

KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

KAREL HNILICA

Katedra kulturologie FF UK, Praha,
Ústav pro humanitní studia v medicíně 1. LF UK, Praha

ABSTRACT

The quality of life in oncological patients

K. Hnilica

The study gives information concerning the results of two investigations of the quality of life of oncological patients in the Czech republic that took place in 2000-2001. The first one involved the sample of women with breast carcinoma, the second one the patients with more heterogenic oncological diseases. The first study shows that the intensity of psychosomatic problems the patients are facing is significantly influenced by the form of treatment of their illness. Both the studies lead to the similar conclusions concerning the rank of psychosomatic factors influencing the quality of life in oncological patients: in both studies the quality of life was influenced by the fatigue most of all. In the second study, the structural model

was tested according to that pain, psychological tension and nausea (as well as the level of hemoglobin) influence the quality of life both directly, and through the mediation of influencing the fatigue experience. The results fit well with this model.

key words

carcinoma,
quality of life,
psychosomatic problems,
structural model

klíčová slova:

karcinomy,
kvalita života,
pořadí psychosomatických problémů,
strukturní model

V práci prezentujeme výsledky dvou nezávislých výzkumů kvality života onkologických pacientů, které byly realizovány v ČR v letech 2000 až 2001. V prvním výzkumu byla zjišťována kvalita života u vzorku žen s onkologickým onemocněním prsu, ve druhém u pacientů s heterogennější populací nádorových onemocnění. První z nich nás vedl ke *generování* hypotéz (a) o pořadí psychosomatických problémů, s nimiž se tyto pacienti setkávají, a (b) o struktuře vztahů mezi těmito psychosomatickými problémy a kvalitou jejich životů. Ve druhém výzkumu jsme tyto hypotézy *verifikovali* na odlišném vzorku onkologických pacientů.

1. VÝZKUM – KARCINOM PRSU

Na přelomu let 2000/2001 proběhl v ČR výzkum kvality života žen s karcinomem prsu (Hnilica, 2001 b). Vzorek tvořily ženy, které jsou sdruženy ve svépomocné organizaci ARCUS onko-centrum. Výzkum realizovala agentura IRBIS ve spolupráci s vedením onko-centra ARCUS a za finanční podpory farmaceutické firmy Janssen-Cilag.

Došlo: 3. 1. 2002; K. H., Katedra kulturologie FF UK, Celetná 20, 116 38 Praha 1

¹ Oba v práci uvedené výzkumy byly financovány farmaceutickou firmou Janssen-Cilag, jíž patří můj dík. Kromě toho bych rád poděkoval kolegům M. Brychtovi, V. Soukupovi a anonymnímu recenzentovi.

Práce na tomto článku byla zčásti financována z výzkumného záměru 1. LF UK CEZ: J13/98; 111100007 „Cíle medicíny a kvalita života“ (MUDr. Mgr. Jan Payne, hlavní řešitel).

Šlo o *explorační studii*, v níž jsme se snažili identifikovat (a) pořadí důležitosti jednotlivých faktorů, které ovlivňují kvalitu života těchto pacientek (sužují je například více bolesti, nebo únava?), a (b) strukturu vztahů mezi těmito faktory a kvalitou života.

1.1 Vzorek

Ve výzkumu bylo osloveno celkem 700 žen, u nichž bylo diagnostikováno onkologické onemocnění prsu. Vyplněné dotazníky vrátilo celkem 448 (64%) žen ve věkovém pásmu mezi 32 a 83 lety; v průměru jim bylo cca 58 let ($M = 57,9$; $SD = 9,8$). V tomto vzorku byl nejdříve diagnostikován karcinom ve věku 31 let (pacientce je dnes 53 let), nejpozději ve věku 82 let (pacientce je 83 let). Nejčastěji byl diagnostikován mezi 45. až 55. rokem života.

1.2 Metoda

Respondentky byly požádány o anonymní vyplnění a zaslání dotazníku.

Problémy, které je sužují v souvislosti s léčbou jejich onemocnění, jsme se snažili zjistit položkami, jež uvádíme v 1. tabulce. Tento blok byl uveden otázkou: „Jaké komplikace doprovázejí v současnosti Vaši léčbu?“ Škála odpovědí byla v rozpětí 1 = „rozhodně ano“ přes 3 = „někdy ano, někdy ne“ po 5 = „rozhodně ne“.

Dvě položky v tomto dotazníku zjišťovaly *únavu* (zvýšená únava v uplynulém týdnu a snížená fyzická kondice). Tyto dvě položky spolu vysoce signifikantně korelovaly ($r_{(369)} = 0,72$; $p < 0,0005$). Jiné dvě položky zjišťovaly *psychickou tenzi* (první se týkala podráždění a psychického napětí, druhá pocitů úzkosti, stísněnosti nebo strachu). Rovněž tyto položky spolu vysoce signifikantně korelovaly ($r_{(369)} = 0,75$; $p < 0,0005$). Čtyři položky byly určeny k měření *bolesti* (například potíže se spaním vyvolané bolestí nebo výskyt bolestí během dne). Škála sestavená z těchto čtyř položek je poměrně reliabilní ($\alpha = 0,80$). Posledních pět položek se týkalo zvracení, nechutenství, zácpy, průjmu a vypadávání vlasů. Rovněž škála sestavená z těchto položek je uspokojivě reliabilní ($\alpha = 0,71$). V dalším textu ji označujeme jako *nevolnost*. Pro některé další analýzy jsme vytvořili z položek, měřících podobné problémy, sumární škály (únavy, tenze, bolesti a nevolnosti).

K měření kognitivní dimenze *kvality života* jsme použili *Škálu spokojenosti s životem* (SWLS – Satisfaction With Life Scale; Diener et al., 1985) v překladu V. Směkala (Lewis et al., 1999). Jde o pětipoložkovou škálu, v níž respondentky pomocí sedmibodové stupnice (1 = „rozhodně nesouhlasím“; ...; 7 = „rozhodně souhlasím“) vyjadřují svoji spokojenost s životem. Celá škála je unidimenzionální a uspokojivě reliabilní ($\alpha = 0,86$).

