

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Barbara Brudná

Životní spokojenost žen po prodělané mastektomii

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 15. května 2017

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení, cenné náměty a rady při zpracování této diplomové práce. Dále děkuji RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. a Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření.

Mé poděkování patří rovněž jednotlivým zaměstnancům pracovišť, kteří vyslovili souhlas s realizací výzkumu a také respondentkám, které našly ochotu a čas pro vyplnění dotazníku. Dále velké díky patří i mé rodině za podporu během studia a psaní této práce.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Životní spokojenost žen po prodělané mastektomii
Název práce v ČJ:	Životní spokojenost žen po prodělané mastektomii
Název práce v AJ:	Life satisfaction on women after mastectomy
Datum zadání:	2016-01-28
Datum odevzdání:	2017-05-15

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor: Brudná Barbara
Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.
Oponent práce:

Abstrakt v ČJ

Diplomová práce se zabývala životní spokojeností žen po prodělané totální a parciální mastektomii. Hlavním cílem práce bylo zjistit míru celkové životní spokojenosti a její rozdíly v jednotlivých škálách po prodělané totální a parciální mastektomii. Teoretická práce se zabývala vlivem mastektomie a karcinomu prsu na psychiku žen, definováním pojmů kvality života, životní spokojenosti a well-being. Následně jsou zde porovnávány rozdíly v celkové kvalitě života a v jejich jednotlivých aspektech u žen s diagnózou karcinomu prsu. Praktická část prezentuje realizaci a výsledky výzkumného šetření prováděného jako kvantitativní výzkum

pomocí standardizovaného dotazníku - Dotazník životní spokojenosti autorů Fahrenber et al. Výsledky nepoukazují na signifikantní rozdíly v životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii. V rámci výzkumného šetření byl zjištěn signifikantní rozdíl na škále přátelé, známi a příbuzní mezi ženami využívající podpůrné skupiny a těmi, které je nevyužívají.

Abstrakt v AJ

The diploma thesis deals with the life satisfaction of women after the total and partial mastectomy. The main aim of the work was to find the level of overall life satisfaction and its differences in the individual scales after the total and partial mastectomy. The theoretical work deals with the influence of mastectomy and breast carcinoma on the psyche of women, defining concepts of quality of life, life satisfaction and well-being. Subsequently, the differences in the overall quality of life and its individual aspects are compared in women diagnosed with breast cancer. The practical part presents the realization and the results of the research carried out as quantitative research using the standardized questionnaire of Life Satisfaction Questionnaire by Fahrenber et al. The results do not point to significant differences in women's life satisfaction after total and partial mastectomy. The survey revealed a significant difference in the number of friends, acquaintances and relatives among women using support groups and those who do not.

Klíčová slova v ČJ: karcinom prsu, mastektomie, životní spokojenost, kvalita života

Klíčová slova v AJ: breast cancer, mastectomy, life satisfaction, quality of life

Rozsah práce: 83 s. / 8 příloh

Obsah

ÚVOD.....	8
1 REŠERŠNÍ STRATEGIE	10
2 Teoretická východiska.....	12
2.1 Vliv mastektomie a karcinomu prsu na psychiku žen	12
2.2 Kvalita života, životní spokojenost, well-being.....	14
2.3 Karcinom prsu a mastektomie	15
2.3.1 Kompetence sester v péči o ženy po mastektomii.....	17
2.4 Rozdíl životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii	20
2.4.1 Obraz těla jako aspekt životní spokojenosti	22
2.4.2 Sexualita a partnerství žen s karcinomem prsu	24
2.4.3 Zaměstnání a finanční situace žen s karcinomem prsu	27
2.4.4 Přátele, známí a sociální začlenění žen po mastektomii.....	29
2.5 Kvalita života žen po rekonstrukci prsu.....	31
2.6 Shrnutí teoretických poznatků	34
3 Metodika výzkumu životní spokojenosti žen po prodělané mastektomii.....	37
3.1 Cíle a hypotézy diplomové práce.....	37
3.2 Metodika výzkumného šetření a sběru dat	38
3.3 Organizace výzkumného šetření	40
3.4 Charakteristika zkoumaného souboru.....	41
3.5 Metody statistického zpracování	41
4 Interpretace výsledků výzkumného šetření	42
4.1 Popis souboru respondentek	42
4.2 Interpretace výsledků k cíli 1	42
4.3 Interpretace výsledků k cíli 2.....	46
4.4 Interpretace výsledků k cíli 3.....	50

5	DISKUSE	53
	ZÁVĚR.....	56
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	58
	SEZNAM ZKRATEK	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním žen a zároveň i nejčastější příčinou úmrtí ženské populace na nádorové onemocnění na celém světě. Jeho výskyt se pohybuje kolem 23 % ze všech karcinomů (Bébarová, et al., 2015, s. 25; Zycinska, et al., 2014, s. 1803; Musarazezaie, Zargam-Boroujeni, 2015, s. 287; Safarinejad, et al., 2013, s. 1242). Statistiky poukazují na trvalý nárůst incidence této nemoci v České republice, která se v roce 2014 pohybovala kolem 75,77 nemocných žen na 100 000 obyvatel. V oblasti mortality v roce 2014 byl zaznamenán pokles a to na 14,1 žen na 100 000 obyvatel. Karcinom prsu se nejčastěji vyskytuje ve věku od 60-64 let což tvoří 13,16 % ze všech žen nemocných s touto diagnózou. Z údajů SVOD vyplývá, že více jak 60 % nemocných pacientek je věku od 50 do 75 let (Dušek, et al., 2007).

Z dat International Agency for Research on Cancer WHO vyplývá, že výskyt nově diagnostikovaného karcinomu prsu na celém světě v roce 2012 byl 1,67 miliónů nových případů, což tvoří 25 % všech nově rozpoznaných případů zhoubného onemocnění. Celková mortalita se pohybuje kolem 522 000 případů za rok 2012 (International Agency for Research on Cancer, 2016).

Mastektomie je jednou ze základních chirurgických metod léčby karcinomu prsu. Jeho odstranění může mít vliv jak na stánku emocionální, tak i společenskou a rodinnou. Prsa pro každou ženu jsou symbolem ženství a mateřství, a proto u žen s amputací prsu se často setkáváme s jejich nízkým sebevědomím, problémem s akceptací vlastního těla, strachem ze ztráty ženství a různými problémy v partnerském životě. V období diagnostiky a léčby karcinomu prsu je důležitá psychická podpora jak ze strany rodiny, tak i zdravotnického personálu, která může vést k redukci strachu, zvýšení sebevědomí a schopnosti poradit si v těžké životní situaci (Stadnicka, et al., 2014, s. 9-10; Pytka, Spych, 2012, s. 43).

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je životní spokojenost žen po prodělané mastektomii a jaké jsou rozdíly v celkové životní spokojenosti a jednotlivých škálách mezi ženami po totální a parciální mastektomii. Dalším cílem bylo zjistit, jaký je vliv podpůrných skupin na životní spokojenost žen. Za tímto účelem byl zvolen kvantitativní výzkum s použitím standardizovaného dotazníku: Dotazník životní spokojenosti od autorů Gahrenberga a kolektivu, který mi byl zapůjčen od vedoucí diplomové práce Mgr. Šárky Vévodové, Ph.D. Tento dotazník hodnotí 10 škál, mezi které náleží oblast zdraví, práce

a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní a bydlení.

Před samostatnou rešeršní strategií byla prostudována následující literatura:

1. ABRAHÁMOVÁ, J. 2000. Rakovina prsu. Vyd. 1. Praha: Triton, 37 s. ISBN 80-7254-136-6.
2. ABRAHÁMOVÁ, J., a DUŠEK, L. 2003. Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu. 1. vyd. Praha: Grada, 227 s. ISBN 80247-0499-4.
3. ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. 2011. Obecná onkologie. 1. vyd. Praha: Galén, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
4. FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J., BRAHLER, E. 2001. Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum, ISBN 80-86471-16-0 3.
5. GURKOVÁ, E. 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
6. KRŠKA, Z., HOSKOVEC D., PETRUŽELKA, L. 2014. Chirurgická onkologie. 1. vyd. Praha: Grada, 872 s. ISBN 978-80247-4284-7.
7. NOVOTNÝ, J., VÍTEK, P. 2012. Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 531 s. ISBN 978-80-204-2663-5.

1 REŠERŠNÍ STRATEGIE

ALGORITMUS REŠERŠNÍ STRATEGIE



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: karcinom prsu, mastektomie, kvalita života, životní spokojenost

Klíčová slova v AJ: breast cancer, mastectomy, quality of life, life satisfaction

Jazyk: český, polský, anglický, slovenský

Rozmezí: 2007 – 2017 (10 let)

Další kritéria: recenzovaná periodika, věk nad 18 let, plný text



DATABÁZE

ProQuest, EBSCO, PubMed, GOOGLE Scholar, Science Direct



NALEZENO CELKEM 457 ČLÁNKŮ



VYŘAZENO 384 ČLÁNKŮ A DOKMETNŮ

- duplicitní výskyt v databázích
- abstrakta s absencí plného textu v anglickém, českém, polském či slovenském jazyce
- nesplnění kritérii – vymezení časového období, nerecenzovaná periodika,
- články s úzce medicínskou tematikou
- články s odlišnou tematikou



Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů.

EBSCO - 36

Science Direct - 15

PubMed - 9

GOOGLE Scholar - 8

ProQuest – 5



Pro tvorbu teoretických východisek diplomové práce bylo využito 73 dohledaných článků a 2 tištěné publikace. Z celkového počtu bylo 63 zdrojů přeloženo z anglického jazyka, 5 zdrojů z polského jazyka, 5 článků a 2 publikace byly nalezeny v českém jazyce.

2 Teoretická východiska

2.1 Vliv mastektomie a karcinomu prsu na psychiku žen

Diagnostika a léčba karcinomu prsu je hlavním spouštěčem různé formy psychické tísně, která má velký vliv na kvalitu života (Segrin, Badger, 2013, s. 716). Deprese a úzkost se vyskytují častěji u onkologicky nemocných žen v porovnání s celkovou populací a po pěti letech přetrvává u více jak 25 % přeživších žen. Tyto symptomy jsou v mnoha případech spojovány a označovány jako psychické utrpení. Deprese a úzkost žen s rakovinou prsu souvisejí mimo jiné také s předchozí psychologickou léčbou, bolestí a únavou, nedostatkem důvěry v oblasti intimních vztahů, mladým věkem žen či stresem při nerakovinném onemocnění. Častým faktorem pro vznik deprese dále může být pocit osamělosti a nedostatek pomoci (Gold et al., 2016, s. 97; Galiano-Castillo, et al., 2014, s. 206; Cohee, et al., 2016, 1991). Je proto obecně známo, že přítomnost deprese a úzkosti ovlivňuje celkovou kvalitu jejich života (Maass, et al., 2015, s. 101; Jones, et al., 2015, s. 621). Karcinom prsu vyvolává nejenom úzkost u samotných žen, ale také u jejich partnerů, rodiny či přátel. Často právě partneři onkologicky nemocných žen mají stejné zkušenosti či dokonce větší úzkostné příznaky než samotné ženy (Segrin, Badger, 2013, s. 716). Velká epidemiologická studie autora Gold hodnotila ženy v době diagnostiky tohoto onemocnění či před zahájením léčby nádoru pomocí testů Spielberger State-Trait Anxiety Inventories (STAI-T) a The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D). STAI-T dotazník obsahuje 20 položek a slouží pro hodnocení vzniku úzkosti u žen a CES-D dotazník zahrnuje 20 hlavních příznaků pro klasifikaci klinického syndromu deprese. Výsledky studie poukázaly na výskyt vyššího stupně úzkosti a subsyndromálních depresivních symptomů téměř u poloviny respondentek (44.5 %). Přítomnost úzkosti byla u 47,7 % žen a deprese se objevila u 18 % dotazovaných (Gold, et al., 2016, s. 100, 103). Autor Cohee ve své analýze poukazuje na přítomnost hluboké deprese u více než 25 % přeživších žen s karcinomem prsu po 5 letech od diagnostiky tohoto onemocnění a následné léčby. Tyto ženy pak mají celkově větší problémy se zvládáním zátěžových situací než ty, u kterých se deprese nevyskytla. Ženy jsou schopné lépe bojovat s úzkostí, bolestí, nespavostí a únavou. Výskyt deprese je často spojován také s horší důvěrou v lékařskou péči, nedostatkem informací, delší hospitalizací, zvýšenou mortalitou, ale především se sníženou kvalitou života (Cohee, et al., 2016, s. 1991-1992; Jones, et al., 2015, s. 621).

Studie autora Jones, který zkoumal rozdíl v míře deprese u žen před a po diagnostice karcinomu prsu, došla k závěru, že vyšší přítomnost depresivních příznaků, duševní zdraví a vyšší pravděpodobnost depresivních symptomů se projevuje nejčastěji po jednom roce od zjištění tohoto onemocnění. Po porovnání jednoho a dvou let po diagnostice dochází pouze k mírnému zlepšení depresivních příznaků a duševního zdraví. Až po více jak 10 letech se pak vrací depresivní symptomy na úroveň před nemocí. Psychické funkce po diagnostice zůstávají stále nižší než před onemocněním, avšak tyto změny jsou malé (Jones, et al., 2014, s. 627-628). Předchozí studii autora Jones můžeme porovnat také se systematickým review autora Maass z roku 2015, která se týkala prevalence deprese a úzkosti u žen s karcinomem prsu. U zkoumaných žen s karcinomem prsu se častěji vyskytovala deprese než úzkost. Při srovnání žen s nádorem prsu a kontrolní skupinou byl zjištěn zvýšený výskyt depresivních příznaků po uplynutí 5 až 6 let po diagnostice nádorového onemocnění. Potvrdila také výsledky předchozí studie Jones z roku 2014, že nejvyšší prevalence deprese se vyskytuje jeden rok po diagnostice nádorového onemocnění prsu (Maass, et al., 2015, s. 106-107). Další výzkum autora Saboonchi poukazuje na změny ve vnímání úzkosti a deprese u žen s karcinomem prsu jeden rok po chirurgické operaci. U skupiny žen v průměrném věku, kterým byla klasifikována klinická úzkost, došlo k jejímu výraznému poklesu čtyři měsíce po léčbě a zůstala na přibližně stejné úrovni i po roce. Toto snížení bylo viditelnější ve skupině časně diagnostikovaných stádií nemoci. I přes výše zmíněný pokles případů úzkosti, u poloviny zkoumaných žen se opakuje či přetrvává také v pozdějším období (Saboonchi, et al., 2014, s. 601-603). Následující analýza autora Gold ve své studii hodnotili výskyt úzkosti a deprese u žen před a šest měsíců po operaci prsu. Výsledkem bylo zjištění zvýšeného výskytu kombinované formy úzkosti a deprese u žen s karcinomem prsu. Před operací totiž ženy pociťovaly větší strach z možného návratu nemoci, měly sníženou schopnost vyrovnat se s výsledky tohoto onemocnění a následné léčby, a také pocit větší izolovanosti a nižší životní spokojenosti. Kvalita života byla tudíž celkově nižší. Po operaci pak tyto ženy nejhůře pociťovaly ztrátu kontroly nad svým zdravím, obtížné zvládnutí situace a úbytek sociální podpory (Gold, et al., 2016, s. 97).

Faktorem přispívajícím k depresi u přeživších žen je neschopnost mluvit o nádorovém onemocnění s ostatními. Toto sociální omezení snižuje schopnost vést otevřený rozhovor a často se mu vyhýbají. Bojí se možné kritiky své vlastní osoby, a proto také zlehčují své problémy, čímž dochází ke zvýšení pocitu jejich úzkosti. Mnohdy tyto ženy nejsou schopny zvládnout svoje onemocnění bez pomoci podpůrného prostředí, které se věnuje právě jejich

nemocí (Cohee, et al., 2016, s. 1992). Studie Segrina a Badgera se pak zabývala ženami s nedávno diagnostikovaným karcinomem prsu trpícími „duševní“ tísní a podporou jejich partnerů. Vzájemná interakce protějšků při duševní tísní poukazuje na to, že podpora partnera představuje více než pouhé sociální pozadí nemoci či léčby, ale také může mít podstatný vliv na kvalitu života žen. Tato studie dále upozorňuje na zvyšující se množství důkazů a pádných argumentů o podpoře a poskytování pomoci svým nemocným partnerkám, nejenom v zájmu uchování vlastních životních podmínek, ale především pro pocit pohody přeživších žen s rakovinou prsu (Segrin, Badger, 2013, s. 721-722).

2.2 Kvalita života, životní spokojenost, well-being

Kvalita života je multidimensionální konstrukt, který může být popisován jako vnímána spokojenost, well-being (pocit pohody) několika životních domén jako jsou psychické, psychologické, sociální a spirituální (Anderková, et al., 2016, s. 114). WHO definovala kvalitu života jako individuální vnímání své role v životě, bez ohledu na celý kontext a hodnotový systém sociálního prostředí ve kterém žijí ve vztahu k jejím cílům, očekáváním, standardům a zájmům (Akca, et al., 2014, s. 222). Kvalita života je jedním ze základních komponentů zdraví a podle definice zdraví dle WHO odkazuje na stav pohody psychické, mentální i sociální a nepřítomnosti nemoci či postižení. Jako odvozeninu všech komponentů zdraví, kterou zahrnuje definice kvality života, ji můžeme porovnat s definicí well-being. Well-being je stav, kdy lze využít všechny dovednosti, zvládnout každodenní stres, pracovat efektivně a produktivně a účastnit se společenského života (Kulesza-Bronczyk, et al., 2014, s. 125; Pytka, Spsych, 2012, s. 43). Dle autorky Zycinske et. al. je well-being lékařský termín chápan jako synonymum kvality života a je ve světě uznáván za důležitý zdravotní výsledek. Hraje podstatnou roli jako prediktor rozhodování, chování a dlouhověkosti. Autorky popisují také pozitivní a negativní aspekty well-being. Pozitivní stránky jsou definovány životní spokojeností, sebevědomím, optimismem či štěstím. Pro hodnocení negativních aspektů well-being autorky vybraly depresi a úzkost, které patří mezi nejčastější varianty (Zycinska, et al, 2014, s. 1804).

Hodnocení kvality života by mělo být posuzováno z mnoha hledisek. Za hodnocení „funkční kapacity“ označujeme schopnost provádění běžných denních činností a úroveň psychické aktivity. „Sociální funkce“ odráží schopnost individuální interakce s okolím, členy rodiny a přáteli. Poslední ukazatel „emocionální funkce“ poukazuje na stupeň úzkosti

způsobenou vedlejšími účinky aplikované léčby a příznaky nemoci jako je například bolest (Akca, et al., 2014, s. 222-223).

Existuje několik způsobů konceptualizace a měření štěstí. První forma je založena na myšlence štěstí a smutku jako přechodném emocionálním stavu. Dle této definice štěstí, čili well-being, se skládá z dobrého pocitu či přítomnosti mnoha pozitivních emocí a zároveň z nepřítomnosti špatného či relativně malých negativních emocí. Je zde předpokládán vliv různých momentů a situací. Další formou štěstí je pak popisována životní spokojenost. Skládá se z osobního posouzení relativní kvality jeho či jejího života. Je to souhrnný pohled na celkový život člověka. Metodicky vyžaduje integraci života a zkušeností jednotlivce a jeho následné hodnocení. Účastníci pouze informují, jak se cítí v daném okamžiku. Některé studie poukazují na hodnocení životní spokojenosti jako součet afektivních zkušeností (Hofmann, et al., 2014, s. 265-267).

