

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Adéla Jansová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života patientek s karcinomem prsu ve vyšším věku

Diplomová práce

2023

Bc. Adéla Jansová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Adéla Jansová**
Osobní číslo: **Z21485**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Kvalita života u pacientek s karcinomem prsu ve vyšším věku**
Téma práce anglicky: **Quality of life in older breast cancer patients**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka. 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2055-0.
- GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3270-1.
- SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-3242-3.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života u pacientek s karcinomem prsu ve vyšším věku jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25.4. 2023

Bc. Adéla Jansová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé závěrečné práce Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D., za odborné a trpělivé vedení, poskytnutí cenných rad, věnovaný čas a za vstřícný přístup. Poděkování také patří vedoucím pracovníkům vybraných nemocnic za umožnění výzkumu a respondentům, kteří se účastnili výzkumného šetření, za jejich ochotu, čas a sdílení zkušeností.

V neposlední řadě, patří poděkování mé rodině a příteli za vytvoření prostoru a podmínek pro zpracování diplomové práce a za jejich podporu během celého studia.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života žen ve vyšším věku léčících se s karcinomem prsu. Práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a výzkumnou. Teoretická část popisuje stručně kvalitu života, karcinom prsu a jeho etiologii, klinický obraz, diagnostiku, prevenci, léčbu, nežádoucí účinky léčby, zvládání psychické zátěže, jež toto onemocnění obnáší, specifika péče o pacientky s karcinomem prsu, potřeby onkologicky nemocných a několik ošetrovatelských diagnóz týkajících se zmíněného onemocnění.

Výzkumné šetření je provedeno metodou kvantitativního výzkumu s využitím dotazníkového šetření, a to za použití standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a 11 otázek vlastní tvorby. Dále obsahuje analýzu dotazníkového šetření, na jehož základě bylo zjištěno, jaká je kvalita života žen léčících se s karcinomem prsu a jaké pocity ženy s touto diagnózou prožívají. Bylo zjištěno, že pacientky léčící se s karcinomem prsu hodnotí svou kvalitu života převážně jako dobrou (51 %), avšak i přes toto zjištění 58 % respondentek prožívá během léčby pocity deprese, úzkosti či smutku.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, karcinom prsu, WHOQOL-BREF, vyšší věk

TITLE

Quality of life in older breast cancer patients

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on the quality of life of older women with breast cancer. The work is divided into two parts, theoretical and analytical. The theoretical part briefly describes the quality of life, breast cancer and its etiology, clinical picture, diagnosis, prevention, treatment, adverse effects of treatment, specifics of care, needs of oncological patients and several nursing diagnoses related to the aforementioned disease.

The research is carried out quantitatively, using a standardized questionnaire survey WHOQOL-BREF with 11 questions of author's own design. It also contains an analysis of a questionnaire survey. The analysis shows how the quality of life of woman with the breast cancer is impaired and what feelings woman with this diagnosis experience. It was found that patients undergoing treatment for breast cancer rate their quality of life mainly as good (51 %), although 58 % of them still experiences depression, anxiety or sadness during the treatment.

KEYWORDS

Quality of life, breast cancer, WHOQOL-BREF, older age

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	14
Hlavní cíl.....	14
Dílčí cíle.....	14
Teoretická část	15
1 Kvalita života.....	15
1.1 Faktory ovlivňující kvalitu života	15
1.2 Kvalita života u onkologicky nemocných.....	16
1.3 Měření kvality života	16
1.4 Stáří	18
2 Karcinom prsu.....	20
2.1 Definice	20
2.2 Příčiny vzniku karcinomu	20
2.3 Klinický obraz karcinomu prsu	21
2.3.1 Výskyt psychiatrických symptomů.....	22
2.4 Diagnostika	22
2.5 Prevence	23
2.6 Léčba karcinomu prsu	24
2.6.1 Chirurgická léčba.....	24
2.6.2 Radioterapie	25
2.6.3 Chemoterapie	25
2.6.4 Biologická léčba	26
2.6.5 Hormonální léčba.....	26
2.7 Nežádoucí účinky léčby karcinomu prsu	26
3 Zvládání psychické zátěže	28
3.1 Sdělení pravdy.....	28

3.2	Komunikace s rodinou onkologicky nemocného	28
3.3	Následná psychická podpora	29
4	Potřeby onkologicky nemocných	30
4.1	Potřeby jistoty a bezpečí	30
4.2	Potřeby lásky a sounáležitosti	30
4.3	Potřeby sociální a spirituální	31
4.4	Bolest	31
5	Specifika péče u žen s karcinomem prsu	32
5.1	Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období	32
5.2	Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období	32
5.3	Ošetrovatelské diagnózy související s problematikou karcinomu prsu	34
	Výzkumná část	35
6	Metodika výzkumné části	36
6.1	Charakteristika výzkumného souboru	37
6.2	Způsob zpracování dat	38
7	Zpracování a vyhodnocení získaných dat	39
7.1	Zpracování standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF	39
7.1.1	Zhodnocení domén	48
7.2	Vyhodnocení dotazníku vlastní tvorby	53
7.3	Hypotéza č. 1	63
7.4	Hypotéza č. 2	67
8	Diskuze	70
9	Závěr	80
10	Použitá literatura	83
11	Přílohy	89

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Hodnocení kvality života.....	39
Tabulka 2: Hodnocení spokojenosti se zdravím	39
Tabulka 3: Míra bolesti bránicí v potřebné činnosti	40
Tabulka 4: Míra potřeby lékařské péče k fungování v každodenním životě	40
Tabulka 5: Míra radosti ze života	40
Tabulka 6: Míra smyslu života	41
Tabulka 7: Míra schopnosti soustředit se	41
Tabulka 8: Míra pocitu bezpečí v každodenním životě.....	41
Tabulka 9: Hodnocení prostředí, ve kterém respondentky žijí.....	42
Tabulka 10: Množství energie pro každodenní život.....	42
Tabulka 11: Míra akceptování tělesného vzhledu	42
Tabulka 12: Zhodnocení dostatku financí k uspokojení potřeb.....	43
Tabulka 13: Míra možnosti přístupu k informacím	43
Tabulka 14: Míra možnosti věnovat se zálibám	44
Tabulka 15: Míra možnosti pohybu.....	44
Tabulka 16: Míra spokojenosti se spánkem.....	44
Tabulka 17: Míra spokojenosti se schopností provádět běžné činnosti.....	45
Tabulka 18: Míra spokojenosti s pracovním výkonem.....	45
Tabulka 19: Míra spokojenosti s vlastní osobou	45
Tabulka 20: Míra spokojenosti s osobními vztahy	46
Tabulka 21: Míra spokojenosti se sexuálním životem.....	46
Tabulka 22: Míra spokojenosti s podporou přátel	46
Tabulka 23: Míra spokojenosti s podmínkami v místě pobytu.....	47
Tabulka 24: Míra spokojenosti s dostupností zdravotní péče.....	47
Tabulka 25: Míra spokojenosti s dopravou.....	47
Tabulka 26: Míra prožívání negativních pocitů.....	48
Tabulka 27: Průměrné hodnoty domény fyzické zdraví.....	49
Tabulka 28: Průměrné hodnoty domény prožívání.....	50
Tabulka 29: Průměrné hodnoty domény sociální vztahy.....	50
Tabulka 30: Průměrné hodnoty domény prostředí	51
Tabulka 31: Souhrnné vyhodnocení průměrných hodnot domén 1-4.....	52
Tabulka 32: Onemocnění karcinomem prsu a kvalita života žen.....	64

Tabulka 33: Výsledná tabulka Mann – Whitneyova testu.....	66
Tabulka 34: Pozorované četnosti.....	67
Tabulka 35: Očekávané (teoretické) četnosti.....	68

SEZNAM ILUSTRACÍ A OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Věkové rozpětí respondentek	53
Obrázek 2: Věk stanovení diagnózy karcinomu prsu	54
Obrázek 3: Pocity při zjištění diagnóze	55
Obrázek 4: Psychická podpora při zjištění diagnózy	56
Obrázek 5: Opakované zjištění diagnózy karcinomu prsu	57
Obrázek 6: Počet žen a jejich druh léčby	58
Obrázek 7: Podstoupení chirurgické operace	59
Obrázek 8: Pocity deprese, úzkosti či smutku	60
Obrázek 9: Oblasti omezení z důvodu karcinomu prsu	61
Obrázek 10: Pomoc při zvládnání náročné životní situace	62
Obrázek 11: Míra sebevědomí žen	63
Obrázek 12: Kategorizovaný histogram onemocnění karcinomem prsu a kvalitou života žen	65

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BRCA 1	gen 1 pro familiární karcinom prsu
BRCA 2	gen 2 pro familiární karcinom prsu
CEA	karcinoembryonální antigen
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiogram
et al.	a další
EORTC	Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny
EQ-5D	EuroQol Group
HRQOL	Health-Related Quality of Life
MMSE	Mini Mental State Examination (MMSE)
např.	například
NHP	Nottingham Health Profile
NOR	Národní onkologický registr
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
s.	strana
SIP	Sickness Impact Profile
SOPS	Slovenské onkopsychologické společnosti

SpO ₂	saturaci periferní krve kyslíkem
TNM	klasifikace zhoubných novotvarů
tzv.	takzvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VAS	Vizuální analogová stupnice
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Questionnaire
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF

ÚVOD

Definovat kvalitu života je poměrně složité a těžko uchopitelné. Existuje několik verzí definic, avšak žádná nebyla oficiálně přijata. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“ (NZIP, 2023).

V současné době se mění kvalita života, především tím, že se zdokonalují standardy péče a dochází např. k rozvoji nových léčiv a možnostem léčby. Kvalita života může být z velké části ovlivněna nemocí. Onkologické onemocnění, které je i předmětem zájmu této práce narušuje kvalitu života a pacienti tak prožívají pocity strachu a smutku. Kvalitu života však můžeme ovlivnit svým pohledem na něj, svou vyrovnaností a smířením se s tím, že některé věci změnit nemůžeme. Dle Vavříkové (2013) je nejdůležitější komponentou životní spokojenosti vnitřní nastavení člověka, a tedy naše pozitivní myšlení. Dále uvádí, že při výskytu životních krizích je potřeba nehlédat jen to nejhorší, ale uchopit tuto situaci jako šanci, která pomůže člověku růst (Vavříková, 2013).

Prsa jsou symbolem ženství a mateřství, a proto jakýkoli zásah či jejich onemocnění může být pro ženy velice náročné a zatěžující. V důsledku operačních výkonů, jež s sebou přináší toto onemocnění se ženy setkávají s narušeným obrazem těla. To se projevuje nespokojeností s vlastním tělem, s celistvostí vlastního těla, a i třeba s nespokojeností s operačními jizvami. Po chirurgické operaci je velmi důležitá psychologická podpora pacientek, jak od zdravotnického personálu, tak i ze strany rodiny (Brudná, 2017, s. 22-24).

Těžké období s sebou nese především proces léčení, kdy žena může přijít o své další symboly ženství, jako například ztráta vlasů v rámci chemoterapie. Karcinom prsu patří mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen. V roce 2018 bylo v České republice nově diagnostikováno celkem 7 182 případů, což je 133,1 na 100 000 žen. ÚZIS uvádí, že v mezinárodním srovnání incidence karcinomu prsu, stojí Česká republika v Evropě na 21. místě. Co se týká mortality, tak v roce 2018 v rámci onkologických diagnóz byl karcinom prsu určen jako 2. nejčastější příčina úmrtí. Věkové zastoupení u karcinomu prsu tvoří převážně skupina žen ve věku 60-74 let. Onemocnění je naštěstí zachyceno v časných stádiích, což ovlivňuje příznivou prognózu (ÚZIS, 2023).

Cílem diplomové práce, jak již napovídá název je, zjistit, jak ženy ve vyšším věku, které se léčí s karcinomem prsu hodnotí kvalitu svého života.

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma, je onemocnění mé tety právě karcinodem prsu. Bohužel i přesto, že podstoupila léčebný proces a na krátký čas byla vyléčena, onemocnění se vrátilo a rozšířilo se i na okolní orgány. Ve svých 57 letech minulého roku na toto onemocnění zemřela. Dalšími důvody zvoleného tématu je můj zájem o onkologickou tematiku, která postihuje především ženy a je tak hojně diskutovanou problematikou.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části bude definována kvalita života, problematika karcinomu prsu, potřeby onkologicky nemocných, zvládání náročné životní situace, specifika péče o pacientku s karcinodem prsu a několik ošetrovatelských diagnóz spjatých se zmíněným onemocněním. Ve výzkumné části bude zjišťována kvalita života žen s karcinodem prsu, jaký léčebný proces podstupují, co ženám pomáhá ve zvládání náročné životní situace a v jakých oblastech dochází k největšímu omezení. Těchto zjištění by mělo být dosaženo pomocí výzkumné techniky standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který se skládá z 26 otázek, k nimž autorka přidala 11 doplňujících otázek vlastní tvorby (viz. Příloha A).

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části je seznámit čtenáře s několika definicemi kvality života a faktory, jež ji ovlivňují. Popsat problematiku karcinomu prsu, včetně jeho psychického dopadu na pacientky trpící zmíněnou diagnózou. Shrnout specifika péče o pacientky s karcinomem prsu a nastínit několik ošetřovatelských diagnóz spjatých s tímto onemocněním.

Hlavní cíl

Zjistit, jak pacientky ve vyšším věku hodnotí vlastní kvalitu života, jež je ovlivněna onkologickým onemocněním prsu.

Dílčí cíle

1. Zjistit, jaká je kvalita života patientek léčících se s karcinomem prsu ve vyšším věku.
2. Zjistit, jaké pocity pacientky léčící se s karcinomem prsu prožívají a co jim pomáhá k zvládnutí této náročné životní situace.
3. Zjistit, zda patientkám léčících se s karcinomem prsu, byl v době zjištění diagnózy někdo oporou, či se snažily zvládnout situaci samy.
4. Zjistit, jaký léčebný proces u patientek léčících se s karcinomem prsu probíhal.
5. Zjistit, zda ženy, které trpí tímto onemocněním podruhé, mají nižší kvalitu života než ženy, které se setkaly s tímto onemocněním poprvé.
6. Zjistit, v jakých oblastech (při denních činnostech, ve společnosti apod.) dochází k hlavnímu omezení v důsledku karcinomu prsu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita je pojem na první pohled jednoduchý, při podrobnějším zkoumání však velmi komplexní. Kvalita znamená hodnotu a jakost. V současné době existuje několik definic kvality života, mluvíme tedy o ni jako o fenoménu s vysokou mírou složitosti. Diskutovaný pojem je pojmem multidimenzionálním, tzn. pojmem s mnoha významovými dimenzemi. Kvalita života je v posledních třiceti letech zkoumána v několika vědních oborech. I přesto daný pojem ani nadále nedisponuje akceptovanou definicí a zřetelným vymezením, stává se tak předmětem rozsáhlých rozprav bez jednoznačného pochopení (Gurková, 2011, s. 23).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako multidimenzionální koncept, který zahrnuje subjektivní vyhodnocení pozitivních a negativních faktorů života. Popisuje kvalitu života jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen jako prostou absenci nemoci či postižení“ (WHO, 2019).

Dle Národního zdravotnického informačního portálu je kvalita života „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“. Jen v onkologii lze nalézt více než 30 dostupných definic kvality života (Gurková, 2011, s. 90).

Heřmanová (2012) ve své knize zmiňuje, že kvalita života je přítomna ve dvou formách, a to v subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života se vztahuje k celkové spokojenosti s životem neboli kognitivním ohodnocením vlastního života a jeho emocionálním prožíváním. Objektivní stránku kvality života vyjadřují životní podmínky, kam patří zdravotní stav daného jedince. Heřmanová (2012) ve své knize uvádí, že hodnocení, zda je či není náš život kvalitní je založené na porovnávání našeho života s žádoucími vzory z okolí. Všechny definice mají jedno společné, a to, že kvalita života by měla obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince.

1.1 Faktory ovlivňující kvalitu života

Dvořáčková (2012) uvádí, že mezi nejvíce zdůrazňovaný (především u seniorské většiny) faktor ovlivňující kvalitu života patří zdraví. Kvůli rozdílnému vnímání faktorů, které fenomén kvality života ovlivňují, není možné vymezit všechny, které se podílejí na utváření kvality života. Faktorů, které mohou ovlivňovat kvalitu života může být mnoho, a to např. specifické faktory jako věk, pohlaví, rodinná situace, vzdělání, hodnotový žebříček jedince, kultura,

ekonomická situace apod. Dále existují vlivy, které působí přímo či nepřímo na lidský a společenský rozvoj jako např. zdravotní, sociální, ekonomické a enviromentální faktory.

Mezi faktory, které výrazně ovlivňují kvalitu života člověka zahrnujeme především:

- **Zdravotní stav** – zdraví nebo nemoc z velké části ovlivňuje způsob prožívání života a ovlivňuje každodenní činnosti,
- **Věk** – stárnutí s sebou přináší ubývání samostatnosti, nesoběstačnost,
- **Sociální vazby** – ztráta životního partnera, odchod dětí, změna rodinných rolí,
- **Prostředí**, ve kterém žije, dostupnost zdravotních i sociálních služeb, nevyhovující bytové podmínky, nedostatečné finanční prostředky (Dvořáčková, 2012, s. 76-78).

1.2 Kvalita života u onkologicky nemocných

U onkologicky nemocných pacientů hraje kvalita života významnou roli. Jedná se o ukazatel stavu pacienta, který s sebou přináší mnoho změn, a to jak psychických, tak i fyzických spojených například s nežádoucími účinky protinádorové léčby. Podle Kalvodové et al. (2010) fyzická omezení dovedou pacienta k tomu, aby přehodnotil svůj žebříček hodnot tak, aby byl pro něj snesitelným a kvalitně prožitým. Z jí provedeného dotazníkového šetření měřícího kvalitu života vyplynulo, že kvalitu života pacientům nejčastěji narušuje únava, vyčerpanost a dále pak bolest nauzeu a deprese. Kalvodová et al. (2010) ve svém článku uvádí, že toto zjištění bylo pro onkology překvapením, neboť se domnívali, že nejhorším průvodním faktorem u onkologicky nemocných je bolest. Zásadním faktorem vnímání kvality života je samotná osobnost člověka (Kalvodová et al, 2010).

Ve zdravotnictví má studium kvality života svůj praktický význam ve smyslu zlepšení péče a přístupu k péči o nemocného. Na základě výzkumu ze zahraničí i v ČR lze tvrdit, že léčba zatěžujících symptomů, podpora psychického stavu a respektování jeho psychosociálních a spirituálních potřeb může souviset s prožíváním lepší kvality života pacientů trpících jakýmkoliv chronickým onemocněním (Bužgová, 2015, s.111).

1.3 Měření kvality života

Kvalitu života lze zhodnotit na základě údajů získaných od nemocného. Před úplným počátkem měření bychom si měli stanovit důvod hodnocení kvality života u dané skupiny pacientů, a také k čemu budou informace sloužit. Výsledky měření kvality života v první řadě přináší informace o tom, jak onemocnění či zvolená terapie ovlivňuje každodenní život jedince. Výsledky slouží také ke zlepšení vybavení, k účinnější spolupráci s blízkými pacientů nebo zajištění sociálního

a společenského zázemí. Lékařům výsledky ukázaly možnosti modifikace léčby a její přesný monitoring v závislosti na subjektivních prožitcích léčby samotnými pacienty (Kalvodová, 2010).

Gurková (2010) ve své knize zmiňuje, že by výsledky výzkumu hodnocení kvality života měly být reflektovány v klinické praxi, stejně tak jako v oblasti ošetrovatelského vzdělávání. To by pak mohlo vést k zajištění vyšší individualizované ošetrovatelské péče. Nejběžnějším způsobem zjišťování kvality života je pomocí dotazníkového šetření. Mezi první nástroje hodnotící kvalitu života, které se začaly používat ve světě, se zařazuje např. SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). **SIP** se používá k hodnocení efektivnosti terapie neohledě na typ a závažnost onemocnění. Tento hodnotící nástroj obsahuje 136 položek, představující běžné denní aktivity, které jsou rozděleny do 12 sub škál (spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivity a stravování). **NHP** se používá k posouzení 3 oblastí (sociální, tělesné, psychické). Při tvorbě tohoto zmiňovaného nástroje autoři vycházeli z SIP. NHP nástroj se odlišuje především tím, že se zaměřuje spíše na emocionální stránku a změny v prožívání, než na denní aktivity (Gurková, 2011 s. 144-146).

K základním dotazníkům týkajících se hodnocení kvality života patří WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment), SF-36 a EQ-5. Tyto dotazníky jsou nejčastěji používanými na našem území (Gurková, 2011, s.144-146).

WHOQOL dotazník obsahuje 100 položek. Vyskytuje se i ve zkrácené verzi WHOQOL-BREF, která se skládá z 26 položek sdružených do 4 oblastí (fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání, prostředí). V každé otázce nemocný odpovídá na hodnotící škále od 1 do 5. Považuje se za nejčastěji využívaný dotazník, který je přeložen do několika jazyků a je dostupný i v jazyce českém. Nástroj může respondent vyplňovat sám nebo formou rozhovoru (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 2-11).

SF-36 se používá především v klinické praxi v oblasti výzkumu k zjišťování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva. Číslo 36 označuje počet otázek obsažených ve zmiňovaném nástroji. Dostupná je i jeho zkrácená verze, jež obsahuje 12 položek. Tento nástroj se stal jedním z nejpoužívanějších v oblasti HRQOL (Health-Related Quality of Life), díky jeho překladu, validizaci a standardizaci ve více než 15 zemích. Význam zkratky HRQOL popisuje Vaňásková a Bednář (2013) ve svém článku, kde uvádí, že „*Health Related Quality of life – HRQOL*

vyjadřuje míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují pacientovu schopnost a možnost žít, jenž by mu dal uspokojení“ (Vaňásková a Bednář, 2013, s.133-135).

EQ-5D (EuroQol Group) obsahuje 5 položek, které hodnotí sebeobsluhu, pohyblivost, běžné aktivity, úzkost nebo depresi a vizuální škálu hodnotící celkový zdravotní stav. Používá se tedy jako nástroj pro hodnocení jak objektivních, tak subjektivních položek. Zastoupení v subjektivním ukazateli má VAS (vizuální analogová škála). Objektivní ukazatel označuje již výše zmíněné položky (Vaňásková a Bednář, 2013, s. 133-135).

Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC) je mezinárodní organizace pro akademický klinický výzkum v onkologii. Tato organizace má za cíl koordinovat mezinárodní kliniky a výzkum s cílem zlepšit onkologické léčby z hlediska celkového přežití i kvality života léčených pacientů (Vošmik, Tuček, Petera, 2018).

1.4 Stáří

Jak již napovídá název diplomové práce, v této kapitole se budeme věnovat především období raného stáří neboli období vyššího věku. Z rozdělení uvedeného níže je patrné, že každá skupina má svá specifika, která jsou ovlivněna celkovým zdravotním stavem, fyzickou a psychickou kondicí jednotlivce.

Dělení stáří podle WHO:

- Vyšší věk, rané stáří: 60-74 let,
- Pravé stáří, stařecký věk: 75-89 let,
- Dlouhověkost: 90 a více let (Hartl a Hartlová, 2015).