Kromě těchto údajů byly zjišťovány i některé další, zejména dosavadní a současné *forma terapie*. Jako hlavní formy terapie byly respondentkami uvedeny tyto: hormonální léčba, rehabilitace, operace, chemoterapie a ozařování. Kromě jednotlivých forem léčby jsme věnovali pozornost rovněž *negativním průvodním jevům*, jež souvisejí s nemocí a její léčbou. Na otevřenou otázku, jež zněla: „Máte v současné době nějaké zdravotní problémy?“, uvedly respondentky celkem 80 různých zdravotních problémů. Nejčastěji si stěžovaly na pálení v jizvě po operaci, hypertenzi, bolesti hlavy, cholesterol, deprese, artrózu kyčlí, chronickou gastritidu a lymfedem.

1.3 Výsledky

1.3.1 Pořadí problémů

Seřadíme-li odpovědi podle průměrných hodnot (viz tab. 1), ukazuje se, že pořadí problémů, které komplikují život pacientek, je uspořádáno v souladu se čtyřmi zá-

kladními, v dotazníku měřenými dimenzemi. Jednotlivé problémové oblasti pacientky sužují v tomto pořadí důležitosti:

1. únava a tělesná slabost,
2. psychické napětí a úzkost („tenze“),
3. bolest a s ní související symptomy,
4. zažívací problémy a vypadávání vlasů (tyto problémy pro stručnost označujeme dále jako „nevolnost“).

Tab. 1 Pořadí problémů respondentek s karcinomem prsu

	M	SD	N
Zvýšená únava	2,92	1,22	389
Snížená fyzická kondice	2,92	1,25	379
Podráždění a psychické napětí	3,25	1,20	369
Pocity úzkosti, stísněnosti nebo strachu	3,37	1,25	366
Poruchy hybnosti	3,81	1,29	367
Potíže se spaním vyvolané bolestí	3,98	1,28	360
Bolest během dne	3,99	1,11	367
Trnutí či necitlivost prsu	4,13	1,17	354
Zácpa	4,21	1,16	355
Vypadávání vlasů	4,26	1,31	352
Nechutenství	4,36	1,02	346
Průjem	4,36	1,05	355
Zvracení	4,63	0,91	349

Poznámka: Škála je od 1 = „rozhodně ano“ přes 3 = „někdy ano, někdy ne“ po 5 = „rozhodně ne“

1.3.2 Jednotlivé problémy

V dalším textu probíráme jednotlivé problémy, na něž si respondentky stěžují. Pozornost věnujeme souvislostem těchto problémů (a) s formou terapie, (b) s frekvencí negativních jevů, které provázejí nemoc a/nebo její léčbu, a (c) s kvalitou života.

Únava

(a) Výsledky předchozí analýzy ukazují, že faktorem, který nejvíce komplikuje život žen s karcinomem prsu, je únava. Míra únavy je výrazně ovlivněna formou léčby. Nejvyšší míra únavy je spojena s ozařováním a chemoterapií, nejnižší s hormonální léčbou a s rehabilitací. To ukazují výsledky, jež prezentujeme v tab. 2.

(b) Jak jsme již uvedli, věnovali jsme pozornost rovněž vlivu negativních průvodních jevů, jež souvisejí s nemocí a její léčbou. Lze se domnívat, že i ony více nebo méně významně ovlivňují kvalitu života těchto žen. Ukazuje se, že míra únavy signifikantně souvisí s počtem průvodních jevů: čím více těchto průvodních jevů nemocí a/nebo její léčby respondentky sdělují, tím se cítí unavenější ($r_{(399)} = 0,29$; $p < 0,005$).

(c) Míra únavy vykazuje lineární souvislost s kvalitou života: čím intenzivnější únava, tím nižší celková životní spokojenost ($r_{(377)} = -0,37$; $p < 0,001$).

Tab. 2 Průměrná míra únavy při různých formách terapie

	hormonální léčba	rehabilitace	operace	chemoterapie	ozařování
M =	3,05 _a	2,75 _{a,b}	2,63 _{a,b}	2,48 _{b,c}	2,18 _{b,c}

Poznámky: Škála je od 1 = „rozhodně ano“ přes 3 = „někdy ano, někdy ne“ po 5 = „rozhodně ne“. Bonferroniho test; průměry s odlišnými dolními indexy se liší na minimální celkové hladině 0,05. $F_{(4|234)} = 3,14$; $p < 0,02$.

Psychická tenze

Jako druhý nejvýznamnější problémový okruh, na něž si respondentky stěžují, jsou uváděny úzkost, deprese, pocity bezmoci, psychické napětí atp. Tyto problémy spolu úzce souvisejí a vytvářejí faktor, který jsme označili jako „tenze“.

(a) Rovněž míra těchto tenzí souvisí v určité míře s formou léčby. Nejnižší míra tenzí je spojena s rehabilitací a hormonální léčbou, nejvyšší naopak s operací a ozařováním. Nicméně, jak ukazují údaje v následující tabulce, není zde celkový test signifikantní.

Tab. 3 Průměrná míra tenzí při různých formách terapie

	hormonální léčba	rehabilitace	operace	chemoterapie	ozařování
M =	3,35	3,43	2,73	3,00	2,64

Poznámky: Škála je od 1 = „rozhodně ano“ přes 3 = „někdy ano, někdy ne“ po 5 = „rozhodně ne“. $F_{(4|220)} = 2,28$; $p < 0,065$.

(b) Míra tenzí souvisí signifikantně s počtem průvodních účinků onemocnění a jeho léčby ($r_{(375)} = 0,22$; $p < 0,005$).

(c) Tenze vykazují lineární souvislost s kvalitou života: čím vyšší je úroveň tenzí, tím nižší je celková životní spokojenost ($r_{(346)} = -0,39$; $p < 0,001$).