Koncept životní spokojenosti není zatím jednoznačně definován. Často dochází k zaměňování životní spokojenosti, kvality života a subjektivního well-being. V těchto oblastech můžeme rozlišovat čtyři základní dimenze. Životní spokojenosti dána plněním životních cílů, štěstí jako vztah k dlouhodobému pozitivnímu afektivnímu stavu, pozitivní afekt jako přechodný pocit radosti a negativní afekt jako přechodný pocit strachu, deprese a starosti. Tyto oblasti se navzájem spolu korelují (Fahrenberg, et al., 2001, s. 6).

2.3 Karcinom prsu a mastektomie

Karcinom prsu je nádorové onemocnění, které se týká v naprosté většině žen. V mužské populaci je nádorové onemocnění prsu vzácné a vyskytuje se u méně než 1 % celkové populace s nejčastějším výskytem v sedmé dekádě života (Khan, Allerton, Pettit, 2015, s. 245). Výsledky screeningů v České republice z let 2005 až 2009 poukazují na výskyt více jak 50 % onkologických žen k s karcinomem prsu ve věku 54 až 73 let a v průměru 63 let. V posledních době však byl zaznamenán nárůst tohoto onemocnění u mladších žen. Zatím není známa jednoznačná příčina vzniku onemocnění, ale jsou patrné rizikové faktory, které jeho vznik ovlivňují. Mezi hlavní rizikové faktory náleží hormonální léčba (užívání antikoncepce, postmenopauzální hormonální léčba, umělé oplodnění) a reprodukční faktory (časný nástup menstruace, pozdní menopauza, nepřítomnost porodu). Důležitou roli zde také hrají genetické faktory, např. mutace genu BRCA 1 a BRCA 2. Jako u všech nádorových

onemocnění nesmíme ani opomenout vliv výživy a faktory životního prostředí (Bébarová, et al., 2015, s. 25-26).

Hlavní důraz klademe na prevenci nádorového onemocnění, jeho časného záchytu a odhalení možných metastáz. Mezi základní vyšetření patří mamografie, vyšetření lékařem či samovyšetření prsu, které patří ke screeningovým programům. V zemích, kde je nádorové onemocnění prsu diagnostikováno až v pokročilých stádiích, by mělo být vyšetření lékařem či edukace týkající se samovyšetření prsu nedílnou součástí pro snížení mortality z důvodu zhoubného nádoru prsu. Mamografie se častěji používá v technicky vyspělých zemích. Tato diagnostika vede ke zjištění přítomnosti nádorů, které nejsou hmatné a často jsou menšího rozměru (Hassan, et al., 2015, s. 487). O provádění screeningového programu v České Republice se začalo diskutovat již v 90. letech 20. století avšak jeho schválení proběhlo až 9. 9. 2002. Zprvu byl tento program určen pouze ženám ve věku 45-69 let, později byla horní hranice věku zrušena (Skovajsová, et. al., 2014, s. 2S70).

Chirurgická léčba je nejběžnější léčbou karcinomu prsu (Musarezaie, Zargham-Boroujeni, 2015, s. 287). Konzervativní terapii prsu podstupuje 57 žen diagnostikovaných v I a II stádiu, ve III a IV stádiu tuto léčbu podstupuje 13 % žen. Mastektomii podstupuje 36 % žen diagnostikovaných v časném stádiu nemoci a ve III a IV stádiu 60 % nemocných žen podstupuje ablaci prsu (Zhang, et al., 2016, s. 1).

Mastektomie je charakterizovaná jako totální odstranění prsu a může mít formy totální mastektomie či radikální modifikované mastektomie. V prvním případě je odstraněn celý prs od klíční kosti k hranicím hrudní kosti a žeber až do podpaží. Svaly jsou zachovány a lymfatické uzliny v podpaží jsou odstraněny. Modifikovaná radikální mastektomie pak zahrnuje odstranění celého prsu, části svalů hrudní stěny a část či všechny lymfatické uzliny v podpaží. Tato nejagresivnější chirurgická léčba je prováděná v případech pokročilých nádorů prsu. Na druhé straně je tumorektomie - operace zachovávající prs. Může mít formu nodulektomie, kdy je odstraněn pouze nádor, nebo kvadrektomie, kdy dochází k odstranění čtvrtiny prsu (Fonseca, Lencastre, Guerra, 2014, s. 296). Po chirurgickém zákroku následuje systémová terapie, kterou můžeme rozdělit jako předcházející „neadjuvantní“ a následující „adjuvantní“ lokální terapii. Skládá se z kombinace radioterapie, chemoterapie hormonální či biologické léčby (Runowicz, et al., 2016, s. 45). Radioterapie může způsobit podráždění kůže, změny ve funkci trávicího systému a změny ve tvrdosti a velikosti poraněného prsu. Chemoterapie je často příčinou alopecie, amenorey, změny na sliznici dutiny ústní, které ovlivňují pocit ženskosti (Fonseca, Lencastre, Guerra, 2014, s. 296).

Konzervativní terapie prsu (BCT) se skládá z konzervativní chirurgické léčby – lumpektomie (BCS) a radioterapie. Spojení těchto léčebných metod vede k dosažení dlouhodobé kontroly s minimem vzniku lokální morbidit a snížení přítomností pooperačních komplikací. BCT je kvalitnější možností pro ženy s časným operabilním karcinomem prsu a poukazuje i na lepší léčebné výsledky. Celkově vede k dosažení lepší kvality života žen (Johns, Dixon, 2016, s. 4, 12).

Výzkum Anderkové a kolektivu z roku 2016 se zabývala změnami v kvalitě života žen s karcinomem prsu a faktory, které jsou s těmito změnami spojeny. V rámci této studie byl využit Dotazník životní spokojenosti, SF-36, FACT-B. Celkově došlo ke zjištění, že ženy s nádorovým onemocněním prsu hodnotí zhoršení kvality života v několika hlavních oblastech, jako jsou fyzické, emocionální a tělesné funkce, ale také v hodnocení celkového zdraví. Naopak v oblasti sociální a rodinné pohody se projevilo mírné zlepšení, které může souviset s většími životními změnami a posttraumatickým osobním růstem hlavně v sociálních vztazích (Anderková, et al., 2016, s. 120).

2.3.1 Kompetence sester v péči o ženy po mastektomii

Sestra, jako platný člen multidisciplinárního týmu se podílí na plánování a realizování péče o přeživší ženy s karcinomem prsu. Spolupráce probíhá mezi sestrou, onkologem a poskytovatelem primární péče. Jejich hlavním úkolem je pochopení potřeb žen a volba vhodné strategie self-managementu. Dále poskytují následnou péči, která zahrnuje psychosociální podporu, kontrolu zdravotního stavu, poskytování informací, komunikaci a spolupráci s rodinnými příslušníky (Hall-Alston, 2015, s. E98).

„Breast care nurse“ jsou sestry poskytující primární podporu ženám a jejich rodinám v průběhu onemocnění. Zajišťují především fyzickou péči, emocionální podporu a pečují o různé potřeby pacientek souvisejících se symptomy dané nemoci či léčby, jako jsou nauzea, únava a nechutenství. Nabízejí také psychologickou podporu při návratu onemocnění, zajišťují komunikaci s ostatními členy týmu a edukaci pacientek o životním stylu, podpůrných skupinách a jejich benefitech. Hlavním úkolem sester je organizace a koordinace návazností péče od diagnostiky až do ukončení léčby. Je zaznamenáno, že tyto sestry zkvalitňují péči o ženy s karcinomem prsu (Luck, et. al., 2017, s. 2). Hodnocení spokojenosti a kvality života žen poskytují informace, které umožní poskytovatelům zdravotní péče lépe pochopit pacientovy zkušenosti s poskytovanou péčí a zlepšit ji. Je to především důležité pro

onkologické sestry, které musí zvolit efektivní strategii jak pomoci ženám a jejich rodinám s emocionálními problémy a úzkostí, vedlejšími příznaky a toxicitou léčby a zlepšit „compliance“ (Byaram, et. al., 2014, s. 676). Australská studie autora Luck se zabývala kompetencí a definováním rolí „breast care nurse“, které se vyskytují v australském zdravotnictví již 20 let. Sestra v průběhu vykonávání svého povolání plní role klinického experta, edukátora a advokáta (Luck, et al., 2017, s. 2). Další studie doplňuje ještě kompetence informačního a týmového manažera, interdisciplinárního spolupracovníka, člena zdravotnické profese a systémového analyzátor (Coleman, 2013, s. 311-314). Rovněž poskytuje emocionální podporu, plní edukační činnosti a zastupuje ženu v rámci kontaktu s multidisciplinárním týmem (Luck, et al., 2017, s. 2, Ahern, et al., 2015, s. 100).

Omezení hybnosti horní končetiny na operované straně, narušení vzhledu těla, pocit diskomfortu, přítomnost bolesti související s operačním řezem, drenáží či lymfedémem jsou nejčastější stavy vyskytující se v časném období po mastektomii (Cho, et al., 2012, 920).

Pro ženy podstupující mastektomii je nutná předoperační edukace sestrou či lékařem o zahájení časného cvičení horní končetiny v pooperačním období, která zvyšuje pohyblivost paže a snižuje lymfedém. Lymfedém je stav, kdy dochází k nahromadění lymfatické tekutiny do tkáně jako následek poškození či odstranění lymfatických cév či uzlin v průběhu operace. Projevuje se chronickým otokem trupu, hlavy a krku, nejčastěji však v 6-30 % se vyskytuje na horní končetině jako pooperační komplikace chirurgického výkonu na prsu. Dalšími projevy lymfedému může být snížená hybnost končetiny, nepřítomnost tvorby dolíčku či změny na nehtech a kůži (Bhagya, et al., 2015, s. 542-544). Sestra dále informuje o nošení kompresí a vhodného oblečení po operaci a o ochraně končetiny před traumatem. V pooperačním období se sestra zabývá zlepšením self-managementu, zvládnutím stresu a podporou ženy při zvládnutí běžných denních činností (Cho, et al., 2012, s. 923).

Cvičení žen po operaci prsu obnovuje fyzickou zdatnost, posiluje organismus, zlepšuje obraz těla ženy a celkově působí na zlepšení kvality života. Dále zajišťuje dlouhotrvající psychologický a fyzický pozdní efekt u žen podstupujících různou léčbu karcinomu prsu. Mezi doporučované cvičení zahrnujeme pravidelný aerobic, chůzi, domácí cvičení, jízdu na kole, Pilates, Tai Chi a jógu. Sestra v této oblasti poskytuje informace a vzdělává pacientku, motivuje ji a nabízí pomoc (Hall-Alston, 2015, s. E99).

Americká studie autorů Cho et al. se zabývala působením intervencí (edukace v oblasti cvičení, nošení speciálního županu) na zlepšení obrazu těla, snížení diskomfortu, ovlivnění omezení aktivity horní končetiny a lymfedému. Župany „papilla Gown“ byly navrženy

speciálně pro ženy po mastektomii a jejich hlavním úkolem je svobodnější pohyb v nemocničním zařízení, pocit pohodlí a atraktivnosti žen a především snížení koncentrace na přítomnost drénů. Výsledky analýzy poukazují na zlepšení v oblasti jejich fyzické aktivity, úrovně komfortu, snížení výskytu lymfedému a zvýšení úrovně sebepéče. Studie poukazuje na důležitost edukace v období před i po provedení mastektomii a využití vhodných intervencí (Cho, et al., 2012, s. 926).

Dalším nejčastějším příznakem souvisejícím s mastektomií je pooperační bolest. Výzkumy poukazují na výskyt střední až závažné pooperační bolesti u 30 až 80 % žen. Přestože je podávána analgetická léčba, pouze u 1 ze 4 pacientek je bolest efektivně léčená a zvládaná. Mnoho autorů poukazuje na to, že bolest není jen fyzická, ale proniká i do dalších oblastí, jako jsou psychologická/emocionální, sociální a spirituální. Vzhledem k těmto předpokladům autoři Zgaia et al. provedli analýzu. Jejím cílem bylo určit pozitivní efekt předoperačních relaxačních technik, psychologického poradenství a intervencí týkajících se akutní pooperační bolesti a pooperační analgezie u pacientek po modifikované radikální mastektomii. Intervence zahrnovaly přítomnost psychologa, vedení rozhovorů sestrou, autogenní trénink a Schulzovu relaxační metodu. Výsledky této randomizované klinické studie poukazují na pozitivní efekt těchto intervencí ve smyslu snížení potřeby analgetik a snížení fyzických a emočních příznaků po provedené mastektomii (Zgaia, et al., 2016, s. 207, 211, 218).

V rámci svého zaměstnání všeobecné sestry stanovují ošetrovatelské diagnózy na základě problému jednotlivce. V průběhu ošetřování žen po provedené mastektomii se nabízí několik možných diagnóz. Španělská studie autora Lopes, která zkoumala stanovení diagnóz po mastektomii, došla k závěru, že nejčastěji využívanou ošetrovatelskou diagnózou je riziko infekce a to v 95,1 % z důvodu provedení mastektomie. Další nejčastěji volené diagnózy byly: strach (41,6 %) a úzkost (48,6 %) z následné léčby a možnosti návratu onemocnění, akutní bolest (14,5 %) a zhoršená tělesná pohyblivost (11,3 %) v rámci pooperačních stavů. Jako poslední volená diagnóza byla narušený obraz těla (Lopes, 2013, s. 354). Další diagnózy, které lze zařadit k tomuto onemocnění, jsou: beznaděj, sexuální dysfunkce, neefektivní zvládnání zátěže, narušená integrita tkáně, zhoršený komfort a sociální izolace. Narušený obraz těla nalezneme v doméně číslo 6: sebepercepcie, třída č. 3: obraz těla. Jeho definice zní „zmatek v mentálním obrazu fyzického já“. Určujícím znakem po mastektomii můžeme určit chybějící část těla, změněný pohled na vlastní tělo, vyhýbání se pohledu na vlastní tělo, vyhýbání se dotekům vlastního těla či skrývání části těla z důvodu přítomnosti jizev.

Souvisejícím faktorem je onemocnění, v tomto případě karcinom prsu. V dnešní době se tato diagnóza již tak často nemusí vyskytovat z důvodu možné časně rekonstrukce prsu po mastektomii (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 345)

2.4 Rozdíl životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii

Výběr vhodného chirurgického zákroku je důležitý pro snížení mortality a morbidit y žen a dále pro zvýšení jejich spokojenosti v různých oblastech (Eichler, et al., 2013, s. 731). Ženy v časném stádiu nádorového onemocnění prsu mají obecně tři možnosti: operaci, díky níž bude prs zachován, modifikovanou radikální mastektomii nebo mastektomii s rekonstrukcí (Kao, et al., 2015, s. 1). Konzervativní terapie prsu (BCT) je často označována jako zlatý standart pro odstranění menšího lokalizovaného nádoru prsu. Ačkoli je důležité porovnat výsledky chirurgické operace zahrnující cenu, nutnost revize operace a přítomnost komplikací, je také nezbytné zjistit spokojenost žen, vliv operace na jejich sebevědomí, obraz těla i jejich psychické zdraví. Skupina žen s konzervativní léčbou karcinomu prsu zaznamenává často vyšší skóre kvality života než ženy s modifikovanou radikální mastektomií, a to v oblastech fungování sociálních rolí, emocionálních a kognitivních funkcí a obrazu svého těla. Ženy po prodělané mastektomii s rekonstrukcí často poukazují signifikantně vyšší subjektivní zlepšení v oblasti psychické a emocionální a dále i v oblasti sexuálního fungování a požitku. Vyšší věk je pak nezávislým ukazatelem při operacích prsů, který poukazuje na celkové zlepšení kvality života v porovnání s mladou populací žen (Eichler, et al., 2013, s. 731; Kao, et al., 2015, s. 1). Ženy po provedené mastektomii se často setkávají s pocitem něčeho chybějícího, který v období před operací udržoval pocit ženství, atraktivnosti a určitou úroveň sebevědomí. Reakce často poukazují na různou formu strachu, beznaděje, deprese a negativního postoje k vlastnímu tělu. Nepříjemná emocionální tenze, negativní změna jejich obrazu těla a zhoršení jejich mentálního zdraví může mít vliv na celkovou kvalitu jejich života (Heidari, et al., 2015, s. 173-174).

Studie polského autora Nowicki z roku 2015 poukazuje na rozdíly v kvalitě života žen podstupujících mastektomii a BCS. Analýza naznačuje průměrné výsledky emocionálních a kognitivních funkcí u žen postupujících mastektomii i BCS. V porovnání těchto dvou chirurgických metod u mastektomie byla zaznamenána snížená kvalita života, zhoršený obraz těla a vyšší výskyt pooperačních příznaků. Metoda BSC poukazuje lepší výsledky v oblastech sebevědomí a obrazu vlastního těla, které mají významný vliv na celkovou kvalitu života.

Dále studie zjistila nepřítomnost rozdílů v časném pooperačním období v oblastech fyzické, psychické a sociální funkce (Nowicki, et al., 2015, s. 178-180).

Další studie autorů Chow et al. se zabývala výskytem symptomu zátěže (symptomu „burden“) a kvality života u žen s karcinomem prsu po mastektomii či lumpektomii. Výsledky první uvedené chirurgické metody poukazují na vyšší výskyt bolestivosti, úzkosti, ospalosti a ztráty chuti k jídlu. Ženy po ablaci pocítují rovněž sníženou kvalitu svého života, a to zejména v oblasti psychické a emocionální. Studie dále zaznamenala rozdíl v oblasti obrazu svého těla po provedených chirurgických zákrocích. Zhoršený obraz těla se jeví jako možný faktor celkově nižší kvality života u žen po provedené mastektomii. Dle dalších výzkumů je dokázáno, že mastektomie má výrazně horší dopad na vnímání sebe sama než lumpektomie (Chow, et al., 2016, s. 2195- 2197).

Studie Sun et al. z roku 2014 posuzovala rozdíly v kvalitě života patientek podstupujících konzervativní terapii prsu, totální mastektomii a okamžitou rekonstrukci prsu po totální mastektomii. Ženy s BCS mají lepší skóre kvality života v emocionálních a sociálních funkcích, obraze těla, výskytu pooperačních příznaků, sebevědomí a v oblasti sexuality. V oblasti finanční zátěže nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi těmito skupinami žen. Zajímavostí studie je nepřítomnost rozdílů v celkové kvalitě života mezi skupinou žen po totální mastektomii v porovnání s ženami s okamžitou rekonstrukcí prsu po totální mastektomii (Sun, et al., 2014, 24-27). Tuto studii můžeme srovnat s analýzou autora Akca, z roku 2014, kteří zkoumali změny v kvalitě života u různých chirurgických metod karcinomu prsu. Konzervativní operace prsu má příznivý účinek na celkový well-being, fyzické role, kognitivní, psychologické a sociální funkce. I když výsledky studie nepoukazují na signifikantní rozdíl, konzervativní operace prsu má menší vliv na sexuální funkce a spokojenost v sexuální oblasti s porovnáním s pacientkami podstupujícími mastektomii (Akca, et al., 2014, s. 226-227).

