky oboru porodní asistence, perioperační péče v gynekologii a porodnictví a případně i pro jiné zdravotnické pracovníky.

Porodní asistentky a sestry v perioperační péči by měly poskytovat klientkám informace podle toho, v jaké fázi léčby se nachází. Pokud se ženy nachází na počátku léčby zhoubné nemoci, je velmi důležité zaměřit se na podrobné vysvětlení nemoci a možnosti léčby, případně ženy seznámit s novými trendy v léčbě.

Nejenom porodní asistentky a perioperační sestry, ale i celý zdravotnický personál by se měl ke klientkám s karcinomem ovarií chovat empaticky a vytvářet přátelské prostředí ve zdravotnickém zařízení. Protože toto onemocnění výrazně zasahuje do intimity ženy.

Dalším úkolem perioperační sestry a porodní asistentky v nemocničním zařízení je zajištění adekvátní spolupráce s ostatními specializovanými odborníky, především s fyzioterapeuty. Rehabilitace, která je zahajována již v prvních dnech po operaci, je nejvýznamnějším prvkem, který vede ke snížení pozdějších následků nemoci a zvyšuje kvalitu života.



## Použitá literatura

1. ANGENENDT, Gabriele a kol. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-807-3677-817.
2. ARNDT, Tomáš. Fytoestrogeny. In: *CELOSTNIMEDICINA.CZ: Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny* [online]. 2010 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/fytoestrogeny.htm>
3. BECK, Thomas. NEURALTHERAPIE nach HUNEKE und ASLAN: Schemmerztherapie, Antiaging und Selbstheilung. In: *DR. DR. MED. THOMAS BECK: NATURHEILKUNDLICHE PRIVATPRAXIS* [online]. 2013 [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.beckdoc.de/neuraltherapie/>
4. BUDÍKOVÁ, Marie, Maria KRÁLOVÁ a Bohumil MAROŠ. *Průvodce základními statistickými metodami*. 1. vyd. Praha, 2010, 272 s. ISBN 978-80-247-3243-5.
5. COLOMBO, N. a kol. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. In: *Annals of Oncology* [online]. 2012-09-20, vol. 23, supplement 7, vii20-vii26 [cit. 2014-03-02]. DOI: 10.1093/annonc/mds223. Dostupné z: [http://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl\\_7/vii20.full.pdf+html](http://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii20.full.pdf+html)
6. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada, 2006, 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
7. DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ. *Onkologie pro laiky*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Liga proti rakovině, 2012, 127 s. ISBN 978-80-86031-65-1X.
8. FORETOVÁ, Lenka. *Dědičnost jako rizikový faktor pro vznik nádorů*. 3. vyd. Praha: Masarykův onkologický ústav, 2006, 20 s. ISBN 978-802-3876-192.
9. FINGEROVÁ, Helena, Pavla PETROVÁ a Miloslav TALAŠ. *Imunoanalytická vyšetření v porodnictví a gynekologii*. 2., rozš. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 63 s. ISBN 80-706-7464-4.
10. GEBRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN. Léčba pooperační bolesti. In: *Solen medical education: Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc, 2012, roč. 2012, č. 1, 23-25 s. [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>

11. GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2011, 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
12. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-802-4736-259.
13. HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 232 s., [4] s. obr. příl. ISBN 80-247-0834-5.
14. CHOVANEC, Josef. Karcinom ovaria. In: *Zdraví E15: Postgraduální medicína* [online]. 2012 [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/karcinom-ovaria-467520>
15. CHOVANEC, Josef. *Současný stav cílené - biologické léčby karcinomu ovaria*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2013, 2 s.
16. KOHOUTEK, Rudolf. Dotazník jako průzkumná metoda. In: *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2010 [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>
17. KONOPASKOVÁ, Iveta. Bylo by náhradní (surogátní) mateřství i pro vás?. In: *Fertilomat* [online]. 2014 [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://fertilomat.com/cs/plodnost-nahradni-surogatni-materstvi>
18. KOUTNÁ, Zdeňka. Hysterektomie neboli odstranění dělohy. In: *Zdraví E15: Sestra* [online]. 2012 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hysterektomie-neboli-odstraneni-delohy-465159>
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-802-4727-134.
20. LIŠČÁKOVÁ, A. a J. MAJTÁS. Quality of life in chemotherapy of ovarian cancer. IN: *ACTA FACULTATIS PHARMACEUTICAE UNIVERSITATIS COMENIANAE* [online]. 2004, 16 s. [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: [http://www.fpharm.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/admin/Acta\\_facultatis/Tomus\\_LI/18\\_-\\_Liscakova\\_A\\_-\\_Majtas\\_J.pdf](http://www.fpharm.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Acta_facultatis/Tomus_LI/18_-_Liscakova_A_-_Majtas_J.pdf)
21. MANDOVEC, Antonín. *Kardiovaskulární choroby u žen*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 128 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4728-070.
22. MAREŠ, Jiří. *DOTAZNÍK O ZDRAVÍ (SF - 36)*. česká verze 3.0. Medical Outcomes Trust. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 1997, 2 s.

23. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II: aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2006, 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
24. MOUKOVÁ, Lucie. Nádory vaječníků. In: *MOÚ: Masarykův onkologický ústav* [online]. 2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/nadory-vajecniku/t2031>
25. NĚMEC, F. a kol. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. In: *ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE ČECHOSLOVACA* [online]. Brno: Česká společnost pro ortopedii a traumatologii a Slovenská ortopedická a traumatologická spoločnosť, 2009, roč. 76, č. 1, s. 20-24 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.achot.cz/detail.php?stat=237>
26. NOVOTNÝ, Jan a Zdeněk KLEIBL. *Dědičně podmíněná nádorová onemocnění prsu a vaječníků: genetické testování: jeho provedení a význam pro testované*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 23 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-725-4417-9.
27. NOVOTNÝ, Jan a Pavel VÍTEK. *Onkologie v klinické praxi: Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 531 s. ISBN 978-80-204-2663-5.
28. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 217 s. ISBN 978-802-4430-195.
29. RAND HEALTH. *36-Item Short Form Survey from the RAND Medical Outcomes Study: Scoring Instructions for MOS 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36)* [online]. 2009 [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: [http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys\\_tools/mos/mos\\_core\\_36item\\_scoring.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_scoring.pdf)
30. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-802-4728-322.
31. SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 148 s. ISBN 80-247-1306-3.
32. SLOVÁČEK, Ladislav a Birgita SLOVÁČKOVÁ. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. In: *SOLEN: Paliativna medicína* [online]. 2012, roč. 2012, č. 01, 13-17 s. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5711&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711&magazine_id=13)

33. SVOBODA, Bohuslav. Onkologie a porodnictví. In: *SANQUIS: Zdraví život je umění* [online]. 2009, roč. 2009, dvojčíslo 72 a 73, 72-73 s. [cit. 2014-03-02]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=txt221>
34. TURKOVÁ, Zuzana. *Gynekologie: učebnice pro zdravotní školy*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2004, 116 s. ISBN 80-864-3274-2.
35. VODVÁŘKA, Pavel. *Podpůrná léčba v onkologii 2003: Podpora výživy, léčba komplikací chemoterapie, bolest, kvalita života, genetika*. Praha: Galén, 2004, 224 s. ISBN 80-726-2264-1.
36. VORLÍČEK, Jiří. *Chemoterapie a vy: rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5., přeprac. a dopl. vyd., 2. vyd. [v] Medical Tribune CZ. Praha: Masarykův onkologický ústav Brno ve spolupráci se společností Teva Pharmaceuticals ČR a s nakl. Medical Tribune CZ, 2013, 35 s. ISBN 978-80-87135-51-8. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/brozury/13.pdf>
37. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-802-4737-423.
38. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-802-4732-565.
39. ZVOLSKÝ, Miroslav. Incidence zhoubných novotvarů v ČR v roce 2010. In: *ÚZIS ČR: Aktuální informace č.5/2013* [online]. 2013, 11 s. [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: [http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CFEQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fai\\_2013\\_05.pdf&ei=cz4OU-eDEsnbsgbB-oCIBQ&usg=AFQjCNErFJI0LkU9lfPyMajMTZNt7V78wg&bvm=bv.61965928,d.Yms](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CFEQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fai_2013_05.pdf&ei=cz4OU-eDEsnbsgbB-oCIBQ&usg=AFQjCNErFJI0LkU9lfPyMajMTZNt7V78wg&bvm=bv.61965928,d.Yms)
40. ŽEMLIČKOVÁ, B. a Jan NOVOTNÝ. *Rakovina ovaria*. Praha: Liga proti rakovině, 2004, 16 s. ISBN 80-239-3598-4.