Bolest

Jako v pořadí důležitosti třetí problémová oblast je respondentkami uváděna bolest.

(a) Intenzita bolesti je v úzkých vztazích s formou léčby. To ukazují data v následující tabulce. Nejméně si stěžují na bolesti pacientky, které jsou léčeny hormonálně, nejvíce naopak pacientky po operaci nebo ozařování.

Tab. 4 Průměrná míra bolesti při různých formách terapie

	hormonální léčba	rehabilitace	operace	chemoterapie	ozařování
M =	4,10 _a	3,72 _b	3,58 _b	3,86 _{a,b}	3,48 _b

Poznámky: Škála je od 1 = „rozhodně ano“ přes 3 = „někdy ano, někdy ne“ po 5 = „rozhodně ne“. Bonferroniho test; průměry s odlišnými dolními indexy se liší na minimální celkové hladině 0,05. $F_{(4|251)} = 3,75$; $p < 0,01$.

(b) Intenzita bolesti souvisí ze všech čtyř námi sledovaných dimenzí psychosomatických symptomů s počtem průvodních účinků onemocnění a jeho léčby statisticky nejvýznamněji ($r_{(437)} = 0,43$; $p < 0,005$). To je v souladu s obsahovou analýzou odpovědí: respondentky, které si stěžovaly na bolesti, si často stěžovaly na pálení v jizvě po operaci, na artrózu kyčlí, na chronickou gastritidu atp.

(c) Korelace mezi intenzitou bolesti a škálou spokojenosti s životem je sice statisticky významná ($r = -0,19$; $p < 0,001$), nikoliv však příliš vysoká. Bolest souvisí s kvalitou života patrně především zprostředkovaně. Domníváme se, že působení bolesti na kvalitu života je zprostředkováno zejména jejími vlivy na pocíty únavy, úzkosti a napětí. Například korelace bolesti s únavou je výrazně silnější ($r = 0,53$; $p < 0,0001$) než již uvedená korelace s životní spokojeností.

Nevolnost, zvracení, nechutenství, průjem atp.

Jako poslední, již méně významný psychosomatický faktor, na něž si pacientky stěžovaly, byla uváděna „nevolnost“ — zvracení, nechutenství, průjem a zácpa (a rovněž vypadávání vlasů).

(a) Jak ukazujeme v tab. 5, stěžují si respondentky, které právě procházejí hormonální léčbou, na tyto problémy signifikantně méně často než respondentky, jež prodělávají chemoterapii.

Tab. 5 Průměrná míra nevolnosti při různých formách terapie

	hormonální léčba	rehabilitace	operace	chemoterapie	ozářování
M =	4,36 _a	4,35 _{a,b}	3,93 _{a,b}	3,49 _{b,c}	3,60 _{a,b}

Poznámky: Škála je od 1 = „rozhodně ano“ přes 3 = „někdy ano, někdy ne“ po 5 = „rozhodně ne“. Bonferroniho test; průměry s odlišnými dolními indexy se liší na minimální celkové hladině 0,05. $F_{(4/225)} = 9,38; p < 0,0005$.

(b) Korelace mezi nevolností a počtem průvodních účinků onemocnění a jeho léčby je statisticky signifikantní ($r_{(373)} = 0,23; p < 0,005$).

(c) Rovněž nevolnost je jen ve velmi slabých přímých vztazích se Škálou spokojenosti s životem (pro souhrnnou informaci o korelacích mezi proměnnými viz tab. 6). Vykazuje však výrazné vztahy s bolestmi a únavou (například korelace nevolnosti a bolesti činí $r = 0,51; p < 0,0001$). I její vliv na kvalitu života je tedy patrně zprostředkovaný.

1.3.3 Shrnutí – model struktury vztahů

Vcelku byly zjištěny mezi jednotlivými proměnnými korelace, jež uvádí následující tabulka.

Tab. 6 Korelace mezi jednotlivými proměnnými

	únava	tenze	bolest	nevolnost
tenze	0,57			
bolest	0,52	0,39		
nevolnost	0,39	0,35	0,51	
SWLS	-0,37	-0,39	-0,19	-0,16

Poznámky: Všechny korelace jsou signifikantní minimálně na hladině 0,01. SWLS ... Škála spokojenosti s životem.

Je patrné, že Škála spokojenosti s životem (SWLS) nejvýrazněji koreluje s únavou a s tenzemi. Tenze a bolest nejméně korelují s únavou, nevolnost s bolestmi.

Protože spolu všechny čtyři psychosomatické proměnné korelují, použili jsme k analýze jejich nezávislých vztahů se Škálou spokojenosti s životem parciální korelace. Kontrolovali jsme vždy vlivy všech „vnějších“ proměnných, tedy těch, které nebyly právě předmětem analýzy. Tak například při analýze vztahů mezi únavou a Škálou spokojenosti s životem jsme kontrolovali vlivy tenzí, bolesti a nevolnosti (jde o parciální korelace typu $r_{12,345}$).

Výsledky analýzy parciálních korelací mezi jednotlivými psychosomatickými proměnnými a kvalitou života (SWLS) uvádí následující tabulka.

Tab. 7 Parciální korelace mezi psychosomatickými problémy a škálou spokojenosti s životem (SWLS)

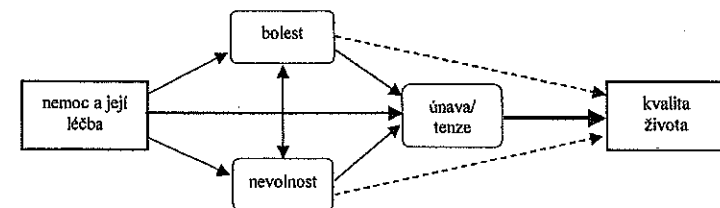
(1)	SWLS (2)	kontrolované proměnné (345)
únava	-0,14**	tenze, bolest, nevolnost
tenze	-0,27**	únava, bolest, nevolnost
bolest	-0,00 n.s.	únava, tenze, nevolnost
nevolnost	-0,02 n.s.	únava, tenze, bolest

Poznámky: ** $p < 0,01$.