Studie autora Howese z roku 2016 porovnává ženy, jež podstoupily konzervativní chirurgickou léčbu karcinomu prsu, s ženami, u nichž se tento nádor nevyskytl. Toto zkoumání dochází k zajímavým závěrům, že obě skupiny žen jsou obdobně spokojené s kvalitou svého života, také vzhledem svých prsů a cítí stejnou psychosociální a sexuální pohodu. Tato studie se také zabývala ženami podstupujícími mastektomii s následnou rekonstrukcí prsu. Výsledky jsou přinejmenším stejně dobré jako při konzervativní chirurgické léčbě prsu v oblastech spokojenosti s poprsím, psychosociální a sexuální pohody.

Rekonstrukce prsu ihned po mastektomii rovněž snižuje výskyt pooperačních depresí ve srovnání s ženami s pozdější rekonstrukcí (Howes, et al., 2016, s. 1189-1190).

Studie autorů Arndt et al. z roku 2008 zkoumala změny v kvalitě života jeden, tři a pět let po provedené mastektomii či konzervativní terapii prsu. Celkově ženy podstupující BCT zaznamenávají lepší výsledky v oblasti fyzické a fungování rolí. Zde náleží pokračování v práci, trávení volného času a denních aktivit. Tyto ženy jsou dále sexuálně aktivnější a spokojenější se svým tělesným vzhledem než ženy po provedené mastektomii. Zatímco jeden rok po stanovení diagnózy výsledky v oblasti sociálních funkcí jsou obdobné, v průběhu trvání studie došlo ke zhoršení výsledků u žen po mastektomii, avšak u žen po BCT výsledky v této oblasti se zlepšily. Změny v oblasti vnímání vlastního těla byly nejvýraznější jeden rok po provedení operace, avšak tyto rozdíly se v průběhu času snížily. Fyzické funkce a celková kvalita života byla nízká u obou skupin, nicméně tento pokles byl výraznější u žen po mastektomii. Studie dále nenalezla žádné rozdíly mezi těmito skupinami v oblasti emocionálních a kognitivních funkcí (Arndt, et al., 2008, s. 1315-1316).

2.4.1 Obraz těla jako aspekt životní spokojenosti

Obraz těla je definován jako mentální obraz vlastního těla a postoj k fyzickému já, celkový vzhled těla a zdravotní stav, celistvost, normálnost funkcí a sexuality (Kocan, Gursoy, 2016, s. 145). Je to mnohostranný pojem, týkající se lidského vzhledu a fyzického fungování zahrnující vjemy, myšlenky, emoce a chování. Spokojenost s obrazem vlastního těla se projevuje v pocitech přitažlivosti a spokojenosti (Teo, et al., 2016, s. 1106). Obraz těla je úzce propojen s mentálním zdravím. V případě velkého zásahu na ženském těle dochází k ovlivnění psychického stavu, chování, jejich myšlenek, cílů, hodnot a především celkového duševního stavu ženy (Heidari, Shabhazi, Ghodusi, 2015, s. 174). Pro některé jedince může změna jejich vzhledu vést k negativnímu obrazu vlastního těla a různým psychosociálním problémům. Negativní obraz těla u přeživších žen po karcinomu prsu se projevuje nespokojeností s vlastním vzhledem, vnímána ztráta ženskosti a celistvosti těla, neochota podívat se na vlastní nahé tělo, pocíťovaný pokles sexuální atraktivnosti a sebevědomí a také nespokojenost s operačními jizvami. Mnohá odborná literatura poukazuje na fakt, že u žen s karcinomem prsu dochází často ke změnám vzhledu jejich těla, sebepojetí, emocí, chování, rodinné dynamiky a rovněž změn rolí těchto žen a jejich rodin. Význam prsu má dramatický vliv na obraz ženského těla a jeho ztráta způsobená mastektomii může vyvolat rozporuplné

pocity. Z toho vyplývá, že negativní změny na ženském těle, můžou způsobit řadu psychických problémů, a proto poskytování psychologické podpory ženám po mastektomii je jednou z důležitých povinností sester (Kocan, Gursoy, 2016, s. 145). Jejich úkolem je zvýšení povědomí veřejnosti o nemoci a léčbě karcinomu prsu, detekce psychologické tenze a podpora ženy k pozitivnímu vnímání vlastního těla pomocí a doporučování návštěv podpůrných center (Heidari, Shabhazi, Ghodusi, 2015, s. 176). V průběhu léčby karcinomu prsu totiž můžou obraz těla a obavy z nové životní situace mít dopad na fyzické a emocionální zdraví ženy (Kocan, Gursoy, 2016, s. 145). Jak už bylo výše zmíněno ženy po mastektomii často trpí nízkou sebeúctou v důsledku odstranění prsu a tím i změněným obrazem těla. Nízké sebevědomí a nejistota jsou témata, o kterých se snaží ženy komunikovat také se svými partnery. V některých případech však může špatná komunikace být příčinou nízkého sebevědomí v důsledku změněného obrazu těla, a to následně vést k nevyřešeným konfliktům či dokonce k ukončení manželství či partnerství. Mužská podpora je důležitá pro posílení ženské psychické pohody a urychlení zotavení (Rowland, Metcalfe, 2014, s. 963–964).

Freysteinson ve svém výzkumu z roku 2015 zjišťuje fakt, že pohled do zrcadla na sebe sama po prodělaných různých typech mastektomie s provedením rekonstrukce či bez, je emocionální změna projevující se od šoku, hrůzy, smutku až po úlevu. Skupiny žen s karcinomem prsu by uvítaly, kdyby sestry pochopily, že pohled na svoje tělo do zrcadla po mastektomii je traumatem nejenom v případě ztráty prsu, ale také u drenáží, řezů a jizev po operacích či přítomnosti zarudnutí. Tyto ženy uvedly, že je velký rozdíl, když se dívají na své prso po mastektomii bezprostředně nebo ho vidí v zrcadle. Nejsou schopny slovy popsat jejich pocity při prvním pohledu do zrcadla po provedené operaci. Studie se zabývala totiž tím, kdy se tyto ženy rozhodly poprvé podívat na sebe do zrcadla. Více jak 50 % žen uvedlo, že by v momentě prvního shlédnutí v zrcadle, raději byly samy. To poukazuje na důležitost volby (Freysteinson, et al., 2015, s. 256-257). Další studie autorů Kocan a Gursoy z roku 2016 poukazuje na negativní hodnocení sebe sama. Ženy svůj vzhled po mastektomii hodnotí jako ošklivý, divný a neúplný. Samy sebe považují za deformované, nepravidelné a neproporcionální. Ženy dále uvádějí, že jsou ochotné nosit volné a nepřiléhavé oblečení, aby zakryly řezné rány po operaci. Celkově změni svůj předchozí styl oblékání, aby se tak lépe vypořádaly s neštěstím a diskomfortem v jejich novém těle a nové životní situaci. Respondentky informovaly o pocitu nenormálnosti, něčeho chybějícího a prázdnoty. Dále popisovaly neschopnost provádět běžné denní činnosti a domácí práce jako jsou úklid, věšení prádla a nakupování. Často byla uvedena také neschopnost v pokračování a plnění svých

životních rolí. Tato situace pak celkově ovlivňuje jejich sebevědomí a negativním způsobem i celkový obraz těla (Kocan, Gursoy, 2016, s. 148 – 149). Následující výzkum autora Goméze-Campela používá různorodou škálu obrazů těl pro zjištění psychometrických vlastností u žen s karcinomem prsu. Výsledky poukazují na významné rozdíly ve viditelných tělesných změnách u žen s karcinomem prsu v porovnání s ženami po hysterektomii. Výzkum dále zjišťuje, že ženy, které mají založené své sebevědomí na vzhledu, mají také větší obavy o svůj zevnějšek. U těchto žen je narušení vzhledu zevnějšku spojeno s vyšším výskytem depresivních a úzkostných stavů (Goméz-Campelo et al., 2015, s. 478-479). Další studie autorů Teo et al. se zabývala hodnocením dobou rekonstrukční fáze a stupněm rekonstrukce jako prediktorem evaluace vlastního obrazu těla po provedené mastektomii a kvalitou života pacientek podstupujících rekonstrukci prsu z důvodu karcinomu prsu. Nespokojenost s vlastním tělem byla významně rozdílná mezi skupinami žen podstupujících okamžitou a opožděnou rekonstrukci prsu. Nejvýraznější rozdíl byl v předrekonstrukční fázi, kdy u žen připravujících se na opožděnou rekonstrukci prsu byla zaznamenána statisticky vyšší nespokojenost s obrazem těla než u žen podstupujících okamžitou rekonstrukci prsu. Doba provedení rekonstrukce se tedy ukázala jako důležitý prediktor emocionální pohody (Teo, et al., 2016, s. 1110-1111).

2.4.2 Sexualita a partnerství žen s karcinomem prsu

Sexualita je psychosociální konstrukt, který zahrnuje biologické, kulturní, vztahové a subjektivní aspekty. Léčba nádorového onemocnění prsu, zahrnující chirurgickou operaci, chemoterapii, radioterapii a hormonální terapii jsou agresivní a invazivní terapeutické opatření, které ovlivňují celkový život žen a mají i významný vliv na jejich sexuální funkce (Vieira, et al., 2014, s. 409). Odhaduje se, že kolem 50-70 % žen s karcinomem prsu má problém s vnímáním své sexuality. Nejčastějším důvodem těchto problémů je léčba a její vedlejší účinky, které způsobují fyzické a menopauzální příznaky, změny vzhledu těla, narušení sociálních vztahů a psychický stres (Tucker, et al., 2016, s. 27). Literatura často zvyrazňuje souvislosti mezi obrazem těla, vztahem s partnerem a obavou ze sexuálního života u žen s karcinomem prsu (Vieira, et al., 2014, s. 409). Předchozí výzkumy ukázaly význam partnerského vztahu jako prediktor sexuálního zdraví žen s karcinomem prsu. Mezi problémy vnímání sexuality patří snížený zájem o sex, pokleslá sexuální touha, dyspareunie, potíže s dosažením orgasmu a nižší úroveň sexuálního uspokojení v porovnání s jejich

retrospektivními záznamy před onemocněním. Ve všech věkových kategoriích jsou zaznamenány tyto obtíže, přestože sexuální problémy se v průběhu vývoje nemoci snižují a postupně se vrací i sexuální aktivita jako před onemocněním. Sexuální dysfunkce je obzvláště prominentní u mladých žen, které jsou více citlivé na změny vzhledu vlastního těla po mastektomii, po léčbě chemoterapií a radioterapií či při změnách ve fungování vaječnicků. Tento problém má vliv na psychosociální stránku ženy, což se projevuje její úzkostí, depresí a nižší kvalitou života. U žen s konzervativní léčbou prsu je zaznamenán nižší dopad na jejich sexuální zdraví, menší obavy o sexuální přitažlivost než je tomu u žen po mastektomii. Rekonstrukce prsu může často zlepšit sexuální život žen, obraz vlastního těla a sebeúctu k vlastnímu tělu (Aerts, et al., 2014, s. 630, Ben Charif, et al., 2015, s. 2).

Studie z roku 2013 poukazuje na sexuální aktivitu mladých žen s časným záchytem karcinomu prsu jeden rok po lumpektomii. U těchto žen byla prokázána vysoká prevalence a složitost sexuálních problémů, zahrnující poruchu vlhkosti pochvy, nedostatek touhy a vzrušení. Autoři tohoto výzkumu dále zjistili, že výskyt sexuálních problémů a špatná kvalita života se téměř rovná nebo je vyšší u žen, které podstoupily mastektomii. Badatelé naznačili, že rozsáhlejší operační výkon vede k zhoršení sexuálních funkcí, i když 7 z 11 dalších výzkumů nepoukazuje na tyto rozdíly. Jejich autoři jsou totiž přesvědčeni, že lumpektomie má pozitivní vliv na obraz těla, ale ne na sexuální fungování (Safarinejad, Shafiei, Safarinejad, 2013, s. 1246-1247).

Studie autora Fanga z roku 2015 se zabývala různými typy partnerského vztahu mezi obrazem těla a sexualitou. Výsledky podporují hypotézu, v níž ženy s horším obrazem těla mají více negativního úsilí pro partnerské zvládnání zátěže, které se projevuje především sebeobviňováním, a to následně vede k zhoršenému sexuálnímu vztahu. Předchozí studie dále prokázaly, že vnímání sebe sama je spojené s neschopností či těžkostí porozumění pocitů druhého partnera. Výsledky také odhalily, že pozitivní přístup v partnerském soužití nesouvisí s obrazem těla, ale s partnerským a sexuálním vztahem. Je však jasné, že ženy s problémy vnímání vlastního těla se nebudou aktivně projevovat po sexuální stránce. Avšak ženy, které projevují intimní signály a spolupracují se svými partnery, zlepšují svůj sexuální vztah (Fang, et al., 2015, s. 2556-2557).

Aerts ve své studii poukazuje na vliv chirurgické léčby a sexuálního fungování u žen po karcinomu prsu. Po prodělané mastektomii jsou signifikantně významné problémy se sexuální touhou, vzrušením a orgasmem v porovnání se situací před operací. U žen podstupující konzervativní léčbu rakoviny prsu byly zaznamenány malé rozdíly před

a po chirurgické operaci a to ve srovnání s výskytem sexuální dysfunkce u zdravé populace. Dále ve skupině žen s karcinomem prsu léčených konzervativní operací prsu je signifikantní zvýšení celkové pohody jeden rok po léčbě. U žen po mastektomii nebyla v této oblasti zaznamenána žádná velká změna v průběhu roku. Zajímavým zjištěním však bylo, že shoda v partnerských vztazích je výrazně vyšší u žen s karcinomem prsu než u zdravé populace. Může to být způsobeno konfrontací s nádorovou diagnózou a následnou léčbou, která je příčinou zmrzačení partnerky. Toto představuje zvýšený pocit zranitelnosti, který nabádá k přehodnocení důležitosti jiné osoby v životě (Aerts, et al., 2014, s. 632-633). Cílem další studie autora Loaring z roku 2015 bylo vysvětlení, jaké mají ženy s karcinomem prsu a jejich partneři zkušenosti a pochopení v sexuální intimitě a s obrazem těla v případě operace a následné rekonstrukce. Tento výzkum zahrnoval dobu od diagnostiky nemoci až do doby provedení chirurgického zákroku. Páry vyjadřovaly pocity sounáležitosti, ale také studu, strachu z obrazu partnerčina těla a sexuální intimity, a to i přes silné emocionální vztahy. Zde bylo poukázáno na rozdíly mezi diskutujícími páry. U párů, kde muž i žena sdíleli stejné názory, byla zjištěna efektivnější a lepší vzájemná komunikace, kdežto u dvojic s odlišnými názory došlo ke zhoršení vzájemné komunikace (Loaring, et al., 2015, s. 433-434). Výzkum autorů Kocan a Gursoy z roku 2016 se zabýval sociální oblastí žen s karcinomem prsu. Studie potvrzuje, že ztráta prsu ovlivňuje vztah žen s jejich partnery. Jedná se především o obavy v oblasti sexuálního života z důvodu změny vzhledu jejich těla. Studie ukázala, že ženy po mastektomii chtějí být silnější pro své děti, partnera i okolí. Často se snaží změnu svého vzhledu kompenzovat nošením prsních protéz, nebo se raději vyhýbají různým sociálním situacím. Tyto ženy proto potřebují lékařskou, ale také sociální a psychologickou podporu v průběhu léčby i po jejím ukončení. Během tohoto procesu by všeobecné sestry měly poskytovat dostatek informací a odbornou pomoc při zvládnání zátěžových situací (Kocan, Gursoy, 2016, s. 148–149). Autor Vieira ve své studii zjistil, že zkušenosti žen v oblasti sexuality se nemusí zhoršit vlivem léčby karcinomu prsu či jejich nežádoucích účinků. Je však důležité, aby péče poskytovaná zdravotními profesionály brala v ohledu kulturní, vztahové a subjektivní aspekty jednotlivců v rámci sexuální oblasti. Z tohoto důvodu rozhovor s ženami s karcinomem prsu by se měl stát normální součástí práce sester s cílem poskytnout lepší onkologickou péči (Viera, et al., 2014, s. 413).

Následující studie autora Duggleby z roku 2015 zkoumá kvalitu života partnerů žen s karcinomem prsu. Výsledky bádání poukazují na zvýšenou kvalitu u mužů, kteří dávají svým nemocným partnerkám naději a snižují pocit viny. Naopak nižší kvalita byla

zaznamenána u mužské populace, která se minimálně zapojovala do poskytování péče a podpory svým partnerkám v období nemoci. Tito muži často poskytovali péči zaměřenou pouze na to, co je nutné udělat, ale již se dále aktivně nezabývali tím, co by se dalo udělat. V této studii signifikantním ukazatelem kvality života mužů je jejich pomoc nemocným partnerkám a sebeúčinnost, dále vnímání viny a také kvalita života žen s karcinomem prsu, na kterých jim záleží (Duggleby, et al., 2015, s. 138-139).

Jiný výzkum autora Ben Charifa z roku 2015 se zabýval spokojeností mladých žen s karcinomem prsu s poskytováním informací o sexualitě a plodnosti. Pouze necelá polovina dotazovaných žen byla spokojená se získanými informacemi ohledně plodnosti a sexuality. Tato kohortní analýza poukazuje, že poskytované informace můžou u žen zmírnit výskyt úzkosti a minimalizovat negativní dopady na intimní vztah, zlepšit a posílit se zdravím související kvalitu života (Ben Charif, et al., 2015, s. 5,9).

2.4.3 Zaměstnání a finanční situace žen s karcinomu prsu

Zaměstnání dává životu smysl, poskytuje rozptýlení od nemoci a pozitivně ovlivňuje kvalitu života žen (Paalman, et al., 2016, s. 81). Přesto návrat do zaměstnání je pro ženy po mastektomii často velkým problémem a je způsoben jejich nízkou kvalitou života, špatnou finanční situací, nestabilitou sociálního zázemí s pomalým návratem do běžného života jako před onemocněním (Vidor, et al., 2014, s. 2). Studie poukazují, že 60-93 % přeživších žen po rakovině prsu se vrátí do svého zaměstnání v prvních dvou letech po diagnostice tohoto onemocnění (Paalman, et al., 2016, s. 81). Jiné studie zjistily návrat žen do práce již po deseti měsících od stanovení diagnózy a to mezi 56 % až 91 % (Vidor, et al., 2014, s. 2). Meta-analýza autora de Boer však ukázala, že přeživší ženy po karcinomu prsu mají 1,3 krát vyšší riziko stát se nezaměstnanými oproti běžné populaci, což má výrazný dopad na jejich finanční situaci a tím také na sociální pohodu. Dokonce při časně diagnostice tohoto onemocnění byla schopnost žen pracovat negativně ovlivněná nejméně ještě 5 let po stanovení diagnózy (Paalman, et al., 2016, s. 81). Kromě faktorů souvisejících s onemocněním a následnou léčbou můžou mít na návrat do zaměstnání rovněž vliv psychosociální faktory jako je nižší vzdělání, práce na částečný úvazek a velká fyzická a psychická zátěž. Tyto faktory můžou způsobit obtíže při udržení si pracovního místa či návratu do zaměstnání (Vidor, et al., 2014, s. 2).