## **Seznam příloh**

**Příloha A:** Dotazník výzkumného šetření

**Příloha B:** Výška respondentek

**Příloha C:** Váha respondentek

**Příloha D:** Otázka Dotazníku SF-36 č. 2

## **Příloha A: Dotazník výzkumného šetření**

Dobrý den,

Jmenuji se Bc. Lucie Dítětová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky poté využiji ve své diplomové práci na téma „Kvalita života žen po operaci zhoubného nádoru ovarií“. Dotazník je zcela anonymní a je zaměřen na získání informací od relevantních respondentek, které budou využity pouze pro mé studijní účely.

Vyplnění dotazníku zabere přibližně 10 minut.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu

Bc. Lucie Dítětová

# DOTAZNÍK O ZDRAVÍ (SF-36)

© Medical Outcomes Trust, USA 1992

© Translation: J. Mareš, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, česká verze 3.0 (1997)

*Dotazník má shromáždit Vaše pocity a názory na Vaš zdravotní stav a tak umožnit posoudit kvalitu Vašeho života. Dotazník je anonymní. Datum zápisu prosíme vyplnit. Na každou otázku odpovídejte **zakroužkováním číslice u příslušné odpovědi, která se nejvíce blíží Vašemu vnímání vlastní situace. Zakroužkujte vždy pouze jednu odpověď.***

---

**Ukončený věk** .....

**Dosažené vzdělání**      základní 1      vyučena 2      střední s maturitou 3      vysokoškolské 4

**Výška** .....      **Hmotnost** .....

**Kouříte?** ano 1    bývalý 2    nekuřák 3      **Vypište nemoci, se kterými se léčíte:**

---

*Nyní už můžete začít s odpovídáním. Pokud se spletete, nevadí. Přeskrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.*

1. Jak se celkově cítíte po zdravotní stránce?

výborně	1
velmi dobře	2
dobře	3
příjemně	4
špatně	5

2. Pokuste se porovnat svůj současný zdravotní stav s tím, jak jste se cítila před rokem.

výrazně lepší než před rokem	1
o něco lepší než před rokem	2
asi stejný jako před rokem	3
o něco horší než před rokem	4
výrazně horší než před rokem	5

3. Další dotazy se týkají činností, které asi vykonáváte v průběhu obyčejného dne. Komplikuje nebo ztěžuje Vám zdravotní stav vykonávání těchto činností? Jestliže ano, jak moc?

	ANO silně omezuje	ANO mírně omezuje	NE vůbec neomezuje
a) náročné činnosti jako jsou běh, zvedání těžkých břemen, aktivní sportování	1	2	3
b) středně náročné činnosti, jako jsou přenesení stolu, vysávání, lehké sporty	1	2	3
c) dojít si pěšky (nebo dojet) na nákup	1	2	3
d) vyjít několik pater po schodech	1	2	3
e) vyjít jedno patro po schodech	1	2	3
f) ohnout se, kleknout si, zvednout se ze země	1	2	3
g) chůze delší než 1 kilometr	1	2	3
h) chůze asi půl kilometru	1	2	3
i) chůze asi 100 metrů	1	2	3
j) sama se umýt a obléknout	1	2	3

4. Měla jste během **posledních 4 týdnů** některé z níže uvedených problémů (v práci nebo v jiných každodenních činnostech), které byly způsobeny Vaším tělesným stavem zdraví?