SWLS ... Škála spokojenosti s životem.

Z této tabulky je zřejmé, že při kontrole ostatních proměnných koreluje se Škálou spokojenosti s životem (SWLS) statisticky signifikantně pouze únava a tenze.

Jako výsledek uvedených analýz lze předložit hypotetický model vztahů mezi nemocí, její léčbou, psychosomatickými faktory a kvalitou života, který znázorňujeme v 1. obrázku.



Obr. 1 Hypotetický model struktury vztahů mezi nemocí, její léčbou, psychosomatickými problémy a kvalitou života

Šipky znázorňují v tomto hypotetickém modelu kauzální působení. (Jsme si ovšem vědomi toho, že jde o zčásti zjednodušující výřez. Například permanentní psychické tenze – a koneckonců i celkově špatná kvalita života – mohou být jednou ze spolupříčin vývinu karcinomu; lidé odlišně senzitivní na vnímání bolesti nebo různé náchylní na zvracení, zácpu, průjem atp. mohou prožívat stejný objektivní somatický stav a stejné formy terapie značně odlišně; depresivnímu jedinci patrně zhorší samotné stigma „rakoviny“ kvalitu života výrazněji než méně depresivnímu atd. Nicméně, rozvinutý karcinom a jeho léčba mají nesporné vlivy na tyto psychosomatické děje, jak ukazují mimo jiné příspěvky některých autorů ve sbornících redigovaných Bullingerovou, Siegristem a Ravens-Siebererem, 2000, nebo Martym a Pecorellim, 2001.)

Jednotlivé psychosomatické problémy (únava, tenze, bolest a nevolnost) jsou v tomto modelu chápány jako důsledky nemoci a její léčby. Jak jsme ukázali v textu, souvisí nemoc a její léčba s těmito psychosomatickými problémy jednak přímo, jednak nepřímo, tím, že způsobují řadu průvodních zdravotních komplikací (pálení v jizvě po operaci, anémii, hypertenzi, bolesti hlavy, deprese, artrózu kyčlí, chronickou gastritidu atd.).

Kvalita života je v tomto modelu nejvíce ovlivněna únavou a psychickými tenzemi (psychickým napětím, depresemi, pocitem bezmoci, úzkostí a strachem). Ty samy jsou ovlivněny jednak samotnou nemocí a její léčbou, jednak bolestmi a „nevolností“ (zažívacími problémy, průjmy, zácpou, zvracením, nechutenstvím atp.). Vliv nemoci a její léčby na kvalitu života je zprostředkovaný těmito psychosomatickými proměnnými.

2. VÝZKUM – HETEROGENNÍ POPULACE KARCINOMŮ

V druhé studii jsme ověřovali, zda pořadí problémů, s nimiž se setkává heterogennější populace onkologických pacientů, odpovídá pořadí zjištěnému u předchozí populace pacientek a dále jsme testovali strukturní model, k němuž jsme dospěli – post hoc – ve výzkumu prvním.

Vzorek tvořili pacienti s nejrozmanitějšími formami karcinomů (Hnilica, 2001 a). I tento výzkum byl realizován za finanční podpory farmaceutické firmy Janssen-Cilag.

2.1 Vzorek

Výzkumu se zúčastnilo celkem 384 respondentů, z nichž bylo 183 mužů (47,7%) a 201 žen (52,3%). Respondenti byli ve věkovém pásmu od 24 do 89 let. V průměru jim bylo 60 let, muži byli o cca půl roku mladší než ženy ($M_{muži} = 58,9$; $M_{ženy} = 60,6$). Rozdíl mezi průměry není statisticky významný. Nejvíce diagnóz se týkalo karcinomu plic (21,1%), karcinomu gastrointestinálního traktu (20,8%), karcinomu prsu (15,6%), urologických karcinomů (9,6%), gynekologických karcinomů (8,3%) a karcinomů ORL (6,3%). Mezi méně časté patřily kryptogenní karcinomy, hematologické karcinomy, maligní melanomy, sarkomy měkkých tkání a některé další.

2.2 Metoda

Pacienti vyplnili dotazník, v němž byly především otázky, týkající se jejich psychosomatických problémů. V dotazníku byly užity podobné položky jako v šetření prvním. Ošetřující lékař kromě toho vyplnil další dotazník, v němž uvedl aplikované formy terapie, předepsané léky a hladinu hemoglobinu pacienta.

Faktorová analýza prvního dotazníku vedla k extrakci pěti oblastí psychosomatických problémů, jimiž jsou únava, psychické tenze, bolesti, fyzická nevolnost (žaludeční potíže) a zácpa. Tyto faktory společně vysvětlují cca 68% variability skóru.

Únavu zjišťovaly celkem čtyři položky (například „Byl/a jste unaven/a?“, „Cítil/a jste se slabý/á?“). Formát odpovědí byl u všech otázek stejný (od 1 = „vůbec ne“ do 4 = „velmi“). Z těchto čtyř položek jsme sestavili celkovou škálu únavy. Tato škála je vysoce reliabilní ($\alpha = 0,88$).

Psychické tenze zjišťovaly jiné čtyři položky (například „Cítil/a jste napětí?“, „Cítil/a jste obavy?“). Rovněž škála sestavená z těchto položek je vysoce reliabilní ($\alpha = 0,87$).

Bolest byla měřena rovněž čtyřmi položkami (například „Měl/a jste bolesti?“, „Narušovala Vaše bolest Vaše každodenní aktivity?“). Škála sestavená z těchto čtyř položek je uspokojivě reliabilní ($\alpha = 0,75$).

Nevolnost byla zjišťována třemi položkami (například „Zvracel/a jste?“, „Měl/a jste žaludeční potíže?“). I škála sestavená z těchto tří položek je uspokojivě reliabilní ($\alpha = 0,71$).