Křivohlavý (2011) ve své knize uvádí, že stáří je třetí fází života a jedná se o život v době důchodu nehledě na to, zda člověk důchod dostává či nikoli. Křivohlavý (2011) stanovuje vyšší věk v rozmezí 60-85 let.

Ptáčková a Ptáček (2021) uvádí: *„Stáří je závěrečná vývojová etapa lidského života, je obdobím, během kterého dochází nejen k involučním procesům, ale také ke zrání naší osobnosti. Erikson (1999) ve své teorii psychosociálního vývoje uvádí jako hlavní úkol stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života, tedy přijetí svého života jako celku, který má svůj smysl, přijetí svého stáří, životních proher i zklamání, nesplněných přání. Stáří je tedy rovněž obdobím bilancování vlastního života i přijetí jeho konce.“* (Ptáčková a Ptáček, 2021, s. 13).

Biologické stárnutí začíná ve chvíli, když dochází k odbourávání buněk a převažuje nad jejich výstavbou. V tomto období se vyskytuje polymorbidita, při níž dochází k nahromadění

nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí. Je základním znakem nemocnosti ve stáří, což znamená, že starý člověk trpí současně větším počtem různých, především chronických onemocnění (Kelnarová a Matějková, 2010, s.115).

V tomto období dochází k vysušování, svrašťování kůže, šedivění vlasů, ochabování svalstva, ubývání kostní hmoty. Dýchací soustava se rychleji unavuje, mění se hormonální produkce. Dále se pak zhoršuje sluch, zpomaluje zpracování informací a rozhodování, dochází k poklesu inteligence a ke zpomalení všech paměťových procesů (ukládání i vybavování). V této fázi života je klíčový odchod do důchodu, což pro jedince znamená ztrátu profesní role. Reakce na odchod do důchodu jsou různé a jsou emočně prožívané (Kelnarová a Matějková, 2010, s.115-116).

2 KARCINOM PRSU

V této kapitole bude popsána etiologie, diagnostika, prevence, léčba a vedlejší účinky léčebného procesu karcinomu prsu. Dále budou popsány jednotlivé druhy léčebných procesů, které mohou pacientky podstupovat.

2.1 Definice

Karcinom prsu patří mezi nejčastější zhoubná onemocnění žen se stále rostoucí incidencí. Toto onemocnění řadíme mezi civilizační choroby. Ve skupině civilizačních chorob se nachází právě z důvodu rostoucí incidence. Průměrně u jedné z devíti žen bude diagnostikován karcinom prsu a jedna ze třiceti žen na toto onemocnění zemře. Karcinom prsu je specifický i pro svou heterogenitu a multifaktoriální etiologii, což vede k nevyzpytatelnému biologickému chování (Abrahamová, 2019, s. 30).

V ČR je každý rok nově diagnostikováno přibližně 7 200 žen s karcinomem prsu a přibližně 1 600 žen na něj zemře. Statistiky zachycují a ukazují výskyt zjištěných žen s diagnostikovaným karcinomem prsu. Národní onkologický registr (NOR), který byl založen v roce 1976 sleduje všechna zhoubná onemocnění prostřednictvím povinného hlášení. Tato hlášení zahrnovala pouze nejdůležitější parametry zhoubného nádoru, např. věk nemocného v době diagnózy, typ nádoru, stádium choroby, druh léčby atd. NOR byl zakotven jako součást Národního informačního systému. Spolupracuje s evropskou sítí onkologických registrů a udržuje kontakty i se zahraničními onkologickými registry (Abrahamová, 2019, s. 31-32).

2.2 Příčiny vzniku karcinomu

U žen do 20 let je výskyt karcinomu prsu velice vzácný. Incidence této choroby roste s věkem a objevuje se většinou okolo 50. roku života. Studium rizikových faktorů je nezbytné k pochopení vzniku onemocnění, a především k možnosti rozvíjení preventivních opatření. Rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Příkladem ovlivnitelných faktorů je fyzická aktivita, stravovací návyky apod. Mezi faktory, které žena není schopna ovlivnit, patří např. genetická predispozice či věk (Abrahamová, 2019, s. 35).

Přesné příčiny vzniku karcinomu prsu nejsou zcela známy a na jeho vzniku se podílí řada vlivů. Zde si uvedeme některé z nich:

- **Věk:** Nejvíce ohrožené jsou ženy starší 40 let. Vzácně vznikne onemocnění u žen do 20 nebo 30 let života. S věkem riziko vzniku nádoru prsu narůstá,

- **Hormonální a gynekologické faktory:** Zvýšené riziko je u žen, které začaly menstruovat velmi brzy (cca ve 12 letech) nebo pokud menstruaci ukončily v pozdějším věku (cca v 55 letech). Dalším rizikovým faktorem může být dlouhodobé užívání hormonální substituce. Věk prvního porodu prokazuje zvýšené riziko, a to především u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce života (Váša, 2021).
- **Genetické faktory:** Genetická predispozice se na vzniku onemocnění podílí asi z 5-10 %. Jedná se o mutaci genu BRCA 2 (13. chromozom) a BRCA 1 (17. chromozom). Tato pravděpodobnost rozvinutí karcinomu prsu se dědí autozomálně dominantním způsobem. Přenos z nosiče na potomka je tedy 50 % (Levá, 2013, s. 42-43).
- **Životní styl:** Podle Vorlíčka a kol. (2012) je obezita spojena s dvojnásobným zvýšením rizika u žen v postmenopauze. Dále pak uvádí, že abúzus alkoholu je kancerogenní, ale míra vzniku rizika karcinomu prsu není známa a uplatňuje se nejspíš ve spojitosti s jinými faktory (Vorlíček, Abrahamová a Vorlíčková, 2012, s. 344).
- **Rasa:** Abrahamová (2019) tvrdí, že riziko vývoje karcinomu prsu se u jednotlivých etnických skupin liší. U bělošské populace je prokázané vyšší riziko, než u populace černošské či asijské. Avšak úmrtnost u černošské populace je vyšší (Abrahamová, 2019, s. 41).
- **Geografická oblast:** Podle Abrahamové (2019) je dokázáno, že pokud populace s nízkou četností vzniku karcinomu prsu přesídlí do oblasti s vysokou incidencí, dojde k zvýšení či vyrovnání výskytu v hostitelské oblasti. Příkladem je japonská populace, která přesídlila na Havaj a do USA. Tento faktor vyzdvihuje zevní faktory, zejména stravovací návyky (zvýšený příjem tuků) (Abrahamová, 2019, s. 41).
- **Radiace:** Vorlíček et al. (2012) tvrdí, že u žen, které byly v dětském a dívčím věku pod vlivem ionizujícího záření (např. během 2. světové války) bylo zpozorováno zdvojnásobené riziko pro karcinom prsu (Vorlíček, Abrahamová a Vorlíčková, 2012, s. 344).

2.3 Klinický obraz karcinomu prsu

Nádorové onemocnění prsu se může zpočátku projevovat nespecifickými příznaky. Pokud se žena setkává s jakýmkoliv příznakem, jedná se již o pozdní diagnózu. K projevům patří nebolestivé zduření, změny na bradavkách jako např. vpáčení, krvácení, nebo jiná sekrece z mlékovodů. Dále se může žena setkat se změnou zbarvení kůže, např. zarudnutí a vtahování kůže připomínající pomerančovou kůru, otok kůže (Janíková a Zeleníková, 2013, s.111).

2.3.1 Výskyt psychiatrických symptomů

Zjištění onkologické diagnózy vyvolá v člověku existenciální krizi a člověk se setká s různými poruchami. Pacientka se může dostat do stavu úzkosti, deprese, patologického smutku a po uzdravení také do tzv. posttraumatické stresové poruchy. Snahou odborníků je tak najít způsob, který pomůže pacientce získat kontrolu nad zvládnutím těžké a psychicky náročné situace. Nejčastěji psycholog diagnostikuje poruchy přizpůsobení se, v menší míře afektivní poruchy, organické mozkové poruchy a úzkostné poruchy (Kalvodová et al., 2010).

- **Úzkost:** Pacientka se setkává s pocitem ohrožení, napětí, vnitřním neklidem. Další projevy pak vycházejí z osobnosti člověka, může jít buď o psychomotorickou agitovanost či útlum. Při úzkosti pacientka cítí např. tachykardii, průjem, nespavost, pocení atd. (Kalvodová et al., 2010).
- **Deprese:** Projevuje se smutnou náladou, sníženým sebevědomím a sebedůvěrou, ztrátou duševní energie. Depresi provází i některé tělesné příznaky (nespavost nebo naopak spavost). V depresivním stavu se pacientka setkává s pocitem viny, úzkosti a bezmoci (Kalvodová et al., 2010).
- **Posttraumatická stresová porucha:** Kalvodová et al. (2010) uvádí, že v případě zvládnutí nemoci, při níž léčba byla velice zatěžující jak tělesně, tak i duševně, si jedinec do svého života nese trvalou “památku“ na dobu, kdy bojoval o život.

2.4 Diagnostika

Diagnostika spočívá v odběru anamnézy, a to především osobní a rodinné. Dále pak lékař provádí klinické vyšetření. Jedná se o vyšetření pomocí pohmatu, pohledu a vyšetření v různých polohách. Následujícím způsobem, kterým lze diagnostikovat karcinomu prsu je samovyšetření prsu, které by měla žena provádět každý měsíc, druhý nebo třetí den po skončení menstruace (Daneš, 2021, s. 23-27).

Mamografie je dalším způsobem detekce onemocnění. Jedná se o screeningové vyšetření, které je využíváno v případě diagnostiky léze u symptomatických žen a předchozího klinického vyšetření. V jiném případě se jedná o metodu v rámci sekundární prevence jako včasný záchyt v jeho asymptomatickém stádiu (Čepický, 2021, s. 146).

Ultrasonografie je další diagnostickou metodou, jež se používá pouze jako doplňující metoda tam, kde snímek není dobře čitelný. Využívá se především u mladých žen mezi 30. – 35. rokem života a u žen s fibrózními změnami. Důvodem využití u mladých žen je vyšší mamografická

denzita žlázy mladých žen. Používá se opravdu spíše doplňkově, neboť spolehlivě rozlišuje rezistence až od velikosti 1 cm (Coufal a Fait, 2011, s. 68).

Biopsie je další diagnostickou metodou. Jedná se o metodu, jež zahrnuje vyšetření jakékoliv tkáně a určení její biologické povahy. U maligních nádorů se tak určuje histologický typ neboli *typing*, stupeň diferenciacie neboli *grading*. Daneš (2021) ve své knize uvádí, že při hodnocení stádia onemocnění vycházíme z TNM klasifikace. T – tumor (rozsah primárního nádoru), N – nodi lymphatici (hodnocení lymfatických uzlin), M – metastázy (přítomnost vzdálených metastáz) (Daneš, 2021, s. 43).

V rámci primární diagnostiky lze stanovit i sérové hladiny nádorových markerů (CEA, CA15-3). Hodnoty těchto markerů mohou značit diagnózu nádoru. Dále se pak provádí hematologická a biochemická vyšetření, především krevní obraz a sedimentace. Důležité jsou především sérové hodnoty minerálů, urey, kreatininu, jaterních enzymů atd. Chemické vyšetření moči a močového sedimentu patří také mezi laboratorní vyšetření (Vorlíček et al., 2012, s. 351).

2.5 Prevence

Prevence spočívá v zabránění vzniku onemocnění, předcházení a vzniku rozvoje komplikací. Prevence se uplatňuje u jedince zdravého i nemocného. Prevence je rozdělena na primární, sekundární a terciární (Coufal a Fait., 2011, s. 337).

Primární prevence má za cíl snížit riziko vzniku karcinomu. Eliminuje tedy ovlivnitelné rizikové faktory, tím že je dodržován zdravý životní styl (fyzická aktivita, zdravá strava, omezení kouření a alkoholu). Coufal a Fait (2011) ve své knize uvádí, že v primární prevenci dosáhla významu i chemoprevence *tamoxifenem* či *rалoxifenem*. Tyto preparáty mohou u rizikových žen eliminovat pravděpodobnost rozvoje karcinomu prsu. V ČR je registrován *tamoxifen* pouze pro pacientky s diagnostikovaným invazivním či preinvazivním karcinomem, tudíž nikoli v primárně preventivní indikaci (Coufal a Fait., 2011, s. 337).

Sekundární prevence se zabývá včasnou diagnostikou karcinomu prsu. Patří sem například samovyšetření prsu, screening (Abrahamová, 2019).

- **Samovyšetření** je nejjednodušší metodou včasného záchytu rakoviny prsu. Toto vyšetření si, jak již z názvu vyplývá, provádí žena sama, a to každý měsíc. Nejvhodnějším obdobím, kdy by žena měla provádět vyšetření je druhý nebo třetí den po skončení menstruace. V případě, že ženy nemenstruují, je vhodné, aby si určily jeden den, kdy budou vyšetření provádět (Abrahamová, 2019, s. 114-129).

Technik, jak provést správně vyšetření, je hned několik. Vyšetřovat lze pohledem před zrcadlem, kde je důležité zhodnotit vzhled prsů. Sledování probíhá v různých polohách rukou, a to buď s rukama podél těla, s rukama zvednutými za hlavou, s rukama v bok s mírným předklonem (Abrahamová, 2019, s. 114-129).

Dále probíhá vyšetřování pohmatem, kdy žena používá bříška tří prostředních prstů a krouživými pohyby vyšetřuje svůj prs (viz. Příloha B). Další fázi vyšetřování provádí vleže. Pravou paži založí za hlavu nebo v bok a rameno si podloží polštářem. Touto polohou se zjednoduší prohmatání rozlitého prsu. Poté použije stejné krouživé pohyby, jak již bylo zmíněno výše (Abrahamová, 2019, s. 114-129).

- **Screening (aktivní vyhledávání)** slouží k odhalení karcinomu prsu, ve fázi, kdy je velmi malý a před tím, než má šanci se rozšířit cévním řečištěm. Abrahamová (2019) uvádí, že screening pomocí mamografie významně snižuje mortalitu způsobenou karcinomem prsu. Úmrtnost se u žen, které prošly široko plošným screeningem, snižuje o více než 40 %. Ke screeningovému šetření se využívá přístroj – mamograf, speciální filmy, digitální přístroje, speciálně vycvičený tým rentgenologů a speciální tým pro další péči. Abrahamová (2019) tvrdí, že screening detekuje 95 % všech karcinomů u bezpříznakových žen prošlých screeningem. Tato metoda je levnější než léčba pozdních stádií karcinomu. Od podzimu 2002 probíhá screeningové vyšetření pro všechny ženy od 45 let, každé dva roky a bezplatně.

Terciární prevence se zaměřuje na sledování pacientek po léčbě karcinomu prsu. Cílem terciární prevence je co nejdříve odhalit případný relaps onemocnění (Abrahamová, 2019).

2.6 Léčba karcinomu prsu

V případě prokázané rakoviny prsu, zjištěné z možností diagnostiky zmíněné v kapitole 2.4 se následně určuje, jakým způsobem bude pacientka léčena. Na základě stagingu je zjištěn rozsah karcinomu. Rozhodnutí o léčbě pacientky je vždy týmové. Abrahamová (2019) ve své knize uvádí, že Česká onkologická společnost podává léčebná doporučení, která zohledňují nejnovější pokroky v léčbě rakoviny prsu. Strategie pro léčbu karcinomu je určena podle stavu axilárních uzlin, velikosti tumoru, histologického typu tumoru a stupni diferenciacie tumoru (Abrahamová, 2019, s. 33).

2.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je jednou ze základních metod léčby karcinomu mammy. Cílem této léčby je jednak odstranění tumoru, ale i kosmetický efekt pro pacientku a v neposlední řadě i zabránění

recidivy nemoci. Rozlišují se dva typy zákroku – parciální a radikální. Jaký typ zákroku bude zvolen, závisí na velikosti a umístění tumoru. Coufal a Fait (2011) uvádí: „*v praxi většinou platí že, pokud lze nádor bezpečně chirurgicky odstranit a prs při tom zachovat kosmeticky přijatelný, volíme parciální mastektomii.*“ (Coufal a Fait, 2011, s. 110).

Parciální mastektomie závisí na odstranění jednoho kvadrantu nebo větší části prsu s lemem zdravé tkáně. Tuto metodu volí lékaři v případě, že nádor dosahuje velikosti 2,5-3 cm a řez se vede nejméně 2 cm od okraje nádoru. Výhodou této metody je uspokojivý kosmetický výsledek a menší psychická zátěž pro pacientku (Coufal a Fait, 2011, s. 127).

Radikální mastektomie neboli ablace je typ chirurgického výkonu, kdy se vyjme celé ňadro (kůže, bradavky, dvorce a tkáně prsu), přičemž velký prsní sval se ponechává. Tato terapie je zvolena, pokud se jedná o více vzdálená ložiska, pokud je pravděpodobnost k lokální recidivě nebo v případě, že to vyžaduje pacientka (Coufal a Fait, 2011, s. 121).

Axilární disekce spočívá v odstranění podpažních mízních uzlin. Může nastat problém v podobě omezení hybnosti horní končetiny, a proto je nezbytná včasná rehabilitace. Sentinelová uzlina je první uzlinou šíření nádoru. Její odstranění vede ke snížení výskytu šíření. Pokud jsou postiženy spádové uzliny, nejprve je infiltrována sentinelová uzlina a poté uzliny další. Pokud se potvrdí přítomnost nádoru v této uzlině, v odstraňování dalších uzlin se již nepokračuje (Coufal a Fait, 2011, s. 208, 227).

2.6.2 Radioterapie

Cílem radioterapie je aplikovat záření do cílové tkáně a minimálně poškodit okolní zdravé tkáně. Jedná se o lokoregionální léčebnou metodu. V současné době se používají tzv. lineární urychlovače, které jsou založeny na uměle vyráběném záření. Radioterapie je postavena na poškozování genetické informace v buněčném jádru buňky. To pak vede buď k zahynutí buňky nebo ke ztrátě schopnosti buněčného dělení. Radioterapie se využívá v případě, kdy dojde k chirurgickému odstranění nádoru s okolím, ale pacientce je ponechán prs. Poté je nutná pooperační radioterapie. V případě ablace celého prsu se radioterapie doporučuje pouze tehdy, pokud je karcinom větší než 4-5 cm. Dále se pak radioterapie používá k ozáření axilárních a nadklíčkových uzlin, z důvodu počátečního místa šíření nádoru (Abrahamová, 2019, s. 238).

2.6.3 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba s cytostatickými účinky. Jedná se o systémovou léčbu a podává se v kombinaci s dalšími léčebnými metodami. Rozlišuje se několik typů chemoterapie. Pokud proběhl chirurgický zákrok a následná aplikace chemoterapie, jedná se o **adjuvantní**

chemoterapii, jejímž cílem je zlikvidovat zbylé nádorové buňky. Indikace této léčebné metody závisí na věku, pre nebo postmenopauzálním období ženy, stavu axilárních uzlin, velikosti nádoru a pozitivitě estrogenních či progesteronových receptorů. V případě podání cytostatik ještě před chirurgickou léčbou se jedná o **neadjuvantní** chemoterapii. Zmíněná terapie se podává u žen, které se nacházejí v pokročilém stádiu onemocnění s cílem zmenšení velikosti primárního nádoru. Tato metoda zlepšuje operabilitu nádoru. U pacientek, které se nacházejí ve velmi pokročilém stádiu onemocnění, již neexistuje žádný standardní postup pro efektivní léčbu. Jedná se o chemoterapii paliativní, jež prodlužuje a usnadňuje pacientkám život (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 384).

2.6.4 Biologická léčba

Tento typ léčby slouží k podávání biologických látek, jež ovlivňují řadu dějů daných receptorů, které jsou nezbytné pro přežívání, množení a růst buněk. Tyto látky se nachází ve dvou formách – v prvním případě působí jako protilátky proti receptorům na povrchu buněk, příkladem takové látky je *trastuzumab*. Do druhé formy patří malé molekuly, které cílí proti nitrobuněčným komponentům. Biologická léčba je aplikována nitrožilně, kromě malých molekul, jež se podávají pomocí tablet. Nevýhodou této léčby je její finanční a časová náročnost. Výjimkou jsou pouze nositelky HER-2 znaku (protilátka *trastuzumab*), který je hrazen pojišťovnou (Abrahamová, 2019, s. 165).

2.6.5 Hormonální léčba

Tato léčba přinesla jako první znatelný posun v terapii karcinomu prsu a je jednou z nejstarších metod. Léčba pomocí hormonů má za cíl ovlivnit proliferaci nádorových buněk. Indikací pro tento způsob léčby je průkaz hormonálních receptorů. Pokud nedojde k potvrzení hormonálních receptorů, hormonální léčba by měla minimální účinky, a tudíž se nedoporučuje. U karcinomu mammy se jedná o potvrzení steroidních estrogenových a progesteronových receptorů. Tato léčba bývá nasazována jako adjuvantní léčba po operaci a může trvat i několik let (NZIP, 2023).

2.7 Nežádoucí účinky léčby karcinomu prsu

V předchozí kapitole byly zmíněny metody léčby rakoviny prsu, jejichž hlavním cílem je odstranit nádor a zamezit návratu onemocnění. Protože je rakovina velice závažné onemocnění a její léčba je náročná, neobejde se bez nežádoucích vedlejších účinků. Některé z nich budou uvedeny.

Jedním z nežádoucích účinků chirurgické léčby je lymfedém neboli lymfatický mízní otok. Tento otok se může projevit i za několik let od lokální léčby. Abrahamová (2019) uvádí: „*Studie*

zabývající se lymfedémem po léčbě nádorů prsu udávají, že po tzv. radikální mastektomii (rozsáhlá operace, při níž je kromě prsu s nádorem a spádových lymfatických uzlin odstraněn i prsní sval; dnes se tento výkon již neprovádí) se lymfedém rozvinul až u 25 % operovaných žen. U žen, jimž byla provedena konzervativní (prs zachovávající) operace s odstraněním lymfatických uzlin z axily a následným ozářením, je riziko vzniku lymfedému poloviční – 13 %.“

Při operacích rozšířených na axilární a mízní uzliny může dojít k omezení hybnosti horní končetiny na operované straně. V takovém případě je primárním krokem rehabilitační cvičení, avšak až po zhojení operační rány (Abrahamová, 2019, s. 111-112).

Mezi nejčastější nežádoucí účinky radioterapie patří zarudnutí pokožky v ozařované oblasti. Nejnáchylnější místa k zarudnutí bývají v místě kožních řas a záhybů (pod prsem, v podpaží, jemnější pokožka). Jiným nežádoucím účinkem, které se projeví později může být ztuhnutí podkožní tkáně a mírné ztmavnutí kůže (Abrahamová, 2019, s. 89).

V chemoterapeutické léčbě je možné se setkat s nežádoucími účinky jako je například: horečka, alopecie, zácpy, poškození kůže, průjem, anémie, poškození plic, neplodnost (Abrahamová, 2019, s. 108).

3 ZVLÁDÁNÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE

Nádory jsou druhou příčinou úmrtí, proto vzbuzují v pacientkách negativní pocity a velkou psychickou zátěž. Onkologicky nemocný pacient vyžaduje multidisciplinární péči. Nezbytné je být oporou pro pacienta a nabídnout mu pomoc. Nemocný má právo znát svou diagnózu, protože při nedodržení tohoto práva pacient ztrácí svůj čas falešnými nadějemi (Klener, 2010). Důležité je především vytvoření vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem, aby tak mohl lépe zvládnout svou životní situaci. To, jakým způsobem se pacient vyrovná s onemocněním, závisí především na předchozích zkušenostech a na osobnosti člověka.