	ANO	NE
a) musela jste zkrátit dobu věnovanou práci nebo jiným činnostem	1	2
b) udělala jste toho méně, než jste zamýšlela	1	2
c) mohla jste udělat jen určité věci	1	2
d) měla jste potíže se samotným provedením činností (např. musela jste vynaložit mimořádné úsilí)	1	2

5. Měla jste během **posledních 4 týdnů** při práci nebo při běžných každodenních činnostech některé z níže uvedených potíží, které byly způsobeny Vašimi citovými, duševními problémy (např. pocity úzkosti, deprese)?

	ANO	NE
a) musela jste zkrátit dobu věnovanou práci nebo jiným činnostem	1	2
b) udělala jste toho méně, než jste zamýšlela	1	2
c) nemohla jste vykonávat práci nebo jiné činnosti tak pečlivě jak jindy	1	2

6. Do jaké míry omezovaly Vaše tělesné nebo duševní problémy během **posledních 4 týdnů** Vaše obvyklé jednání se členy rodiny, s přáteli, se sousedy nebo s jinými skupinami lidí?

vůbec ne	1
málo	2
středně	3
hodně	4
mimořádně	5

7. Jaké tělesné bolesti jste měla během posledních 4 týdnů?

žádné	1
velmi slabé	2
mírné	3
středně těžké	4
silné	5
velmi silné	6

8. Jak hodně ovlivňovala v **posledních 4 týdnech** bolest Vaši obvyklou činnost (ať už doma nebo mimo domov)?

vůbec ne	1
málo	2
středně	3
hodně	4
mimořádně	5

9. Níže uvedené otázky zjišťují, jak jste se cítila a jak se Vám dařilo během **posledních 4 týdnů**. U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš způsob prožívání událostí. Jakou dobu jste měla během **posledních 4 týdnů** pocít ...

	stále	po většinu doby	často	občas	zřídka	nikdy
a) elánu, nadšení	1	2	3	4	5	6
b) velké nervozity	1	2	3	4	5	6
c) těžké deprese, že Vás nic nemohlo potěšit	1	2	3	4	5	6
d) klidu a pohody	1	2	3	4	5	6
e) nabitosti energií	1	2	3	4	5	6
f) sklíčenosti, smutku	1	2	3	4	5	6
g) vyčerpanosti	1	2	3	4	5	6
h) štěstí	1	2	3	4	5	6
i) únavy	1	2	3	4	5	6



10. Jak často v posledních 4 týdnech Vaše tělesné zdraví nebo psychické problémy ovlivňovaly Vaši společenskou aktivitu, např. návštěvu přátel, příbuzných apod.?

stále	1
většinu času	2
občas	3
zřídka	4
nikdy	5

11. Nakolik je pro Vás pravdivé nebo nesprávné každé z níže uvedených tvrzení?

	rozhodně ano	spíše ano	těžko říci	spíše ne	rozhodně ne
a) zdá se mi, že onemocním snadněji, než jiní lidé	1	2	3	4	5
b) jsem stejně zdravá jako kdokoli, koho znám	1	2	3	4	5
c) očekávám, že se moje zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d) mám výborné zdraví	1	2	3	4	5