Poslední faktor vytvořily dvě položky, které se týkaly zácpy („Měl/a jste zácpu?“) a průjmu („Měl/a jste průjem?“). Tyto dvě položky spolu korelovaly nepříliš vysoce a záporně ($r = -0,15$; $p < 0,003$). Pro možnost stanovení pořadí problémů jsme z těchto dvou položek sestavili sumární škálu zácpy. Protože však jde o škálu málo reliabilní a sotva unidimensionální, ve strukturním modelu jsme ji nepoužili.

Kvalita života byla zjišťována otázkou: „Jak byste ohodnotil/a celkovou kvalitu svého života v průběhu minulého týdne?“ Stupnice odpovědí byla od 1 (= velmi špatná) do 7 (= vynikající). Většina pacientů uvedla, že kvalita jejich životů je poměrně špatná (56% udalo hodnotu mezi 1 a 3).

Hladinu hemoglobinu uváděl lékař. V celém vzorku byly zjištěny tyto hodnoty: $M = 118,47 \text{ g/l}$, $SD = 19,04 \text{ g/l}$.

2.3 Výsledky

2.3.1 Pořadí problémů

V průměru si pacienti v tomto vzorku nejvíce stěžují na únavu, dále na bolesti, na psychické tenze, na nevolnost a nejméně na zácpu a průjem. To ukazují průměry (M) a standardní odchylky těchto průměrů (SD), jež uvádíme v následující tabulce.

Tab. 8 Pořadí problémů respondentů s heterogenními karcinomy

	M	SD	N
únava	2,84	0,76	384
bolest	2,61	0,78	384
tenze	2,07	0,75	384
nevolnost	1,85	0,71	384
zácpa/průjem	1,53	0,53	384

Poznámka: Škála je od 1 = „vůbec ne“ do 4 = „velmi“.

Rozdíly mezi všemi průměry jsou statisticky vysoce signifikantní. V následující tabulce uvádíme testy rozdílů v tabulce po sobě jdoucích průměrů.

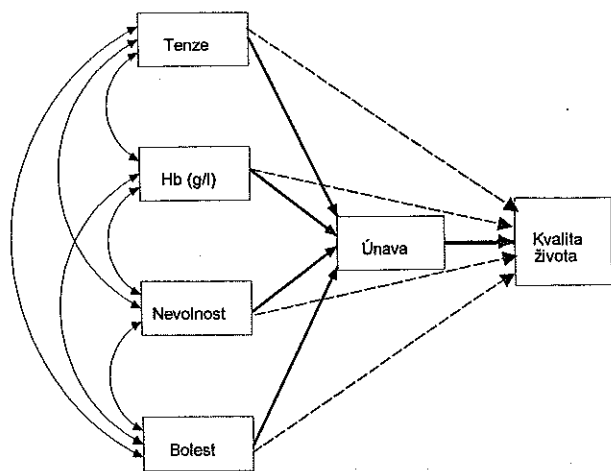
Tab. 9 Testy rozdílů mezi psychosomatickými problémy

	párové rozdíly		t	df	p <
	M	SD			
únava - bolest	0,23	0,74	6,07	383	0,0005
bolest - tenze	0,54	0,78	13,62	383	0,0005
tenze - nevolnost	0,22	0,86	4,92	383	0,0005
nevolnost - zácpa	0,32	0,78	8,05	383	0,0005

Například průměrný rozdíl ($M =$) mezi únavou a bolestí činí 0,23. Tento rozdíl je při 383 stupních volnosti (df) statisticky vysoce signifikantní ($t = 6,07$; $p < 0,0005$). Pacienti si tedy stěžují na únavu v průměru signifikantně více než na bolesti. Totéž platí i o rozdílech mezi všemi ostatními po sobě jdoucími průměry. Nejvýraznější je rozdíl mezi bolestmi a psychickými tenzemi ($M = 0,54$). Tento rozdíl svědčí rovněž o změně průměrné odpovědi. Zatímco na únavu a bolesti si pacienti stěžují „dost“ (škálová hodnota ≈ 3), na tenze a nevolnosti si pacienti stěžují pouze „trochu“ (škálová hodnota ≈ 2). U zácpy je škálová hodnota na hranici mezi „trochu“ a „vůbec ne“.

2.3.2 Strukturní model

V návaznosti na závěry našeho minulého výzkumu a na některé literární prameny (Bullinger, Siegrist a Ravens-Sieberer, 2000; Harper, 2000; Khayat, 2000; Marty a Pecorelli, 2001) jsme vyšli v tomto výzkumu ze zjištění, že kvalita života onkologických pacientů je ovlivněna především únavou. V této části testujeme hypotézu, podle níž mezi jednotlivými psychosomatickými proměnnými a kvalitou života existují vztahy znázorněné v následujícím grafu. Kromě probíraných psychosomatických proměnných jsme do modelu zahrnuli i hladinu hemoglobinu, u níž se postulují výrazný vztah k únavě, a to zejména při anémii, vznikající v důsledku některých forem léčby (viz například Itri, 2001).