3.1 Sdělení pravdy

Znát svou diagnózu, další postup léčby a prognózu je velice podstatným právem pacienta. V případě, že pacient neví, jaký je jeho zdravotní stav a neustále se takové zjištění prodlužuje, prohlubují se v něm pocity neklidu a zhoršuje se psychický stav. Pokud pacientovi není sdělena diagnóza, může dojít k tomu, že pacient začne pátrat po svém zdravotním stavu sám a dojde k nedorozumění, a proto je potřeba včas pacienta informovat. Sdělení diagnózy náleží lékaři, jež vysvětlí podstatu nemoci a další vývoj (Zacharová, 2017, s. 39-40).

Hlavními zásadami při sdělení diagnózy je zajištění soukromí a zjištění, o čem je pacient informován, aby bylo možné navázat na existující znalost. Informace by měla být jasná, stručná, tak aby pacient porozuměl a nedošlo k nedorozumění. Je nutné být připravený na zodpovězení dotazů od pacienta, popřípadě rodinných příslušníků. Na konci rozhovoru je dobré se ujistit, zda pacient porozuměl všem předloženým informacím. Při rozhovoru je nutné být empatický a snažit se naslouchat. Reakce na sdělení diagnózy je u každého pacienta rozdílná, stejně tak jako jeho prožívání, chování, rysy osobnosti apod. Zacharová ve své knize uvádí: *„sdělením pravdy nebo „okamžikem“ prožítí se k pravdě dlouhodobá spolupráce lékaře s nemocným nekončí, ale vlastně začíná.“* (Zacharová, 2017, s. 39-40).

3.2 Komunikace s rodinou onkologicky nemocného

Zjištění diagnózy není životně náročná situace pouze pro pacienta, ale i pro jeho blízké. V těchto těžkých okamžicích je pro nemocného důležité sdílet tyto náročné situace se svými nejbližšími. Zdravotník by měl odhadnout, jaký vztah pacient se svými blízkými má. Pokud jsou vztahy na dobré úrovni, přítomnost a informovanost blízkého mohou být pro nemocného klíčové. Kalvodová et al. (2010) zmiňuje, že tato krizová situace prověřuje vztahy v rodině a jasně ukazuje hierarchii osob v rodině. Pokud si nemocný bude přát, může u sdělení diagnózy či jiných nezbytných informací být přítomna rodina. Může to být kdokoliv, koho pacient určí

jako nejbližší osobu sobě blízkou. V takových chvílích příbuzný vyslechne zprávu a může pacientovi pomoci se vstřebáním a zvládnutím situace. Zdravotnický personál je zavázán slibem mlčenlivosti o zdravotním stavu. Zdravotnický personál by dále měl dbát na rozhodnutí pacienta a nekonat s osobou blízkou rozhodnutí za jeho zády. K takovým situacím může dojít, pouze pokud dá dospělý pacient souhlas k tomu, aby byla o všem blízká osoba informována a rozhodovala za pacienta (Kalvodová et al., 2010).

3.3 Následná psychická podpora

V léčbě onkologicky nemocných pacientů by se nemělo zapomínat na práci psychologů a psychiatrů. Onkologičtí lékaři společně se zdravotními sestrami tvoří multidisciplinární tým. Bednařík a Andrášiová (2020) ve své knize uvádí, že byl vytvořen první internetový portál, který je věnován především psychologické pomoci onkologickým pacientům. Tento portál vznikl v rámci Slovenské onkopsychologické společnosti (SOPS). Zmíněné sdružení mělo za cíl poskytnout nemocným i jejich blízkým podporu a potřebné informace k vyrovnání se se současnou situací. Bednařík a Andrášiová (2020) tvrdí: *„Nejkomplexnější psychoonkologickou pomoc v této oblasti poskytuje právě portál onkopacient.sk. Pacienti zde najdou užitečné informace, jak zvládnout psychické obtíže spojené se změnami, které onemocnění a léčba do života přinášejí. Rodinní příslušníci se dozvědí, jak blízkého podpořit, jak reagovat na jeho případné psychické obtíže, co mu při zvládání emočně náročných situací pomůže a čeho se vyvarovat.“* Portál spravuje psycholožka Mgr. Mária Andrášiová, PhD., která se této problematice věnuje už 25 let (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 222-223).

Dále může nemocný či rodina hledat pomoc např. v Ústavu onkologické psychologie, Alianci žen s rakovinou prsu, o.p.s. (jedná se o informační a edukační centrum pro veřejnost, onkologicky nemocné a jejich organizace), Mamma Help (sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu, Centra Amélie (psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké), Onkoportál (vyhledávač ověřených onkologických informací) a mnoho dalších (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 223).

4 POTŘEBY ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Šamanková (2011, s. 12) uvádí, že „*lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.*“ Uspokojování potřeb je užitečné a souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. To, jaké jsou naše potřeby, jaké je množství a intenzita potřeb závisí na věku a pohlaví jedince, prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, zdravotním stavu a životních zkušenostech. Nenaplnění potřeb může vyústit v psychické potíže (neklid, úzkost, nervozita) nebo somatické potíže (potíže se spánkem, výživou, vyprazdňováním).

Neuspokojování potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, a to myšlení, emoce. Každý jedinec své potřeby uspokojuje jinými mechanismy. Během života se potřeby mohou měnit (Šamanková, 2011, s. 13). V následujících podkapitolách jsou vybrány potřeby, jež jsou v období nemoci nejvíce významné.

4.1 Potřeby jistoty a bezpečí

Do této potřeby jsou zahrnuty potřeba důvěry, soběstačnosti, vyhnutí se ohrožení (bolesti), ochrany zdraví, míru a klidu. V případě, že jsou u pacienta uspokojeny biologické potřeby (spánek, výživa) nastupuje do popředí potřeba jistoty a bezpečí. To, jak je tato potřeba pro pacienta podstatná, zásadně závisí na věku (Trachtová et al., 2018, s. 154).

Onemocnění s sebou přináší ztrátu pocitu jistoty. Pacientka potřebuje mít pocit, že budou respektovány její potřeby, autonomie, bude zařazena do procesu a nebude přehlížena. Do této potřeby je zahrnuto i vědomí bezpečného teritoria, byť v nemocnici je velice omezené. Velice důležité pro pacientku je vědomí, že zdravotnický personál, který poskytuje péči, je kvalitně a kvalifikovaně připraven (Šamanková, 2011, s. 21).

4.2 Potřeby lásky a sounáležitosti

Tyto potřeby zahrnují pocit být milován a respektován společností, ve které žije. Při hospitalizaci potřebu lásky naplňuje rodina a přátelé. Zdravotnický personál nedokáže poskytnout pacientovi lásku, ale měl by být empatický, sympatický, laskavý, mít porozumění a pochopení. Šamanková (2011, s. 70-73) ve své knize uvádí, že pocit sounáležitosti je přinášán pacientovi jeho začleněním do procesu léčby.

Tyto potřeby jsou však v průběhu života ovlivňovány životními událostmi jako je odchod dětí, ztráta partnera, hledání nového smyslu života (Fialová a Vlastníková, 2013, s. 63).

4.3 Potřeby sociální a spirituální

Mezi sociální potřeby patří jistota ochrany osobních dat a poskytování informací o zdravotním stavu pacienta pouze těm, které pacient sám určí. Velice důležitou sociální potřebou při nemoci je komunikace a podávání informací. Pacient má potřebu být chápán a brán jako holistický jedinec. V průběhu hospitalizace je pro pacienta významné i prostředí, ve kterém se nachází. Ve zdravotnickém zařízení je těžké tuto potřebu uspokojit, proto je nezbytné respektovat alespoň pacientovo teritorium (Šamanková, 2011, s. 21).

Každý jedinec má v období nemoci jiné potřeby, priority, které mu pomáhají při zvládnání nemoci. Z tohoto důvodu je důležité zjistit spiritualitu pacienta a následně pak zajistit náboženská setkání v rámci možností pacienta a posílit tak pocit sounáležitosti a úlevy. Respektování pacientových názorů a vyslovených přání je klíčovým krokem ke zlepšení prožívání v průběhu onemocnění (Šamanková, 2011, s. 23).

Sovarárioová Soósová (2022, s. 15) uvádí, že v přehledové studii Harolda Koeniga (2012) se poukazuje na kladný vztah mezi spiritualitou/náboženstvím a nižším rizikem vzniku onkologických onemocnění, jakož i na lepší výsledky v oblasti zdraví a kvality života v případě výskytu onkologického onemocnění, a to až v 60 % analyzovaných metodologicky přísnějších studií. Spirituální a náboženské intervence mohou vést ke zvýšení kvality života s onkologickým onemocněním.

4.4 Bolest

Bolest je subjektivní pocit, který doprovází pacienta v období nemoci. Šamanková (2011, s. 94-95) ve své knize tvrdí, že pocit být bez bolesti se přiřazuje na stejnou úroveň jako vidět, slyšet, hmatat, čichat a chutnat. V naplňování potřeby být bez bolesti je primární sledování a tlumení bolesti. Významné jsou i předchozí zkušenosti pacienta s bolestí. K urychlení léčebného procesu je dobré zapojit pacienta tím, že bude dodržovat ordinace lékaře a využívat vhodné úlevové polohy.

Bolest nemocné vyčerpává po tělesné i duševní stránce a zhoršuje tak proces uzdravení, a proto je potřeba ji co nejrychleji odstranit. Zacharová (2017, s. 188) uvádí: „*Bolest je fenomén, který patří k lidské existenci. Je to velice citlivý jev, v němž se odráží vliv jak fyziologických, tak psychologických i sociálních skutečností.*“

5 SPECIFIKA PÉČE U ŽEN S KARCINOMEM PRSU

V této kapitole budou stručně popsána specifika péče u patientek léčících se s karcinodem prsu. Ošetrovatelská péče se mírně odlišuje podle zvolené terapie – tedy zda bude pacientka léčena chirurgicky, radioterapií, nebo chemoterapií. Následující podkapitola bude zaměřena především na specifika péče před, během a po chirurgické léčbě karcinomu prsu.

5.1 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období

Předoperační péče není příliš rozdílná jako ta standardní. Pacientka je přijata na chirurgickou kliniku. Podle ordinace lékaře podstoupí předoperační vyšetření, dále pak odběry na onkologické onkomarkery. Pacientka má právo znát veškerý postup, tudíž je důležité o všech krocích pacientku informovat. V tomto těžkém období je potřeba zajistit pacientce vhodné prostředí a atmosféru, popřípadě přítomnost blízkých osob, je-li to možné (Libová, Balková a Jankechová, 2019, s. 53-59).

Před transportem na operační sál je nutné realizovat bandáž dolních končetin, stejně tak jako antibiotickou profylaxi (dle ordinace lékaře), zajistit přípravu operačního pole, zajistit krevní deriváty k operaci podle ordinace lékaře. Dát možnost pacientce mluvit o svých pocitech, být empatický, poskytnout pacientce podporu a informovat ji o možných komplikacích po operaci (Libová, Balková a Jankechová, 2019, s. 53-59).

5.2 Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období

Po skončení operace je pacientka sledována na dospávacím pokoji nebo na jednotce intenzivní péče. Místo, kam bude pacientka umístěna, závisí na rozsahu operace a celkovém stavu. Zdravotnický personál sleduje vědomí, EKG, SpO₂, bolest, fyziologické funkce, krytí operační rány a celkový stav pacientky. Pacientka je uložena do polohy na zádech s mírně zvýšenou operovanou stranou horní končetiny. Důležité je i sledování bilance tekutin a sekret z Redonova drénu (Libová, Balková a Jankechová, 2019, s. 56-58).

Velká pozornost je věnována i možným vzniklým komplikacím. Mezi zmíněné komplikace patří infekce, hematoma, výskyt seromu (nahromadění ranné tekutiny v operační ráně). V pooperační péči je zásadní péče o operační ránu. Dodržování pravidelných převazů za aseptických podmínek, kontrola sekrece z drénu je nezbytnou součástí péče. Janíková a Zeleníková (2013, s. 115-117) uvádí: „*Po ustoupení sekrece (pod cca 30 ml) je drén vytažen. Většinou 2.-4. den. Fixace obvazu elastickým materiálem snižuje bolestivost, eliminuje otok a usnadňuje rehabilitaci.*“

Na operované straně je pak kontraindikací měření tlaku, zavedení periferního venózního katétru a aplikace injekcí. Prevence častého vzniku lymfedému paže na operované straně je další důležitou součástí péče. Lymfedém se může objevit i několik let po operaci, proto se doporučuje preventivní opatření v podobě rehabilitace, nošení volných oděvů, péče o kůži, elevace končetiny apod. Rehabilitace se zaměřuje především na pohyblivost ramenního kloubu. Léčbou v případě otoku končetiny je elevace končetiny (nejméně 5 hodin), manuální lymfodrenáž, bandáže (nesmí být ukončena v místě otoku, ale nejméně 10 cm nad ním), aplikace medikace (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 115-117).

Po operaci se sleduje mikce, jež by měla být obnovena do 6-8 hodin po operaci, stolice pak do 2-3 hodin. Podle stavu pacientky bude zjištěna její sebek péče (například při hygieně). O pomoc při sebek péči se nejedná pouze u hygieny, ale i běžné denní aktivity, jako je například česání vlasů, oblékání (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Jak zmiňují Janíková a Zeleníková (2013, s. 117) ve své knize – rehabilitace je nedílnou součástí pooperačního průběhu. Časně po operaci je končetina na operované straně udržována v klidu a polohována do zvýšené polohy například podložením polštáře. Rehabilitace cílí k prevenci vzniku komplikací, dosažení volných pohybů hrudníku, s nímž souvisí dechová rehabilitace. K cvičení se doporučuje stisk gumových míčků, cvičení paže vleže apod. Rehabilitace by měla probíhat několikrát denně, v souvislosti s celkovým stavem pacientky. Janíková a Zeleníková (2013) uvádí: „*Po vertikalizaci pacientky by horní končetina měla být odlehčena, tzn. nošena v šátkovém závěsu přibližně 14 dnů či déle.*“ (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Pacientka by měla být edukována o zátěži končetiny na operované straně. Je nezbytné se vyhnout nošení těžkých břemen, sportovním aktivitám (tenis, kuželky), nošení prstenů, náramků, hodinek a jízdě autem, která se doporučuje po zhojení operační rány (cca 3 týdny po operaci) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 117).

Náročnou situací po operaci může být přijetí vlastního vzhledu a pokračující léčba. Někdy pacientce pomůže i rozhovor o současné situaci s kvalifikovanou sestrou. Pomoc psychologa, či psychoterapeuta je v péči o potřeby pacientky určitě vhodné zvážit. Dále zdravotnický personál může poskytnout kontakt na svépomocné skupiny v daném regionu, doporučit vhodné kompenzační pomůcky. Edukovat pacientku je možné i o možnosti koupi tzv. epitéz. Epitéza je zdravotní pomůcka, kterou lze upravit pooperační změny. Tato pomůcka má za cíl obnovit přirozený vzhled pacientky a zvýšit sebedůvěru (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 118).

5.3 Ošetřovatelské diagnózy související s problematikou karcinomu prsu

V této podkapitole jsou uvedeny některé ošetřovatelské diagnózy, které přímo souvisí s onemocněním karcinomu prsu.

Diagnózy určují aktuální, či potenciální problém, díky němuž jsou stanoveny cíle, které vedou k odhalení problémů pacienta spojené s hospitalizací (Herdman a Kamitsuru, 2020).

Mezi nejdůležitější diagnózy související s danou problematikou patří:

- **Narušená kožní integrita** (00046) – může pacientku postihnout v rámci léčby (následkem radioterapie, chirurgického zákroku či chemoterapie),
- **Narušený obraz těla** (0018) – např. v případě mastektomie,
- **Úzkost a strach** (00146,00148) – ze zhoubného onemocnění, ze smrti, z operačního zásahu,
- **Riziko infekce** (00004) – v důsledku změny integrity kůže,
- **Akutní bolest** (00132) – v důsledku operačního zásahu,
- **Situačně snížená sebeúcta** (00120) – souvisí se ztrátou symbolu ženství,
- **Únava** (00093) – pocit vyčerpání z důvodu negativní životní situace,
- **Imobilizační syndrom** (00040) – v důsledku bolesti, či otoku v oblasti prsu (Slezáková, 2021, s. 282-290).

VÝZKUMNÁ ČÁST

V předešlých kapitolách byly shrnuty základní informace týkající se kvality života, karcinomu prsu, potřeb onkologicky nemocných pacientů a specifík péče o pacientky s potvrzenou diagnózou karcinomu prsu. Na základě těchto informací byly vyvozeny výzkumné otázky a hypotézy.

Cílem výzkumu je zjistit kvalitu života žen s karcinomem prsu ve vyšším věku, dále jak onemocnění ovlivňuje jejich všední život a jak tato těžká životní situace působí na psychiku respondentek a co pacientkám pomáhá zvládnout tuto náročnou životní situaci.

V následujících kapitolách bude popsána metodika výzkumu, charakteristika výzkumného souboru a poté prezentovány výsledky výzkumného šetření.

Výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života žen léčících se s karcinomem prsu ve vyšším věku?
2. Jaké pocity pacientky léčící se s karcinomem prsu prožívají a co jim pomáhá k zvládnutí této náročné životní situace?
3. Byl pacientkám léčících se s karcinomem prsu někdo oporou v době zjištění diagnózy, či se snažily zvládnout tuto náročnou životní situaci samy?
4. Jaký léčebný proces u pacientek léčících se s karcinomem prsu probíhal?
5. Bude rozdíl ve vnímání kvality života u žen, léčících se opakovaně s karcinomem prsu a u žen majících toto onemocnění poprvé?
6. V jakých oblastech (při denních činnostech, ve společnosti apod.) dochází k hlavnímu omezení běžného života v důsledku karcinomu prsu?

Hypotézy

1. Ženy ve vyšším věku, které onemocněly karcinomem prsu opakovaně, hodnotí kvalitu svého života stejně jako ženy ve vyšším věku, které onemocněly poprvé.
2. Výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku v průběhu léčení karcinomu prsu u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně nezávislé.

6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Pro získání dat byl použit kvantitativní výzkum metodou standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, doplněný 11 otázkami vlastní tvorby.

WHOQOL-BREF se skládá z 26 otázek sdružených do 4 oblastí (domén), jež zjišťují, jak pacientky vnímají kvalitu života a svůj zdravotní stav. Tento dotazník je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL, který se skládá ze 100 položek. Zmíněnými čtyřmi doménami jsou fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pouze první dvě otázky se dotazují na kvalitu života a spokojenosti se svým zdravím a nezařazují se do žádných z domén. K vyhodnocení dotazníku je nutné spočítat průměrné hrubé skóry zmíněných domén. První doména *fyzické zdraví* se skládá z otázek **q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18**. Druhou doménou je *prožívání*, obsahuje položky **q5, q6, q7, q11, q19, a q26**. Třetí doména – *sociální vztahy* se skládá pouze ze 3 otázek, a to z **q20, q21, q22**. Poslední doména týkající se *prostředí* obsahuje tyto položky **q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25**.

Respondentky odpovídaly na škálové otázky v rozmezí odpovědí 1 až 5. Tento standardizovaný dotazník byl přepsán z tištěné knihy do elektronické verze od autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006), jež se se zaměřuje především na zmíněný dotazník. Následně byl dotazník doplněn 11 otázkami vlastní tvorby, stručným seznámením s výzkumným šetřením a posléze v tištěné formě předkládán respondentkám. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5 minut, po tuto dobu je potřeba zajištění klidného prostředí (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Tento dotazník je doporučován pro respondenty do 65 let, od 65 let a výše se doporučuje používat verzi dotazníku WHOQOL-OLD. Tato diplomová práce se specifikuje na respondentky ve vyšším věku, avšak tato verze dotazníku by nebyla natolik přínosná pro cíle výzkumné části, jelikož se zaměřuje spíše na ovlivňování kvality života v rámci smyslového ústrojí. Z tohoto důvodu byl zvolen autorkou práce již zmíněný standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, jež se zaměřuje na kvalitu života a celkový zdravotní stav pacientek. Pacientkám nebyl poskytnut Mini Mental State Examination (MMSE) k záchytu demence či poruchám kognitivních funkcí. Všichni respondenti, kteří vyplňovali dotazníky byli orientovaní časem, místem a osobou, tudíž ani nebyla potřeba použití zmíněného dotazníku.

Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum s 5 respondentkami léčícími se s karcinomem prsu, který sloužil zejména k ověření srozumitelnosti otázek vlastní tvorby, jež jsou vloženy před standardizovaným dotazníkem. Jelikož se neobjevil žádný problém

s vyplněním dotazníků, nebyla potřeba úprava. Tyto dotazníky z předvýzkumu byly zařazeny do celkového počtu dotazovaných.

Standardizovanému dotazníku předcházelo představení autorky, vysvětlení účelu dotazníku a následně 11 otázek vlastní tvorby. Tyto otázky byly pouze doplňující a týkaly se věku, pocitů při zjištění diagnózy, zda se objevují pocity deprese a úzkosti, oblasti, ve kterých dochází k hlavnímu omezení, jak se současně pacientky léčí, co jim pomáhá ke zvládnání těžké životní situace a zda se respondentky cítí v rámci svého onemocnění méně sebevědomé. Část otázek byla otevřených (otázka č. 1, 2, 10) a respondentky tak musely samy doplnit potřebné informace. Otázka č. 2 se týkala věku, kdy byl ženám diagnostikován karcinom prsu, avšak tato otázka byla pouze informativní a nebyla dále vyhodnocována. Druhá polovina otázek byla uzavřených (otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11) a respondentky pouze zaškrtovaly jednu z vybraných odpovědí. V úvodu dotazníku byly respondentky ujistěny o anonymitě dotazníku, a to, že získaná data budou sloužit pouze k výzkumné části diplomové práce a v neposlední řadě, že vyplněním dotazníku souhlasí se zpracováním získaných informací (viz. Příloha A).

Výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou vybraných nemocnicích Královéhradeckého kraje v období leden–březen 2023. Před samotným výzkumem byla podána prosba o provedení výzkumu na daných pracovištích a následně po schválení žádosti náměstkyně pro ošetrovatelskou péči byl výzkum zahájen. Autorkou výzkumu byly rozdány dotazníky respondentkám léčícím se s karcinomem prsu, které splňovaly věkové rozmezí v rámci tohoto výzkumu.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků v tištěné formě. Návratnost byla stoprocentní, avšak nebylo možné všechny dotazníky použít do výzkumné části. Pacientkám léčícím se s karcinomem prsu byly vysvětleny jednotlivé otázky dotazníku a nabídnuta pomoc, při potížích s vyplněním. Respondentky vyplňovaly dotazníky v klidném prostředí. Z celkového počtu dotazníků jich bylo do finálního zhodnocení použito 90, kdy 20 dotazníků i přes objasnění jednotlivých otázek v dotazníku nebylo možné využít, kvůli neúplnému vyplnění.

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaný výzkumný soubor tvořily onkologicky nemocné pacientky vyššího věku (60-83 let), u kterých v současné době probíhal léčebný proces. Výzkumného šetření se účastnilo 90 respondentek. V úvodu dotazníku byly respondentky ujistěny o zajištění své anonymity v rámci výzkumu. Anonymita byla udržena i prostřednictvím sběrného boxu,

kam respondentky vložily vyplněné dotazníky. Vyplněním dotazníku tak souhlasily s účastí ve sběru dat k výzkumné části diplomové práce. Výzkumné šetření bylo provedeno na dvou pracovištích onkologické ambulance ve vybraných nemocnicích Královéhradeckého kraje.