Sociální podpora v pracovním prostředí je důležitým faktorem, který pozitivně ovlivňuje časný návrat do zaměstnání zejména u žen s dlouhodobou absencí z důvodu karcinomu prsu. Pozitivní a vstřícný přístup ze strany zaměstnavatele může podpořit časný návrat do práce, naopak vnímána diskriminace jej může oddálit. Klíčovým faktorem rozhodujícím o návratu do práce zůstává zcela jistě otázka finanční situace. Delší absence v zaměstnání může být však také spojená se změněným obrazem těla a psychosociálními důsledky karcinomu prsu. Pozitivní či negativní přístup ke svému zaměstnání mohou mít rovněž dopad na samotné vztahy v kolektivu (Banning, Griffiths, 2014, s. 1).

Studie autora Neumarka z roku 2015 se zabývala nově diagnostikovanými ženami s karcinomem prsu a jejich schopností přizpůsobit se pracovním podmínkám, které jsou ovlivněny právě jejich zdravotním stavem. Téměř všechny dotazované shodně uvedly, jaké změny nastaly v jejich pracovním nasazení. Nejčastěji se vztahovaly k pracovní pružnosti, kratší pracovní době, schopnosti měnit pracovní plán či delším přestávkám během dne. Dále také více jak polovina těchto žen zmínila nabídnutou pomoc ve svém zaměstnání. Výzkum také zjistil, že přizpůsobení se těmto ženám na pracovišti má pozitivní vliv na jejich následné pracovní nasazení a rovněž zdravotní stav (Neumark, 2015, s. 948-950).

Holandská studie autora Paalman poukazuje na pozdější pracovní zkušenosti žen po prodělaném karcinomu prsu. U žen byl deset let po stanovení diagnózy této nemoci zaznamenán vyšší výskyt invalidních důchodů. Dále se také vyskytlo zvýšené riziko ztráty zaměstnání, a to nejčastěji 7 let po diagnostice karcinomu prsu. Častější výskyt nezaměstnanosti byl u žen mladších 45 let, kdy hlavním důvodem byla agresivnější léčba karcinomu prsu a vyšší výskyt nežádoucích účinků léčby. Kromě toho ženy obdržely sociální dávky v nezaměstnanosti nejčastěji 5 let po zjištění tohoto nádorového onemocnění (Paalman, et al., 2016, 85-86).

Studie autora Lindbohm z roku 2014 zkoumala vztah mezi odchodem do invalidního důchodu a jinými důvody nezaměstnanosti u žen v produktivním věku, které byly zaměstnány v době diagnostiky nádorového onemocnění. Jedny s příčin předčasného odchodu do důchodu těchto žen byly často jejich nízká úroveň vzdělání, vykonávání manuálních prací či komorbidita. V dalších studiích našli spojitost mezi chemoterapií či endokrinní terapií a předčasným odchodem do důchodu. Dle výsledku těchto výzkumů je nízká podpora spolupracovníků žen, kterým byla stanovena diagnóza rakoviny prsu, příčinou předčasného odchodu do důchodu. Dalšími důvody byla chronická bolest, deprese, úzkost a únava. Tyto symptomy byly pak důsledkem nezaměstnanosti či se staly jejich hlavní příčinou. Výzkum se

zabýval i kvalitou života zaměstnaných žen po nádorovém onemocnění prsu. Není překvapením, že přeživší po karcinomu prsu, které odešly předčasně do důchodu, měly nižší fyzickou i duševní kvalitu života, než ženy, které dále pracovaly (Lindbohm et al., 2014, s. 639-640)

2.4.4 Přátele, známí a sociální začlenění žen po mastektomii

Sociální podpora je obvykle chápána jako individuálně poskytnutá pomoc lidem, kteří jsou ve stresové či těžké životní situaci. Osoba přijímá pomoc nejčastěji od členů rodiny a důležitých lidí v jejím životě, a to zejména ve chvílích, kdy není schopná si pomoci sama či se cítí bezradně. V některých záznamech se také uvádí, že sociální podpora ovlivňuje psychické a emocionální zdraví tím, že naplňuje základní sociální potřeby jedince, jako jsou láska, soucit a pocit člověka náležet do nějaké skupiny. Je to tedy významnou pomocí právě pro osoby v těžké životní situaci (Solyar, Genc, 2016, s. 57). Podpůrné skupiny jsou více či méně jakési formy této sociální podpory, které poskytují jejím členům šanci na snížení jejich stresu, který souvisí s onemocněním, v našem případě s karcinodem prsu. Mohou zmírnit jednak osamělost žen, ale také si můžou právě samotné ženy vyměnit zkušenosti s různými stádii této nemoci. Předávají tak své pocity a myšlenky dalším ženám s tímto onemocněním, které snáze pochopí jejich obavy a problémy. V rámci těchto skupin můžou ženy využívat kognitivní, behaviorální a podpůrné psychoterapie. Zde je jim nabídnuta pomoc, pochopení a edukace o jejich nádorovém onemocnění, následné léčbě, dietách, celkovém zdraví a podpora zvládnout tuto těžkou životní situaci (Cozaru, et al., 2014, s. 11). Navazování přátelství, mentoring, sociální programy, sociální podpora ve skupinách a expresivní skupiny jsou intervence využívané v podpůrných skupinách pro snížení pocitu osamělosti a sociální izolace. Provedené studie již zjistily, že sociální podpora má významný vliv na zvýšení životní spokojenosti a kvality života u gynekologických nádorů a karcinomu prostaty (Tabrizi, et al., 2016, s. 1057).

Autoři Solyar a Genc ve své studii z roku u 2016 poukazují na vnímání sociální podpory u žen s karcinodem prsu. Bylo zjištěno, že významnou sítí sociální podpory tvoří kromě zdravotnického personálu také jednotlivci pečující o nemocné. Výsledky dále poukazují na důležitý význam rodinné podpory, která je vyšší v porovnání s ostatními podpůrnými skupinami. Rodina ženám totiž poskytuje pomoc při hospitalizaci, domácích pracích, dohledu nad dětmi či také v době, kdy se žena nemůže z jakéhokoliv dalšího důvodu

věnovat své rodině. Také dle jiných studií se právě rodina umístila na prvním místě jako hlavní zdroj sociální opory (Soylar, Genc, 2016, s. 60-61).

V dalším výzkumu autor Cozura prováděl rozhovory se ženami, které využívaly podpůrné skupiny více než jeden rok. V těchto skupinách se ženy lépe vypořádaly s negativními citovými stavy způsobenými diagnózou, posílily svou víru v uzdravení a vztahy se svou rodinou a přáteli. Ženy ve svých odpovědích také zmínily získání nových informací o karcinomu prsu, ale hlavním sdělením těchto žen bylo nalezení sociální podpory, navázání pravého přátelství s ostatními ženami, setkání se s lidmi ve stejné životní situaci. Ženy zde rozvinuly novou schopnost komunikace a získaly pochopení od ostatních. Tato studie našla rovněž signifikantní zlepšení v oblasti deprese a úzkosti. Výsledky dále poukazují na nárůst pozitivního vnímání u žen s karcinomem prsu, jejich psychosociální adaptaci a lepší schopnost zvládnout nádorové onemocnění (Cozaru, et al., 2014, s. 11, 14)

Randomizovaná klinická studie z roku 2016 autora Tabrizi zkoumala účinky podpůrných expresivních diskusních skupin v tématech, jako jsou osamělost, naděje a lepší kvalita života žen po prodělané mastektomii. Studie naznačuje, že u těchto žen pravidelná účast na sezeních vedla ke snížení pocitu osamělosti, překonání sociální izolace, posílení naděje a zvýšení celkové kvality života v porovnání s ženami, které obdržely pouze jednoduché brožury o sebepěči. Karcinom prsu je pro ženy velkým stigmatem, proto se snaží skrývat svou situaci a zároveň hledají důvěryhodnou osobu, se kterou můžou otevřeně mluvit o svých vnitřních pocitech, vyjádřit své emoce, obavy a dokonce mluvit o tématech, které jsou tabu v jejich kultuře. Aktuální studie zjistila, že ženy našly právě v podpůrných skupinách možnost diskutovat o jejich potřebách, manželství, podpoře v rodině, pracovním vztahu, ztrátě prsu či vlasů, obměnách v každodenním životě či ve vnímání sebe sama. Ženy patřící do těchto skupin byly poté schopny popsat své nové zkušenosti, sundat šátek či dokonce ukázat jizvu po prodělané mastektomii. Skupina vytvořila přátelskou atmosféru a v ní se ženy společně učily zvládat a vypořádat se svou diagnózou a problémy. Zlepšily se také jejich komunikační dovednosti, vznikla nová přátelství, zlepšil se celkový pocit pohody a hlavně si tyto ženy uvědomily, že jejich problémy nejsou ojedinělé (Tabrizi, et al., 2016, s. 1059-1062). Výsledky předchozí studie můžeme porovnat s analýzou autora Björneklett, který zkoumal efekt podpůrných intervencí u žen s karcinomem prsu. Mezi intervence byla zařazena edukace o onemocnění, léčbě, rizikových faktorech, vlivu nemoci na psychiku a copingové strategie pro zvládání nemoci. Dále účastníci výzkumu měli možnost využít sportovní aktivity jako cvičení, relaxace, qigong, arterapie či taneční terapie. Účinek jednotlivých intervencí vedl

ke zlepšení kognitivních funkcí, obrazu těla a vyhlídek do budoucna. Dále měly pozitivní vliv na snížení úrovně fyzické, mentální a totální únavy (Björneklett, 2013, s. 348, 352)

2.5 Kvalita života žen po rekonstrukci prsu

Rekonstrukce prsu je doporučovaná jako možnost vhodná pro všechny ženy, které podstoupily mastektomii. Roční incidence se zvýšila na 21 % ze 17 000 žen. Rozhodnutí o provedení rekonstrukce prsu může být komplikováno adjuvantní chemoterapií a postmastektomální radioterapií (Winters, et al., 2014, s. 371-372).

Úkolem rekonstrukce prsu je obnova tvaru poprsí a zvýšení spokojenosti v oblasti vnímání vlastního těla přemístěním tkáňového expandéru či užitím silikonového implantátu a to tak aby zajistila symetrii s druhým prsem (Paredes, et al., 2013, s. 102-103). Výběr postupu záleží na stavbě těla, přání a představě ženy, ale také na rizikových faktorech. Ty zahrnují především kouření, diabetes mellitus, obezitu, předchozí operace, radioterapii, trombózy, kardiovaskulární onemocnění a další. Dále zde patří eventuální postmastektomická radioterapie a celková schopnost zvládnutí operace. Dle záznamů z USA je okamžitá autologní rekonstrukce prsu prováděná ve 14 % případů po předchozím odstranění prsu (Gerber, et al., 2016, s. 594-595). Autologní rekonstrukce využívá nejčastěji břišního laloku, kdežto v případě aloplastické operace jde o silikonovou náhradu. V České republice rekonstrukce prsu spadá výhradně do kompetencí plastických chirurgů a naprostá většina se neprovádí ihned po mastektomii, ale až s odstupem času (Coufal, et al., 2014, s. 354). A to přestože studie naznačují, že okamžitá rekonstrukce prsu po mastektomii obnovuje pozitivní obraz těla, zlepšuje vitalitu, ženskost, sexualitu a má pozitivní vliv na psychickou pohodu a kvalitu života, a to především u mladých žen. Kromě toho při rekonstrukci prsu nedochází ke zvýšení rizika lokální recidivy ani oddálení adjuvantní terapie (Zhang, et al., 2016, s. 2). O rekonstrukci prsu je dále známo, že poskytuje psychologické, sociální, emocionální a funkční zlepšení u žen. Jde především o zlepšení duševního zdraví, sebevědomí, sexuality a obrazu těla. Samotná volba rekonstrukce prsu pak zahrnuje výběr typu dané rekonstrukce a také čas provedení této plastické operace (Gardikiotis, et al., 2016, s. 94).

Autor Chang ve své studii popisuje trendy v rekonstrukci prsu v posledních dvanácti letech. Nalezli zde odchylky mezi autologní rekonstrukcí prsu a implantátem tkáňového expandéru. V časném stádiu nemoci podstoupilo 57 % žen s mastektomii rekonstrukci

s využitím dolního epigastrického perforátoru (dále „perforátor flaps“), která však v pozdějších stádiích byla využívána pouze u 14 % žen. Při využití implantátu tkáňového expandéru pak dochází k zvýšení z 37 % v raném stádiu na 80 % v pozdějších stádiích. Mnohé studie popisují důvody snížené ochoty chirurgů i samotných žen v provádění autologní rekonstrukce. Mezi ně patří např. celkové náklady, délka operace, vyšší technické požadavky na nemocnice a následná délka zotavení žen (Chang, et al., 2016, s. 10).

V další studii Metcalfe se zabýval psychosociálním fungováním žen s karcinomem prsu. V ní srovnávali ženy, které prodělaly pouze mastektomii, s ženami, kterým byla později provedena rekonstrukce prsu. Bylo zjištěno, že psychosociální fungování žen se zlepšilo v průběhu času po samotné mastektomii a není tak ovlivněno samostatnou možností volby rekonstrukce prsu. Ačkoli nebyla pro tuto studii důležitá doba od diagnostikování karcinomu prsu, přesto se prokázalo, že po více než šesti letech od mastektomie byla zaznamenána zlepšená kvalita života. V této studii přitom nebyly popsány žádné rozdíly v kvalitě života a obrazu těla první rok po provedení mastektomie či okamžité rekonstrukci prsu. Z většiny obecných výzkumů totiž vyplývá, že kvalita života žen po různých operacích je ovlivněná především jejich věkem, expozici adjuvantní terapie a také následnými zdravotními problémy více než samostatným typem operace. Zajímavostí také je vyšší výskyt psychické nouze u žen s pozdější rekonstrukcí prsu v době diagnostiky onemocnění či jeden rok po diagnostice zhoubného nádoru (Metcalfe, et al., 2015, s. 260-262).

Meta-analýza autora Yang roku 2015 poukazuje na zvyšující se rozdíl mezi ženami po mastektomii v porovnání s konzervativní chirurgickou léčbou karcinomu prsu. Vyplývá to z faktu, že ženy jsou dnes lépe poučeny o kontrole lokálních recidiv, a proto častěji volí tuto možnost. Dále autoři meta-analýzy, zkoumali efekt bezprostřední rekonstrukce prsu na další zdravotní prognózu žen. Jejich výsledky naznačují, že nejsou žádné významné rozdíly v celkové návratnosti nemoci, DFS¹ či OS² žen, které podstoupily okamžitou rekonstrukci prsu po mastektomii a těmi, u kterých byla provedena pouze samotná mastektomie. Tyto výsledky lze rovněž srovnat s další meta-analýzou autorů Zhan, et al., která také poukazuje na nepřítomnost signifikantního rozdílu mezi ženami s okamžitou rekonstrukcí prsu po mastektomii a samostatnou mastektomii. Navíc bylo zjištěno, že u žen po okamžité

¹ Dále „disease free survival“, čili doba po primární léčbě karcinomu, kdy pacient přežije bez jakékoli další známky či příznaku nemoci. Poukazuje na dobré fungování nové léčby.

² Dále „overall survival“, čili doba od diagnózy či zahájení léčby nemoci. Ukazuje, že je pacient naživu a zajímá se o průběh a fungování léčby.

rekonstrukci prsu je zvýšené riziko infekce v místě chirurgického výkonu (Yang, et al., 2015, s. 10-12, Zhang, et al., 2016, s. 6).

Gerber ve své studii se zabýval spokojeností žen po rekonstrukci prsu metodami autologní transplantace a implantováním prsu. Po roce byly výsledky zcela srovnatelné. Po dvou letech pak poukazuje na vyšší spokojenost po autologní rekonstrukci s využitím transplantátu z oblasti břicha. Průzkumy plastických chirurgů v USA dále zveřejnily, že přibližně 80 % ze všech rekonstrukcí prsu byly provedené okamžitě po mastektomii. V případě postmastektomické radioterapie byla pak v 80 % doporučována odložená rekonstrukce. Existuje ještě jeden typ a to odložená-okamžitá rekonstrukce prsu, kdy zástupná protéza je vložena do prsu po mastektomii a tím šetří kůži ženy. A poté když není indikována radioterapie, zástupní protéza je vyměněna za finální. V případě indikace radioterapie je implantát vyměněn až po léčbě (Gerber, et al., 2015, s. 595-596).

2.6 Shrnutí teoretických poznatků

Prsa pro každou ženu jsou symbolem ženství a mateřství, a proto jejich ztráta či operační zásah spojen s narušením tvaru či přítomností jizvy na prsou mohou vést k negativním emocím, jako jsou šok, hrůza a smutek, k psychickým problémům, snížené sebeúctě, ale především k narušení jejich fyzického „já“ (Pytka, Spych, 2012, s. 43; Stadnicka, et al., 2014, s. 9; Freysteinson, et al., 2015, s. 256-257; Kocan, Gursoy, 2016, s. 145). Karcinom prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen se zvyšující se incidencí na celém světě (Bébarová, et al., 2015, s. 25; Zycinska, et al., 2014, s. 1803; Musarazezaie, Zargam-Boroujeni, 2015, s. 287; Safarinejad, et al., 2013, s. 1242). Jednou z možností léčby je provedení mastektomie, která však pro ženy s karcinomem prsu je velkou zátěží a ve většině případů vede ke snížení jejich celkové kvality života. Největší změny kvality života po mastektomii jsou zaznamenány v oblasti sexuality, obrazu těla či sociálních funkcí (Fonseca, et al., 2016, s. 296; Nowicki, et al., 2015, s. 178-180; Akca, et al., 2014, s. 226-227; Arndt, et al., 2008, s. 1315-1316; Chow, et al., 2016, s. 2195-2197). V současné době se již častěji provádí konzervativní terapie prsu, která poukazuje nejen na lepší pooperační výsledky, ale i zlepšení v jednotlivých oblastech kvality života. Největší změny jsou viditelné v oblastech obrazu vlastního těla, fyzického a emocionálního zdraví, sociálních funkcí či sexuálního života (Johns, Dixon, 2016, s. 4, 12.; Eichler, et al., 2013, s. 731; Kao, et al., 2015, s.1; Nowicki et al., 2015, 178-180; Arndt, et al., 2008, s. 1315-1316; Akca, et al., 2014 s. 226-227).

Velký zásah na ženském těle ovlivňuje nejen psychický stav ženy, její chování, hodnoty, ale především způsobuje negativní obraz vlastního těla (Heidari, Shabhazi, Ghodusi, 2015, s. 174). Nejčastěji se projevuje nechotou podívat se na své tělo v zrcadle (Freysteinson, et al., 2015, s. 256-257), nespokojeností se svým tělesným vzhledem, ztrátou atraktivnosti, poklesem sebevědomí (Kocan, Gursoy, 2016, s. 145) či narušenou komunikací se svými partnery (Rowland, Metcalfe, 2014, s. 963–964). Svě tělo ženy hodnotí jako divné, ošklivé a neúplné a sebe samy považují za deformované, nepravidelné a neproporcionální. Díky tomu jsou schopny celkově změnit svůj styl oblékání či nosit prsní protézy (Kocan, Gursoy, 2016, s. 148–149). Literatura často spojuje obraz těla, vztah s partnerem a sexuální život žen s karcinomem prsu (Vieira, et al., 2014, s. 409). V oblasti sexuality se odhaduje výskyt sexuálních problémů u 50-70 % žen s karcinomem prsu. Nejčastěji se projevují nedostatkem sexuální touhy, vzrušení a dosažení orgasmu. Jejich výskyt je výraznější u mladší populace

nemocných žen s karcinomem prsu. Problémy v oblasti sexuality můžou být pak podnětem pro zhoršení partnerského vztahu a dále i stimulem k výskytu úzkosti či deprese (Aerts, et al., 2014, s. 632-633; Tucker, et al., 2016, s. 27; Safarinejad, Shafiei, Safarinejad, 2013, s. 1246-1247; Ben Charif, et al., 2015, s. 2).