Obr. 2 Obecný model struktury vztahů mezi psychosomatickými problémy a kvalitou života

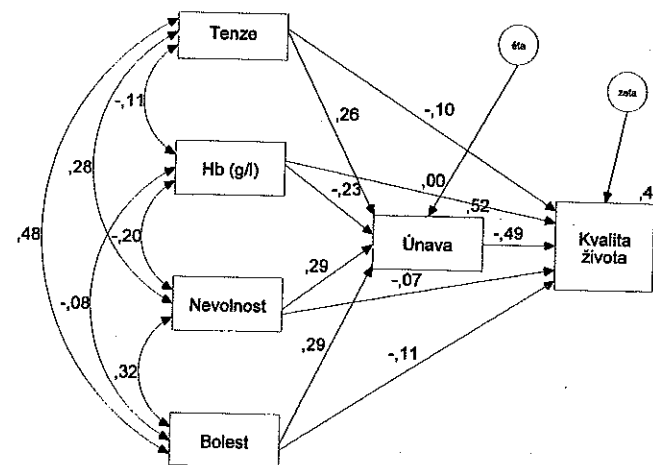
Půlkulaté dvoustranné šipky zde znamenají korelace (r) mezi proměnnými, jednostranné přímé šipky koeficienty regrese (β). Předpokládáme tedy, že mezi tenzí, hladinou hemoglobinu, nevolností a bolestí existují signifikantní korelace (dvoustranné šipky). Tyto proměnné ovlivňují kvalitu života pacientů zčásti přímo, především však spoluurčují míru únavy, která je sama klíčovým faktorem ovlivňujícím hodnocení kvality života onkologických pacientů. To naznačují jednostranné šipky, které směřují od tenzí, hemoglobinu, nevolnosti a bolesti jednak přímo ke kvalitě života (přerušované jednostranné šipky), jednak k únavě (plně jednostranné šipky). Nejsilnější jednostranná šipka pak směřuje od únavy ke kvalitě života.

Výsledky testu modelu u celého souboru pacientů uvádíme v následujícím grafu. Číslce vedle šipek informují o velikosti korelačních a regresních koeficientů. Číslce nad obdélníky (únavou a kvalitou života) informují o proporci vysvětlené variance dané proměnné (R^2).

V celém souboru je tak například korelace mezi tenzí a bolestí vysoce signifikantní ($r = 0,48$); rovněž tak korelace mezi tenzí a nevolností ($r = 0,28$) a nevolností a bolestmi ($r = 0,32$) jsou vysoce signifikantní.

Regresní koeficient tenze a únavy činí ($\beta =$) $0,26$, tenze a kvality života ($\beta =$) $-0,10$; čím vyšší tenze, tím vyšší míra únavy a současně horší kvalita života. Rovněž bolest vykazuje signifikantní nezávislé vlivy jak na únavu ($\beta = 0,29$), tak na kvalitu života ($\beta = -0,11$). Hladina hemoglobinu a nevolnost vykazují signifikantní nezávislé vlivy na únavu, nikoliv však na kvalitu života. Únava má na kvalitu života ze všech proměnných nejvýraznější vliv ($\beta = -0,49$). Únava sama je těmito čtyřmi proměnnými vysvětlena z 52% ($0,52$); kvalita života je vysvětlena současným působením všech pěti faktorů ze 44% ($0,44$).

Přes přijatelnost uvedeného modelu k vysvětlení souvislostí mezi psychosomatickými problémy a kvalitou života se však ukazuje, že jej bude vhodné v průběhu dalších výzkumů upřesňovat a modifikovat. Ukázalo se zejména, že pro jednotlivé diagnózy platí poněkud jiné vztahy. Pro ilustraci uvádíme dva zčásti odlišné výsledky, které jsme zjistili u **karcinomu plic** a u **gynekologických karcinomů**. U obou diagnóz je únava klíčovým faktorem; liší se však ve vlivu ostatních faktorů.

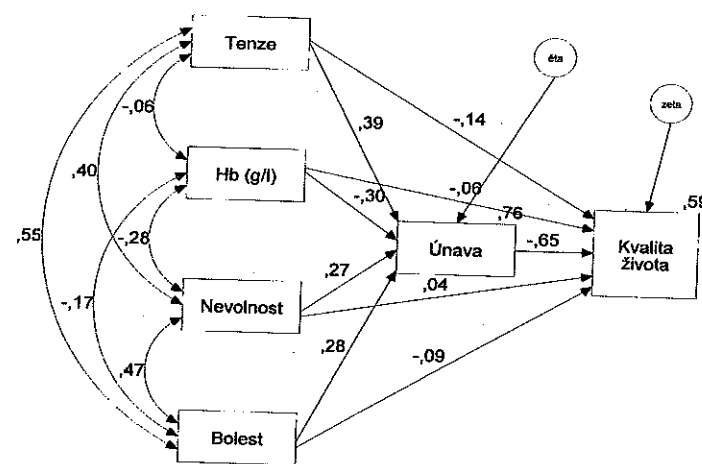


Obr. 3 Model struktury vztahů mezi psychosomatickými problémy a kvalitou života – celý vzorek

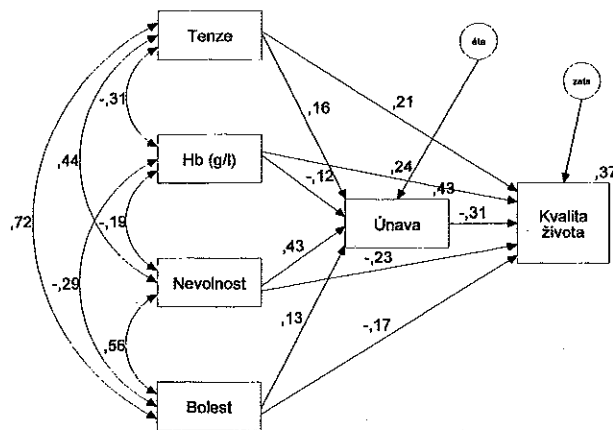
U **karcinomu plic** je únava hlavním a (s regresní vahou $-0,65$) takřka jediným faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Hladina hemoglobinu (Hb), nevolnost a bolest ovlivňují nezávisle a signifikantně výši únavy, nikoliv však kvalitu života. Pouze psychická tenze má i zde signifikantní nezávislý vliv na kvalitu života ($\beta = -0,14$).

Únava je u karcinomu plic vysvětlena ostatními čtyřmi faktory ze 76% . Kvalita života je vysvětlena spolupůsobením těchto pěti faktorů z 59% .