6.2 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat byl použit program Microsoft Excel a TIBCO Statistica 14.0.0. Bylo rozdáno 110 dotazníků, návratnost byla stoprocentní, avšak do výzkumného šetření jich bylo využito 90, kvůli neúplnému vyplnění dat i přes jasné a srozumitelné vysvětlení jednotlivých otázek. Data ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, byla zpracována do tabulek s absolutní a relativní četností. Ke zpracování těchto dat byla využita Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života od Dragomirecké a Bartoňové (2006). Data z 11 otázek vlastní tvorby byla zpracována do grafů v programu Microsoft Excel.

Při vytváření hypotéz se vycházelo z absolutních četností. U jednotlivých hypotéz bylo nutné si stanovit tzv. nulovou hypotézu (H_0), hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %) a vybrat vhodný statistický test, aby mohla být hypotéza otestována. Nulová hypotéza (H_0) je tvrzení, které vyjadřuje žádný či nulový vztah nebo rozdíl mezi naměřenými daty pro testování. Poté, když jsou data vhodným statistickým testem otestována, tak je možné rozhodnout, zda nulovou hypotézu zamítáme či nezamítáme a rozhodnout o případném přijetí či nepřijetí alternativní hypotézy (H_A). Zamítnutí nebo nezamítnutí nulové hypotézy se určuje podle hladiny významnosti α a p – hodnoty nebo testovacího kritéria a kritické hodnoty. Pokud je p – hodnota $> \alpha$, tak nulovou hypotézu nezamítáme a přijímáme alternativní hypotézu (H_A) a naopak (Kubanová, 2008).

7 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

V této kapitole jsou obsažena grafická zobrazení a popisy získaných výsledků z výzkumného šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a 11 otázek vlastní tvorby.

7.1 Zpracování standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF

Následující tabulky ukazují vyhodnocené otázky standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Tyto odpovědi jsou zaznamenány pomocí absolutních a relativních četností. V řádku jsou vždy zaznamenány odpovědi pomocí absolutních četností (n_i) a pomocí relativních četností (f_i), vyjádřené procentuálně.

Otázka č. 1 Jak byste hodnotila kvalitu svého života?

Tabulka 1: Hodnocení kvality života

	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá	Σ
n_i	0	2	37	46	5	90
f_i (%)	0 %	2 %	41 %	51 %	6 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto otázku odpovědělo celkem 90 dotázaných respondentek (100 %) s karcinomem prsu, přičemž nejvíce dotázaných považuje svou kvalitu života za „dobrou“. Tuto odpověď označilo 46 dotázaných (tj. 51 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že respondentky nehodnotí svou kvalitu života jako „ani špatnou ani dobrou“ 37 dotázaných (41 %). Celých 6 % respondentek hodnotí kvalitu svého života jako „velmi dobrou“. Pouze 2 respondentky (2 %) považují kvalitu svého života za „špatnou“.

Otázka č. 2 Jak jste spokojená se svým zdravím?

Tabulka 2: Hodnocení spokojenosti se zdravím

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	1	15	42	32	0	90
f_i (%)	1 %	17 %	47 %	36 %	0 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku týkající se spokojenosti se zdravím odpovědělo nejvíce dotázaných, že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“. Tuto odpověď označilo 42 dotázaných respondentek, což činí 47 %. „Spokojených“ se svým zdravím je 32 respondentek (36 %) a naopak „nespokojených“ jich je 15 (17 %). „Velmi nespokojených“ se svým zdravím je pouze 1 % dotázaných respondentek.

Otázka č. 3 Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Tabulka 3: Míra bolesti bránící v potřebné činnosti

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	24	31	30	5	0	90
f_i (%)	27 %	34 %	33 %	6 %	0 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka týkající se míry bolesti, která ženám s karcinomem prsu brání v tom, co potřebují dělat, odpovědělo nejvíce respondentek „trochu“, a to celých 31 (34 %). „Středně“ odpovědělo 30 dotázaných (33 %) a „vůbec ne“ 24 respondentek (27 %). Pouze 5 dotázaných žen (6 %) odpovědělo, že jim bolest brání v tom, co potřebují dělat „hodně“.

Otázka č. 4 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?

Tabulka 4: Míra potřeby lékařské péče k fungování v každodenním životě

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	36	28	20	6	0	90
f_i (%)	40 %	31 %	22 %	7 %	0 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto otázku odpovědělo „vůbec ne“ 36 respondentek (40 %), „trochu“ 28 dotázaných (31 %), „středně“ 20 respondentek (22 %) a pouze 6 dotázaných žen (7 %) odpovědělo, že potřebují lékařskou péči „hodně“. „Maximálně“ nevedla žádná z žen (0 %).

Otázka č. 5 Jak moc Vás těší život?

Tabulka 5: Míra radosti ze života

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	1	8	24	34	23	90
f_i (%)	1 %	9 %	27 %	38 %	26 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku tuto otázku odpověděly respondentky s karcinomem prsu pozitivně. Z celkových 90 dotázaných (100 %) baví život „hodně“ 34 žen (38 %). Odpověď „středně“ uvedlo 24 dotázaných (27 %) a „maximálně“ těší život i přes problémy, s kterými se potýkají 23 dotázaných (26 %). „Trochu“ baví život 8 dotázaných (9 %) a pouze 1 respondentka (1 %) uvedla, že ji život netěší „vůbec“.

Otázka č. 6 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Tabulka 6: Míra smyslu života

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	0	4	26	40	20	90
f_i (%)	0 %	4 %	29 %	44 %	22 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ odpovědělo na stupnici „vůbec ne“ až „maximálně“ 40 respondentek (44 %), že jejich život jim dává smysl „hodně“. Následovala odpověď „středně“, jež uvedlo 26 dotázaných (29 %) a odpověď „maximálně“ zvolilo 20 žen (22 %). Odpověď „trochu“ uvedly pouze 4 ženy (4 %).

Otázka č. 7 Jak se dokážete soustředit?

Tabulka 7: Míra schopnosti soustředit se

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	2	11	31	39	7	90
f_i (%)	2 %	12 %	34 %	43 %	8 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak se dokážete soustředit?“ zvolilo odpověď „hodně“ 39 respondentek (43 %), 31 respondentek (34 %) odpovědělo „středně“ a „maximálně“ se dokáže soustředit navzdory svému onemocnění 7 respondentek (8 %). Pouze 11 dotázaných (12 %) se dokáže soustředit „trochu“ a „vůbec“ se nedokážou soustředit 2 dotázané respondentky (2 %).

Otázka č. 8 Jak bezpečně se cítíte v každodenním životě?

Tabulka 8: Míra pocitu bezpečí v každodenním životě

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	2	6	31	45	6	90
f_i (%)	2 %	7 %	34 %	50 %	7 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto otázku odpověděla polovina dotázaných respondentek (50 %) „hodně“. Dále 31 žen (tj. 34 %) odpovědělo, že se cítí „středně“ v bezpečí v každodenním životě. Pouze 6 respondentek (7 %) uvedlo, že se cítí „maximálně“ bezpečně a shodný počet respondentek uvedl, že se cítí „trochu“ bezpečně. Pouze 2 respondentky (2 %) uvedly, že v závislosti na jejich zdravotním stavu se necítí „vůbec“ bezpečně v každodenním životě.

Otázka č. 9 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Tabulka 9: Hodnocení prostředí, ve kterém respondentky žijí

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Σ
n_i	0	3	36	44	7	90
f_i (%)	0 %	3 %	40 %	49 %	8 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?“ odpověděla skoro polovina respondentek kladně. Celých 44 žen (49 %) odpovědělo „hodně“. Poté následovala odpověď „středně“ 36 žen (40 %). V „maximálně“ zdravém prostředí žije 7 dotázaných respondentek (8 %), naopak „trochu“ odpověděly pouze 3 respondentky (3 %).

Otázka č. 10 Máte dost energie pro každodenní život?

Tabulka 10: Množství energie pro každodenní život

	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela	Σ
n_i	1	12	44	32	1	90
f_i (%)	1 %	13 %	49 %	36 %	1 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Desátá otázka se týká dostatku energie pro každodenní život. Necelá polovina dotázaných (49 %) odpověděla, že mají energii „středně“. Následovala odpověď „většinou ano“, kterou uvedlo v dotazníku 32 dotazovaných respondentek (36 %). „Spíše ne“ odpovědělo 12 žen (13 %). Pouze jedna respondentka (1 %) uvedla, že „vůbec nemá“ žádnou energii pro každodenní život a jedna respondentka (1 %), která má „zcela“ hodně energie pro každodenní život a její onemocnění ji nikterak neomezuje.

Otázka č. 11 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Tabulka 11: Míra akceptování tělesného vzhledu

	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela	Σ
n_i	0	12	34	38	6	90
f_i (%)	0 %	13 %	38 %	42 %	7 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?“ odpovědělo 38 respondentek (42 %) „většinou ano“, což je vzhledem k závažnosti onemocnění a zásahu do tělesného vzhledu pacientek vysoké číslo. Druhá nejčastější odpověď byla „středně“ (34 dotázaných, tj. 38 %),

12 respondentek (13 %) uvedlo, že „spíše nejsou“ schopny akceptovat svůj tělesný vzhled a 6 dotázaných (7 %) uvedlo, že jsou „zcela“ ztotožněny se svým tělesným vzhledem.

Otázka č. 12 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Tabulka 12: Zhodnocení dostatku financí k uspokojení potřeb

	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela	Σ
n_i	1	9	28	41	11	90
f_i (%)	1 %	10 %	31 %	46 %	12 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka standardizovaného dotazníku se týkala financí a jejich dostatečnosti ke spokojenému životu. 41 respondentek (46 %) odpovědělo na otázku, zda mají dostatek peněz k uspokojení svých potřeb, že „většinou ano“. Následovala odpověď „středně“, jež uvedlo 28 dotázaných (31 %). „Zcela“ odpovědělo 11 žen (12 %), naopak 9 respondentek (10 %) zaškrtnulo možnost „spíše ne“. Pouze 1 respondentka (1 %) „nemá vůbec“ dostatek finančních prostředků pro uspokojení svých potřeb.

Otázka č. 13 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 13: Míra možnosti přístupu k informacím

	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela	Σ
n_i	0	3	22	50	15	90
f_i (%)	0 %	3 %	24 %	56 %	17 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na tuto otázku odpověděla více jak polovina žen „většinou ano“. Konkrétně tuto možnost zvolilo 50 respondentek, což v relativní četnosti představuje 56 %. Druhou nejčastější možností, kterou respondentky zvolily, byla varianta „středně“, a to konkrétně 22 dotázaných (24 %). „Zcela“ přístup k informacím má 15 dotázaných (17 %) a variantu s odpovědí „spíše ne“ volily 3 dotázané respondentky (3 %).

Otázka č. 14 Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Tabulka 14: Míra možnosti věnovat se zálibám

	Vůbec ne	Spíš ne	Středně	Většinou ano	Zcela	Σ
n_i	2	21	34	25	8	90
f_i (%)	2 %	23 %	38 %	28 %	9 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka s pořadovým číslem 14 se zabývala zálibami a koníčky. Nejvíce u této otázky převažovala odpověď „středně“ (34 dotázaných, tj. 38 %). „Většinou ano“ zvolilo 25 respondentek (28 %). Necelá čtvrtina žen (23 %) nemá možnost se věnovat svým zálibám, a tak zvolila možnost „spíš ne“. „Zcela“ bez omezení se věnuje svým koníčkům 8 dotázaných žen (9 %) a naopak 2 respondentky (2 %) odpověděly, že „nemají vůbec“ možnost se věnovat svým zálibám.

Otázka č. 15 Jak se dokážete pohybovat?

Tabulka 15: Míra možnosti pohybu

	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře	Σ
n_i	0	7	20	47	16	90
f_i (%)	0 %	8 %	22 %	52 %	18 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka sledovala, jak ovlivňuje onemocnění karcinomem prsu pohyb žen. Více než polovina dotázaných (52 %), konkrétně 47 žen uvedlo, že se navzdory své nemoci dokážou pohybovat „dobře“. „Ani špatně ani dobře“ se dokáže pohybovat 20 dotázaných (22 %). Bez omezení navzdory onemocnění se dokáže pohybovat 16 žen (18 %), které vybraly možnost „velmi dobře“. Naopak problémy s pohybem má 7 dotázaných (8 %), které volily možnost „špatně“.

Otázka č. 16 Jak jste spokojena se svým spánkem?

Tabulka 16: Míra spokojenosti se spánkem

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	3	18	40	25	4	90
f_i (%)	3 %	20 %	44 %	28 %	4 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

K otázce spokojenosti se spánkem se vyjádřilo nejvíce žen neutrálně, což znamená, že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“ se spánkem. Konkrétně tuto možnost volilo 40 žen (44 %).

„Spokojeno“ se spánkem je 25 dotázaných (28 %). „Velmi spokojené“ se svým spánkem jsou 4 respondentky (4 %), naopak „velmi nespokojeny“ jsou 3 dotázané (3 %) a „nespokojeno“ je 18 žen (20 %).

Otázka č. 17 Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tabulka 17: Míra spokojenosti se schopností provádět běžné činnosti

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	0	6	44	38	2	90
f_i (%)	0 %	7 %	49 %	42 %	2 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?“ odpovědělo neutrálně „ani spokojena ani nespokojena“ celkem 44 respondentek (49 %). „Spokojeno“ je 38 dotazovaných žen (42 %) a „velmi spokojeny“ jsou 2 respondentky (2 %). Naopak „nespokojeno“ se schopností provádět každodenní činnosti je 6 respondentek (7 %).

Otázka č. 18 Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?

Tabulka 18: Míra spokojenosti s pracovním výkonem

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	1	8	49	29	3	90
f_i (%)	1 %	9 %	54 %	32 %	3 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka se týkala pracovního nasazení a výkonu. Více jak polovina dotazovaných žen (54 %) uvedla, že není „ani spokojena ani nespokojena“ se svým pracovním výkonem. Odpověď „spokojena“ navzdory svým zdravotním problémům je necelá třetina žen (32 %), naopak „nespokojeno“ se svým pracovním výkonem je 8 respondentek (9 %). „Velmi nespokojena“ byla 1 respondentka (1 %), a naopak „velmi spokojeny“ byly 3 ženy (3 %).

Otázka č. 19 Jak jste spokojena sama se sebou?

Tabulka 19: Míra spokojenosti s vlastní osobou

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	0	11	48	29	2	90
f_i (%)	0 %	12 %	53 %	32 %	2 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak jste spokojena sama se sebou?“ odpovědělo 48 dotázaných (53 %), že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“. „Spokojenost“ sama se sebou převládá u 29 dotázaných (32 %) a „velmi spokojené“ samy se sebou byly 2 respondentky (2 %). „Nespokojena“ sama se sebou bylo 11 dotázaných žen, což představuje 12 %.

Otázka č. 20 Jak jste spokojena se svými osobními vztahy?

Tabulka 20: Míra spokojenosti s osobními vztahy

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	0	6	12	59	13	90
f_i (%)	0 %	7 %	13 %	66 %	14 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Dvacátá otázka se zabývá osobními vztahy, se kterými jsou 2/3 dotázaných žen „spokojeny“. Konkrétně 59 žen (66 %) označilo odpověď „spokojena“ a „velmi spokojena“ 13 žen (14 %). Z toho lze usuzovat, že onemocnění karcinomem prsu nikterak neovlivňuje osobní vztahy většiny respondentek. Pouze 12 žen (13 %) odpovědělo, že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“ s osobními vztahy a 6 žen (7 %) je „nespokojeno“.

Otázka č. 21 Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?

Tabulka 21: Míra spokojenosti se sexuálním životem

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	5	16	43	23	3	90
f_i (%)	6 %	18 %	48 %	26 %	3 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?“ odpovědělo neutrálně „ani spokojena ani nespokojena“ 43 žen (48 %). Následovala odpověď „spokojena“, kterou zvolilo 23 dotázaných žen (26 %). Naopak „nespokojeno“ se sexuálním životem bylo 16 respondentek (18 %) a dokonce „velmi nespokojeno“ 5 respondentek (6 %). „Velmi spokojeny“ se svým sexuálním životem byly pouze 3 respondentky (3 %).

Otázka č. 22 Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Tabulka 22: Míra spokojenosti s podporou přátel

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	0	5	8	52	25	90
f_i (%)	0 %	6 %	9 %	58 %	28 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka se týkala podpory, kterou ženy s onemocněním karcinomu prsu dostávají od svých přátel. „Spokojeno“ s podporou svých blízkých a kamarádů je 52 žen (58 %), 25 respondentek (28 %) je dokonce „velmi spokojeno“. Pouze 8 žen (9 %) odpovědělo, že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“ s podporou kamarádů a 5 žen (6 %) uvedlo, že je vyloženě „nespokojeno“ s podporou.

Otázka č. 23 Jak jste spokojena s podmínkami, kde žijete?

Tabulka 23: Míra spokojenosti s podmínkami v místě pobytu

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	0	4	25	51	10	90
f_i (%)	0 %	4 %	28 %	57 %	11 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak jste spokojena s podmínkami, kde žijete?“ uvedlo 51 respondentek (57 %), že je „spokojeno“ s místem, ve kterém žijí. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“ (25 žen, tj. 28 %). „Velmi spokojeno“ je se svým místem pro život 10 žen (11 %). Naopak „nespokojeny“ jsou pouze 4 dotázané respondentky (4 %).

Otázka č. 24 Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?

Tabulka 24: Míra spokojenosti s dostupností zdravotní péče

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	1	4	17	53	15	90
f_i (%)	1 %	4 %	19 %	59 %	17 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

S dostupností zdravotní péče v dané oblasti je 53 žen (59 %) „spokojeno“ a dokonce „velmi spokojeno“ je 15 respondentek (17 %). Naopak „velmi nespokojena“ byla 1 dotázaná respondentka (1 %) a 4 respondentky (4 %) uvedly možnost „nespokojena“. Neutrálně k otázce dostupnosti zdravotní péče se vyjádřilo 17 respondentek (19 %), které uvedly, že nejsou „ani spokojeny ani nespokojeny“.

Otázka č. 25 Jak jste spokojena s dopravou?

Tabulka 25: Míra spokojenosti s dopravou

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	Velmi spokojena	Σ
n_i	1	5	30	45	9	90
f_i (%)	1 %	6 %	33 %	50 %	10 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak jste spokojena s dopravou?“ odpověděla polovina z dotázaných žen (50 %), že je „spokojena“. „Ani spokojena ani nespokojena“ je $\frac{1}{3}$ z dotázaných žen (33 %). „Velmi spokojeno“ s dopravou je 9 žen (10 %), naopak „velmi nespokojena“ byla 1 respondentka (1 %). Možnost „nespokojena“ označilo 5 respondentek (6 %).

Otázka č. 26 Jak často prožíváte negativní pocity jako je například rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka 26: Míra prožívání negativních pocitů

	Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále	Σ
n_i	0	43	23	24	0	90
f_i (%)	0 %	48 %	26 %	27 %	0 %	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Poslední otázka standardizovaného dotazníku se zabývala negativními pocity, které mohou pacientky s karcinomem prsu prožívat. Respondentky nejčastěji volily možnost „někdy“, a to celkem 43 žen (48 %). „Celkem často“ zažívá pocity rozmrzelosti, beznaděje, úzkosti či deprese 24 dotázaných žen (27 %), přičemž možnost „středně“ volilo 23 žen (26 %).

7.1.1 Zhodnocení domén

V této kapitole budou zhodnoceny jednotlivé domény standardizovaného dotazníku WHOQOL BREF. První doménou je fyzické zdraví, druhou doménou je prožívání, třetí doménou jsou sociální vztahy a čtvrtou doménou je prostředí. Následně jsou pak porovnány průměrné hodnoty jednotlivých domén s populační normou podle příručky Dragomirecké a Bartoňové (2006).

Doména 1 – Fyzické zdraví

Tabulka 27: Průměrné hodnoty domény fyzické zdraví

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	3,82	4,03
Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	4,04	4,16
Máte dost energie pro každodenní život?	3,22	3,62
Jak se dokážete pohybovat?	3,80	4,27
Jak jste spokojena se svým spánkem?	3,10	3,61
Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?	3,40	3,76
Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?	3,28	3,76

Zdroj: vlastní zpracování

Doména fyzické zdraví se skládá z otázek 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Jedná se o průměrné hodnoty jmenovaných otázek. Výsledků bylo dosaženo dle přesných instrukcí z knihy Dragomirecké a Bartoňové (2006). Uvedená je zde i populační norma převzatá z již zmíněné literatury.

Rozmezí škál u domén je 4-20, zatímco vyšší skóre znamená lepší kvalitu života, nižší hodnoty označují nízkou kvalitu života. Nejvíce bodů má otázka týkající se potřeby lékařské pomoci k fungování v každodenním životě. Nejmenší průměrnou hodnotu získala otázka vztahující se k energii pacientek ve svém každodenním životě. Celková průměrná hodnota domény *fyzické zdraví* je uvedena níže.

Doména 2 – Prožívání

Tabulka 28: Průměrné hodnoty domény prožívání

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Jak moc Vás těší život?	3,78	3,83
Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	3,84	3,86
Jak se dokážete soustředit?	3,42	3,55
Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	3,42	3,90
Jak jste spokojena sama se sebou?	3,24	3,57
Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, deprese?	3,21	3,47

Zdroj: vlastní zpracování

Doména *prožívání* obsahuje otázky 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Tato Tabulka 28 vyjadřuje průměrné hodnoty jednotlivých otázek. Rozpětí škály u domén je 4-20, vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Všechny průměrné hodnoty vlastního výzkumného šetření jsou nižší než populační norma, což označuje sníženou kvalitu života v doméně *prožívání* u dotazovaných.

Doména 3 – Sociální vztahy

Tabulka 29: Průměrné hodnoty domény sociální vztahy

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Jak jste spokojena se svými osobními vztahy?	3,88	3,75
Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?	3,03	3,64
Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	4,08	3,85

Zdroj: vlastní zpracování

Doména *sociální vztahy* se skládá pouze ze tří otázek, a to z 20, 21, 22. Tabulka 29 vyjadřuje průměrné hodnoty tří otázek patřící do domény *sociální vztahy*. U otázek „*Jak jste spokojena se svými osobními vztahy a s podporou, kterou Vám poskytuje rodina*“? jsou vyšší hodnoty než u populační normy, což označuje spokojenost pacientek v oblasti podpory v těžké životní situaci.

Doména 4 – Prostředí

Tabulka 30: Průměrné hodnoty domény prostředí

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	3,52	3,24
Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	3,61	2,85
Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	3,58	2,87
Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	3,86	3,87
Máte možnost věnovat se svým zálibám?	3,18	3,33
Jak jste spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?	3,74	3,54
Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?	3,86	3,70
Jak jste spokojena s dopravou?	3,62	3,19

Zdroj: vlastní zpracování

Poslední (čtvrtá) doména se týká *prostředí*. Doména 4 obsahuje otázky číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Tabulka 30 vyjadřuje průměrné hodnoty zmíněných otázek. Některé otázky přesahují hodnoty populační normy, a to především otázky týkající se bezpečí v každodenním životě, podmínek v místě pobytu a spokojenosti s dopravou.