Karcinom prsu a mastektomie jsou jedny ze spouštěčů psychické či psychologické tísně a tím ovlivňuje i celkovou kvalitu života (Segrin, Badger, 2013, s. 716). Deprese u pacientek se nevyskytuje jen v období nemoci, ale může přetrvávat ještě i pět let po diagnostice tohoto onemocnění. Nejvyšší jeho výskyt je však zaznamenán v průběhu prvního roku po stanovení diagnózy (Cohee, et al, 2016, s. 1991-1992; Jones, et al., 2014, s. 627-628; Maass, et al., 2015, s. 106-107; Saboonchi, et al., 2014, s. 601-603).

Sestra, člen multidisciplinárního týmu, má významnou roli v péči o ženy s karcinomem prsu či ženy po provedené mastektomii (Hall-Alson, 2015, E98; Coleman, 2013, s. 311-314). V rámci svých kompetencí plní důležitou roli edukátora v oblastech předoperační i pooperační péče, životního stylu či možnosti využití podpůrných skupin. Dále zajišťuje především koordinaci léčebné péče, vedení self-managementu ženy a psychickou podporu v jejich těžké životní situaci (Luck, et al., 2017, s. 2; Cho, et al., 2012, s. 919-929; Kocan, Gursoy, 2016, s. 148-149). V rámci pooperační péče dbá o zvládání bolesti, snížení výskytu lymfedému a zajištění celkové psychické pohody (Zgaia, et al., 2016, s. 211, 218; Cho, et al., 2012, s. 919-929). Celkově činnost sester, a především jejich podpora, zkvalitňuje péči o ženy po prodělané mastektomii či jiném chirurgickém zákroku na prsu (Luck, et al., 2017, s. 2).

Sociální podpora je poskytována individuálně jednotlivcům v těžké životní situaci v průběhu onemocnění či po jejím vyléčení (Soylar, Genc, 2016, s. 57). Hlavním zdrojem podpory jsou především zdravotničtí profesionálové (Luck, et. al., 2017, s.2; Byaram, et. al., 2014, s. 676; Kocan, Gursoy, 2016, s. 145), ale důležitou složku v jejich životě hrají také partneři či jejich rodina (Soylar, Genc, 2016, s. 57; Segrin, Badger, 2013, s. 721-722; Rowland, Metcalfe, 2014, s. 963–964). V rámci partnerského soužití bylo zjištěno, že muži, kteří se aktivně zapojují do léčby a podporují své partnerky, zaznamenávají vyšší kvalitu svého života v porovnání s muži, kteří se aktivně nezapojují (Duggleby, et al., 2015, s. 138-139). Důležitou součástí podpory je jejich vzájemná komunikace (Aerts, et al., 2014, s. 632-633; Loaring, et al., 2015, s. 433-434). Nesmíme opomenout ani spolupracovníky v zaměstnání (Banning, Griffiths, 2014, s. 1; Lindbohm et al., 2014, s. 639-640) a také ženy, které si tímto onemocněním prošly samy. Podpůrné skupiny jsou formy sociální podpory,

kteřá je nabízená ženám s karcinomem prsu (Cozaru, et al., 2014, s. 11). V rámci návštěv ženy předávají své zkušenosti s nemocí či léčbou, navazují nová přátelství, posilňují vztahy s ostatními

či získávají nové užitečné rady. Využíváním podpůrných skupin dochází ke snížení pocitu osamělosti, zlepšení adaptace na nemoc, schopnosti poradit si v těžké životní situaci, posílnění naděje v uzdravení a zvýšení celkové kvality života (Cozaru, et al. 2014, s. 11, 14; Tabrizi et al., 2016, s. 1057,1059-1062; Björneklett, 2013, s. 348, 352, s. 1057).

Získané informace jsou východiskem pro formulaci teoretických hypotéz:

1. Předpokládáme, že bude rozdílná míra životní spokojenosti v oblasti sexuality mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii.
2. Dále předpokládáme, že bude rozdílná míra životní spokojenosti v oblasti manželství a partnerství mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii.
3. Očekáváme, že bude rozdílná životní spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní mezi skupinami žen, které využívají podpůrné skupiny a těmi, které je nevyužívají.
4. Dále předpokládáme, že existuje vztah mezi životní spokojeností žen po provedené mastektomii a dobou která uplynula od jejího provedení.

3 Metodika výzkumu životní spokojenosti žen po prodělané mastektomii

3.1 Cíle a hypotézy diplomové práce

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo míru zjistit životní spokojenosti žen po prodělané mastektomii a rozdíly v celkové životní spokojenosti a jednotlivých škál mezi ženami po totální a parciální mastektomii. Dalším cílem bylo zjistit vliv podpůrných skupin na životní spokojenost žen.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Srovnat míru životní spokojenosti mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii

H01: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti sexuality mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

HA1: Existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti sexuality mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

H02: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti manželství a partnerský život mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

HA2: Existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti manželství a partnerský život mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

Cíl 2: Srovnat míru životní spokojenosti mezi skupinou žen využívající podpůrné skupiny a bez účasti v podpůrných skupinách.

H03: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní mezi skupinou žen využívající podpůrných skupin a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají.

HA3: Existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní mezi skupinou žen využívající podpůrných skupin a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají.

Cíl 3: Zjistit vliv doby, která uplynula od provedení mastektomie na životní spokojenost žen.

H04: Neexistuje signifikantní vztah mezi celkovou životní spokojeností a dobou, která uplynula od provedení mastektomie.

HA4: Existuje signifikantní vztah mezi celkovou životní spokojeností a dobou, která uplynula od provedení mastektomie.

3.2 Metodika výzkumného šetření a sběru dat

Výzkumné šetření prováděné za účelem zpracování diplomové práce, bylo koncipované formou kvantitativního výzkumu. Pro metodu dotazníkového šetření byl zvolen standardizovaný dotazník: Dotazník životní spokojenosti autorů Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler, který hodnotí životní spokojenost v 10 škálách. Tento dotazník mi byl zapůjčen od vedoucí mé diplomové práce Mgr. Šárky Vévodové Ph.D.

Součástí baterie dotazníků byl informovaný souhlas respondentek a pokyny pro vyplnění dotazníku. V úvodu byly seznámeny s účelem výzkumu, cílem diplomové práce a byly ubezpečeny o anonymitě výzkumu a dobrovolnosti účasti ve výzkumném šetření. Dále následovaly pokyny pro vyplnění dotazníku. Na závěr bylo respondentkám poděkováno za účast ve výzkumu a byl poskytnut kontakt na autora výzkumného šetření v případě možných dotazů. Následně byly zařazeny čtyři otázky vztahující se k jednotlivým cílům diplomové práce týkajících se přítomnosti chronického onemocnění, doby od provedení mastektomie a jeho typu a účast v podpůrných skupinách.

Standardizovaný Dotazník životní spokojenosti je určen k posuzování celkové životní spokojenost v deseti škálách (oblastech). Každá škála dále obsahuje sedm položek, kde respondentky hodnotí svou spokojenost na Likertové škále od 1-7, kdy 1 znamená velmi nespokojen(a) a 7 velmi spokojen(a). Rozpětí výsledků jednotlivých škál se pohybuje v rozmezí od minimální hodnoty 7 do maximální hodnoty 49. Součástí standardizovaného dotazníků byly dále otázky týkající se pohlaví, věku, maximálního dosaženého vzdělání, rodinného stavu, domácnosti a zaměstnání. Celková doba vyplnění se pohybuje kolem 10 minut.

Jednotlivé škály DŽS:

- Zdraví (ZDR): hodnotí spokojenost se svým celkovým zdravotním stavem, duševní i tělesnou kondicí, fyzickou výkonností a obranyschopností proti onemocnění.
- Práce a zaměstnání (PAZ): hodnotí spokojenost se svou pracovní pozicí, úspěchy a možností povýšení v zaměstnání, vidiny do budoucnosti v rámci práce, atmosféru na pracovišti či pestrost, kterou práce přináší.
- Finanční situace (FIN): hodnocení příjmu, množství majetku a životního standardu. Dále se zabývá zajištěním své osoby a rodiny, možnosti výdělků do budoucnosti a spokojenost s finanční situací rodiny.
- Volný čas (VLC): hodnotí spokojenost s délkou a kvalitou svého volného času a dovolené. Dále škála hodnotí množství času pro plnění svých koníčků, své blízké a hodnocení pestrosti trávení volného času.
- Manželství a partnerství (MAN): hodnotí svůj partnerský život, požadavky svého partnera, společné aktivity, otevřenost, pochopení a ochotu pomáhat a také poskytnutí něžnosti a pocitu bezpečí.
- Vztah k vlastním dětem (DET): hodnotí vztah mezi rodičem a dětmi, úspěchy a pokroky svých dětí a radost, kterou jim přinášejí. Dále se zabývá hodnocením společných aktivit, uznáním, které od dětí dostávají a vlivem, který mají na své děti.
- Vlastní osoba (VLO): hodnotí svůj vzhled, charakter, vitalitu, schopnosti a dovednosti. Také se zde hodnotí vztah k ostatním lidem.
- Sexualita (SEX): hodnotí fyzickou atraktivnost, sexuální výkonnost, četnost svých sexuálních kontaktů, sexuální harmonii s partnerem a také jejich sexuální reakce. Dále hodnotí možnost otevřeně mluvit o oblasti sexuality.
- Přátelé, známí a příbuzní (PZP): hodnotí své sociální vztahy s rodinou, příbuznými a sousedy. Dále škála se zabývá hodnocením podpory, která je jim nabízená, společenskou angažovaností a účast ve veřejných a spolkových aktivitách. Hodnotí se zde i spokojenost s četností kontaktů s lidmi.
- Bydlení (BYD): hodnotí bytové podmínky zahrnující velikost, stav a polohu bytu. Dále dostupnost dopravních prostředků, hlukovou zátěž, náklady spojené s bydlením a celkový standard bydlení.
- Celková životní spokojenost – suma (hodnocení zahrnuje součet všech deseti škál).

3.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na pracovištích Onkologického centra v Karvinské hornické nemocnici a.s., Onkologické ambulanci Vítkovické nemocnice a.s. a MAMMACENTRA Olomouc s.r.o.. Dále výzkum probíhal v podpůrných skupinách Klub MARIE Třinec a v Mamma HELP Olomouc. Žádost o umožnění výzkumného šetření byla podána i do Fakultní nemocnice Olomouc, avšak tato žádost byla zamítnuta vedoucí odboru kvality Mgr. Jiřinou Cahlíkovou, MBA z důvodu vysoké organizační a administrativní zátěže na onkologickém pracovišti. Všechny zmíněné pracoviště byly zvoleny pomocí prostého záměrného výběru. Před samostatnou realizací výzkumu byla zaslána žádost Etické komisi Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, která vyslovila souhlasné stanovisko s realizací výzkumu (viz. příloha 1). Následně prostřednictvím e-mailu byly rozeslány žádosti na jednotlivá pracoviště, kdy od všech byl udělen písemný souhlas s výzkumem (viz. příloha 2-6).

Samostatný výzkum pomocí dotazníkového šetření probíhal od prosince 2016 do začátku dubna 2017. Zúčastnily se ho ženy s diagnózou karcinomu prsu léčené totální či parciální mastektomií ambulantně. Po rozhovoru s lékaři jednotlivých pracovišť byly respondentky informovány o možnosti zúčastnit se výzkumu pomocí dotazníkového šetření. V případě vyslovení souhlasu byly ženy odesílány za autorkou diplomové práce či všeobecnou sestrou, kde proběhlo poučení o způsobu vyplnění daného dotazníku. V rámci podpůrných skupin byly osločovány ženy s karcinomem prsu koordinátorkami jednotlivých center, kdy po vyslovení souhlasu byly dotazníky rozdány. Dotazníky byly distribuovány v bílých neprůhledných obálkách a po jejich vyplnění byly následně vloženy do zapečetěných krabic uložených na viditelném místě pro zajištění anonymity respondentek. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, kdy návratnost byla 95 (68 %) dotazníků. Z toho bylo vyřazeno 8 dotazníků pro jeho neúplné vyplnění. Konečné množství vyplněných dotazníků bylo 87 (62 %).

Předvýzkum

Cílem samostatného převýzkumu bylo zjistit srozumitelnost doplňujících otázek při vyplňování dotazníku. Osloveno bylo pět žen s diagnózou karcinomu prsu. Na základě předvýzkumu byla zjištěna srozumitelnost těchto otázek. Následně byly dotazníky rozdány a použity pro výzkumné šetření diplomové práce.

3.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření byly zvoleny respondentky ženského pohlaví. Jednalo se o prostý záměrný výběr.

Kritéria pro zařazení do zkoumaného souboru:

- Věk – 18 let a více
- Diagnóza primárního karcinomu prsu léčeného totální či parciální mastektomií, bez přítomnosti lokálních či systémových metastáz
- Ambulantní léčba
- Nepřítomnost chronického onemocnění
- Souhlas s účastí ve výzkumném šetření daný vyplněním standardizovaného dotazníků.

3.5 Metody statistického zpracování

Ke statistickému zpracování získaných dat byl využit program Microsoft Excel a program STATISTICA. Kolmogorov – Smirnov test poukázal na nenormální rozložení dat, kromě proměnné věk (viz. příloha č. 7). Proto byl využit Mann-Whitney test, pro porovnání dvou různých výběrových souborů a Spearmanův korelační koeficient, který určuje závislost mezi proměnnými. Statistické zpracování bylo konzultováno s paní statističkou RNDr. Evou Reiterovou, Ph.D.

Výsledek výpočtu minimálního vzorku respondentů pro výzkum s Dotazníkem životní spokojenosti poukazuje potřebu zahrnutí do výzkumného šetření minimálně 84 žen (viz. příloha č. 8).

4 Interpretace výsledků výzkumného šetření

4.1 Popis souboru respondentek

Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 87 (100 %) respondentek. Průměrný věk žen byl 55,8 let (medián 56 let). Ze všech respondentek nejnižší věk ženy byl 29 a nejvyšší 79 let.

Průměrná doba po provedení chirurgického zákroku bylo 76,5 měsíců, kdy medián byl 48. Nejkratší doba od provedení mastektomie byla 5 měsíců a nejdelší 363 měsíců, což je přes 30 let. Přehled těchto údajů uvádí tabulka č. 1.

Tabulka 1 Věk žen a doba od uplynutí provedení mastektomie

	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum
Věk (roky)	55,8	56	64	29	79
Mastektomie (měsíce)	76,5	48	48	5	363

4.2 Interpretace výsledků k cíli 1

Cíl 1: Srovnat míru životní spokojenosti mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

Pro interpretaci zjištěných dat výzkumu byly použity sumy jednotlivých škál Dotazníku životní spokojenosti, které se následně sečetly dohromady, a tím byla zjištěna celková životní spokojenost. Tyto skutečnosti jsou uvedeny v tabulce č. 3 a č. 4.

Z celkového počtu respondentek se výzkumu zúčastnilo 35 (40 %) žen po totální mastektomii a 52 (60 %) žen s parciální mastektomií. Průměrná celková životní spokojenost žen po mastektomii byla 359,2, kdy maximum činilo 442 a minimum 157. Tabulka č. 2 poukazuje na rozdíly v celkové hodnotě životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii. Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota CŽS byla vyšší u totální mastektomie,

kdy výsledek je 364,2 oproti parciální mastektomii, kdy průměr byl 355,9. Tento rozdíl není však statisticky významný.

Tabulka 2 Srovnání hodnot celkové životní spokojenosti u žen po totální a parciální mastektomii

	Celková životní spokojenost žen po mastektomii n = 87	Totální mastektomie n = 35	Parciální mastektomie n = 52
Průměr	359,2	364,2	355,9
Minimum	157	214	157
Maximum	442	426	442
Medián	365	365	366,5
Modus	418	395	380

n – počet respondentů

Výsledky výzkumného šetření žen poukazují rozdíly v jednotlivých oblastech životní spokojenosti mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii. Nejviditelnější rozdíly jsou v průměrech jednotlivých oblastí. Nejvýraznějším rozdílem je ve škále děti, kdy průměrná hodnota 40,7 je vyšší pro ženy po totální mastektomii ve srovnání s ženami po parciální mastektomii, kde průměr je 37,6. Průměrné hodnoty žen po totální mastektomii jsou dále vyšší v oblasti zdraví, práce, přátelé a bydlení. Průměry dalších škál jsou přibližně podobné pro skupinu žen po totální i parciální mastektomii a jsou zobrazeny v tabulce č. 3. Tyto výsledky jsou sice viditelné, avšak nejsou statisticky signifikantní.

Pro statistické srovnání dat byl použit Mann-Whitney test. Z výsledků vyplývá, že neexistuje statistický významný rozdíl v jednotlivých oblastech životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii. Výsledky jednotlivých oblastí jsou znázorněny v tabulce č. 4.

Tabulka 3 Srovnání jednotlivých škál dotazníku žen po totální a parciální mastektomii

	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
	Průměr		Minimum		Maximum		Medián		Modus	
ZDR	34,2	32,6	21	7	44	44	35	33	37	29
PAZ	35	33,5	7	14	48	49	35	34	42	28
FIN	33,3	33,5	14	11	43	49	35	36,5	35	42
VLC	37,1	37,3	7	13	46	43	38	40	42	42
MAN	36	36,6	13	14	48	49	35	39	28	28
DET	40,7	37,6	28	15	48	49	42	41	46	28
VLO	35,6	36	11	8	44	47	38	38	41	38
SEX	32,3	31,8	18	7	43	44	32	30	28	28
PZP	39,2	38,2	26	16	45	45	36	40,5	42	42
BYD	40,8	39	22	21	49	49	41	41	42	42

T = totální mastektomie

P = parciální mastektomie

ZDR = Zdraví

PAZ = Práce a zaměstnání

FIN = Finanční situace

VLC = Volný čas

MAN = Manželství a partnerství

DET = Vztah k vlastním dětem

VLO = Vlastní osoba

SEX = Sexualita

PZP = Přátelé, známí a příbuzní

BYD = Bydlení

Poznámka: rozpětí škály u jednotlivých škál 7 - 49.