*Datum:*

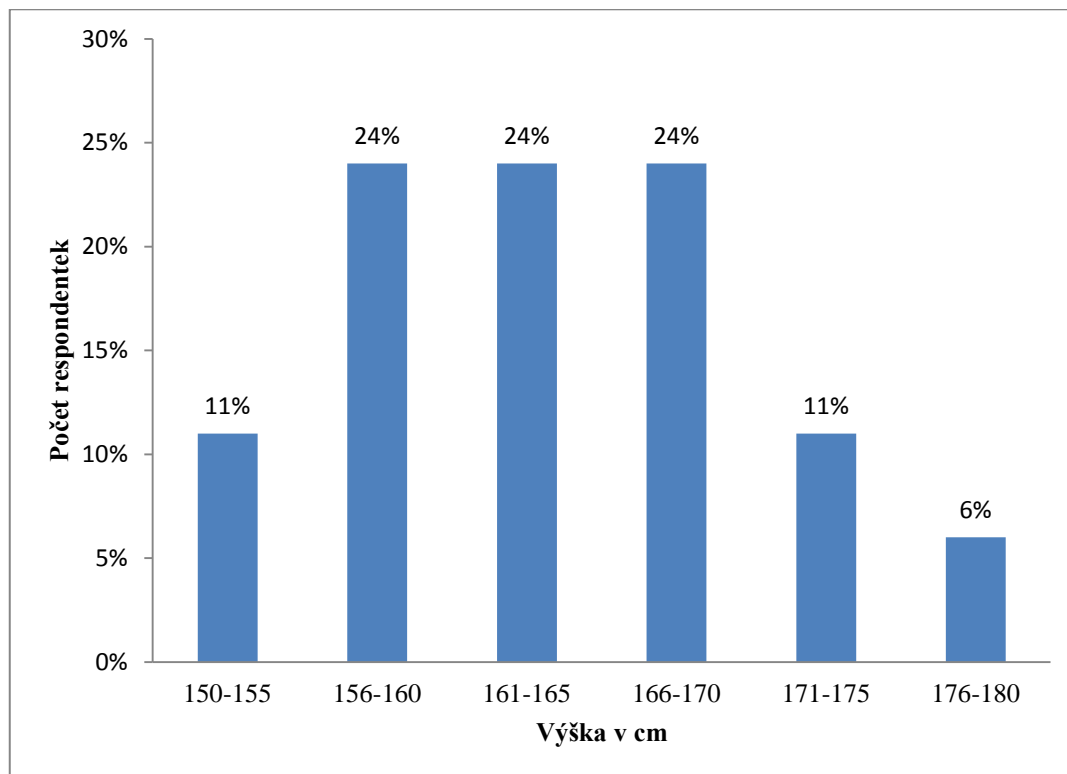
Doplňující otázky dotazníku:

1. Co nejvíce ovlivnilo Vaši kvalitu života v průběhu nemoci?

2. Popište, jak nemoc a léčba zasahují do Vašeho osobního života?

## Příloha B: Výška respondentek

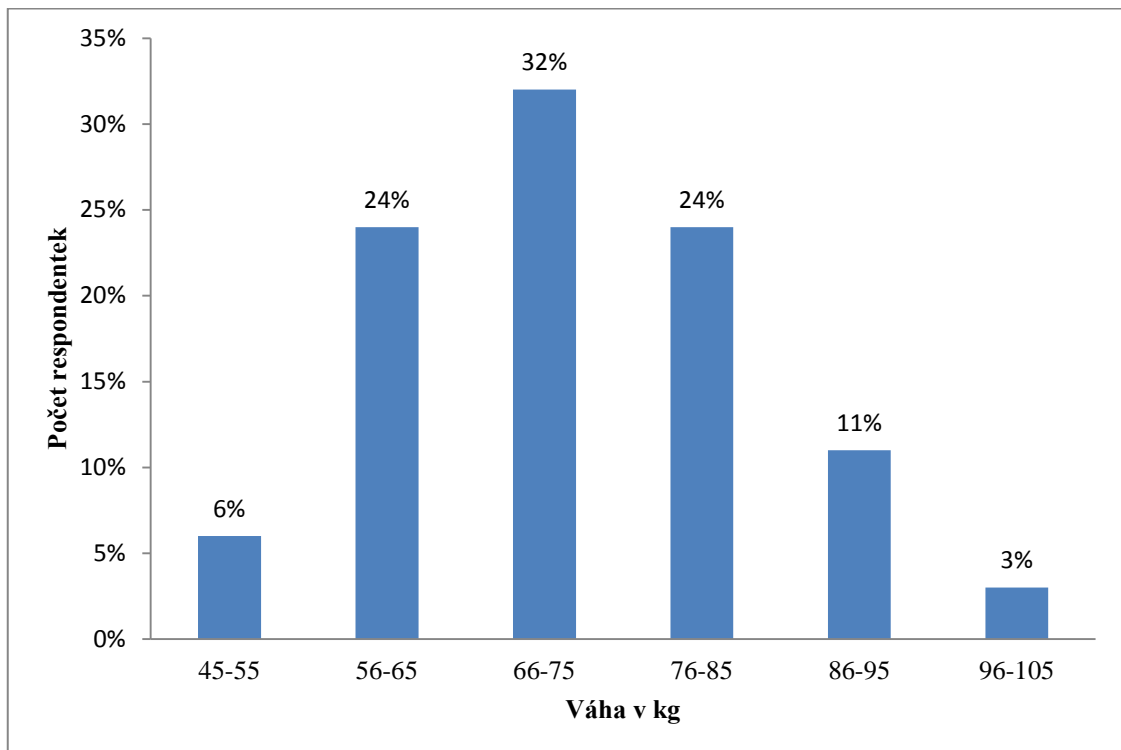
Podle níže uvedeného grafu (viz Obrázek 27) vyplývá, že respondentky mají průměrnou výšku v rozmezí výšky 156-170 cm.



