

Aspekty života ženy po mastektomii

Bakalářská práce

Lucie Goldammerová

Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Duškova 7, Praha 5 150 00

Mgr. Miluše Kulhavá

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu použité literatury. Současně souhlasím s využitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2008

.....
podpis studentky

Abstrakt

Goldammerová Lucie: Aspekty života ženy po mastektomii

Bakalářská práce (Lucie Goldammerová) – Vysoká škola zdravotnická o.p.s.

Duškova 7, Praha 5 150 00

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci

Školitel: Mgr. Miluše Kulhavá, Vysoká škola zdravotnická, Praha 2008

Tématem bakalářské práce jsou aspekty života ženy po mastektomii. V teoretické části je charakterizována anatomie prsní žlázy a jednotlivé typy karcinomů prsu. Dále se zmiňují o jednotlivých druzích kompenzačních pomůcek a jejich následném využití. Nastíněny jsou zde i možnosti terapie karcinomu prsu a jejich vliv na psychiku ženy. Z druhé strany je čtenář seznamován s možnými pooperačními komplikacemi a s možnostmi jejich prevence a léčby. V práci je popsána problematika rekonstrukce prsu. Velice důležitou roli ve zvládnutí tohoto onemocnění je dobrý psychický stav, který podstatně napomáhá k rychlejší rekonvalescenci ženy. Nermalou měrou k tomu přispívá i zdravotnický personál, který zajišťuje ošetrovatelskou péči v perioperačním období. Uvedeny jsou zde zásady zdravé výživy a léčebná rehabilitace. Dále pracovní neschopnost, návrat do zaměstnání a důležitá prognóza onemocnění. Nechybí zde zmínka o neziskových sdruženích žen postižených rakovinou prsu.

Cílem průzkumné části bakalářské práce je zjistit míru informovanosti žen o jejich zdravotním stavu a léčbě již před jejím zahájením. Také ozřejmění se spokojeností žen s výběrem a dostupností kompenzačních pomůcek a vlivem onemocnění na jejich zaměstnání.

K realizaci průzkumu bylo využito metody dotazníkového šetření u sta respondentek.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že ženám před operací prsu nejsou podány dostatečné informace, které si posléze musí vyhledávat svépomocí v odborné literatuře a na internetu. Onemocnění má bezesporu vliv na zaměstnání těchto žen, ale pomoc zaměstnavatele je nejistá. Kladně se ženy vyjadřovaly o výběru a dostupnosti kompenzačních pomůcek, jen malé procento z nich by přivítalo lepší finanční dostupnost těchto pomůcek.

Klíčová slova: mastektomie , karcinom prsu, žena, pacientka, nemoc

Abstrakt

Goldammerová Lucie: Lebensaspekte der Frau nach der Mastektomie

Bachelorarbeit (Lucie Goldammerová) - Vysoká škola zdravotnická o.p.s.

Duškova 7, Praha 5 150 00

Stufe der fachlichen Qualifikation: Bachelor in der Geburtshilfe

Ausbilder: Mgr. Miluše Kulhavá, Vysoká škola zdravotnická, Praha 2008

Das Thema der Bachelorarbeit sind die Lebensaspekte der Frau nach der Mastektomie. Die Anatomie der Brustdrüse und die einzelnen Type des Karzinoms sind in dem theoretischen Teil charakterisiert. Weiter erwähne ich die einzelnen Kompensationsmittel und deren vollgende Benutzung. In der Arbeit sind die Therapiemöglichkeiten des Brustkarzinoms und deren Einfluss auf die Frauenpsyche beschrieben. Von der anderen Seite ist der Leser mit möglichen postoperativen Komplikationen aber auch mit möglicher Prävention und Behandlung vertraut gemacht. In der Arbeit ist die Problematik der Brustplastik beschrieben. Die gute psychische Verfassung spielt eine wichtige Rolle in der Bewältigung dieser Krankheit, sie hilft wesentlich das Heilungsprozess zu beschleunigen. Eine nicht unbedeutende Rolle spielt auch der Sanitätspersonal, der die Krankenpflege in der Zeit bevor, während und nach der Operation leistet. In der Arbeit sind die Prinzipte der gesunden Ernährung und die Heilungsrehabilitation erwähnt. Weiter die Arbeitsunfähigkeit, die Rückkehr in die Arbeit und wichtige Prognose der Krankheit. Es fehlt auch nicht die Erwähnung über die gemeinnützigen Anstalten für die Frauen, die unter dieser Krankheit leiden.

Das Ziel des praktischen Teiles der Arbeit ist zu feststellen, wie die Frauen über deren Zustand und die Therapie schon vor dem Heilungsprozess informiert sind. In dem praktischen Teil erwähne ich auch die Zufriedenheit der Frauen mit der Auswahl und mit der Erreichbarkeit der Kompensationsmittel.

Bei der Umfragerealisierung wurde die Methode der Fragenbogen genutzt und es wurde 100 Befragung durchgeführt.

Aus dem Untersuchungsergebnis ergibt sich, dass die Frauen vor der Brustoperation nicht vollständig informiert sind. Die vollständigen Informationen müssen sich die Frauen selber in der Fachliteratur oder im Internet aussuchen. Die

Erkrankung hat unbestritten einen Einfluss auf den Beruf der Frauen, aber die Hilfe von dem Arbeitsgeber ist manchmal unsicher. Positiv haben sich die Frauen über die Auswahl und die Erreichbarkeit der Kompensationsmittel geäußert, nur ein kleines Teil der Befragten wurden eine bessere finanzielle Erreichbarkeit vorziehen.