Tabulka 31: Souhrnné vyhodnocení průměrných hodnot domén 1-4

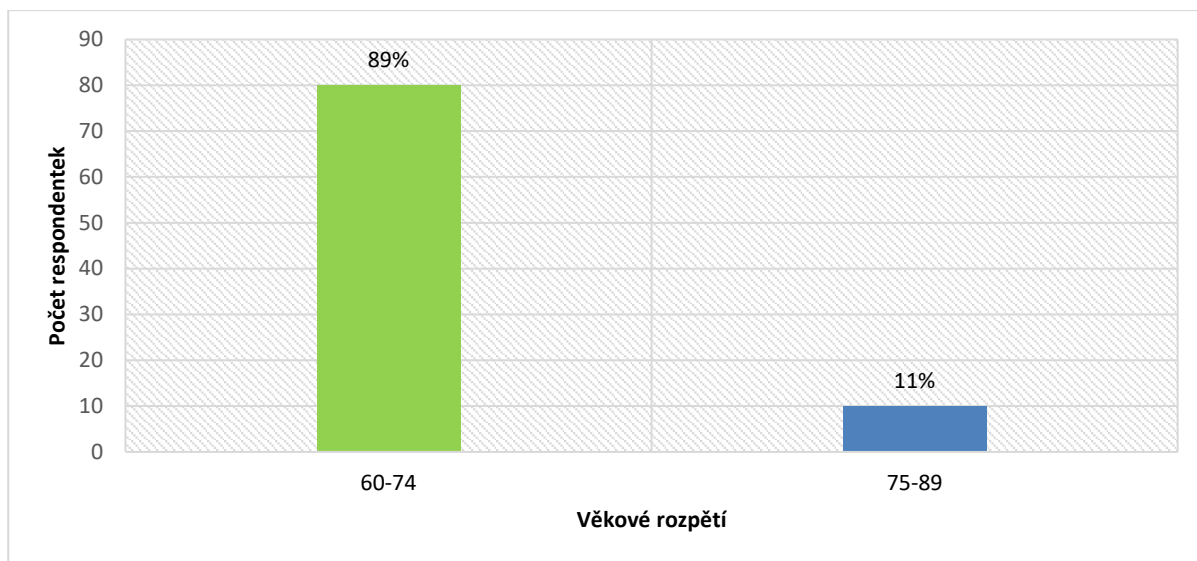
	Doména 1 – fyzické zdraví	Doména 2 - prožívání	Doména 3 – sociální vztahy	Doména 4 - prostředí
Celkové hodnoty domén	14,10	13,95	14,65	14,48
Populační norma domén	15,55	14,78	14,98	13,30

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 31 obsahuje souhrnné průměrné hodnoty z celkového počtu respondentů. Nejlépe je hodnocena otázka *sociální vztahy*, která se týkala především spokojenosti s podporou přátel a spokojeností s osobními vztahy. Hodnota domény *sociální vztahy* vyšla 14,65. Průměrná populační norma v příručce od Dragomirecké a Bartoňové (2006) uvádí 14,98. Nejméně zastoupenou doménou bylo *prožívání*, hodnota vyšla 13,95. Průměrná hodnota, která je uvedena v příručce od Dragomirecké (2006) je 14,78. V doméně *fyzické zdraví* je průměr vlastního šetření 14,10, v příručce je uvedeno 15,55. Poslední doménou je *prostředí*, v kterém pacientky žijí, průměrná hodnota z vlastního šetření vyšla 14,48, populační norma je 13,30.

7.2 Vyhodnocení dotazníku vlastní tvorby

Otázka č. 1: Věk (uvádějte v celých číslech)

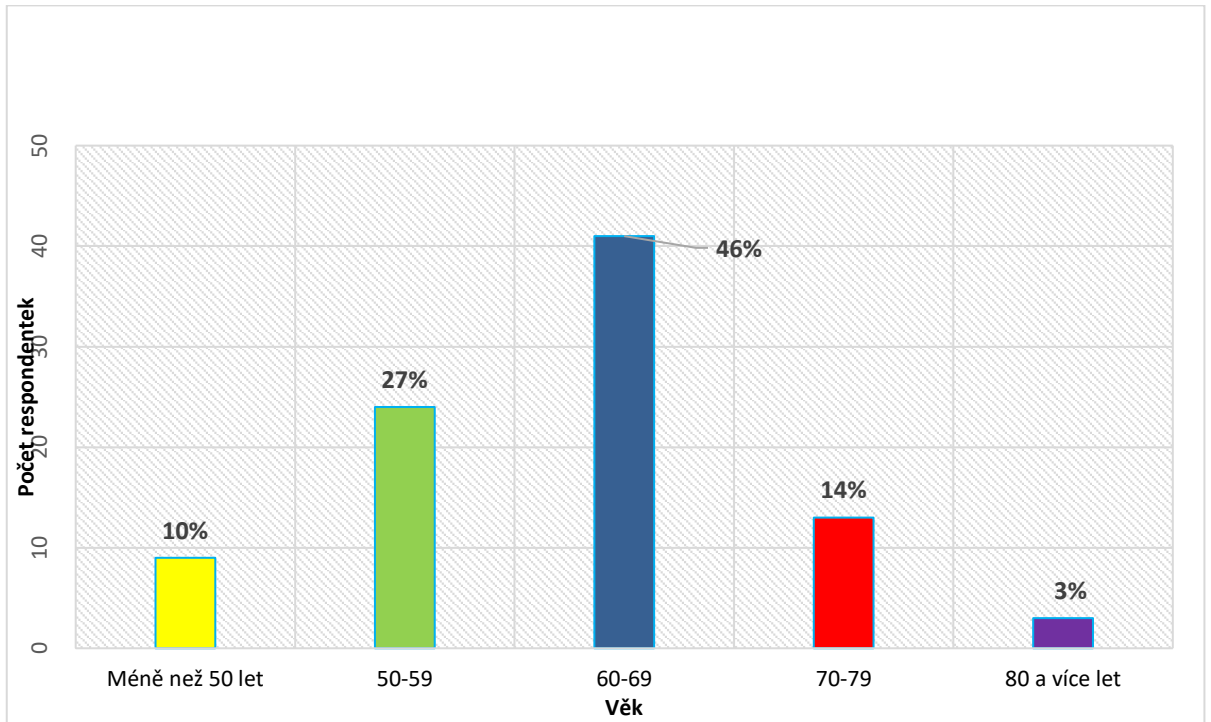


Obrázek 1: Věkové rozpětí respondentek

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce byly respondentky dotazovány, jaký je jejich věk. Obrázek 1 znázorňuje zastoupení dvou věkových kategorií respondentek. Výzkumného šetření se účastnilo 90 respondentek (100 %). Věkové rozmezí bylo rozděleno dle definice WHO. Maximální věkové zastoupení vlastního výzkumného šetření bylo však do 83 let. Jak je patrné z grafu, nejvíce zastoupená je skupina respondentek ve věku 60-74 let (80 žen, tj. 89 %). Druhou skupinu tvoří 10 žen (11 %) ve věkové skupině 75-89 let.

Otázka č. 2: V jakém věku Vám byl diagnostikován karcinom prsu?

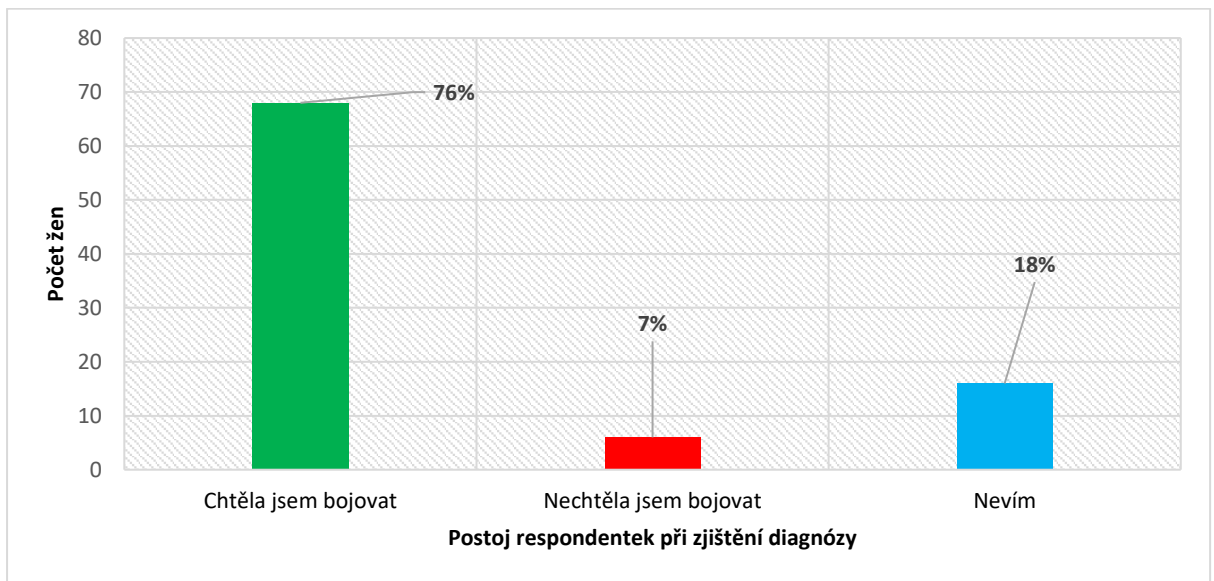


Obrázek 2: Věk stanovení diagnózy karcinomu prsu

Zdroj: vlastní zpracování

Obrázek 2 znázorňuje věk, ve kterém byl pacientkám diagnostikován karcinom prsu. Tato otázka byla pouze informativní a není ve výzkumné části dále vyhodnocována. Nejčastěji byla stanovena diagnóza karcinomu prsu ve věkovém rozmezí 60-69 let, a to 41 ženám (46 %). Pouze 3 pacientkám (3 %) byl karcinom diagnostikován až v 80 letech a více. U žen mladších 50 let se objevil karcinom v 9 případech (10 %). Ve věkovém rozpětí 50 až 59 let se karcinom objevil u 24 žen (27 %). U 13 žen (14 %) se karcinom prsu objevil ve věkovém rozpětí 70-79 let.

Otázka č. 3: Jaké byly Vaše pocity při zjištění diagnózy?

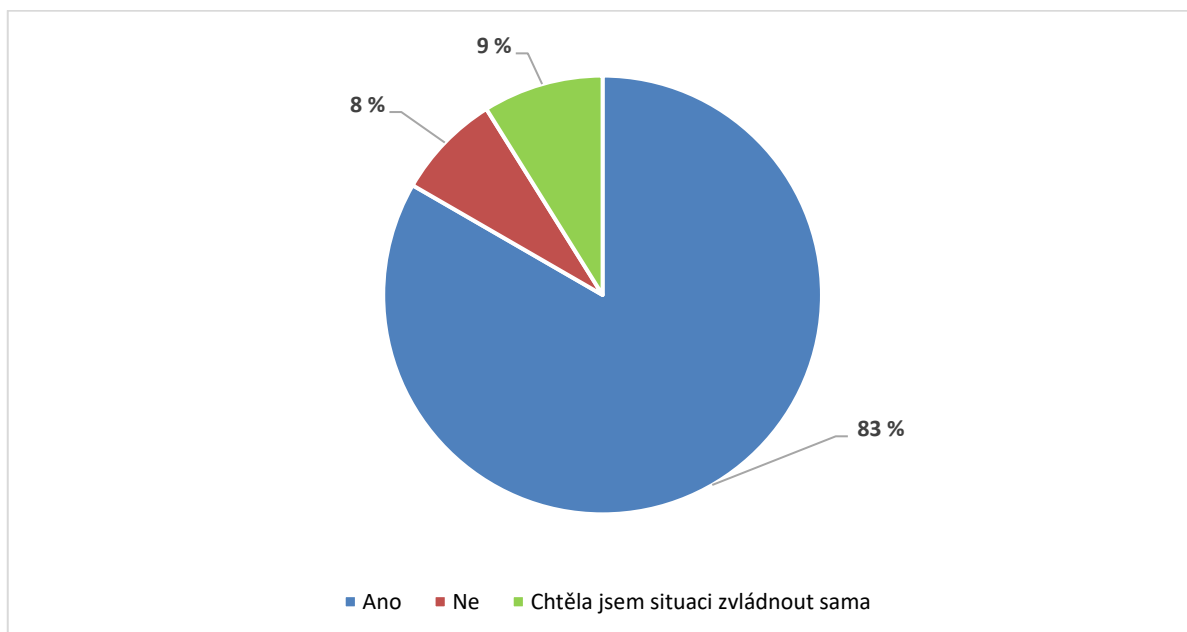


Obrázek 3: Pocity při zjištění diagnóze

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedeného Obrázek 3 je patrné, že více jak $\frac{2}{3}$ respondentek chtělo při zjištění jejich závažného onemocnění, jakým karcinom prsu je, bojovat. Konkrétně se jednalo o 68 žen (76 %). Pouze 6 respondentek (7 %) mělo pocit při zjištění této diagnózy, že už nechce bojovat s tímto onemocněním. Zbýlých 16 respondentek (18 %) odpovědělo, že zpočátku při zjištění diagnózy nevědělo, zda chce či nechce s onemocněním bojovat.

Otázka č. 4.: Byl Vám někdo oporou v době zjištění diagnózy?

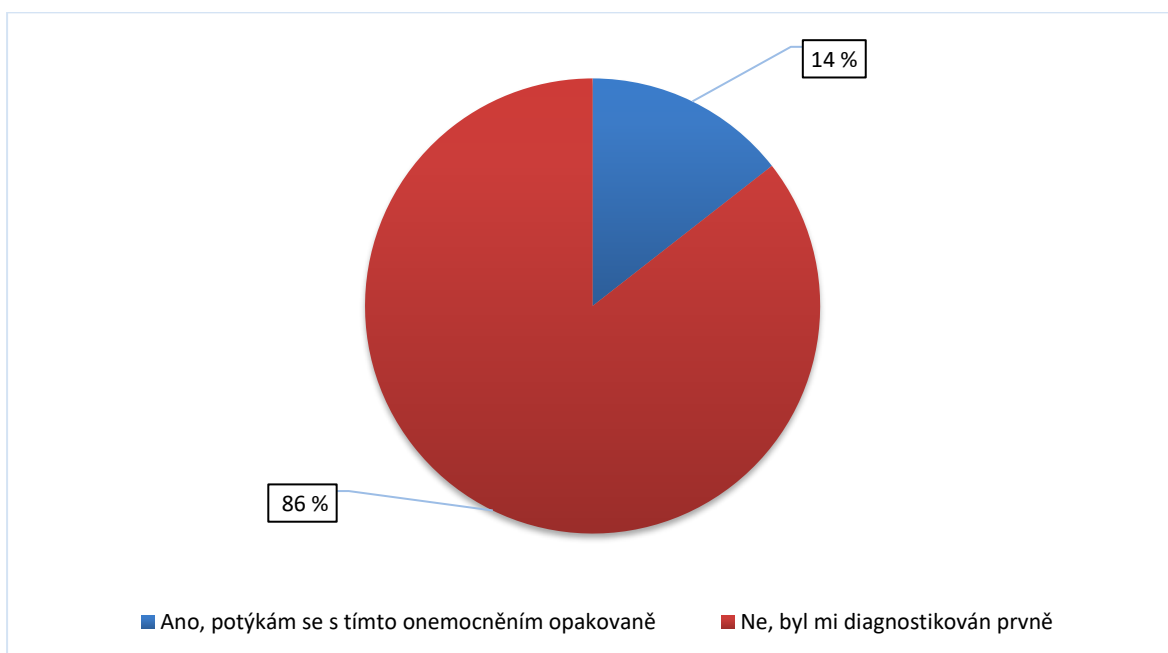


Obrázek 4: Psychická podpora při zjištění diagnózy

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka dotazníku se týkala psychické podpory při zjištění onemocnění. Většina respondentek, celkem 75 žen (83 %) odpovědělo, že ano. Pouze 7 žen (8 %) odpovědělo, že neměly žádnou oporu při zjištění této diagnózy. 8 dotázaných (9 %) z celkového počtu 90 respondentek (100 %) odpovědělo, že chtěly nastalou situaci zvládnout samy.

Otázka č. 5: Projevil se u Vás karcinom prsu opakovaně?

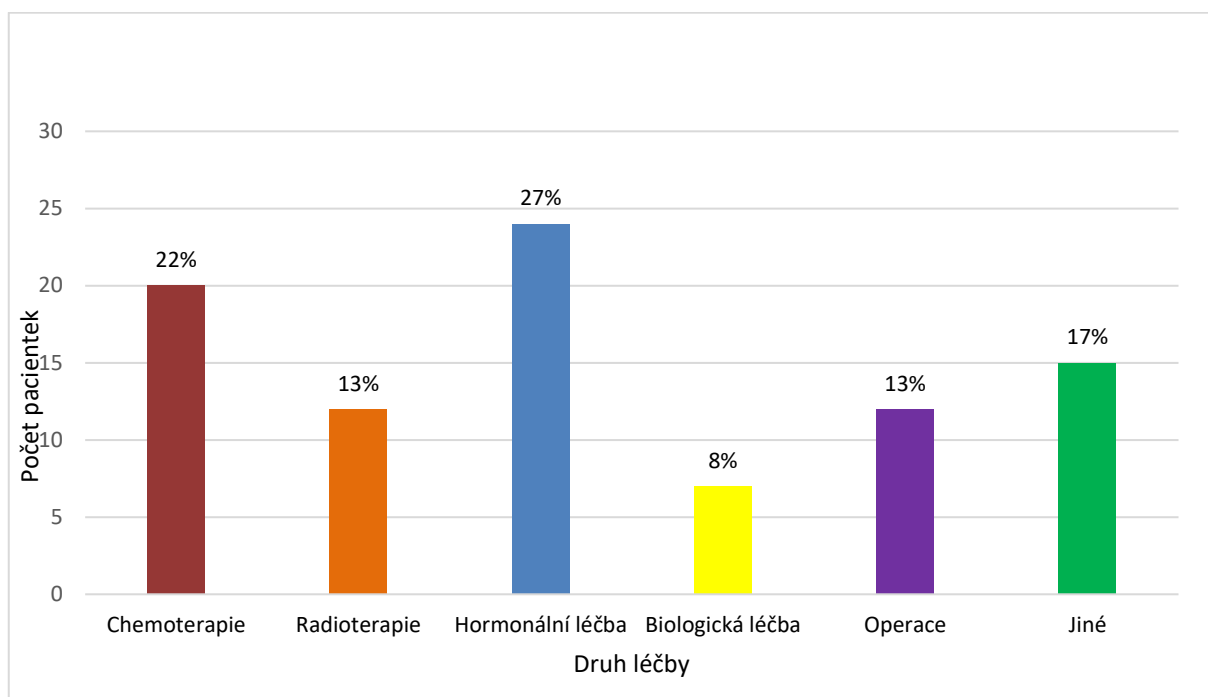


Obrázek 5: Opakované zjištění diagnózy karcinomu prsu

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedeného Obrázek 5 je vidět, zda bylo či nebylo onemocnění karcinomem prsu zjištěno opakovaně či nikoli. V procentuálním vyjádření uvedlo 77 žen (86 %), že jim bylo toto onemocnění diagnostikováno prvně. Zbýlých 13 žen (14 %) uvedlo, že se s tímto onemocněním potýká opakovaně.

Otázka č. 6: Jaký druh léčby u Vás nyní probíhá?

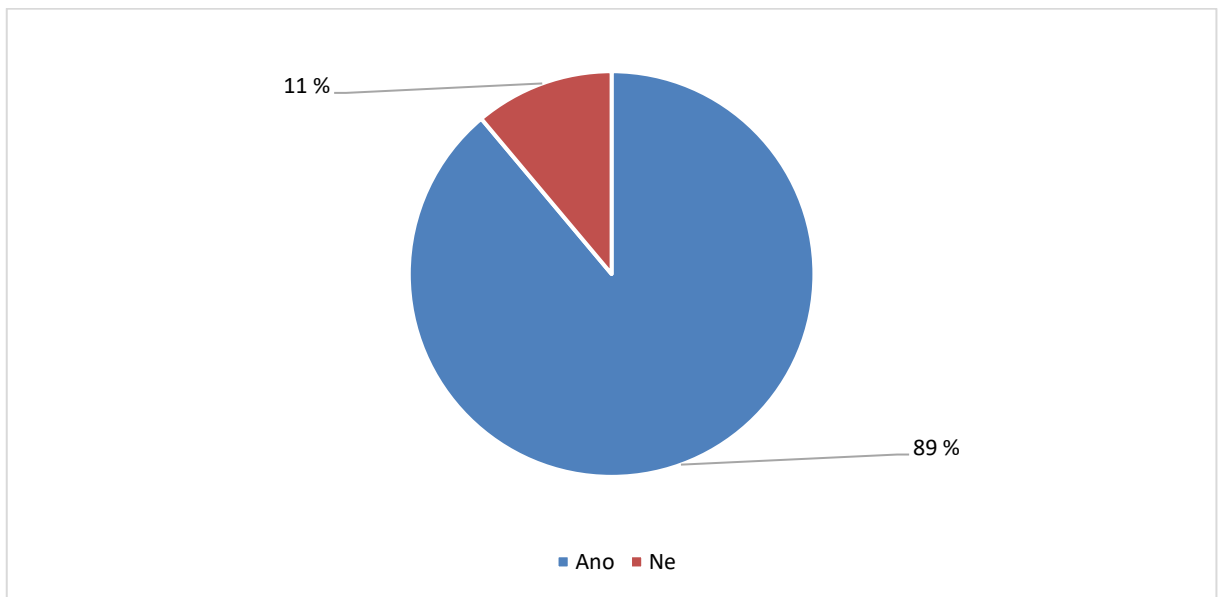


Obrázek 6: Počet žen a jejich druh léčby

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka šestá se týkala léčby, která u pacientek v současné době probíhá. Z Obrázek 6 je patrné, že nejčastější léčba, kterou pacientky podstupují je hormonální léčba. Touto formou se léčí 24 žen (27 %). Druhou nejčastější léčbou, která je uplatňována je chemoterapie, kterou podstupuje 20 dotázaných žen (22 %). 15 žen (17 %) zvolilo možnost jiné, což představuje kombinaci léčebných procesů, které podstupují. V odpovědi jiné byla zastoupena především kombinace chemoterapie a radioterapie, dále kombinace hormonální léčby s radioterapií či chemoterapií. 12 žen (13 %) je v současné době po operaci, kdy jim byla odebrána část nebo celé prso. Stejný počet i procento pacientek podstupuje v současnosti radioterapie. Pouze 7 žen (8 %) se snaží vyléčit z tohoto onemocnění za použití biologické léčby. Malý počet respondentek, které zvolily možnost biologické léčby může být zapříčiněn především její finanční náročností.

Otázka č. 7: Podstoupila jste chirurgickou operaci prsu?