Tabulka 4 Životní spokojenost žen v jednotlivých oblastech po totální a parciální mastektomii

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (List1 v Kopie - dp - mastektomie) Dle proměn. typ mastektomie Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$				
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.
celkem bydlení	2142,500	1685,500	764,5000	-1,25511	0,209440
celkem přátelé	2227,000	1601,000	849,0000	-0,52368	0,600499
celkem sexualita	2238,500	1589,500	860,5000	-0,42414	0,671464
celkem vlastní osoba	2320,000	1508,000	878,0000	0,27266	0,785113
celkem děti	2182,000	1646,000	804,0000	-0,91320	0,361138
celkem manželství	2308,500	1519,500	889,5000	0,17312	0,862558
celkem volný čas	2336,500	1491,500	861,5000	0,41548	0,677788
celkem finance	2354,000	1474,000	844,0000	0,56696	0,570740
celkem práce	2152,500	1675,500	774,5000	-1,16855	0,242586
celkem zdraví	2201,000	1627,000	823,0000	-0,74874	0,454016

U, Z = vypočítaná textová kritéria M-W U Testu

p-hodn = hladina významnosti testu

n = počet respondentů

Pro porovnání výsledků hodnot celkové životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii byl použit Mann-Whitney test. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v míře celkové životní spokojenosti mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii ($p=0,68$).

Tabulka 5 Celková životní spokojenost žen – typ mastektomie

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (List1 v Kopie - dp - mastektomie) Dle proměn. typ mastektomie Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$				
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.
celkem životní spokojenost	2240,500	1587,500	862,5000	-0,406829	0,684134

U, Z = vypočítaná testová kritéria M-W U Testu

p-hodn = hladina významnosti testu

n = počet respondentů

Ověření hypotézy H1

H01: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti sexuality mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

HA1: Existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti sexuality mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

Mann-Whitney test neprokázal existenci statisticky signifikantního rozdílu ($p=0,671$) v oblasti sexuality mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii. Proto **přijímáme nulovou hypotézu H01.**

Ověření hypotézy H2

H02: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti manželství a partnerský život mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

HA2: Existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti manželství a partnerský život mezi skupinou žen po totální a parciální mastektomii.

Na základě získaných výsledku pomocí Mann-Whitney testu nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl v oblasti manželství a partnerský život mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii ($p=0,862$). V rámci těchto výsledku **přijímáme nulovou hypotézu H02.**

4.3 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2: Srovnat míru životní spokojenosti mezi skupinou žen využívající podpůrné skupiny a bez účasti v podpůrných skupinách.

Z celkového počtu 87 respondentek 42 (48 %) žen využívá podpůrné skupiny a 45 (52 %) žen je nevyužívá. Tabulka č. 6 poukazuje na rozdíly v celkové míře životní spokojenosti žen využívající podpůrné skupiny a skupinou, která je nevyužívá. Jsou viditelné minimální rozdíly v průměrné míře celkové životní spokojenosti. Ženy, které tyto skupiny využívají, mají průměrnou hodnotu 361,7 s minimem 257 a maximem 442. Ženy, které tyto skupiny nevyužívají, mají průměr 357 s minimem 157 a maximem 433. Nejvýraznější rozdíl je v minimální míře celkové životní spokojenosti, kdy vyšší hodnoty byly zjištěny u žen využívajících podpůrné skupiny.

Tabulka 6 Celková míra životní spokojenosti žen, využívajících podpůrné skupiny a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají

	Využívající podpůrné skupiny n = 42	Nevyužívající podpůrné skupiny n = 45
Průměr	361,7	357
Minimum	257	157
Maximum	442	433
Medián	364	370
Modus	418	380

n – počet respondentů

Průměrné hodnoty jednotlivých škál u žen využívajících podpůrné skupiny a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají, jsou znázorněné v tabulce č. 7. Ženy využívající podpůrné skupiny mají vyšší průměrné hodnoty v oblastech zaměstnání, financí, volného času, vlastní osoby, sexuality, přátel a bydlení. Ženy, které nevyužívají podpůrné skupiny, mají vyšší průměrné hodnoty v oblastech děti a manželství. Ostatní škály poukazují na přibližně stejnou průměrnou hodnotu.

Tabulka 7 Srovnání jednotlivých škál životní spokojenosti u skupin žen využívající podpůrné skupiny a skupinou žen, které je nevyužívají

	PS	BP	PS	BP	PS	BP	PS	BP	PS	BP
	Průměr		Minimum		Maximum		Medián		Modus	
ZDR	33,5	33	7	14	44	44	35	33	41	29
PAZ	34,6	33,7	14	7	47	49	35,5	34	42	28
FIN	35,5	33,4	13	11	46	49	35	36	35	42
VLC	37,6	36,8	23	7	49	49	38	41	42	42
MAN	35,5	37,1	24	13	48	49	35,5	39	28	28
DET	38	39,6	16	15	49	49	41,5	41	42	28
VLO	36,3	35,4	13	8	43	47	39	37	40	33
SEX	32,5	31,5	18	7	43	44	33	28	28	28
PZP	39,8	37,4	27	16	45	45	41,5	39	42	42
BYD	40,4	39,2	21	21	49	49	41	41	42	42

SP = podpůrné skupiny

BS = bez podpůrných skupin

ZDR = Zdraví

PAZ = Práce a zaměstnání

FIN = Finanční situace

VLC = Volný čas

MAN = Manželství a partnerství

DET = Vztah k vlastním dětem

VLO = Vlastní osoba

SEX = Sexualita

PZP = Přátelé, známí a příbuzní

BYD = Bydlení

Poznámka: rozpětí škály u jednotlivých škál 7 - 49.

Tabulka č. 8 znázorňuje jednotlivé škály životní spokojenosti. Pro statistické srovnání dat byl použit Mann-Whitney test. Výsledky poukazují na přítomnost signifikantního rozdílu ve škále přátelé. Vyšší hodnoty byly zjištěny u žen využívajících podpůrné skupiny. Hodnota

signifikance v oblasti přátelé, známi a příbuzní $p=0,146$ ($p<0,05$). V ostatních oblastech životní spokojenosti nebyl nalezen žádný signifikační rozdíl.

Tabulka 8 Životní spokojenost žen v jednotlivých škálách – podpůrné skupiny

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (List1 v Kopie - dp - mastektomie) Dle proměn. podpůrné skupiny Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$				
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.
celkem bydlení	1923,500	1904,500	869,5000	0,63706	0,524087
celkem přátelé	2136,000	1692,000	657,0000	2,44206	0,014604
celkem sexualita	1927,000	1901,000	866,0000	0,66679	0,504908
celkem vlastní osoba	1915,000	1913,000	878,0000	0,56486	0,572170
celkem děti	1771,000	2057,000	868,0000	-0,64980	0,515822
celkem manželství	1714,500	2113,500	811,5000	-1,12972	0,258596
celkem volný čas	1805,500	2022,500	902,5000	-0,35675	0,721277
celkem finance	1837,500	1990,500	934,5000	-0,08494	0,932308
celkem práce	1922,500	1905,500	870,5000	0,62856	0,529634
celkem zdraví	1916,500	1911,500	876,5000	0,57760	0,563535

U, Z – vypočítaná testová kritéria M-W U Testu

p-hodn. = hladina významnosti testu

Pro porovnání výsledků míry celkové životní spokojenosti u žen využívající podpůrné skupiny a ženami, které tyto skupiny nevyužívají, byl použit Mann-Whitney test. Tabulka č. 9 poukazuje na neexistenci signifikantního rozdílu v míře celkové životní spokojenosti mezi těmito skupinami žen ($p=0,82$).

Tabulka 9 Celková životní spokojenost žen – podpůrné skupiny

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (List1 v Kopie - dp - mas) Dle proměn. podpůrné skupiny Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$				
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.
celkem životní spokojenost	1875,500	1952,500	917,5000	0,229341	0,818604

U, Z = vypočítaná testová kritéria M-W U Testu

p-hodn. = hladina významnosti testu

Ověření hypotézy H3

H03: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti přátelé, známi, příbuzní mezi skupinou žen využívající podpůrných skupin a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají.

HA3: Existuje signifikantní rozdíl v míře životní spokojenost v oblasti přátelé, známi, příbuzní mezi skupinou žen využívající podpůrných skupin a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají.

Pro srovnání míry životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní mezi skupinou žen využívající podpůrné skupiny a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají, byl použit Mann-Whitney test. Výsledky testu poukazují na přítomnost signifikantního rozdílu v této oblasti mezi skupinami žen ($p=0,014$). Potvrdil se tedy předpoklad, že ženy využívající podpůrné skupiny mají lepší míru životní spokojenosti v oblasti přátel, známí příbuzní v porovnání s ženami, které tyto skupiny nevyužívají. **Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu HA3.**

4.4 Interpretace výsledků k cíli 3

Cíl 3: Zjistit vliv doby, která uplynula od provedení mastektomie na životní spokojenost žen.

Pro statistické vyhodnocení byl proveden Spearmanův korelační koeficient. Tabulka č. 10 znázorňuje korelace celkové míry životní spokojenosti a dobou, která uplynula od provedení mastektomie. Hodnota korelace $p=0,170$, ($p<0,05$). Tabulka č. 11 poukazuje korelaci doby, která uplynula od mastektomie a jednotlivých škál životní spokojenosti. Nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi žádnou ze sledovaných oblastí a dobou, která uplynula od mastektomie.

Tabulka 10 Korelace celkové životní spokojenosti žen a doby, která uplynula od provedení mastektomie

		celkem životní spokojenost	doba od mastektomie (měsíce)
Spearman's rho	celkem životní spokojenost	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,170
		N	87
	doba od mastektomie (měsíce)	Correlation Coefficient	,170
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	87

N – počet respondentek

Sig. (2-tailed) – statisticky signifikantní korelace

Tabulka 11 Korelace doby, která uplynula od provedení mastektomie a jednotlivých oblastí životní spokojenosti

		celkem bydlení	celkem životní spokojenost	doba od mastektomie (měsíce)
Spearman's rho	celkem zdraví	,432**	,582**	,068
	celkem práce	,402**	,707**	,146
	celkem finance	,568**	,752**	,123
	celkem volný čas	,386**	,662**	,148
	celkem manželství	,409**	,593**	,039
	celkem děti	,248*	,515**	,145
	celkem vlastní osoba	,636**	,730**	,125
	celkem sexualita	,294**	,571**	,037
	celkem přátelé	,552**	,668**	,208
	celkem bydlení	1,000	,694**	,152
	celkem životní spokojenost	,694**	1,000	,170
	doba od mastektomie (měsíce)	,152	,170	1,000

Ověření hypotézy H4

H04: Neexistuje signifikantní vztah mezi celkovou životní spokojeností a dobou, která uplynula od provedení mastektomie.

HA4: Neexistuje signifikantní vztah mezi celkovou životní spokojeností a dobou, která uplynula od provedení mastektomie.

Spearmanův korelační koeficient neprokázal statisticky významné korelace mezi celkovou životní spokojenost a dobou, která uplynula od mastektomie ($r=0,170$, $p<0,05$).

Přijímáme proto nulovou hypotézu H04.

Pro statistické srovnání životní spokojenosti žen do 60 měsíců a nad 61 měsíců od uplynutí mastektomie byl použit Mann-Whitney test. Výsledné $p=0,131$. Neexistuje signifikantní rozdíl v životní spokojenosti žen do 5 let a nad 5 let od provedení mastektomie.

Tabulka 12 Srovnání celkové životní spokojenosti žen do 60 měsíce a nad 61 měsíců od uplynutí mastektomie

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of celkem životní spokojenost is the same across categories of doba od mastektomie (měsíce) (Binned).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,131	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

5 DISKUSE

Diplomová práce se věnovala nejčastějšímu nádorovému onemocnění ženské populace karcinomu prsu a souvislosti chirurgické léčby a jejího vlivu na životní spokojenost žen. Cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv má totální a parciální mastektomie na jednotlivé oblasti životní spokojenosti a jaký vliv má využívání podpůrných skupin pro ženy s karcinomem prsu na jejich životní spokojenost. Pro výzkum byl využit standardizovaný dotazník DŽS od autorů Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler.

Výsledky výzkumů již potvrdily vliv operační léčby karcinomu prsu na kvalitu života žen. Provedení mastektomie má dopad na různé oblasti života. Nejčastěji však ovlivňuje psychickou a emocionální stránku ženy, obraz jejího těla, sebevědomí a oblast sexuality. Problémy v sexualitě jsou spojovány s negativním obrazem vlastního těla či narušením partnerského či manželského života (Fang, et al., 2015, s. 2556-2557; Loaring, et al., 2015, s. 433-434; Kocan, Gursoy, 2016, s. 148-149; Anderková, et al., 2016, s. 120, Stadnicka, et al., 2014, s. 9-10; Pytka, Spych, 2012, s. 43; Heidari, Shabhazi, Ghodusi, 2015, s. 174). Další studie se zabývaly hodnocením rozdílu v kvalitě života mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii. Největší odchylky se vyskytly právě v oblasti psychických funkcí a duševního zdraví, zhoršeného obrazu těla a sociálních funkcí u žen po mastektomii. Kromě těchto oblastí byl zaznamenán i vyšší výskyt pooperačních komplikací (Eichler, et al., 2013, s. 731; Kao, et al., 2015, s. 1; Nowicki, et al., 2015, s. 178-180, Chow, et al., 2016, s. 2195-2197; Sun, et al., 2014, s. 24-27; Akca, et al., 2014, s. 226-227; Howes, et al., 2016, s. 1189-1190; Jones, et al., 2014, 627-628). Výsledky těchto výzkumů se neshodují s výsledky vlastního výzkumného šetření. Průměrná hodnota životní spokojenosti žen po mastektomii činila 359,2 bodů, kdy maximální skóre dotazníku dosahuje 490 bodů. Při výzkumném šetření nebyly prokázány signifikantní rozdíly v celkové životní spokojenosti v žádné škále mezi skupinami žen s různým typem mastektomie. Průměrné hodnoty poukazují na obdobnou životní spokojenost u žen po totální a parciální mastektomii. Tento výsledek však může být ovlivněn samostatným onemocněním či jeho léčbou. Do našeho výzkumu byly zahrnuty pouze ženy s primárním karcinomem prsu bez přítomnosti lokálních či systémových metastáz, a proto výsledky nemusí prokázat signifikantní rozdíly. Důkazem toho je studie autora Ahmeda et al, (2017, s. 51,55) který zjistil, že přítomnost mnohočetných karcinomů, metastáz a výskyt hořečnatých stavů u nádorového onemocnění prsu je prediktorem nižší kvality života v mnoha doménách. V případě možnosti porovnání

výsledku zdravé populace se skupinou žen s karcinomem prsu by jistě byly nalezeny signifikantní rozdíly v určitých doménách. Na tuto skutečnost poukazuje česká studie autorky Anderkové, která porovnávala zdravou populaci žen s ženami s karcinomem prsu. Ve svém bádání využila dotazník DŽS. Studie našla signifikantní rozdíly ve škálách zdraví, zaměstnání, finanční situace, děti, bydlení a celkové životní spokojenosti (Anderková, et al., 2016, s. 120). Kvalita života žen po mastektomii či konzervativní terapii prsu může být ovlivněná i dobou, která uplynula od jejího provedení. Výsledky našeho výzkumného šetření tento fakt nepotvrzují, avšak tuto skutečnost můžeme porovnat s několika zahraničními studii. Analýza poukazuje, že bez ohledu na typ chirurgické operace prsu životní role a perspektiva do budoucna se zvyšují v průběhu pěti let po diagnostice karcinomu prsu, avšak celková kvalita života žen s touto diagnózou se snižuje. Tyto výsledky mohou být ovlivněné schopností adaptace na trauma a těžkou životní situaci ženy s karcinomem prsu. Nižší kvalita života může být také v kontextu se stárnutím žen, ztrátou autonomie či snižující se úrovni zdraví (Arndt, et al., 2008, s. 1316). Již po roce od provedení mastektomie je zaznamenáno zlepšení v oblasti celkového zdraví. Kvalita života v oblasti fyzické a sociální se zvyšuje v průběhu času po mastektomii, avšak sexuální funkce zaznamenávají pokles (Kulesza-Bronczyk, et al., 2014, s. 127). V rozporu s těmito výsledky je další studie, která poukazuje na zvyšující se aktivitu v oblasti sexuality a zlepšení celkové kvality života. Tyto odlišnosti mohou vzniknout z důvodu jiné věkové kategorie žen zahrnutých do studie či různého typu následné onkologické léčby (Safarinejad, et al., 2013, s. 1246).

Ke zhoršené životní spokojenosti žen s karcinomem prsu může přispívat mnoho faktorů. Mezi ně řadíme nedostatek podpory a informací, neschopnost mluvit o svém onemocnění, osamělost či sociální izolaci (Gold, et al., 2016, s. 97; Cohee, et al., 2016, s. 1992; Tabrizi, et al., 2016, s. 1059-1062). Důležitým aspektem u žen s karcinomem prsu je schopnost vyrovnat se s těžkou životní situací. Z tohoto důvodu byly vytvořeny podpůrné skupiny, které pečují přímo o ženy s karcinomem prsu ve všech oblastech (Solyar, Genc, 2016, s. 57). Výsledky našeho výzkumu nepoukazují na signifikantní rozdíl v celkové životní spokojenosti mezi ženami, které tyto skupiny využívají, a těmi, které je nevyžívají. Průměrná životní spokojenost žen využívající podpůrné skupiny byla 361,7. Tato hodnota byla vyšší než u žen, které je nenavštěvují, avšak rozdíl mezi těmito skupinami žen byl minimální. V rámci výzkumu byla zjištěna existence signifikantního rozdílu ve škále „přátele, známí a příbuzní“ mezi skupinami žen využívající podpůrné skupiny a skupinou žen, které tyto skupiny nevyžívají. Pravidelné využívání podpůrných skupin často vede ke snížení úzkosti a deprese.

Zde nalézají pochopení, podporu a schopnost zvládnout tuto těžkou životní situaci. Ženy vytvářejí nová přátelství, snižují pocit osamělosti a sociální izolaci pravidelnou účastí na sezeních a dále zlepšují svou schopnost komunikace s ostatními. Výzkum Cozuru poukazuje, že již jeden rok využívání podpůrných skupin má vliv na celkovou kvalitu života (Cozuru, et al., 2014, s. 14; Tabrizi, et al., 2016, s. 1059-1062). V rámci podpůrných skupin mají možnost využít různé pohybové aktivity, seznámit se s copingovými strategiemi, které mají pozitivní vliv na jejich kognitivní funkce (Björneklett, et al., 2013, s. 352). Podpora žen v průběhu léčby i pooperační rehabilitace má pozitivní vliv na psychickou stránku žen a zároveň i na jejich společenské aktivity. Ženy, které pravidelně navštěvují podpůrné skupiny, jsou aktivnější ve svém zaměstnání či se častěji účastní společenských akcí (Stadnicka, et al., 2014, s. 13; Hall-Alston, 2015, s. E99).

Limity studie

Mezi limity studie je nutné zařadit fakt, že výzkum byl prováděn pouze v rámci některých pracovišť Moravskoslezského a Olomouckého kraje, a proto výsledky není možné zobecnit na celkovou populaci. V rámci výzkumu nebyly zahrnuty informace o stádiu nádorového onemocnění a následné ambulantní léčbě. Limitem studie může být i nerovnoměrné rozložení žen dle věku i dle doby od provedení mastektomie.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na zjištění životní spokojenosti žen po provedené mastektomii a jejího vlivu na jednotlivé škály životní spokojenosti. Měla za cíl porovnat dvě chirurgické metody léčby, a to totální a parciální mastektomii, a určit jejich rozdíly v životní spokojenosti. Dále zjišťovala, jaký vliv má pravidelné využívání podpůrných skupin na životní spokojenost žen.