U **gynekologických karcinomů** je situace značně odlišná. Tenze, hladina hemoglobinu, nevolnost i bolest sice vykazují i zde signifikantní vlivy na únavu, nicméně tyto čtyři faktory vykazují současně silné a nezávislé vlivy na kvalitu života. Vliv únavy zde není relativně tak silný ($\beta = -0,31$). Navíc zde celkově tento model nevysvětluje kvalitu života tak dobře jako u karcinomu plic (z 37%).



Obr. 4 Model struktury vztahů mezi psychosomatickými problémy a kvalitou života – karcinomy plic



Obr. 5 Model struktury vztahů mezi psychosomatickými problémy a kvalitou života – gynekologické karcinomy

Překvapivá je signifikantní a kladná váha regresního koeficientu mezi tenzí a kvalitou života ($\beta = 0,21$): čím vyšší tenze, tím lepší kvalita života těchto pacientek. Za upozornění stojí i velmi vysoká korelace mezi psychickou tenzí a bolestmi ($r = 0,72$).

Za zmínku dále stojí, že pacienti s karcinomem plic (KP) se od pacientek s gynekologickými karcinomy (GK) statisticky signifikantně *neliší* v kvalitě života ($M_{KP} = 3,51$; $M_{GK} = 3,13$; $t_{(109)} = 1,33$; $p = 0,19$), v intenzitě únavy ($M_{KP} = 2,73$; $M_{GK} = 2,82$; $t_{(111)} = -0,59$; $p = 0,56$), v intenzitě bolestí ($M_{KP} = 2,52$; $M_{GK} = 2,55$; $t_{(111)} = -0,19$; $p = 0,85$), v intenzitě tenzí ($M_{KP} = 1,98$; $M_{GK} = 2,05$; $t_{(111)} = -0,45$; $p = 0,66$), v intenzitě nevolnosti ($M_{KP} = 1,70$; $M_{GK} = 2,80$; $t_{(111)} = -0,76$; $p = 0,45$) ani v hladině hemoglobinu ($M_{KP} = 120,8$; $M_{GK} = 114,4$; $t_{(106)} = 1,78$; $p = 0,08$). Jde tedy pouze o *strukturní* rozdíl.

SHRNUTÍ A ZÁVĚRY

První studie vede mimo jiné ke zjištění, že intenzita psychosomatických problémů, s nimiž se onkologičtí pacienti setkávají, je výrazně ovlivněna *formou terapie*. Výrazné vlivy na rozmanité psychosomatické problémy mají zejména ozařování a chemoterapie, méně výrazné vlivy má hormonální léčba. Různé formy terapie přitom ovlivňují jednotlivé dimenze psychosomatických symptomů u pacientek s karcinomem prsu poněkud odlišně. Statisticky nejprůkazněji je ovlivněna odlišnými formami terapie únava, nejméně výrazně s ní naopak souvisí psychické tenze. Vlivy onemocnění a jeho terapie na psychosomatické problémy jsou jednak přímé (vnímání a reflexe změn, k nimž dochází v důsledku destrukce rozmanitých buněk a tkání), jednak nepřímé, způsobené sekundárními důsledky onemocnění a jeho léčby.

Obě studie vedou k podobným závěrům, týkajícím se *pořadí psychosomatických faktorů*, jež komplikují onkologickým pacientům život. V obou studiích se ukázalo, že si tyto pacienti nejvíce stěžují na *únavu*. Po únavě následují *bolesti* a *psychické tenze*. Pořadí důležitosti těchto dvou faktorů může být u různých forem karcinomů patrně odlišné. Na poslední dvě místa se řadí *žaludeční potíže* a *zácpa/průjem*.

Ve druhé studii jsme testovali *strukturní model*, v němž je hlavním faktorem, ovlivňujícím kvalitu života onkologických pacientů, *únava*. Bolest, nevolnost a psychické

tenze (a rovněž hladina hemoglobinu) mají sice na kvalitu života rovněž přímý vliv, jejich vliv je však především zprostředkovaný: tyto proměnné především spoluurčují míru únavy, která je sama klíčovým faktorem ovlivňujícím kvalitu života onkologických pacientů. Výsledky jsou v dobré shodě s tímto modelem. Dále se ukázalo, že vliv únavy na kvalitu života je závislý na typu diagnózy. U některých diagnóz (například u karcinomu plic) je únava klíčovým a takřka jediným faktorem, ovlivňujícím kvalitu života, u jiných (například u gynekologických karcinomů) je únava jedním z více v principu takřka rovnocenných faktorů, ovlivňujících kvalitu života pacientek.

Oba výzkumy vedou dále k závěru, že další proměnnou, jež ovlivňuje statisticky významně a relativně nezávisle kvalitu života onkologických pacientů, je vedle únavy především *psychická tenze*. Pod tímto označením se v této práci skrývá skupina spolu vysoce korelujících psychosomatických problémů, jež by však v některých kontextech bylo nesporně třeba zkoumat odděleně (viz například Marx, Gauvain-Piccard a Saltel, 1998).

Vzhledem ke značné konvergenci výsledků z těchto dvou studií, získaných u různých vzorků nádorových onemocnění zčásti odlišnými technikami (zejména kvalita života byla v každé studii měřena odlišnými nástroji), dospíváme k závěru o přijatelné heuristické hodnotě předloženého modelu. Současně jsme si však vědomi toho, že jde v principu o korelační studie, které nám neumožňují dospět k přesvědčivým závěrům o směru kauzálního působení mezi proměnnými. V tomto směru se nutně musíme opírat především o experimentální práce, z nichž některé citujeme.

Kromě komplementárních experimentálních šetření by ovšem bylo třeba tento model ověřovat na větších skupinách pacientů se stejnými diagnózami. Tato strategie by umožnila testovat rozdíly jak v pořadí psychosomatických problémů, s nimiž se setkávají onkologičtí pacienti s různými diagnózami, tak ve struktuře vztahů mezi těmito psychosomatickými problémy a kvalitou života.