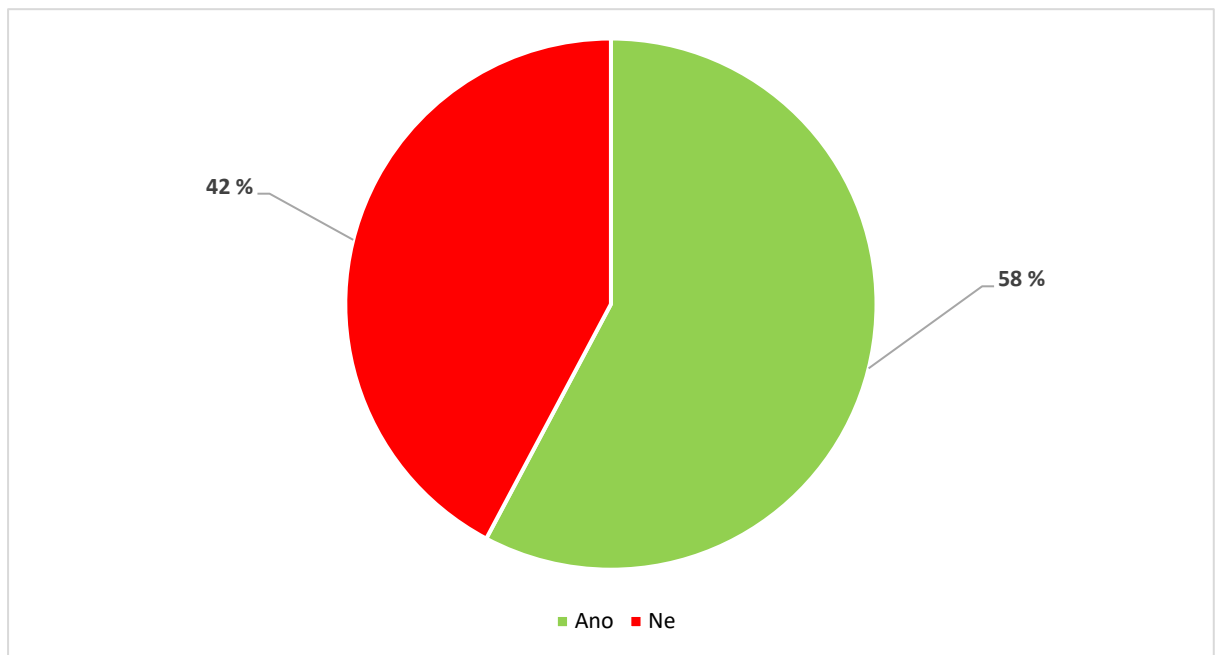


Obrázek 7: Podstoupení chirurgické operace

Zdroj: vlastní zpracování

V tomto Obrázek 7 je vyhodnocena otázka vlastního dotazníkového šetření, kde bylo zjišťováno, zda pacientky s karcinomem prsu podstoupily chirurgické odstranění prsu. Z celkových 90 dotázaných respondentek (100 %) podstoupilo chirurgickou operaci 80 žen (89 %) a pouze 10 žen (11 %) odpovědělo, že chirurgické odstranění prsu nepodstoupilo a nebyl tak nutný zásah do jejich vzhledu.

Otázka č. 8: Prožíváte během léčby pocity deprese, úzkosti či smutku?

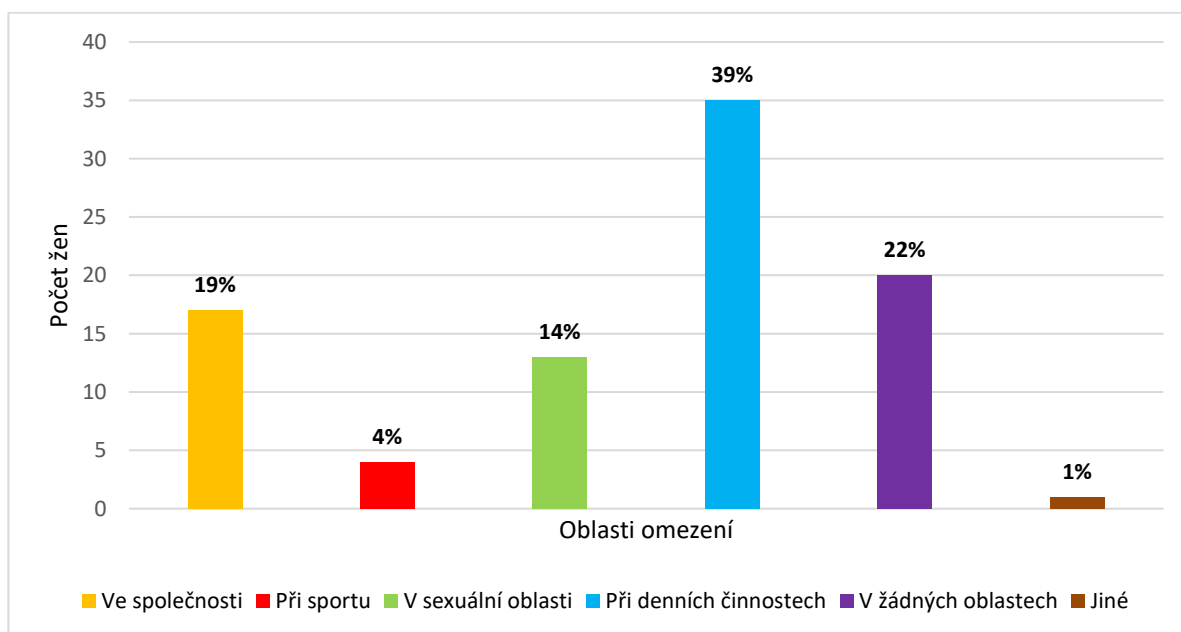


Obrázek 8: Pocity deprese, úzkosti či smutku

Zdroj: vlastní zpracování

U této otázky zabývající se psychikou pacientek je zajímavé, že pocity deprese, úzkosti či smutku během léčby prožívá 52 žen, což je v procentuálním vyjádření 58 %. Naopak je nutné podotknout, že 38 žen (42 %) je ztotožněno a psychicky vyrovnáno s léčbou a nedostávají se u nich tyto negativní pocity, jakými jsou právě deprese, úzkosti nebo smutek.

Otázka č. 9: V jakých oblastech dochází k hlavnímu omezení kvůli karcinomu prsu?

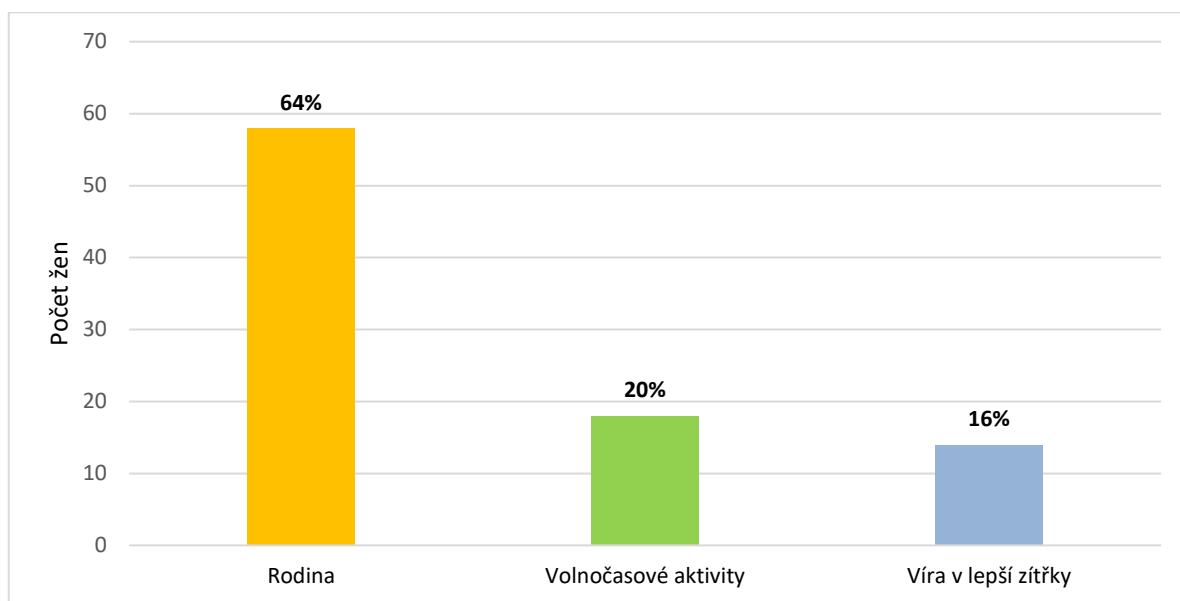


Obrázek 9: Oblasti omezení z důvodu karcinomu prsu

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka se týkala oblastí, ve kterých pacientky omezuje onemocnění karcinomem prsu. Nejvíce žen, celkem 35 (39 %) odpovědělo, že je onemocnění nejvíce limituje při každodenních činnostech. Druhá nejčastější odpověď, kterou respondentky zvolily, byla, že je onemocnění nikterak a nikde neomezuje. Tuto možnost zvolilo 20 respondentek (22 %). Třetí nejvíce volenou variantou bylo ve společnosti. Zde limituje onemocnění 17 žen (19 %). 13 žen (14 %) pociťuje z důvodu onemocnění omezení v sexuální oblasti. 4 ženy (4 %) nemůžou kvůli onemocnění sportovat. Jediná respondentka (1 %) zvolila možnost jiné, kde uvedla, že to její vnitřní pocit.

Otázka č. 10: Co Vám pomáhá při zvládnání této náročné situace?

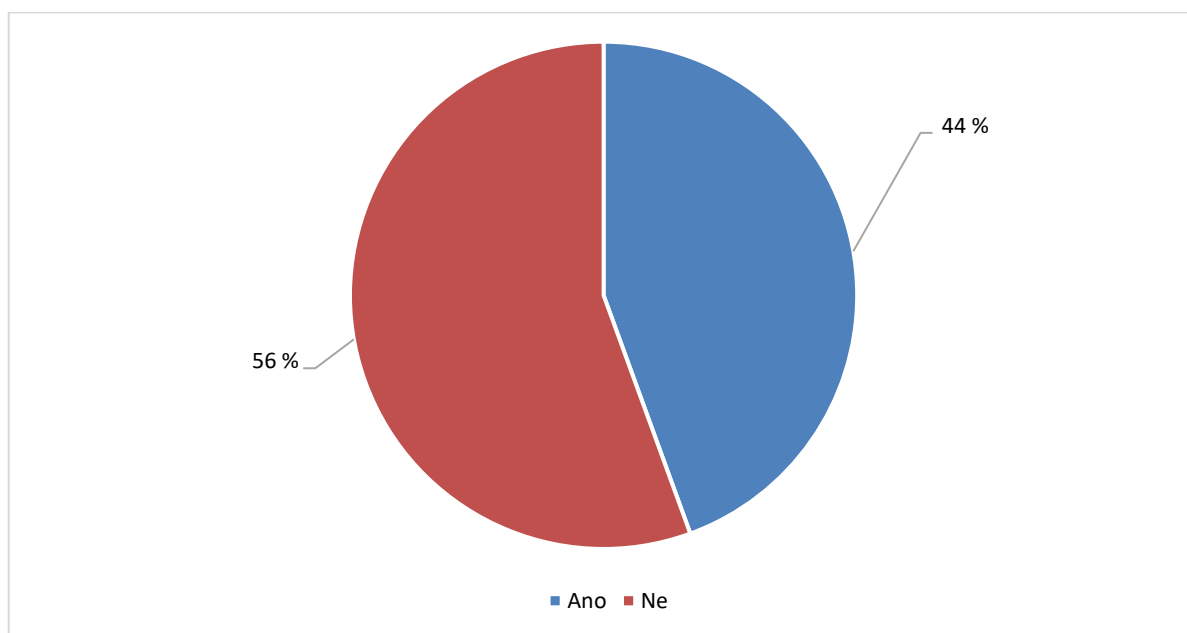


Obrázek 10: Pomoc při zvládnání náročné životní situace

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 10 byla otevřená a respondentky měly stručně popsat, co jim pomáhá při zvládnání této náročné životní situace. Největším pomocníkem při zvládnání této situace je podle 58 žen (64 %) rodina, která za nimi pevně stojí a je jim oporou. Volnočasové aktivity, koníčky, hobby pomáhají zvládat tuto situaci u 18 pacientek (20 %). Posledním pomocníkem, kterého zvolilo 14 respondentek (16 %), je víra v lepší zítřky.

Otázka č. 11: Cítíte se v důsledku Vašeho onemocnění méně sebevědomá?



Obrázek 11: Míra sebevědomí žen

Zdroj: vlastní zpracování

Na poslední otázku, která zněla „Cítíte se v důsledku Vašeho onemocnění méně sebevědomá?“ odpovědělo 50 respondentek, tj. 56 %, že nepocítují menší sebevědomí v důsledku jejich onemocnění. 40 žen (44 %) odpovědělo, že cítí menší míru sebevědomí způsobenou karcinomem prsu.

7.3 Hypotéza č. 1

Na základě dotazníku vlastní tvorby a standardizovaného dotazníku WHOQOL BREF byla stanovena hypotéza č. 1. Tato hypotéza byla otestována na základě odpovědí respondentek na otázku č. 1 ze standardizovaného dotazníku WHOQOL BREF a otázku č. 5 z dotazníku vlastní tvorby. První hypotéza bude v následujícím tvaru.

H_0 : Ženy ve vyšším věku, které onemocněly karcinomem prsu opakovaně, hodnotí kvalitu svého života stejně jako ženy ve vyšším věku, které onemocněly poprvé.

H_A : Hodnocení kvality života se liší u žen ve vyšším věku, které onemocněly karcinomem prsu poprvé a žen ve vyšším věku, které onemocněly opakovaně.

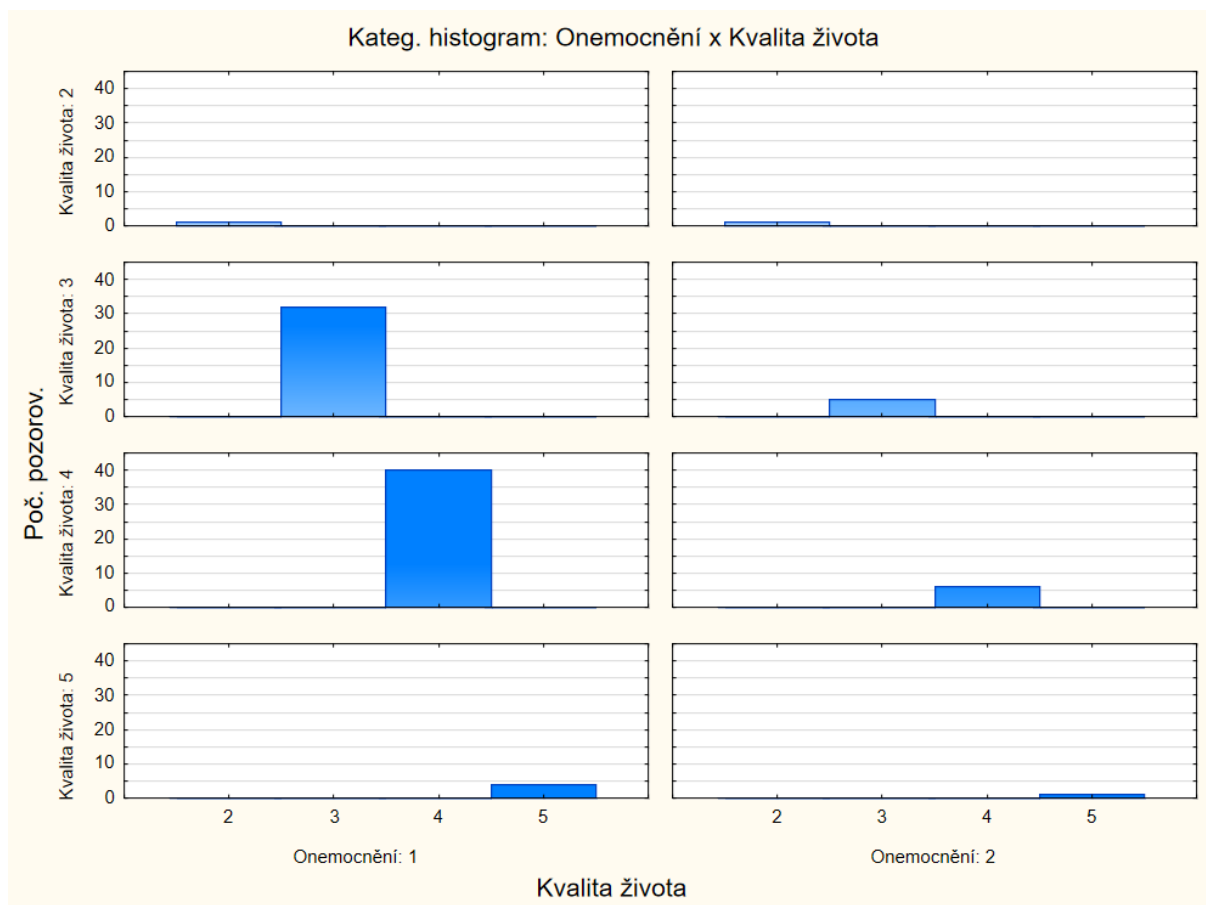
Tabulka 32: Onemocnění karcinomem prsu a kvalita života žen

Onemocnění karcinomem prsu	Kvalita života žen					Σ
	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá	
Poprvé	0	1	32	40	4	77
Opakovaně	0	1	5	6	1	13
Σ	0	2	37	46	5	90

Zdroj: vlastní zpracování

Pro otestování dat pomocí zvoleného statistického testu byla data zpracována v tabulce MS Excel, kdy počet jednotlivých odpovědí je roven celkovému počtu respondentek, kterých bylo celkem 90. Tabulka 32 obsahuje absolutní četnosti respondentek rozdělené podle onemocnění karcinomem prsu (zda prvně či opakovaně) a následné jejich hodnocení kvality života. Kvalita života žen je na škále 1 až 5, kdy 1 označuje „velmi špatná“, 2 „špatná“, 3 „ani špatná ani dobrá“, 4 „dobrá“, 5 „velmi dobrá“. Ženy, které onemocněly karcinomem prsu poprvé označily svoji kvalitu života jako „špatnou“ v jednom případě, „ani špatná ani dobrá“ 32 žen, „dobrá“ 40 respondentek a „velmi dobrá“ 4 ženy. Celkem hodnotících žen, které onemocněly karcinomem prsu poprvé bylo 77. Ženy, které postihlo toto onemocnění opakovaně hodnotily kvalitu života jako „špatnou“ v 1 případě, „ani špatná ani dobrá“ 5, „dobrá“ 6, „velmi dobrá“ 1. Celkový počet žen, které onemocněly opakovaně a hodnotily svoji kvalitu života bylo 13.

Vztah mezi onemocněním karcinomem prsu prvně a opakovaně a kvalitou života žen je znázorněn v kategorizovaném histogramu, přičemž „onemocnění 1“ představuje onemocnění karcinomem prsu poprvé a „onemocnění 2“ představuje onemocnění karcinomem prsu opakovaně.



Obrázek 12: Kategorizovaný histogram onemocnění karcinomem prsu a kvalitou života žen

Zdroj: vlastní zpracování pomocí programu Statistica

Pro otestování dat byl zvolen **Mann – Whitneyův test** pro dva nezávislé výběry. Jedná se o neparametrický test. Tento test se využívá, pokud dané výběry nepocházejí z normálního rozdělení a není tak možné využít parametrického testu o shodě středních hodnot. Mann – Whitneyův test je založen na stanovení pořadí všech zjištěných dat či hodnot. Testová hypotéza sleduje shodu mediánů (Budíková, Králová, Maroš, 2010, s. 198-199).

Testovaná hypotéza se ověřuje porovnáním výsledné p – hodnoty a hladiny významnosti α , která byla stanovena na $\alpha = 0,05$ (5 %). Pokud je p – hodnota větší než stanovená hladina významnosti, tak nulovou hypotézu nezamítáme.

Postup využití Mann – Whitneyova testu:

1. Sečíst pořadí v obou skupinách (R_1 a R_2) – onemocnění karcinomem prsu poprvé (R_1) a onemocnění karcinomem prsu opakovaně (R_2);
2. Vypočítat testovací kritérium U pro každou skupinu podle vzorce:

$$U_1 = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_1 \cdot (n_1 + 1)}{2} - \sum R_1 \quad (1)$$

$$U_2 = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_2 \cdot (n_2 + 1)}{2} - \sum R_2; \quad (2)$$

kde:

U_1 a U_2 testovací kritéria (statistiky),

n_1 a n_2 počet pozorování,

R_1 a R_2 součty pořadí v jednotlivých skupinách.

3. Musí platit: $R_1 + R_2 = \frac{n \cdot (n + 1)}{2}$; (3)

kde:

R_1 a R_2 součty pořadí v jednotlivých skupinách,

n celkový počet pozorování.

4. Vybrat menší z vypočítaných U_1 a U_2 a porovnat s kritickou hodnotou U pro $\alpha = 0,05$ při $n_1 = 77$ a $n_2 = 13$ nebo porovnat p – hodnotu s α ;

5. Pokud je p – hodnota $> \alpha$, tak nulovou hypotézu o shodě rozdělení veličin nelze zamítnout (Budíková, Králová, Maroš, 2010, s. 198-199).

Tabulka 33: Výsledná tabulka Mann – Whitneyova testu

Mann-Whitneyův U Test (w/oprava na spojitost) (Data_hypotézy)										
Dle proměn. Onemocnění										
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$										
Proměnná	ΣR_1 - pořadí	ΣR_2 - pořadí	U	Z	p-hodnot	Z upravené	p-hodnot	n_1 (počet pacientek s onemocněním poprvé)	n_2 (počet pacientek s onemocněním opakovaně)	přesná p - hodnota ($n \leq 30$)
Kvalita života	3525,500	569,5000	478,5000	0,246769	0,805087	0,276430	0,782218	77	13	0,802924

Zdroj: vlastní zpracování pomocí programu Statistica

Pro výpočet Mann – Whitneyova testu byl využit program TIBCO Statistica™ 14.0.0., přičemž výsledná p – hodnota byla rovna 0,805087. Hladina významnosti byla stanovena na $\alpha = 0,05$. V Tabulka 33 je možné vidět stanovená pořadí pro onemocnění karcinomem prsu poprvé a karcinomem prsu opakovaně. Výsledná suma pořadí R_1 (onemocnění karcinomem prsu poprvé) vyšla 3 525, 5. Výsledná suma pořadí R_2 (onemocnění karcinomem prsu opakovaně) vyšla 569, 5. Na základě zjištěných pořadových hodnot, byly vypočteny testovací hodnoty U_1 a U_2 , přičemž byla vybrána pro testování menší z hodnot U_1 a U_2 . Menší z hodnot U_1 , U_2 je možné vidět v Tabulka 33. Hodnota U vyšla 478,5. Počet respondentek, které onemocněly

poprvé karcinomem prsu, jak je možné vidět v Tabulka 33 bylo $n_1 = 77$ a počet žen, které onemocněly karcinomem prsu opakovaně $n_2 = 13$. Jak již bylo zmíněno výše výsledná p – hodnota je větší než α . **Závěrem je možné říct, že na základě p – hodnoty na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ nelze zamítnout nulovou hypotézu (H_0) o stejném hodnocení kvality života žen ve vyšším věku, které onemocněly poprvé a které opakovaně.**

7.4 Hypotéza č. 2

Na základě dotazníku vlastní tvorby byla stanovena hypotéza č. 2. Tato hypotéza byla otestována na základě odpovědí respondentek na otázku č. 6 a otázku č. 8. Druhá hypotéza bude v následujícím tvaru:

H_0 : Výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku v průběhu léčení karcinomu prsu u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně nezávislé.