Obrázek 27 Výška respondentek

## Příloha C: Váha respondentek

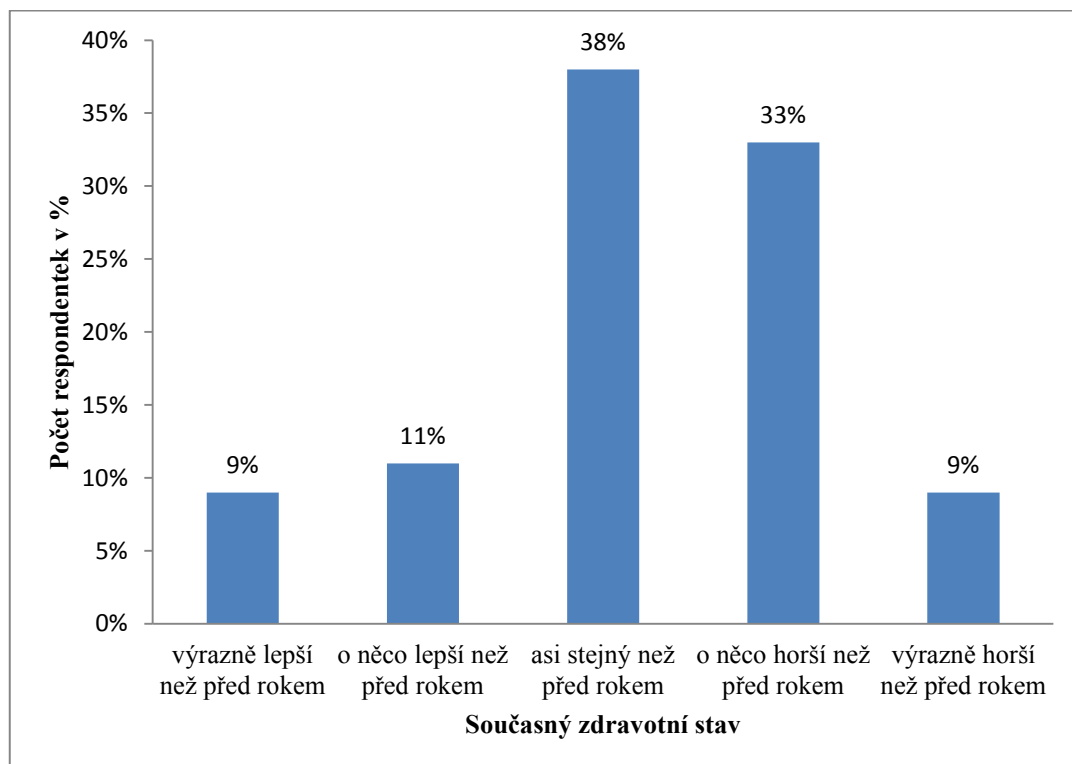
Průměrná váha respondentek je 74 kg. Nejvíce dotazovaných žen je zastoupeno ve váhové kategorii 66-75 kg. Celkem je v tomto váhovém rozmezí 11 (32 %) respondentek (viz Obrázek 28).



Obrázek 28 Váha respondentek

## Příloha D: Otázka Dotazníku SF-36 č. 2

Z níže uvedeného grafu vyplývá, že celkem 13 (38 %) respondentek vnímá svůj současný zdravotní stav stejně jako před rokem. Konkrétně 14 (42 %) dotazovaných žen zhodnotilo svůj stav zdraví horší v porovnání se stavem před rokem.



Obrázek 29 Otázka Dotazníku SF-36 č. 2