Kritéria vymezující zkoumaný soubor: ženy nad 18 let, léčba probíhající ambulantně či ženy ve stavu remise či vyléčené ženy, diagnóza primární karcinom prsu léčený totální či parciální mastektomií. Z našeho výzkumu byly vyloučeny ženy s lokálním a systémovým metastatickým rozsevem nádorového onemocnění či ženy hospitalizovány v nemocničním zařízení. Pro hodnocení životní spokojenosti byl využit dotazník DŽS v českém jazyce, který mi byl propůjčen od vedoucí mé diplomové práce Mgr. Šárky Vévodové Ph.D. Celkem se výzkumu zúčastnilo 87 žen s různým typem mastektomie.

První cíl srovnával životní spokojenost žen po totální a parciální mastektomii, která byla zjištěna na základě vyhodnocení sumy dotazníku DŽS. K tomuto cíli byly vytýčeny dvě hypotézy. V rámci alternativní hypotézy č. 1 byl předpoklad existence signifikantního rozdílu v oblasti sexuality mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii. Výsledky výzkumu tuto hypotézu zamítly, čímž byla přijata nulová hypotéza o neexistenci signifikantního rozdílu v této oblasti. Dle alternativní hypotézy č. 2 byla domněnka o existenci signifikantního rozdílu v oblasti manželství a partnerský život mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii. Dle zjištěných výsledků byla tato hypotéza zamítnuta a přijata nulová hypotéza. Neexistuje signifikantní rozdíl v životní spokojenosti mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii. Celkově první cíl nebyl splněn. Neexistuje rozdíl v životní spokojenosti mezi skupinami žen po totální a parciální mastektomii.

Druhým cílem bylo srovnání životní spokojenosti mezi skupinou žen využívající podpůrné skupiny a skupinou žen, které se těchto podpůrných skupin neúčastní. K tomuto cíli byla přiřazena hypotéza č. 3. V rámci alternativní hypotézy byl předpoklad signifikantního rozdílu v míře životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní mezi těmito skupinami žen. Na základě získaných výsledků byla hypotéza č. 3 ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v oblasti přátelé, známí, příbuzní mezi skupinami žen využívajících podpůrné skupiny a skupinou žen, které se těchto skupin neúčastní. Cíl 2 byl splněn.

Cíl č. 3 zkoumal vliv doby, která uplynula od provedení mastektomie na celkovou životní spokojenost žen. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 4 o existenci signifikantního vztahu mezi celkovou životní spokojeností a dobou, která uplynula od provedení mastektomie. Získané výsledky tuto hypotézu nepotvrzují, a proto přijímáme nulovou hypotézu o neexistenci signifikantního vztahu mezi životní spokojeností a dobou, která uplynula od mastektomie.

Přínos pro praxi

V závěru diplomové práce je třeba podotknout, že výsledky výzkumu sice nepoukázaly na rozdíl v životní spokojenosti žen po totální a parciální mastektomii avšak tato skutečnost by mohla být potvrzena v následujícím výzkumu, kde by byly zařazeny ženy s diagnózou karcinomu prsu s metastatickým rozsevem. Výsledky naší analýzy však poukazují na signifikantní rozdíl v oblasti přátelé, známí a příbuzní mezi skupinou žen využívající podpůrné skupiny a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají. Zde můžeme vidět, že podpůrné skupiny mají důležitou roli v životě ženy s karcinomem prsu. Nalézají zde oporu, přátelství, získávají nové informace a vyměňují si zkušenosti s ostatními ženami. Ví, že v této těžké životní situaci nejsou samy a mohou si vždy s někým o jejich problému popovídat. Tato skutečnost taky určuje fakt, že zdravotnický personál by měl ženy s touto diagnózou a léčbou informovat o možnosti využívání těchto podpůrných skupin a jejich benefitech. V průběhu léčby ženy je důležité rovněž zapojit rodinné příslušníky, především manžely a partnery ženy, kteří mohou zásadně ovlivnit kvalitu společného života. Nesmíme ani opomenout důležitou složku zdravotnického personálu, který v rámci péče o ženy po mastektomii a v průběhu následné léčby mohou zásadně ovlivnit jejich životní spokojenost, a tím i zvýšit celkovou kvalitu života.

REFERENČNÍ SEZNAM

AERTS, L., M.R. CHRISTIAENS, P. ENZLIN, et al. 2015. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast* [online]. 23(5), 629-636 [cit. 2016-10-23]. DOI: 10.1016/j.breast.2014.06.012. ISSN 09609776. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960977614001258>

AHERN, T. a A. GARDNER. 2015. Literature review: An exploration of the role of the Australian breast care nurse in the provision of information and supportive care. *Collegian* [online]. 22(1), 99-108 [cit. 2017-03-06]. DOI: 10.1016/j.colegn.2013.12.001. ISSN 13227696. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1322769613001261>

AHMED, A. E., A. G. ALHARBI, M. A. ALSADHAN, et al. 2017. The predictors of poor quality of life in a sample of Saudi women with breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy* [online]. 9, 51-58 [cit. 2017-04-25]. DOI: 10.2147/BCTT.S125206. ISSN 1179-1314. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/the-predictors-of-poor-quality-of-life-in-a-sample-of-saudi-women-with-peer-reviewed-article-BCTT>

AKCA, M., A. ATA, E. NAYIR, et al. 2014. Impact of Surgery Type on Quality of Life in Breast Cancer Patients. *The Journal of Breast Health* [online]. 10(4), 222-228 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.5152/tjbh.2014.1919. ISSN 13060945. Dostupné z: <http://www.thejournalofbreasthealth.com/eng/makale/429/37/Full-Text>

ANDERKOVÁ, L., N. ELFMARKOVÁ, T. SVĚRÁK, et al. 2016. Change in Quality of Life Measured over Time in Czech Women with Breast Cancer. *Klinická onkologie* [online]. 29(2), 113-121 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.14735/amko2016113. ISSN 0862495x. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4957/>

ARNDT, V., Ch. STEGMAIER, H. ZIEGLER, et al. 2008. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* [online]. 2008, 134(12),

1311-1318 [cit. 2017-05-03]. DOI: 10.1007/s00432-008-0418-y. ISSN 0171-5216. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00432-008-0418-y>

BANNING, M., E. GRIFFITHS, 2014. The Lived Experience of Women Returning to Work after Breast Cancer. *Occupational Medicine & Health Affairs* [online]. 2(3),1-8 [cit. 2016-10-30]. DOI: 10.4172/2329-6879.1000159. ISSN 23296879. Dostupné z: <http://www.esciencecentral.org/journals/the-lived-experience-of-women-returning-to-work-after-breast-cancer-2329-6879.1000159.php?aid=27271>

BAYRAM, Z., Z. DURNA a S. AKIN. 2014. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care* [online]. 23(5), 675-684 [cit. 2017-04-18]. DOI: 10.1111/ccc.12185. ISSN 09615423. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=58dbc834-0f90-4ef3-916c-fcbbd46cec52%40sessionmgr4009&vid=2&hid=4110>

BĚBAROVÁ, L, ZLÁMALOVÁ, N, ŠVACH, et al. 2015. Karcinom prsu na I. chirurgické klinice FN Olomouc -- zhodnocení počtu a věku pacientek a přínosu mamárního screeningu. (Czech). *Surgical Review / Rozhledy V Chirurgii* [online]. 94(1), 25-29 [cit. 2016-10-16]. ISSN 00359351. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=65268489-e226-4dbe-a50f-6cb7f1aa7037%40sessionmgr104&vid=2&hid=117>

BEN CHARIF, A., A.D. BOUHNİK, D. REY, et al. 2015. Satisfaction with fertility- and sexuality-related information in young women with breast cancer—ELIPPSE40 cohort. *BMC Cancer* [online]. 15(1), - [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1186/s12885-015-1542-0. ISSN 1471-2407. Dostupné z: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-015-1542-0>

BHAGYA, S. S., R. P. SHANMUGA a R EZHILARASI. 2015. Role of Nursing in Lymphoedema with Breast Cancer Patients. *Asian Journal of Nursing Education and Research* [online]. 5(4), 542- [cit. 2017-03-06]. DOI: 10.5958/2349-2996.2015.00111.1. ISSN 2231-1149. Dostupné z: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ajner&volume=5&issue=4&article=021>

BJÖRNEKLETT, H. G., A. ROSENBLAD, M.L. OJUTKANGAS, et al. 2013. Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 74(4), 346-353 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1016/j.psychores.2012.11.005. Dostupné z: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(12\)00314-5/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(12)00314-5/abstract)

CANCER FACT SHEETS: BREAST CANCER CANCER. Cancer today IARC: WHO [online]. Lyon, France: International agency for research on cancer, 2016 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=15&type=0&sex=2>

COHEE, A. A., T. STUMP, R.N. ADAMS, et al. 2016. Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research* [online] 25(8), 1991-1997 [cit. 2016-10-13]. DOI: 10.1007/s11136-016-1241-6. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-016-1241-6>

COLEMAN, C. 2013. Integrating Quality and Breast Cancer Care: Role of the Clinical Nurse Leader. *Oncology Nursing Forum* [online]. 40(4), 311-314 [cit. 2017-03-07]. DOI: 10.1188/13.ONF.311-314. ISSN 0190-535x. Dostupné z: <http://onf.ons.org/onf/40/4/integrating-quality-and-breast-cancer-care-role-clinical-nurse-leader>

COUFAL, O., L. GABRIELOVÁ, I. JUSTAN, et al. 2014. Spokojenost onkologických pacientek s okamžitou dvoudobou aloplastickou rekonstrukcí prsu. *Klinická onkologie* [online]. 2014, 27(5), 353-360 [cit. 2016-10-17]. DOI: 10.14735/amko2014353. ISSN 0862495x. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4554/>

COZARU, G. C., A. C. PAPARI a M. L. SANDU. 2014. The Effects of Psycho-education and Counselling for Women Suffering from Breast Cancer in Support Groups. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 128, 10-15 [cit. 2016-11-01]. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.03.110. ISSN 18770428. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042814022010>

DUGGLEBY, W., J. THOMAS, K. MONTFORD, et al. 2015. Transitions of Male Partners of Women With Breast Cancer: Hope, Guilt, and Quality of Life. *Oncology Nursing Forum* [online]. 42(2), 134-141 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1188/15.ONF.134-141. ISBN 10.1188/15.ONF.134-141. Dostupné z: <http://onf.ons.org/onf/42/2-0/transitions-male-partners-women-breast-cancer-hope-guilt-and-quality-life>

DUŠEK L., MUŽÍK J., KUBÁSEK M. et al. 2005. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [cit. 2017-3-13]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

EICHLER, Ch., M. KOLSCH a A. SAUERWALD, et al. 2013. Lumpectomy versus Mastopexy - A Post-surgery Patient Survey. *Anticancer Research* [online]. 33(2), 731-736 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://ar.iijournals.org/content/33/2/731.full.pdf+html>

FAHRENBERG, J., M. MYRTEK, J. SCHUMACHER, E. BRAHLER, K. RODNÁ a T. RODNÝ. Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum Praha s.r.o, 2001. ISBN 80-86471-16-0.

FANG, S.-Y., Y.i-Ch. LIN, T.-Ch. CHEN, et al. 2015. Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* [online]. 23(9), 2551-2559 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1007/s00520-015-2612-1. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-015-2612-1>

FONSECA, S., L. LENCASTRE a M. GUERRA. 2014. Life Satisfaction in Women With Breast Cancer1. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 24(59), 295-303 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1590/1982-43272459201403. ISSN 0103-863x. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2014000300295&lng=en&nrm=iso&tlng=en

FREYSTEINSON, W. M., A. S. DEUTSCH, K. DAVIN, et al. 2015. The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. *Nursing Forum* [online]. 2015, 50(4), 252-257 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1111/nuf.12108. ISSN 00296473. Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a0de721e-83da-4a3b-b290-f7f05d719afc%40sessionmgr4006&hid=4105>

GALIANO-CASTILLO, N., A. ARIZA-GARCÍA, I. CANTARERO-VILLANUEVA, et al. 2014. Depressed mood in breast cancer survivors: Associations with physical activity, cancer-related fatigue, quality of life, and fitness level. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 18(2), 206-210 [cit. 2017-04-18]. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.10.008. ISSN 14623889. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S146238891300135X>

GARDIKIOTIS, I., D. AZOICAI, C. DOBREANU, et al. 2016. Socio-Epidemiological Points of View Regarding Quality Of Life in Patients With and Without Breast Reconstruction after Mastectomy for Cancer. *Revista De Cercetare Si Interventie Sociala* [online]. 52(13), 92-104, [cit. 2016-10-18]. ISSN 1583-3410. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e02b9cc7-ec62-474d-aa45-6eb80cd7c7fd%40sessionmgr104&vid=3&hid=121>

GERBER, B., M. MARX, M. UNTCH, et al. 2015. Breast Reconstruction Following Cancer Treatment. *Deutsches Arzteblatt International* [online]. 2015, 112(35-36), 593-600 [cit. 2016-10-18]. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0593. ISSN 18660452. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577667/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-112-0593.pdf

GOLD, M., L. B. DUNN, B. PHOENIX, et al. 2016. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2016, 20, 97-105 [cit. 2016-10-23]. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.06.003. ISSN 14623889. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S146238891530003X>

GÓMEZ-CAMPELO, P., C. BRAGADO-ÁLVAREZ, M. J. HERNÁNDEZ-LLOREDA, et al. 2015. The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer* [online]. 23(2), 473-481 [cit. 2016-10-28]. DOI: 10.1007/s00520-014-2383-0. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-014-2383-0>

HALL-ALSTON, J., 2015. Exercise and the Breast Cancer Survivor: The Role of the Nurse Practitioner. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 19(5), E98-E102 [cit. 2017-03-05]. DOI: 10.1188/15.cjon.e98-e102. ISBN 10.1188/15.CJON.E98-E102. Dostupné z: <http://cjon.ons.org/cjon/19/5/exercise-and-breast-cancer-survivor-role-nurse-practitioner>

HASSAN, L. M., N. MAHMOUD, A. B. MILLER, et al. 2015. Evaluation of effect of self-examination and physical examination on breast cancer. *The Breast* [online]. 24(4), 487-490 [cit. 2016-11-27]. DOI: 10.1016/j.breast.2015.04.011. ISSN 09609776. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960977615001058>

HEIDARI, M., S. SHAHBAZI a M. GHODUSI. 2015. Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Mid-life Health* [online]. 6(4), 173- [cit. 2017-04-18]. DOI: 10.4103/0976-7800.172345. ISSN 0976-7800. Dostupné z: <http://www.jmidlifehealth.org/text.asp?2015/6/4/173/172345>

HERDMAN, T. H. a S.KAMITSURU, et al. 2015. Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOFMANN, W., M. LUHMANN, R. R. FISHER, et al. 2014. Yes, But Are They Happy? Effects of Trait Self-Control on Affective Well-Being and Life Satisfaction. *Journal of Personality* [online]. 82(4), 265-277 [cit. 2016-11-27]. DOI: 10.1111/jopy.12050. ISSN 00223506. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jopy.12050>

HOWES, B.H.L., D.I. WATSON, Ch. XU, et al. 2016. Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* [online]. 69(9), 1184-1191 [cit. 2016-10-15]. DOI: 10.1016/j.bjps.2016.06.004. ISSN 17486815. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1748681516301206>

CHANG, J. M., H. E. KOSIOREK, A. C. DUECK, et al. 2016. Trends in Mastectomy and Reconstruction for Breast Cancer; a Twelve Year Experience from a Tertiary Care Center. *The American Journal of Surgery* [online]. 1-22, - [cit. 2016-10-18]. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.08.020. ISSN 00029610. Dostupné z: <http://ac.els->

cdn.com/S0002961016305669/1-s2.0-S0002961016305669-main.pdf?_tid=ae2ecb68-950d-11e6-a9c4-0000aacb360&acdnat=1476779847_90b04e01335a7734ea480ae79b14d604

CHO, H.S.M., G.S. DAVIS, J. E. PAEK, et al. 2012. A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 22(7-8), 919-929 [cit. 2017-03-05]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04100x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04100.x/pdf>

CHOW, R., N. PULENZAS, L. ZHANG, et al. 2016. Quality of life and symptom burden in patients with breast cancer treated with mastectomy and lumpectomy. *Supportive Care in Cancer* [online]. 24(5), 2191-2199 [cit. 2016-10-17]. DOI: 10.1007/s00520-015-3027-8. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-015-3027-8>

INDBOHM, M.-L., E. KUOSMA, T. TASKILA, et al. 2014. Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psycho-Oncology* [online]. 2014, 23(6), 634–641 [cit. 2016-10-31]. DOI: 10.1002/pon.3459. ISBN 10.1002/pon.3459. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=959fa1e2-e6b2-4704-aeed-290549c4ceda%40sessionmgr105&hid=117>

JOHNS, N. a J.M. DIXON. 2016. Should patients with early breast cancer still be offered the choice of breast conserving surgery or mastectomy? *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* [online]. 42(11), 1636-1641 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1016/j.ejso.2016.08.016. ISSN 07487983. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0748798316308617>

JONES, S.M. W., A.Z. LACROIX, W. LI, et al. 2015. Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the Women's Health Initiative. *Journal of Cancer Survivorship* [online]. 2015, 9(4), 620-629 [cit. 2016-10-13]. DOI: 10.1007/s11764-015-0438-y. ISSN 1932-2259. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11764-015-0438-y>

KAO, H.-Y., W.-H., WU, T.-Y., LIANG, et al. 2015. Cloud-Based Service Information System for Evaluating Quality of Life after Breast Cancer Surgery [online]. 10(10). 1-15. [cit.