H_A : Výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku v průběhu léčení karcinomu prsu u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně závislé.

Pro otestování této hypotézy byl zvolen **Pearsonův chí-kvadrát test**. Tento test je založen na myšlence srovnání pozorovaných četností a očekávaných četností. Hladina významnosti pro testování byla stanovena na hodnotu $\alpha = 0,05$ (5 %). Pozorované četnosti byly získány z dotazníku a očekávané je nutné dopočítat. Nulová hypotéza u tohoto testu vyjadřuje tvrzení, že veličiny jsou nezávislé. To znamená, že pravděpodobnost nastání určité varianty náhodné veličiny X neovlivňuje nastání určité varianty náhodné veličiny Y .

Tabulka 34: Pozorované četnosti

Druh léčby	Pocity deprese		Řádkové součty
	Ano	Ne	
Chemoterapie	17	3	20
Radioterapie	5	7	12
Hormonální léčba	10	14	24
Biologická léčba	5	2	7
Operace	7	5	12
Jiné	8	7	15
Sloupcové součty	52	38	90

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 35: Očekávané (teoretické) četnosti

Druh léčby	Pocity deprese		Řádkové součty
	Ano	Ne	
Chemoterapie	11,56	8,44	20
Radioterapie	6,93	5,07	12
Hormonální léčba	13,87	10,13	24
Biologická léčba	4,04	2,96	7
Operace	6,93	5,07	12
Jiné	8,67	6,33	15
Sloupcové součty	52	38	90

Zdroj: vlastní zpracování

Pro výpočet Pearsonova chí-kvadrát testu byl využit program MS Excel. Nejprve byly vypočteny tzv. očekávané (teoretické) četnosti (viz. Tabulka 35) podle vzorce:

$$e_{ij} = \frac{n_i \cdot n_j}{n} \quad (4)$$

kde:

- e_{ij} očekávané teoretické četnosti i – té třídy,
- n_i počet hodnot náhodné veličiny v dané třídě (řádkové součty),
- n_j počet hodnot náhodné veličiny v dané třídě (sloupcové součty),
- n rozsah výběru.

Proto, aby bylo možné data otestovat pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu musí být splněny předpoklady:

1. Jednotlivá pozorování v tabulce jsou nezávislá, tj. každý prvek výběrového souboru je zahrnut pouze v jedné buňce tabulky,
2. Alespoň 80 % buněk má očekávanou četnost (e_{ij}) větší než 5 a všechny buňky (100 %) mají očekávanou (teoretickou) četnost větší než 2.

V našem případě byly tyto předpoklady naplněny, jelikož 10 z 12 buněk má očekávanou četnost (e_{ij}) větší než 5. Konkrétně to je 83, 3 % a všechny buňky (100 %) mají očekávanou četnost (e_{ij}) větší než 2, jak je možné vidět v Tabulka 35.

Vzorec pro výpočet Pearsonova chí-kvadrát testu:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \quad (5)$$

kde:

n_{ij} pozorované (absolutní) četnosti $i - té$ třídy,

e_{ij} očekávané (teoretické) četnosti $i - té$ třídy (Budíková, Králová, Maroš, 2010, s. 214-215).

$$\text{Výpočet: } X^2 = \frac{(17-11,56)^2}{11,56} + \frac{(3-8,44)^2}{8,44} + \frac{(5-6,93)^2}{6,93} + \frac{(7-5,07)^2}{5,07} + \frac{(10-13,87)^2}{13,87} + \frac{(14-10,13)^2}{10,13} + \frac{(5-4,04)^2}{4,04} + \frac{(2-2,96)^2}{2,96} + \frac{(7-6,93)^2}{6,93} + \frac{(5-5,07)^2}{5,07} + \frac{(8-8,67)^2}{8,67} + \frac{(7-6,33)^2}{6,33} = 10,56$$

Testovací kritérium Pearsonova chí-kvadrát testu vyšlo $X^2 = 10,56$. Nyní je potřeba určit kritickou hodnotu pro zamítnutí či nezamítnutí hypotézy. Kritickou hodnotu lze najít v tabulkách pro chí-kvadrát test. V našem případě se jedná o chí-kvadrát rozdělení pravděpodobnosti s parametrem $(r-1)(s-1)$ a $\alpha = 0,05$. Malé písmeno „r“ označuje počet řádků a „s“ označuje počet sloupců v Tabulka 35. V našem případě je $r = 6$ a $s = 2$.

Nulovou hypotézu zamítáme v případě, že: $X^2 \geq \chi^2_{(r-1)(s-1)}(1 - \alpha)$. V tabulkách kritických hodnot je potřeba nalézt hodnotu pro $\chi^2_{(5;0,05)}$. Tato hodnota je rovna 11,07. Podobně lze určit kritickou hodnotu i pomocí MS Excel, konkrétně funkcí CHISQ.INV. Pokud nám testovací kritérium X^2 vyšlo menší než kritická hodnota, tak nulovou hypotézu nezamítáme ($10,56 < 11,07$).

Pro otestování dat byl také v programu MS Excel využit vzorec CHISQ.TEST, který stanovil $p -$ hodnotu. $P -$ hodnota vyšla 0,061. Podle $p -$ hodnoty a α hladiny významnosti je možné konstatovat, že nulovou hypotézu nelze zamítnout, jelikož $p -$ hodnota $> \alpha$ ($0,061 > 0,050$). **Závěrem lze stanovit, že podle $p -$ hodnoty a hladiny významnosti α (5 %) i testovacího kritéria X^2 a kritické hodnoty se nulová hypotéza nezamítá, a tedy výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku v průběhu léčení karcinomu prsu u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně nezávislé.**

8 DISKUZE

Hlavním cílem předložené diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života léčených pacientek s karcinomem prsu ve vyšším věku. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a 11 otázek vlastní tvorby. Hlavní cíl byl rozdělen na 6 dílčích cílů.

Na základě dílčích cílů bylo stanoveno 6 výzkumných otázek:

1. Jaká je kvalita života žen léčících se s karcinomem prsu ve vyšším věku?
2. Jaké pocity pacientky léčící se s karcinomem prsu prožívají a co jim pomáhá k zvládnutí této náročné životní situace?
3. Byl pacientkám léčících se s karcinomem prsu někdo oporou v době zjištění diagnózy či se snažily zvládnout tuto náročnou životní situaci samy?
4. Jaký léčebný proces u pacientek léčících se s karcinomem prsu probíhal?
5. Bude rozdíl ve vnímání kvality života u žen, léčících se opakovaně s karcinomem prsu a u žen majících toto onemocnění poprvé?
6. V jakých oblastech (při denních činnosti, ve společnosti apod.) dochází k hlavnímu omezení v důsledku karcinomu prsu?

Následně byly stanoveny 2 hypotézy:

1. Ženy ve vyšším věku, které onemocněly karcinomem prsu opakovaně, hodnotí kvalitu svého života stejně jako ženy ve vyšším věku, které onemocněly poprvé.
2. Výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku v průběhu léčení karcinomu prsu u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně nezávislé.

Výzkumný soubor tvořil 90 respondentek léčících se s karcinomem prsu, dalším specifickým k výzkumnému šetření bylo věkové omezení vyššího věku. Výzkum probíhal ve dvou vybraných nemocnicích v Královéhradeckém kraji.

Výzkumná otázka č. 1.

„Jaká je kvalita života žen léčících se s karcinomem prsu ve vyšším věku?“

Tato výzkumná otázka byla vyhodnocena na základě standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a jedné otázky z dotazníku vlastní tvorby. První otázka, jež je součástí této výzkumné

otázky se týkala věku. Bylo zjištěno, že nejvíce početnou skupinu tvoří ženy ve věku 60-74 let, jež činilo 89 % žen. Maximální věkové rozmezí vlastního výzkumu tvořily ženy do 83 let.

První dvě otázky standardizovaného dotazníku se hodnotily samostatně, zbylé otázky byly rozděleny do domén, jak již bylo zmíněno v řádcích výše. Na otázku – *Jak byste hodnotila kvalitu svého života?* nejvíce respondentek (46, tj. 51 %) považuje svou kvalitu života za *dobrou*. Jako *ani dobrou ani špatnou* kvalitu života označilo 37 respondentek (41 %). Dokonce 6 % žen označilo svou kvalitu života jako *velmi dobrou*. Na tuto otázku respondentky odpovídaly pomocí číselných hodnot 1-5. Číslo 1 označuje velmi špatnou, 2 – špatnou, 3 – ani dobrou ani špatnou, 4 – dobrou a 5 – velmi dobrou kvalitu života. V příručce od Dragomirecké a Bartoňové (2006), jež se zaměřuje na dotazníky kvality života uvádí průměrnou hodnotu populační normy 3,82. Průměrná hodnota zmíněné otázky u pacientek léčených s karcinomem prsu ve vyšším věku vyšla 3,6. Rozdíl hodnot činí 0,22, jedná se o velice minimální rozdíl. Tudíž se dá říct, že kvalita života u pacientek s potvrzenou diagnózou karcinomu prsu není natolik nízká, jak bylo očekáváno.

Znění druhé otázky, jež se také vyhodnocuje samostatně je: *Jak jste spokojená se svým zdravím?* Největší počet respondentek (42, tj. 47 %) hodnotí své zdraví jako *ani dobré ani špatné*. Další nejpočetnější skupinou bylo 32 respondentek (36 %), které označily odpověď *spokojena*. Nespokojeno se svým zdravím je pouze 15 dotazovaných (17 %). Z 90 respondentek (100 %), pouze jedna (1 %) odpověděla, že je velmi nespokojena se svým zdravím. Opět pacientky odpovídaly na stupnici 1-5. Průměrná hodnota této otázky vyšla 3,16. V příručce od Dragomirecké (2006) je uvedena průměrná hodnota populační normy 3,68. I v této otázce se od sebe odlišují o nepatrné množství, přesněji o 0,52. Onkologické onemocnění významně narušuje zdraví, a i kvalitu života, tudíž by se dalo předpokládat, že spokojenost pacientek léčících se s karcinomem prsu bude nižší než u běžné populace.

Ve studii Mokhtari-Hessariho a Montazeriho (2020) starší pacientky uváděly střední až dobrou kvalitu života, jež se shoduje s respondentkami vlastního výzkumného šetření. Toto tvrzení autoři obhajují lepším mentálním vybavením k léčbě než u mladších pacientek. Pacientky v mladším věku mají větší strach ze smrti, nenaplněných potřeb, finančních omezení. Dále autoři tvrdí, že se v posledních letech kvalita života pacientek s rozebíranou diagnózou zlepšila vlivem několika intervencí jako je fyzická aktivita či psychosociální intervence. Často doporučovanou aktivitou ke zlepšení kvality života u pacientek s karcinomem prsu se uvádí jóga.

Co se týká omezení kvality života vztahujících se k doménám, nejméně hodnocenou doménou byla oblast *prožívání*. Tato doména zahrnovala otázky jako vnímání sebe samu a svého tělesného vzhledu, schopností soustředění se, prožívání negativních pocitů a těšení se ze života. Celková průměrná hodnota činila 13,95. Populační norma v oblasti *prožívání* je 14,78. Naopak nejlepší hodnocení kvality života proběhlo v doméně *sociální vztahy*, tato otázka zahrnovala spokojenost s osobními vztahy, a především s podporou blízkých. Průměrné hodnoty otázek týkajících se spokojenosti s osobními vztahy a s podporou přátel přesahovaly hodnoty populačních norem. Ve vlastním výzkumném šetření vyšla celková průměrná hodnota domény *prožívání* 13,95.

Dle studie zkoumající deprese a podporu u pacientek s rakovinou prsu jsou součástí onkologického onemocnění prsu úzkostné a depresivní poruchy, jež bylo potvrzeno v tomto výzkumném šetření. Avšak sociální podpora, a především emocionální podpora se zvládáním situace ze strany rodiny, může snížit psychický strach. S tímto tvrzením se ztotožňují i respondentky z vlastního výzkumné šetření, jež uváděly rodinu jako oporu při zvládání těžké situace zapříčiněnou karcinomem prsu a tím i zlepšení kvality života. Autor také uvádí, že součástí léčby by měla být i redukce rušivých příznaků pacientek jako je například kontrola bolesti, zmírnění komplikací léčby (Su Jian-An, 2017).

Podobně potvrzuje zjištění o důležitosti sociálních vztahů studie od Yanga et al. (2022), jež uvádí, že pozitivní sociální vztahy mohou zmírňovat afektivní symptomy žen s karcinomem prsu. Zdravotnický personál by měl vzdělávat pacienty o důležitosti sociální vztahů a povzbuzovat je k navazování podpůrné sítě přátel a rodinných příslušníků.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké pocity pacientky léčící se s karcinomem prsu prožívají a co jim pomáhá k zvládnutí této náročné životní situace?

Tato otázka obnáší dotazníkové otázky z dotazníku vlastní tvorby (viz. Příloha A) vztahující se k pocitům při zjištění diagnózy (otázka č. 3), pocitům během léčebného procesu (otázka č. 8), změnám vnímání sebevědomí v důsledku onemocnění (otázka č. 11) a faktorům, které pacientkám pomáhají zvládnout náročnou životní situaci způsobenou karcinomem prsu (otázka č. 9).

U dotazníkové otázky č. 3, měly pacientky odpovědět, jaké byly jejich pocity při zjištění diagnózy. Na výběr měly ze 3 odpovědí, zda chtěly bojovat, nechtěly bojovat, nebo neutrální odpověď *nevím*. Nejčastější odpověď pacientek byla – *chtěla jsem bojovat* (76 %). Pouhých

6 respondentek (7 %) nechtělo bojovat v době zjištění diagnózy a podlehnout tak nemoci. Relativně velká část respondentek (16) zvolila odpověď *nevím* (18 %).

U dotazníkové otázky č. 8, jež zní – *Prožíváte během léčby pocity deprese, úzkosti, či smutku?*

Z 90 respondentek (100 %) 52 žen (58 %) prožívá v rámci léčebného procesu pocity deprese, úzkosti či smutku. 38 pacientek (42 %) takové pocity neprožívá a jsou vyrovnané se svou následnou péčí. Studie Niedzwiedze, Kniftona a Robba (2019) potvrzuje tvrzení, že ve srovnání s běžnou populací je prevalence deprese a úzkosti vyšší u lidí s rakovinou, ale odhady se liší v důsledku několika faktorů, kterými jsou druh léčby, typ rakoviny a doba od diagnózy. Pacienti často nedostanou psychologickou podporu nebo léčbu. Je to způsobeno několika faktory, včetně nedostatečné informovanosti a identifikace psychiatrických symptomů, absence nabízené podpory. Avšak z hypotézy č. 2, která je popsána níže vychází, že druh podstupované léčby a výskyt pocity deprese, úzkosti a smutku jsou vzájemně nezávislé.

Poslední dotazníková otázka, jež spadá pod tuto výzkumnou otázku zní: *Cítíte se v důsledku onemocnění méně sebevědomá?*

O nevelký rozdíl se 50 respondentek (56 %) léčících se s karcinomem prsu necítí méně sebevědomě. Avšak 40 žen (44 %) se cítí méně sebevědomě vlivem karcinomu prsu a mají tak potíže s vnímáním sebe sama.

Nízké sebevědomí může být spojeno se sociální izolací. Tím, že dojde ke zlepšení sebevědomí může vést k vyrovnání se s nemocí. Čím pozitivnější je sebehodnocení, tím nižší je pravděpodobnost výskytu duševních poruch, jako je úzkost v průběhu onemocnění a během léčby (Yektatalab a Ghanbari, 2020). Z vlastního výzkumného šetření je patrné, že ačkoliv větší část respondentek uvedla, že se necítí méně sebevědomá (56 %), tak 58 % žen prožívá pocity deprese, úzkosti či smutku během léčby.

V dotazníkové otázce č. 9 respondentky měly stručně popsat, co jim pomáhá při zvládnání této náročné životní situace. Největším pomocníkem při zvládnání této situace je podle 58 žen (64 %) rodina, která za nimi pevně stojí a je jim oporou. To, že nejčtenější skupina respondentek uvedla rodinu, jako faktor, který jim pomáhá vypořádat se s přijetím diagnózy karcinomu prsu a následné léčby, která s sebou přináší svá rizika a vedlejší účinky bylo více než jasné.

Pečující zázemí s harmonickou rodinou má u pacienta příznivější průběh nemoci, oproti pacientům bez pečujícího zázemí. Vlivem rodinného zázemí na délku života se zabývalo mnoho studií. Tyto studie došly k závěru, že pečující rodinné prostředí prodlužuje průměrné přežití nemocných oproti skupině bez pečujícího zázemí. Nádorové onemocnění způsobuje značnou

emoční zátěž a díky blízkým se míra psychické zátěže rozdělí. Větší část zátěže nese samozřejmě stále nemocný, ale velkou část přebírá rodina, což se může nepochybně projevit i na jejich psychické stránce. Toto tvrzení je i patrné z této dotazníkové otázky, kdy více jak polovina respondentek označila rodinu jako největší podporu ke zvládnání této náročné situace (Adam et al., 2019, s. 29-30).

Dále to jsou volnočasové aktivity, koníčky, hobby, které pomáhají zvládat tuto situaci u 18 pacientek (20 %). Ze všech možných literárních pramenů má člověk povědomí o tom, že sedavý způsob života je spojen s vyšším rizikem výskytu nádoru. Díky volnočasovým aktivitám, kam se může řadit i fyzická aktivita, se respondentky dokážou odreagovat, nemyslet tolik negativně a také lze tímto způsobem ovlivnit komplikace nádorového onemocnění. Jedním z doporučovaných a v dnešní době velice populárních aktivit je jóga. Kombinuje pohybovou aktivitu, dechové cvičení a meditaci. Vojtíšek et al. (2021) ve svém článku uvádí, že u pacientek s karcinomem prsu vede jóga ke zlepšení kvality života, snížení únavy a redukci spánkových problémů, depresí a úzkostí (Vojtíšek, Švíglerová a Kroužecký, 2021).

Posledním pomocníkem, který zvolilo 14 respondentek (16 %) je víra v lepší zítřky. Víra v lepší zítřky nebo obecně duchovní léčení u žen pozitivně působí na zmírnění fyzických vedlejších účinků, posílení pohody, opětovné zapojení do aktivit. Tato studie, jež zkoumá pozitivní vliv na pacientky léčící se s karcinomem prsu ukázala, že duchovní léčba má potenciál pro podporu pacientek s karcinomem prsu (Alternativní medicína (CAM) ve světě, 2018).

K této výzkumné otázce byla vytvořena hypotéza č. 2.

Hypotéza č. 2

„Výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku v průběhu léčení karcinomu prsu u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně nezávislé.“

Tato hypotéza byla přijata, a tudíž výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku u žen vyššího věku a druh podstupované léčby jsou vzájemně nezávislé. Avšak nevylučuje to tvrzení, že pacientky vlivem svého onemocnění prožívají negativní emoce, jak bylo vidno v doméně *prožívání* a jak uvádí Pitr a Študentová (2016) níže.

Léčba je pro pacientky extrémně náročná jak po fyzické stránce, tak i po psychické. Terapie karcinomu prsu je postupem času stále úspěšnější. Úkolem všech zdravotníků je, aby zajistily kvalitní život po stránce psychické a sociální. Druhy léčby mají svá specifika a nesou s sebou různé vedlejší účinky jako je např. porucha tělesného obrazu, pocit méněcennosti, pocit vyloučení ze společnosti a spousty dalších (Pitr a Študentová, 2016).

Výzkumná otázka č. 3

Byl pacientkám léčících se s karcinomem prsu někdo oporou v době zjištění diagnózy či se snažily zvládnout tuto náročnou životní situaci samy?

K této výzkumné otázce se váže dotazníková otázka č. 4 – *Byl Vám někdo oporou v době zjištění diagnózy?*

Většina respondentek, celkem 75 žen (83 %) z 90 dotazovaných (100 %) odpovědělo, že v době, kdy jim byla potvrzena diagnóza karcinomu prsu, měly oporu, ať už třeba od rodiny, přátel či zdravotnického personálu. Pouze 7 žen (8 %) odpovědělo, že neměly žádnou oporu při zjištění této diagnózy. 8 dotázaných (9 %) z celkového počtu 90 respondentek (100 %) odpovědělo, že chtěly nastalou situaci zvládnout samy. Podpora v době zjištění diagnózy je velice nezbytná.

Dle studie od Su Jian-An (2017) je podpora rodiny důležitým faktorem u pacientek s rakovinou prsu, jak již bylo zjištěno z vlastního šetření. Výsledky ze studie ukázaly, že vyšší podpora rodiny byla spojena s nižším rizikem deprese. Podpora ze strany manžela je obzvláště důležitá.

Často dochází k psychickým změnám ještě před potvrzením diagnózy, vlivem projevujících se tělesných příznaků. V tento moment se člověk rozhoduje, zda má navštívit svého praktického lékaře a narůstá tak psychické napětí. Pochopení stavu pacienta při zjištění diagnózy, použití vhodných slov a nabídnutí podpory je často nejlepším lékem první volby, jež může zdravotnický personál nabídnout. Právě všeobecná sestra je osoba, se kterou se pacientky v průběhu léčby setkávají nejčastěji, a proto je velice důležitý empatický, vstřícný a trpělivý přístup. Autorka se ztotožňuje s Kelnarovou a Matějkovou (2014), které ve své knize uvádí: „*Způsob, jakým se k onemocnění dokáže postavit sám postižený, přímo ovlivňuje průběh vlastní adaptace na chorobný proces. Úroveň i rozsah adaptace na nemoc jsou určovány i tím, jak je rodina schopna vyrovnávat se s různými konfliktními situacemi, na jaké kvalitní úrovni jsou její členové připraveni mezi sebou komunikovat, formulovat i řešit problémy, vyjadřovat názory, zaujímat jednoznačné postoje k otázkám zdraví a nemoci, prokazovat si vzájemně pochopení i podporu*“ (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 120-122).

Výzkumná otázka č. 4

Jaký léčebný proces u pacientek léčících se s karcinomem prsu probíhal?

Do této výzkumné otázky patří dotazníkové otázky č. 6 – *Jaký druh léčby u Vás nyní probíhá?* Zde měly respondentky na výběr z několika druhů léčby. Nejvíce pacientek podstupuje

hormonální léčbu. Touto formou se léčí 24 žen (27 %). Druhou nejčastější léčbou, kterou pacientky podstupují, byla chemoterapie, na kterou dochází 20 dotázaných žen (22 %). 15 žen (17 %) zvolilo možnost jiné, což představuje kombinaci léčebných procesů, které podstupují. V odpovědi *jiné* byla zastoupena především kombinace chemoterapie a radioterapie a radioterapie či chemoterapie v kombinaci s hormonální léčbou. 12 žen (13 %) je v současné době po operaci, kdy jim byla odebrána část nebo celý prs. Stejný počet pacientek podstupuje v současnosti radioterapie. Pouze 7 žen (8 %) se snaží vyléčit z tohoto onemocnění za použití biologické léčby. Malý počet respondentek, které zvolily možnost biologické léčby může být zapříčiněn především její finanční náročností.