Není třeba zvlášť zdůrazňovat, jak by bádání v české psycho-onkologii prospěly standardizované nástroje k měření bolesti, únavy, kvality života atd. Onkologové sami jsou v tomto ohledu značně bezradní a nekompetentní, neboť zpravidla nemají vědeckou přípravu v oblasti psychometrie. Navíc by do výzkumů kvality života onkologických pacientů měly být podle našeho názoru zahrnuty i některé další psychosomatické a biologické proměnné a rovněž proměnné psychosociální povahy. Souvislosti mezi psychosociálními faktory (například kvalitou partnerských vztahů, rodinným zázemím, ekonomickou situací atp.) a kvalitou života se prokázaly například i při zkoumání kvality života pacientek s karcinomem prsu (Hnilica, 2001 b).

LITERATURA

- Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Lebensqualitätsforschung aus medizinspsychologischer und soziologischer Perspektive. Göttingen, Hogrefe 2000.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S.: The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49, 1985, 71-75.
- Harper, P.: Recent progress in improving quality of life in cancer patients. *International Journal of Pharmaceutical Medicine* 14, 2000, 66-67.

- Hnilica, K.: Výzkum kvality života onkologických pacientů. (Závěrečná zpráva.) Praha, Janssen-Cilag/IRBIS 2001 a.
- Hnilica, K.: Výzkum kvality života žen s karcinomem prsu. (Závěrečná zpráva.) Praha, Janssen-Cilag/IRBIS/ARCUS 2001 b.
- Itri, L. M.: Epoetin alfa intervention for anemia-related fatigue in cancer patients. In: M. Marty a S. Pecorelli (Eds.): *Fatigue and Cancer*. Amsterdam, Elsevier 2001, 129-143.
- Khayat, D.: The many causes of quality of life deficit in cancer patients. *International Journal of Pharmaceutical Medicine* 14, 2000, 70-71.

Lewis, C. A., Shevlin, M. E., Smékal, V., Dorahy, M. J.: Factor structure and reliability of a Czech translation of the Satisfaction With Life Scale among Czech university students. *Studia Psychologica* 41, 1999, 239-244.
Marty, M., Pecorelli, S. (Eds.): *Fatigue and Cancer*. Amsterdam, Elsevier 2001.
Marx, G., Gauvain-Piccard, A., Saltel, P.: Anxiété, dépression, cancer : aspects cliniques. *L'Encéphale* 2, 1998, 66-71.

SOUHRN

V práci je podána informace o výsledcích dvou výzkumů kvality života onkologických pacientů v ČR, které proběhly v letech 2000-2001. První z nich se týkal vzorku žen s onkologickým

onemocněním prsu, druhý pacientů s heterogennější populací nádorových onemocnění. První studie ukazuje, že intenzita psychosomatických problémů, s nimiž se pacientky setkávají, je výrazně ovlivněna formou léčby jejich onemocnění. Obě studie vedou k podobným závěrům, týkajícím se pořadí psychosomatických faktorů, ovlivňujících kvalitu života onkologických pacientů: v obou studiích se ukázalo, že nejvíce ovlivňuje kvalitu života onkologických pacientů únava. Ve druhé studii byl testován strukturální model, podle nějž mají bolesti, psychické tenze a nevolnost (a rovněž hladina hemoglobinu) na kvalitu života vliv jednak přímý, jednak zprostředkovaný svými vlivy na pocity únavy. Výsledky jsou v dobré shodě s tímto modelem.

Přehledové studie

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ANALÝZY ZNAČKY Z MARKETINGOVÉHO HLEDISKA

JITKA VYSEKALOVÁ
Marktest, a. s., Praha

ABSTRACT

Psychological aspects of brand analyses

J. Vysekalová

The study is based on contemporary marketing approaches and emphasizes the psychological brand attributes forming its identity in the relationship to the customer. The brand value and the brand style as starting points for brand image understanding are defined. The brand is determined from the sight of cognitive psychology, too, above all from the sight of its contribution for deeper analysis possibilities. The inter-

cultural dimension and the globalization events in the relation to brand perception represent the further topic of this study. The paper is completed by examples of both Czech and foreign research pointing to possibilities of exploiting the particular methodical approaches in studying these problems and to the concrete results of investigation in the attitudes of Czech public to the brand.

key words:
brand value,
brand style,
brand image

klíčová slova:
hodnota značky,
styl značky,
image značky

ZÁKLADNÍ TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRO PSYCHOLOGICKOU DEFINICI ZNAČKY

V literatuře se nejčastěji setkáváme s marketingovým pohledem na pojetí značky jako důležitého fenoménu „marketingového mixu“ zdůrazňujícího vnější znaky jako je jméno, název, výtvarný projev apod. odlišující zboží nebo služby v rámci konkurenční nabídky. Tento přístup najdeme v Kotlerovi (1998), Příbové (2000.), Felows-Rodelovi (1998) a dalších autorech, kteří vidí značku z pozice jejího začlenění do komplexního marketingového programu společnosti, a to produktové, cenové, distribuční i komunikační strategie. Další možná definice, kterou používá např. Bárta (1999), a to „značka = výrobek + přidaná hodnota“, ponechává dostatečný prostor pro charakteristiku toho, co je zde označeno jako „přidaná hodnota“.

Značka ovšem nepředstavuje jen racionální fenomén, jenž plní funkční potřeby, ale má výrazné emoční charakteristiky vycházející ze subjektivity vnímání jednotlivých pocitů, které značky vyvolávají. Tomuto pojetí značky se přibližuje např. Wunderman (podle Drtiny, 2001, s. 31-32), který upozorňuje na to, že „značka je zákazníkem vnímána jako zkušenost s uspokojováním vlastních individuálních potřeb, která se vytváří a mění při každém setkání zákazníka se značkou....“, a Řeháková (redakční článek, 1998), která chápe značku jako jedinečnou řadu asociací spojených s určitým jménem nebo jako garanci původu, která zvyšuje hodnotu a je základem preferencí a věrnosti zákazníků.