2016-10-23]. DOI: 10.1371/journal.pone.0139252. ISSN 1932-6203 Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=231bec2e-98d3-42ca-a39b-bb7d6a7287b3%40sessionmgr4006&hid=4211>

KHAN, M.H., R. ALLERTON a L. PETTIT. 2015. Hormone Therapy for Breast Cancer in Men. *Clinical Breast Cancer* [online]. 15(4), 245-250 [cit. 2016-10-16]. DOI: 10.1016/j.clbc.2015.01.007. ISSN 15268209. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S1526820915000257/1-s2.0-S1526820915000257-main.pdf?_tid=455a7d46-9380-11e6-876a-00000aab0f26&acdnat=1476609161_2a6f42fbc1c80da71d1aa2ceaceaeae1

KOCAN, S. a A. GURSOY. 2016. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *Journal of Breast Health* [online]. 12(4), 145-150 [cit. 2016-10-25]. DOI: 10.5152/tjbh.2016.2913. ISSN 21491976. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=11720cbd-bc4c-49f1-8f9c-eab1eafb3ba1%40sessionmgr4008&hid=4210>

KULESZA-BRONCZYK, B., B. DOBRZYCKA, K. PIEKUT, et al. 2014. Quality of life during the first year after breast cancer resection. *Progress in Health Sciences* [online]. 4(1), 124-129 [cit. 2016-10-27]. ISSN 2083-1617. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=258354f0-6707-4528-bcf0-a49c260ec398%40sessionmgr106&vid=3&hid=121>

LOARING, J. M., M. LARKIN, R. SHAW, et al. 2015. Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: The experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychology* [online]. 34(4), 426-436 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1037/hea0000195. ISBN 10.1037/hea0000195. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/hea0000195>

LOPES, M. H., A. A. MOURA, S. RASO, et al. 2013. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. *Escola Anna Nery* [online]. 17(2), 354-360 [cit. 2017-04-18]. DOI: 10.1590/S1414-81452013000200021. ISSN 2177-9465. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200021&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

LUCK, L., H. N. CHOK, N. SCOTT, et al. 2017. The role of the breast care nurse in patient and family care. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 1-8 [cit. 2017-03-06]. DOI: 10.1111/jocn.13704. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13704>

MAASS, S.W.M.C., C. ROORDA, A.J. BERENDSEN, et al. 2015. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas* [online]. 2015, 82(1), 100-108 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.04.010. ISSN 03785122. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512215006507>

METCALFE, K. A., T. ZHONG, S. A. NAROD, et al. 2015. A prospective study of mastectomy patients with and without delayed breast reconstruction: Long-term psychosocial functioning in the breast cancer survivorship period. *Journal of Surgical Oncology* [online]. 2015, 111(3), 258-264 [cit. 2016-10-18]. DOI: 10.1002/jso.23829. ISSN 00224790. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.23829/pdf>

MUSAREZAIE, A. a A. ZARGHAM-BOROJENI. 2015. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research* [online]. 20(2), 287-291 [cit. 2016-10-27]. ISSN 1735-9066. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d004e31a-4b17-4ace-8418-b57eb6405dbf%40sessionmgr105&vid=2&hid=121>

NEUMARK, D., C. J. BRADLEY, M. HENRY, et al. 2015. Work Continuation while Treated for Breast Cancer: The Role of Workplace Accommodations. *ILR Review* [online]. 68(4), 916-954 [cit. 2016-10-31]. DOI: 10.1177/0019793915586974. ISSN 0019-7939. Dostupné z: <http://ilr.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/0019793915586974>

NOWICKI, A., B. LICZNERSKA a P. RHONE. 2015. Evaluation of the quality of life of women treated due to breast cancer using amputation or breast conserving surgery in the early postoperative period. *Polish Journal of Surgery* [online]. 87(4), - [cit. 2017-05-03]. DOI: 10.1515/pjs-2015-0040. ISSN 0032-373x. Dostupné z: <http://www.degruyter.com/view/j/pjs.2015.87.issue-4/pjs-2015-0040/pjs-2015-0040.xml>

PAALMAN, C. H., F. E. VAN LEEUWEN, N. K. AARONSON, et al. 2016. Employment and social benefits up to 10 years after breast cancer diagnosis: a population-based study. *British Journal of Cancer* [online]. 114(1), 81-87 [cit. 2016-10-29]. DOI: 10.1038/bjc.2015.431. ISBN 10.1038/bjc.2015.431. Dostupné z: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/bjc.2015.431>

PAREDES, C. G., S. G. de P. PESSOA, D. T. T. PEIXOTO, et al. 2013. The impact of breast reconstruction on the quality of life of patients after mastectomy at the Plastic Surgery Service of Walter Cantídio University Hospital. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* [online]. 2013, 28(1), 100-104 [cit. 2017-02-17]. DOI: 10.1590/S1983-51752013000100017. ISSN 1983-5175. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

PYTKA, D. a M. SPYCH. Jakość życia pacjentek po zabiegu mastektomii. *Journal of public health, nursing and medical rescue* [online]. 2012, (4), 42-49 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: http://pzpr.eu/numery/2012_4/201246.pdf

ROWLAND, E. a A. METCALFE. 2014. A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. *Psycho-Oncology* [online]. 23(9), 963–974 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1002/pon.3556. ISBN 10.1002/pon.3556. ISSN 1099-1611. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6e2180c3-554f-4081-9aa6-90d64552cbad%40sessionmgr104&vid=1&hid=121>

RUNOWICZ, C. D., C. R. LEACH, N. L. HENRY, et al. 2016. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* [online]. 66(1), 43-73 [cit. 2017-04-18]. DOI: 10.3322/caac.21319. ISSN 00079235. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.3322/caac.21319>

SABOONCHI, F., L.-M. PETERSSON, A. a WENNMANN-LARSEN, et al. 2016. Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the distress response. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2014, 18(6), 598-604 [cit. 2016-10-14]. DOI:

10.1016/j.ejon.2014.06.007. ISSN 14623889. Dostupné z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388914000830>

SAFARINEJAD, M.R., N. SHAFIEI a S. SAFARINEJAD. 2013. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psycho-Oncology*[online]. 22(6), 1242-1248 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1002/pon.3130. ISSN 1099-1611. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977614001258>

SEGRIN, Ch. a T. A. BADGER. 2013. Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology, Health & Medicine* [online]. 19(6), 716-723 [cit. 2016-10-17]. DOI: 10.1080/13548506.2013.871304. ISSN 1354-8506. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2013.871304>

SKOVAJSOVÁ, M., O. MÁJEK, J. DANEŠ, et al. 2014. Výsledky Národního programu screeningu karcinomu prsu v České republice. *Klinická onkologie* [online]. 2014, 27(Suppl 2), 2S69-2S78 [cit. 2017-02-19]. DOI: 10.14735/amko20142S69. ISSN 0862495x. Dostupné z:
<http://www.linkos.cz/klinicka-onkologie-journal/search-for-articles/skupina/a/zobrazit/ids/4608/>

SOYLAR, P. a M. F. GENC. 2016. The Treatment Approach and Social Support Needs for Patients with Breast Cancer. *Journal of Breast Health* [online] 12(2), 56-62 [cit. 2016-10-16]. DOI: 10.5152/tjbh.2016.2753. ISSN 21491976. Dostupné z:
<http://www.thejournalofbreasthealth.com/eng/makale/494/46/Full-Text>

STADNICKA, G. et al. 2014. Jakość życia kobiet po amputacji piersi. Quality of life in women after mastectomy. *European Journal of Medical Technologies* [online]. 4(5), s. 8-14. [cit. 2016-10-14]. ISSN 2353-1029. Dostupné z: http://www.medical-technologies.eu/upload/02_jakosc_zycia_kobiet_po_amputacji_piersi_-_stadnicka.pdf

SUN, Y., S.-W. KIM, C. Y. HEO, et al. 2014. Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology* [online]. 44(1), 22-27 [cit. 2017-05-03]. DOI: 10.1093/jjco/hyt176. ISSN 0368-2811. Dostupné z: <https://academic.oup.com/jjco/article-lookup/doi/10.1093/jjco/hyt176>

TABRIZI, F. M., M. RADFAR a Z. TAEI. 2016. Effects of supportive-expressive discussion groups on loneliness, hope and quality of life in breast cancer survivors: a randomized control trial. *Psycho-Oncology* [online]. 25(9), 1057–1063 [cit. 2016-11-01]. DOI: 10.1002/pon.4169. ISBN 10.1002/pon.4169. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4169/pdf>

TEO, I., G. P. REECE, I. C. CHRISTIE, et al. 2016. Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction. *Psycho-Oncology* [online]. 2016, 25(9), 1106–1112 [cit. 2016-10-28]. DOI: 10.1002/pon.3952. ISBN 10.1002/pon.3952. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3952/pdf>

TUCKER, P. E., Ch. SAUNDERS, M. K. BULSARA, et al. 2016. Sexuality and quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *The Breast* [online]. 30, 26-31 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1016/j.breast.2016.08.005. ISSN 09609776. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960977616301412>

VIDOR, C., A. LEROYER, V. CHRISTOPHE, et al. 2014. Decrease social inequalities return-to-work: development and design of a randomised controlled trial among women with breast cancer. *BMC Cancer* [online]. 14(1), 1-10 [cit. 2016-10-29]. DOI: 10.1186/1471-2407-14-267. ISSN 1471-2407. Dostupné z: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-14-267>

VIEIRA, E.M., D.B. SANTOS, M.A. dos SANTOS, et al. 2014. Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2014, 22(3), 408-414 [cit. 2016-10-14]. DOI: 10.1590/0104-1169.3258.2431. ISSN 0104-1169. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300408&lng=en&nrm=iso&tlng=en

WINTERS, Z. E., V. BALTA, H. J. THOMSON, et al. 2014. Phase III development of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire module for women undergoing breast reconstruction. *British Journal of Surgery* [online].

101(4), 371-382 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1002/bjs.9397. ISBN 10.1002/bjs.9397. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.9397/pdf>

YANG, X., Ch. ZHU, Y. GU. et al. 2015. The Prognosis of Breast Cancer Patients after Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction: A Meta-Analysis. PLoS ONE [online]. 10(5), 1-13 [cit. 2017-05-03]. DOI: 10.1371/journal.pone.0125655. ISBN 10.1371/journal.pone.0125655. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0125655>

ZGAIA, A., F. POP, P. ACHIMAS-CADARIU, et al. 2016. The impact of relaxation technique and pre-operative psychological counselling on pain, analgesic consumption and psychological symptoms on patients scheduled for breast cancer surgery: A randomised clinical study. Journal of Evidence-Based Psychotherapies [online]. 16(2), 205-220 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/310504746_The_impact_of_relaxation_technique_and_pre_operative_psychological_counselling_on_pain_analgesic_consumption_and_psychological_symptoms_on_patients_scheduled_for_breast_cancer_surgery_-_A_randomized_c

ZHANG, P., C.-Z. LI, C.-T. WU, et al. 2016. Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: A meta-analysis. European Journal of Surgical Oncology (EJSO) [online]. 1-9 [cit. 2016-10-17]. DOI: 10.1016/j.ejso.2016.07.006. ISSN 07487983. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0748798316306734>

ZYCINSKA, J., E. GRUSZCZYNSKA a A. CHOTEBORSKA. 2014. Positive and negative aspects of well-being as correlates of breast reconstruction decision. Quality of Life Research [online]. 23(6), 1803-1812 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1007/s11136-013-0612-5. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-013-0612-57>

SEZNAM ZKRATEK

AJ	Anglický jazyk
BCS	Breast conserving surgery
BCT	Breast conserving therapy
BRCA 1,2	Breast cancer 1, 2 (geny)
ČJ	Český jazyk
DŽS	Dotazník životní spokojenost
Et al.	A kolektiv
FACT-B	Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast
n	Počet respondentů
P	Parciální mastektomie
SF-36	36-item Short Form Survey
T	Totální mastektomie
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk žen a doba od uplynutí provedení mastektomie	42
Tabulka 2 Srovnání hodnot celkové životní spokojenosti u žen po totální a parciální mastektomii	43
Tabulka 3 Srovnání jednotlivých škál dotazníku žen po totální a parciální mastektomii.....	44
Tabulka 4 Životní spokojenost žen v jednotlivých oblastech po totální a parciální mastektomii	45
Tabulka 5 Celková životní spokojenost žen – typ mastektomie	45
Tabulka 6 Celková míra životní spokojenosti žen, využívajících podpůrné skupiny a skupinou žen, které tyto skupiny nevyužívají	47
Tabulka 7 Srovnání jednotlivých škál životní spokojenosti u skupin žen využívající podpůrné skupiny a skupinou žen, které je nevyužívají	48
Tabulka 8 Životní spokojenost žen v jednotlivých škálách – podpůrné skupiny	49
Tabulka 9 Celková životní spokojenost žen – podpůrné skupiny	49
Tabulka 10 Korelace celkové životní spokojenosti žen a doby, která uplynula od provedení mastektomie.....	50
Tabulka 11 Korelace doby, která uplynula od provedení mastektomie a jednotlivých oblastí životní spokojenosti.....	51
Tabulka 12 Srovnání celkové životní spokojenosti žen do 60 měsíce a nad 61 měsíců od uplynutí mastektomie	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Stanovisko Etické komise FZV UP	74
Příloha 2 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Mamma HELP.....	75
Příloha 3 Žádost o umožnění výzkumného šetření - MAMMACENTRUM Olomouc s.r.o. .	76
Příloha 4 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Onkologické centrum	77
Příloha 5 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Klub MARIE Třinec	78
Příloha 6 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Vítkovická nemocnice	79
Příloha 7 Test normality Kolmogorov-Smirnov	80
Příloha 8 Výpočet minimálního vzorku	83

Příloha 1 Stanovisko Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-80982/1040-2016

Vážená paní
Barbara Brudná

2016-08-01

Stanovisko Etické komise FZV UP

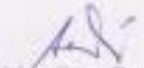
Vážená paní Brudná,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „Životní spokojenost u žen po prodělané mastektomii“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,

UNIVERSITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvoštická 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Petra Baatlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Příloha 2 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Mamma HELP

Karla Otavová
Koordinařka
Mamma HELP centrum Olomouc

V Olomouci dne 11.11.2016

Vše: Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní Otavová,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Životní spokojenost u žen pro prodělané mastektomie“. Sběr dat bude probíhat pomocí standardizovaného dotazníku Životní spokojenosti na Vašem pracovišti. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je listopad 2016.

Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Šárka Vévodová Ph.D. z Univerzity Palackého v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Barbara Brudná, studentka 2. Ročníku
Obor. Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV, Univerzity Palackého v Olomouci

Kontaktní adresa: brudna.barbara@seznam.cz, tel. 728546504

Vyjádření Mamma HELP v Olomouci

Žádost povolena Žádost zamítnuta

Datum, podpis 13.11.2016 Otavová Karla

Mamma HELP, z.s.
Správa pacientek
iČ: 700 99 890
MAMMA HELP CENTRUM OLMOUC
Doštná náměstí 42, 772 00 Olomouc

Příloha 3 Žádost o umožnění výzkumného šetření - MAMMACENTRUM Olomouc s.r.o.

MUDr. Dana Houserková, Ph.D.
primář MAMMACENTRA Olomouc
MAMMACENTRUM Olomouc, s.r.o.
Dlouhá 28, 779 00 Olomouc

V Olomouci dne 9.1.2017

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

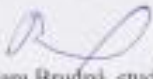
Vážená paní primářko,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Životní spokojenost u žen pro prodělané mastektomie“. Sběr dat bude probíhat pomocí standardizovaného dotazníku Životní spokojenosti na Vašem pracovišti. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je leden 2017.

Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Šárka Vévodová Ph.D. z Univerzity Palackého v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem


Barbara Brudná, studentka 2. Ročníku
Obor. Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV, Univerzity Palackého v Olomouci
Kontaktní adresa: brudna.barbara@seznam.cz, tel. 728546504

Vyjádření – MUDr. Dana Houserková, Ph.D.

Žádost povolena Žádost zamítnuta

89	MAMMACENTRUM Olomouc, s.r.o.
383	Dlouhá 28, 779 00 Olomouc
000	Mob: 731 613 485, 731 468 922 tel.: 585 204 336 IČ: 27820403

Datum, podpis..... 9. 1. 2017



Příloha 4 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Onkologické centrum

Bc. Ivana Vaňková
Vrchní sestra
Karvinská hornická nemocnice, a.s.
Onkologické centrum

V Karviné dne 12.12.2016

Vše: Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní Vaňková,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Životní spokojenost u žen pro prodělané mastektomie“. Sběr dat bude probíhat pomocí standardizovaného dotazníku Životní spokojenosti na Vašem pracovišti. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je prosinec 2016.

Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Šárka Věvodová Ph.D. z Univerzity Palackého v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem


Barbara Brudná, studentka 2. Ročníku
Obor. Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV, Univerzity Palackého v Olomouci
Kontaktní adresa: brudna.barbara@seznam.cz, tel. 728546504

Vyjádření vrchní sestry – Bc. Ivana Vaňková

Žádost povolena Žádost zamítnuta

Datum, podpis

12.12.2016



Příloha 5 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Klub MARIE Třinec

Marie Adamusová
Předsedkyně
Klub MARIE Třinec

V Třinci dne 16.1.2017

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní Adamusová,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Životní spokojenost u žen pro prodělané mastektomií“. Sběr dat bude probíhat pomocí standardizovaného dotazníku Životní spokojenosti ve Vašem klubu MARIE. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je leden 2017.

Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Šárka Vévodová Ph.D. z Univerzity Palackého v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Barbara Brudná, studentka 2. Ročníku
Obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
EZV, Univerzity Palackého v Olomouci
Kontaktní adresa: brudna.barbara@seznam.cz, tel. 728546504

Vyjádření p. Marie Adamusové

Žádost povolena Žádost zamítnuta

Klub MARIE, z.s.
Dukelská 682/13
720 01 TŘINEC - LYŽEČICE
TEL: +420 602 840 038
IČ: 68740223

Podpis Marie Adamusová 16.1.2017

Příloha 6 Žádost o umožnění výzkumného šetření - Vítkovická nemocnice

Mgr. Martina Souralová, MBA

Hlavní sestra

Nemocnice Nový Jičín a.s., Člen skupiny AGEL

Onkologická ambulance Ostrava-Vítkovice

V Třinci dne 10.1.2017

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní magistro,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Životní spokojenost u žen pro předčasně mastektomii“. Sběr dat bude probíhat pomocí standardizovaného dotazníku Životní spokojenosti na Vašem pracovišti. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je leden 2017.

Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Šárka Vévodová Ph.D. z Univerzity Palackého v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem

Barbara Brudná, studentka 2. Ročníku

Obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

FZV, Univerzity Palackého v Olomouci

Kontaktní adresa: brudna.barbara@seznam.cz, tel. 728546504

Vyjádření hlavní sestry - Mgr. Martina Souralová, MBA

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

 Nemocnice Nový Jičín a.s.

Český ústav 21 18/16, TEL 01 Nový Jičín
IČO: 25086200 DIČ: CZ080003229

Datum, podpis.....

M. S.

[Signature]

tel.: 556 733 413

Příloha 7 Test normality Kolmogorov-Smirnov

Kromě věku proměnné nevykazují normální rozložení

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
doba od mastektomie (měsíce)	,181	87	,000	,813	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
věk	,064	87	,200*	,991	87	,786

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem zdraví	,076	87	,200*	,949	87	,002

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem práce	,111	87	,010	,964	87	,017

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem finance	,146	87	,000	,937	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem volný čas	,166	87	,000	,878	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem manželství	,191	87	,000	,914	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem děti	,167	87	,000	,887	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem vlastní osoba	,181	87	,000	,862	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem sexualita	,164	87	,000	,948	87	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem přátelé	,187	87	,000	,862	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem bydlení	,151	87	,000	,916	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
celkem životní spokojenost	,108	87	,014	,924	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Příloha 8 Výpočet minimálního vzorku

Dotazník životní spokojenosti

Jaký je potřebný počet pacientů, aby byl odhalen rozdíl 17 ve škále SUM mezi sledovanými skupinami? Směrodatná odchylka této škály je 34,08. Hladinu významnosti volíme 5% a sílu testu 90%.

$$\Delta = \frac{17}{34,08} = 0,5 \quad n = \frac{2 \cdot (z_{(1-\alpha/2)} + z_{(1-\beta)})^2}{\Delta^2} = \frac{2 \cdot (1,96 + 1,28)^2}{0,5^2} = \frac{21}{0,25} = 84$$

Minimální počet osob pro výzkum s Dotazníkem životní spokojenosti je 84.

Odkaz na zdroj:

<http://www.ouh.nhs.uk/researchers/planning/is-it-research/documents/medical-statistics-online-help.pdf>

+ článek z e-psychologie odkud je vzata velikost směrodatné odchylky