Gatěk (2018) ve svém článku uvádí, že důsledkem prodlužujícího se průměrného věku populace se stále zvyšuje i počet karcinomů prsu ve vyšším věku, a tvoří tak nyní významnou skupinu nemocných. U vyšších věkových skupin je onemocnění považováno za méně agresivní, s menším podílem postižených lymfatických uzlin, což ve srovnání s léčbou mladších pacientek vede k nižší radikalitě léčby a k omezením "podlécení". Podobně jako ve vlastním výzkumném šetření nejvíce žen podstupovalo hormonální léčbu, druhou nejčastější léčbou byla chemoterapie. Gatěk (2018) uvádí zřejmý trend k většímu podílu pacientek léčených samostatnou hormonální léčbou, ústupu od indikací chemoterapie a adjuvantní radioterapie. Současně u pacientek starších 80 let je stále zřetelný trend k častější indikaci mastektomie (Gatěk, 2018).

Desai a Aggarwalová (2021) se shodují s tvrzením studie Gatěka, že se karcinom prsu vyskytuje více u žen starších 65 let a většina nádorů v této věkové skupině je pozitivních na hormonální receptory. Autoři uvádí, že rané stádium by mělo být léčeno konzervativní operací s následnou adjuvantní endokrinní terapií u pacientek pozitivních na hormonální receptory (Desai a Aggarwalová, 2021).

U dotazníkové otázky č. 7 měly pacientky odpovědět, zda podstoupily či nepodstoupily chirurgickou operaci prsu, pod níž může spadat mastektomie, kvadrantektomie a lobektomie.

Hwangová et al. (2013) ve svém článku uvádí, že pro pacientky s časným stádiem rakoviny prsu je vhodnou léčebnou metodou lumpektomie v kombinaci s ozařováním, avšak v posledních několika letech v USA roste počet žen, které i v případě nálezu malého nádoru raději podstoupí mastektomii. Některé ženy jsou přesvědčeny, že tento způsob léčby bude mít lepší léčebné výsledky v porovnání s lumpektomií. Hwangová et al. (2013) zdůrazňuje: „Závěry této studie by měly ujistit veřejnost, že u všech věkových skupin a u všech typů nádorů

je lumpektomie i nadále vynikající léčebnou metodou pro ženy, u nichž byla diagnostikována rakovina prsu v časném stadiu,“

Z celkových 90 dotázaných respondentek (100 %) podstoupilo chirurgickou operaci 80 žen (89 %) a pouze 10 žen (11 %) odpovědělo, že chirurgické odstranění prsu nepodstoupilo a nebyl tak nutný zásah do jejich vzhledu. Pravděpodobně se může jednat o neadjuvantní terapii, která probíhá ještě před chirurgickou operací.

Výzkumná otázka č. 5

Bude rozdíl v kvalitě života u žen, které se léčí opakovaně s karcinomem prsu, než u žen majících toto onemocnění poprvé?

K této výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 5 – *Projevil se u Vás karcinom prsu opakovaně?* Pacientky mohly odpovědět, že se s tímto onemocněním potýkají opakovaně nebo, že se s tímto onemocněním setkaly poprvé. Konkrétně 77 ženám (86 %), bylo toto onemocnění diagnostikováno prvně. Zbýlých 13 žen (14 %) uvedlo, že se s tímto onemocněním potýká opakovaně.

Coufal a Fait (2011) uvádí, že četnost lokálních recidiv není tolik významná, avšak záleží na typu zvolené léčby. To je zřejmé z vlastního výzkumného šetření, kde je patrné, že se opakovaně s karcinomem prsu setkalo pouhých 14 % dotazovaných. Pokud se jedná o parciální mastektomii a radioterapii, četnost lokálních recidiv je 4-20 %. V případě totální mastektomie dosahují hodnoty četnosti lokálních recidiv 2-9 %. Četnost lokálních recidiv je při adekvátní léčbě zhruba 1 % ročně. V případě léčby způsobem parciální mastektomie s radioterapií může být četnost lokálních recidiv spojena s mírně vyšším rizikem než u totální mastektomie.

Pro tuto výzkumnou otázku byla vytvořena i hypotéza č. 1.

Hypotéza č. 1

„Ženy ve vyšším věku, které onemocněly karcinomem prsu opakovaně, hodnotí kvalitu svého života stejně jako ženy ve vyšším věku, které onemocněly poprvé.“

Při testování hypotézy pomocí Mann – Whitneyova testu pro dva nezávislé výběry na základě p – hodnoty na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ nebyla zamítnuta nulová hypotéza (H_0) o stejném hodnocení kvality života žen ve vyšším věku, které onemocněly poprvé a které opakovaně.

Dle Coxovy studie bylo dosaženo závěru, že u žen s psychologickou podporou dochází k nižšímu riziku návratu nemoci a úmrtí v důsledku karcinomu prsu. Tyto pacientky, které přijaly psychologickou intervenci měly významný pokles intenzity stresu a díky sníženému

stresu jim lépe fungovala imunita. Zmíněné studie prokázaly vztah mezi stresovými stavy organismu a progresí či relapsem nádorového onemocnění, a naopak příznivé dopady psychologické a sociální podpory a intervencí na kvalitu života onkologických pacientů (Skřivánková et al., 2014, s. 103-107). Tvrzení od Skřivanové et al. (2014) je přijato, jelikož pacientek, které prožily karcinom prsu opakovaně bylo menší množství (14 %) a většina z nich měla podporu ať už se jedná o rodinu, přátelé či zdravotnický personál. Psychologická podpora má příznivý dopad na kvalitu života a díky ní byla i kvalita života hodnocena většinou respondentek jako *dobrá*.

Výzkumná otázka č. 6

V jakých oblastech (při denních činnostech, ve společnosti apod.) dochází k hlavnímu omezení v důsledku karcinomu prsu?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka č. 9, jež má stejné znění. V této otázce měly respondentky vybrat oblast, v které jsou nejvíce limitovány v důsledku karcinomu prsu.

Pokračující příznaky léčby karcinomu prsu mohou ovlivňovat život žen a jejich partnerů, z důvodu snahy o obnovení funkčních aktivit a životních rolí. Ženy se v průběhu léčby či po ukončení léčby snaží zapojit do činností každodenního života, které obnáší např. oblékání, sprchování, zaměstnání a péče o domácnost. Ty ženy, kterým se nedaří dokončit tyto činnosti a běžně je zvládaly před zjištěním diagnózy, mohou pociťovat narušení kvality každodenního života. Respondentky ze studie uvedly, že období po dokončení léčby bylo nejnáročnějším obdobím jejich zkušeností s rakovinou prsu (Keesing, Rosenwax a McNamara, 2018). Podobně jako 35 žen (39 %) z vlastního výzkumného šetření, které tvrdí, že je onemocnění nejvíce limituje při každodenních činnostech.

Druhá nejčastější odpověď, kterou respondentky zvolily, byla, že je onemocnění nikterak a nikde neomezuje, což znamená, že se tyto ženy dokázaly vrátit do svého běžného života a zhostit se tak svých rolí velice dobře. Tuto možnost zvolilo 20 respondentek (22 %). Dále 17 žen (19 %) z 90 respondentek pociťují omezení ve společnosti, to může být zapříčiněno změněným obrazem těla, či následky léčebného procesu. 13 žen (14 %) pociťuje z důvodu onemocnění omezení v sexuální oblasti. Tyto potřeby mohou být narušeny u mladší skupiny žen tvořící výzkumný vzorek z důvodu změny tělesného obrazu a neschopnosti obnovit dříve sdílené zájmy. Pouze 4 ženy (4 %) nemůžou kvůli onemocnění sportovat. Respondentek, jež omezuje karcinom prsu při sportu je velice malé množství, naopak v dotazníkové otázce

č. 11 uváděly, že jim volnočasové aktivity, kam spadá i fyzická aktivita (sport) pomáhá ke zvládnutí náročné životní situace.

S tímto výsledkem se neshoduje studie Keesinga, Rosenwaxe a McNamara (2018), kde respondentky uvádějí, že nemohou vykonávat fyzickou aktivitu z důvodu přetrvávající symptomů jako je např. bolest.

9 ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo ozřejmění několika definic kvality života, představení rozmezí vyššího věku, seznámení s problematikou karcinomu prsu, specifikování ošetrovatelské péče u žen s karcinomem prsu, představení několika významných ošetrovatelských diagnóz spjaté s karcinomem prsu a popsání vybraných potřeb onkologicky nemocných.

Cílem výzkumné části bylo zjistit, jak hodnotí pacientky léčící se s karcinomem prsu kvalitu svého života, jež může být právě narušena onkologickým onemocněním. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí využití standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který se zaměřuje na hodnocení kvality života. Tento dotazník byl doplněn 11 otázkami vlastní tvorby. Výzkumu se účastnilo 90 respondentek (100 %) u kterých byl diagnostikován karcinom prsu, probíhal u nich léčebný proces a jejich věk odpovídal vyššímu věku. Prostřednictvím standardizovaného dotazníku bylo zjištěno, jak pacientky léčící se s karcinomem prsu vnímají jednotlivé oblasti (domény), kterými byly *fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí*. S použitím příručky dotazníku WHOQOL-BREF od Dragomirecké a Bartoňové (2006) byly data pacientek léčících se s karcinomem prsu zhodnocena a následně porovnána s populační normou.

Ve výzkumné části bylo zvoleno šest cílů. Prvním z nich bylo zjistit jaká je kvalita života žen léčících se s karcinomem prsu pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL BREF. Zde bylo zjištěno, že pacientky hodnotí svou kvalitu života jako převážně *dobrou* (51 %). Zjišťování kvality života bylo rozděleno do jednotlivých domén, které jsou zmíněné v předchozích řádcích. Nejlépe hodnocenou oblastí byla doména *sociální vztahy*. Celková průměrná hodnota činila 14,65 v porovnání s populační normou se jedná o nepatrný rozdíl (14,98). Naopak nejnižší kvalitu života pacientky vnímají v doméně *prožívání*, která se zabývá radostí ze života, negativními emocemi, možností soustředění se, spokojeností s vnímáním sebe sama. Celková průměrná hodnota vyšla 13,95, což v porovnání s populační normou (14,78) činí největší rozdíl ze všech vyhodnocených domén.

Při zjišťování pocitů, které pacientky léčící se s karcinomem prsu prožívají a námětu, jež jim pomáhá k zvládnutí této náročné situace, bylo zjištěno, že při zjištění diagnózy 76 % pacientek chtělo bojovat s jmenovanou diagnózou. 58 % žen prožívá během léčebného procesu pocity deprese, smutku či úzkosti, avšak více než polovina pacientek (56 %) se necítí vlivem svého onemocnění méně sebevědomá. Z celkového počtu 90 respondentek jich 64 % uvedlo, že jejich největší podporou a pohonem ke zvládnutí situace je rodina, která za nimi stojí po celou dobu. Dále uvedly volnočasové aktivity (20 %) a víru v lepší zítřky (16 %). Pro tuto výzkumnou

otázku byla vytvořena hypotéza č. 2, která potvrdila že druh léčby a výskyt pocitů deprese, úzkosti a smutku jsou vzájemně nezávislé.

Při zjišťování, zda měly pacientky oporu v době zjištění diagnózy karcinomu prsu bylo zjištěno, že z počtu 90 respondentek (100 %) 83 % žen mělo v době zjištění jmenované diagnózy, někoho, na koho se mohou obrátit. Pouze 9 % žen z celkové počtu se chtělo při zjištění diagnózy spolehnout pouze samy na sebe.

Při zjišťování probíhajícího léčebného procesu bylo zjištěno, že nejpočetnější skupina pacientek podstupuje hormonální léčbu (27 %) a druhou nejčastěji podstupovanou léčbou byla chemoterapie (22 %). Z 90 respondentek (100 %) 89 % podstoupilo chirurgickou operaci prsu.

Dále byl zjišťován rozdíl v kvalitě života žen, které se s karcinomem prsu léčí opakovaně oproti ženám mající toto onemocnění poprvé. Z 90 dotazovaných (100 %) 86 % žen prodělalo toto onemocnění poprvé. Respondentky, které se setkaly s tímto onemocněním poprvé hodnotí svou kvalitu života jako dobrou (44 %). Pouhých 14 % dotazovaných se setkaly s tímto onemocněním opakovaně a shodně hodnotí svou kvalitu života jako dobrou (7 %) či jako ani dobrou ani špatnou (6 %). Pro tuto výzkumnou otázku byla vytvořena hypotéza č. 1, na jejímž základě byla zjištěna staticky významná shoda v hodnocení kvality života mezi ženami, které prodělaly karcinom prsu opakovaně a ženami, které prodělaly onemocnění prvně.

Dále bylo zjišťováno, v jakých oblastech (ve společnosti, při sportu atd.) dochází k hlavnímu omezení vlivem karcinomu prsu. Největší potíže v každodenním životě zažívá 39 % žen. Jedná se o potíže, které zahrnují například oblékání, sprchování, zaměstnání, péči o domácnost. Avšak 22 % žen nemá žádné potíže, které by je omezovaly. Ve společnosti mohou ženy pociťovat tlak např. kvůli chirurgické operaci prsu, která může narušovat pocit ženství a narušený obraz těla. Ve společenském životě pociťuje omezení 19 % žen.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že pacientky léčící se s karcinomem prsu mají narušenou kvalitu života v oblasti *prožívání*, která se týkala smyslu života, spokojenosti s vlastním vzhledem, s vlastní osobou a s prožíváním negativních pocitů. Respondentky svou náročnou situaci, vzhledem ke svému onemocnění zvládají především díky podpoře rodiny, fyzické aktivitě, kterou mohou vykonávat a v neposlední řadě díky víře v lepší zítřky. Naopak velmi spokojené jsou v oblasti *sociálních vztahů*, což se právě týká podpory rodiny a přátel. Respondentky sice prožívají během léčby pocity deprese, úzkosti a smutku, avšak v důsledku onemocnění se necítí méně sebevědomé. Hlavní a dílčí cíle, které byly stanoveny v úvodu práce byly splněny.

Doporučení pro praxi by mělo spočívat především v ovlivnění oblasti *prožívání*, jež i respondentky hodnotily nejhůře. Takové doporučení by bylo provedeno vhodnou edukací žen léčících se s karcinomem prsu o následné psychické podpoře a vyrovnání se se svým vzhledem. Dalším doporučením je odkázat ženy na skupiny, které se léčí s karcinomem prsu a na podpůrné skupiny, které sdružují ženy se shodnou diagnózou, např. Aliance žen s rakovinou. Každá žena by měla mít možnost docházet k psychologovi či psychiatrovi, který by ji pomohl vyrovnat se s jakoukoliv fází onemocnění, ať už je to doba zjištění, průběh léčby či návrat do každodenního života. Dále bych kladla důraz na zdravotnický personál, jež je s pacientkou od první chvíle zjištění diagnózy po celou dobu léčby, aby využil své empatie a komunikačních schopností pro vytvoření co nejlepšího prostředí pro nemocné.

10 POUŽITÁ LITERATURA

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

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

Alternativní medicína (CAM) ve světě: o čem se mlčí, 2018. 2. přepracované vydání. Praha: Tomáš Pfeiffer, nakladatelství Dimenze 2+2. ISBN 978-80-85238-99-0.

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.

BRUDNÁ, Barbara, 2017. Životní spokojenost žen po prodělané mastektomii. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

BUDÍKOVÁ, Marie, Maria KRÁLOVÁ a Bohumil MAROŠ, 2010. *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3243-5.

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

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

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

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.

DESAI, Parth and Anita AGGARWAL, 2021. Breast Cancer in Women Over 65 year a Review of Screening and Treatment Options. *Clinics in geriatric medicine* [online]. **37**(4), 611–623 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.05.007>

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

FIALOVÁ, Dana a Věra VLASTNÍKOVÁ, 2013. Pohybové aktivity seniorek. *Hygiena* [online]. **58**(1), 16-22 [cit. 2022-12-16]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/01/06.pdf>

GATĚK, Jiří, 2020. Karcinom prsu u seniorek nad 70 let. *ProLékaře* [online]. Olomouc [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/karcinom-ovarii-a-prsu/detail/karcinom-prsu-u-seniorek-nad-70-let-120213>

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

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

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

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia* [online]. **44**(4) 407-425 [cit. 2022-10-15]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>

HWANG, E. Shelley et al., 2013. Survival after lumpectomy and mastectomy for early stage invasive breast cancer: The effect of age and hormone receptor status. *Cancer* [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.27795>

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

KALVODOVÁ, L., et al., 2010. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. *Vnitřní lékařství* [online]. **56**(6), 570-58 [cit. 2023-02-14]. ISSN 0042-773X. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/06/13.pdf>

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3270-1.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-5203-7.

KEESING S., L. ROSENWAX. and B. MCNAMARA, 2018. The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Womens Health* [online]. **14**(2018) [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29409399/>

KLENER, Pavel, 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2808-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

KUBANOVÁ, Jana, 2008. *Statistické metody pro ekonomickou a technickou praxi*. Vyd. 3., dopl. Bratislava: Statis. ISBN 978-80-85659-47-4.

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

LEVÁ, Jelena, 2013. Prevence rakoviny prsu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **9**(2), 43-44. ISSN 1801-1349.

MOKHTARI-HESSARI, Parisa and Ali MONTAZERI, 2020. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes* [online]. **18**(1) [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>

NZIP, 2023. *Kvalita života* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-12-17]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>

NZIP, 2023. *Rakovina prsu: léčba* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-04-17]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1189-rakovina-prsu-lecba>

NIEDZWIEDZ, Claire L., Lee KNIFTON, Kathryn A. ROBB, 2019. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer* [online]. 19(943) [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>

PITR, Karel a Kateřina ŠTUDENTOVÁ, 2016. Rehabilitace pacientek po léčbě karcinomu prsu. *Medicina pro praxi* [online]. 13(5), 256-260 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/05/10.pdf>

PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-271-0876-3.

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

SKŘIVANOVÁ, K. et al., 2014. Aplikace poznatků psychoneuroimunologie v kontextu komplexní onkologické léčby karcinomu prsu. *Klinická Onkologie* [online]. 27(2), s. 103-107 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amko2014103>.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1718-5.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-3242-3.

SU, Jian-An et al., 2017. Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. 13, s. 2389-2396 [cit. 2023-04-10]. ISSN 1178-2021. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/NDT.S135624>

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*.

Vydání čtvrté, rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-590-7.

ÚZIS, 2021. *Měsíc boje s rakovinou prsu* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8528>

VÁŠA, Petr, 2021. Rakovina prsu – příznaky, příčiny a léčba. *EUC* [online]. Ústí nad Labem [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/rakovina-prsu-priznaky-priciny-a-lecba>

VAŇÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ, 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi* [online]. **14**(3), 133-135 [cit. 2023-02-1]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/archiv.php>

VAVŘÍKOVÁ, Hana, 2013. Kvalita života jako smysl existence? *SenSen* [online]. Praha [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.sensen.cz/clanky/2013/kvalita-zivota-jako-smysl-existence?lang=en-us>

VOJTÍŠEK, Radovan, Jitka ŠVÍGLEROVÁ a Aleš KROUŽECKÝ, 2021. Význam pohybové aktivity u onkologických pacientů a její vliv na prevenci vzniku nádorových onemocnění. *Onkologie* [online]. **15**(3), 131-135 [cit. 2022-12-29]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-202103-0007_vyznam_pohybove_aktivity_u_onkologickych_pacientu_a_jeji_vliv_na_prevenci_vzni_ku_nadorovy

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

VOŠMIK, M. et al., 2018. EORTC – mezinárodní organizace pro akademický klinický výzkum v onkologii. *Library Mednet* [online]. Praha [cit. 2023-01-5]. ISBN 978-80-87339-26-8.

WHO, 2019. *WHOQOL: Measuring Quality of Life* [online]. [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

YANG Y. et al., 2022. Social relationships and their associations with affective symptoms of women with breast cancer: A scoping review. *PLoS One* [online]. **17**(8) [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35939490/>.

YEKTATALAB S. and E. GHANBARI, 2020. The Relationship between Anxiety and Self-Esteem in Women Suffering from Breast Cancer. *Midlife Health* [online]. **11**(3), 126-132 [cit. 2023-04-11].

Dostupné

z:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0272649>

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	90
Příloha B – <i>Samovyšetření prsu</i> (Abrahamová, 2019, s.114-129).....	98

Příloha A – *Dotazník*

Vážená paní,

jmenuji se Adéla Jansová a studuji 2. ročník magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích, obor Ošetrovatelská péče v interních oborech.

Ve své diplomové práci se věnuji tématu Kvalita života žen s karcinomem prsu ve vyšším věku (60 let a výše).

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a dobrovolný. Vyplněním tohoto dotazníku zároveň souhlasíte se zpracováním údajů. Zjištěná data budou použita ke zpracování výzkumné části mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

- 1. Věk (uvádějte v celých letech):**

- 2. V jakém věku Vám byl diagnostikován karcinom prsu? (napište číslici)**

- 3. Jaké byly Vaše pocity při zjištění diagnózy?**
 - a) Chtěla jsem bojovat
 - b) Nechtěla jsem bojovat
 - c) Nevím
- 4. Byl Vám někdo oporou v době zjištění diagnózy?**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Chtěla jsem situaci zvládnout sama
- 5. Projevil se u Vás karcinom prsu opakovaně?**
 - a) Ano, potýkám se s tímto onemocněním opakovaně
 - b) Ne, byl mi diagnostikován prvně
- 6. Jaký druh léčby u Vás nyní probíhá?**
 - a) Chemoterapie
 - b) Radioterapie

- c) Operace
- d) Hormonální léčba
- e) Biologická léčba
- f) Jiné (uved'te jaká):

7. Podstoupila jste chirurgickou operaci prsu?

- a) Ano
- b) Ne

8. Prožíváte během léčby pocity deprese, úzkosti či smutku?

- a) Ano
- b) Ne

9. V jakých oblastech dochází k hlavnímu omezení kvůli karcinomu prsu?

- a) Ve společnosti
- b) Při sportu
- c) V sexuální oblasti
- d) Při denních činnostech
- e) V žádných oblastech mě mé onemocnění neomezuje
- f) Jiné (uved'te jaké):

10. Co Vám pomáhá při zvládnání této náročné situace? (popište stručně vlastními slovy)

11. Cítíte se v důsledku vašeho onemocnění méně sebevědomá?

- a) Ano
- b) Ne

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

Kvalita života (dotazník Světové zdravotnické organizace) WHOQOL-BREF (krátká verze)						
1.	Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
		1	2	3	4	5
2.	Jak jste spokojená se svým zdravím?	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
		1	2	3	4	5
Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožívala určité věci						
		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3.	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4.	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla	1	2	3	4	5

	fungovat v každodenním životě?					
5.	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6.	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7.	Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8.	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9.	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5
Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.						
		vůbec ne	spíš ne	středně	většinou ano	zcela
10.	Máte dost energie pro	1	2	3	4	5

	každodenní život?					
11.	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12.	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13.	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14.	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně Ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15.	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.						
		velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
16.	Jak jste spokojena se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17.	Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18.	Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19.	Jak jste spokojena sama se sebou?	1	2	3	4	5
20.	Jak jste spokojena se svými	1	2	3	4	5

	osobními vztahy?					
21.	Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22.	Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5

23.	Jak jste spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24.	Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25.	Jak jste spokojena s dopravou?	1	2	3	4	5
Následující otázka se týká toho, jak často jste prožívala určité věci během posledních dvou týdnů.						
		nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26.	Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5
Moc děkuji za vyplnění dotazníku kvality života.						

Příloha B – *Samovyšetření prsu* (Abrahamová, 2019, s.114-129)