Schlüsselwörter: Mastektomie, Brustkarzinom, Frau, Patientin, Krankheit

Předmluva

Existuje mnoho publikací, které se zabývají teoretickou problematikou onemocnění karcinomu prsu. Ale já se domnívám, že není mnoho publikací, které se zabývají právě osobami, které jsou tímto onemocněním postiženy a každodenně se musejí vyrovnávat s mnoha nepříjemnostmi, které v sobě toto onemocnění skýtá.

Tato práce vznikla ve snaze ozřejmit pro někoho naprosto banální věci. Problémy se kterými se tyto ženy musejí vyrovnat je opravdu mnoho a výsledky mé práce to jen potvrzují. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že ženy nemají dostatek informací o léčbě, potýkají se s problémy v zaměstnání i v domácnosti.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn výskytem nádorového onemocnění v mé rodině a také absolvováním klinických cvičení na onkologickém oddělení v Praze. Materiál jsem čerpala z odborných knih a internetu.

Práce je určena všem lidem, kteří mají o tuto problematiku zájem, studentů ošetrovatelství i porodní asistence. Dále sestřám a lékařům pracujících v onkologických ambulancích a odděleních. Pro někoho může být tato práce inspirací pro vytvoření rozsáhlejšího výzkumu na toto téma.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Miluši Kulhavé za podporu, kterou mi poskytla při vypracování této práce. Dále můj dík patří všem členkám neziskového sdružení ALEN, především jejím vedoucím pracovnícím Věře Formánkové a Daniele Kelišové, bez nichž by tento průzkum nemohl být realizován.

Obsah

Úvod	9
1. Teoretická část	11
1.1 Topografie prsu	11
1.2 Struktura prsu	11
1.3 Karcinomy in situ	12
1.3.1 Duktální karcinom in situ (DCIS)	12
1.3.2 Lobulární karcinom in situ (LCIS)	13
1.4 Invazivní karcinomy prsu	13
1.4.1 Duktální karcinom	13
1.4.2 Lobulární karcinom	14
1.4.3 Tubulární karcinom	15
1.4.4 Medulární karcinom	15
1.4.5 Mucinózní karcinom	16
1.4.6 Papilární karcinom	16
1.5 Speciální typy karcinomů prsu	16
1.5.1 Pagetův karcinom	16
1.5.2 Inflammatorní (zánětlivý) karcinom	17
1.6 Terapie karcinomu prsu	17
1.6.1 Chirurgická terapie	17
1.6.2 Radioterapie	18
1.6.3 Chemoterapie	19
1.6.4 Hormonální terapie	20
1.6.5 Podpůrná léčba	20
1.6.6 Komplexní protinádorová léčba	20
1.6.7 Alternativní způsoby léčby	21
1.7 Karcinom prsu a ošetrovatelská péče o ženu v perioperačním období	21
1.8 Pooperační komplikace	22
1.8.1 Lymfatický otok (lymfedém)	22
1.8.2 Další pooperační komplikace	25

1.9 Prognóza přežití na základě TNM klasifikace	25
1.10 Psychologická problematika onemocnění	26
1.11 Rekonstrukce prsu	26
1.12 Protetické pomůcky	28
1.12.1 Paruky	28
1.12.2 Prsní epitézy	28
1.12.3 Doplnky pro používání epitéz	29
1.13 Potřebné informace	30
1.13.1 Pracovní neschopnost a návrat do zaměstnání	30
1.13.2 Zásady správné výživy	30
1.14 Léčebná rehabilitace	31
1.15 Organizace pomáhající ženám s nádorovým onemocněním	32
2. Průzkumná část	33
Závěr	52
Seznam bibliografických odkazů	53
Seznam příloh	54

Úvod

Karcinom prsu je nejčastější zhoubný nádor žen v České republice. Nejvíce se objevuje u žen po 50. roce života (Slezáková, 2007, str. 139). Cílem této práce je nastínění problematiky karcinomu prsu i z té druhé stránky. Tím mám na mysli tu lidskou a ne pouze medicínskou. Člověk může být bravurně seznámen s teorií onemocnění, ale nejdůležitější je poznat osobu, která je tímto onemocněním postižena a hlavně poznat její každodenní problémy, kterým je vystavena, aby se jí dostalo účelné pomoci. Sama jsem se v soukromém životě setkala s tímto onemocněním, proto je to pro mne velkou inspirací.

Samozřejmě se v teoretické části zmiňuji o druzích karcinomů prsu, aby byla pochopena celková problematika onemocnění. Nedílnou součástí práce jsou druhy léčby karcinomu prsu, protože právě touto počáteční léčbou začíná dlouhé období nejistoty a současně naděje nejen v životě ženy, ale i její rodiny. U většiny pacientek je počáteční léčbou chirurgický zákrok, v tomto případě je to modifikovaná radikální mastektomie. Ale v některých případech může tomuto výkonu předcházet léčba ozářením nebo chemoterapie, které se za standardních podmínek používají až po chirurgické léčbě. Jejich úkolem je zastavit množení nádorových buněk. Bohužel i tato léčba má své nežádoucí účinky, které mají neblahý vliv na psychiku ženy, která s nimi musí být předem seznámena. Dále se v léčbě karcinomu prsu využívají alternativní metody léčby, hormonální terapie a komplexní nádorová léčba, ale o nich se zmiňuji pouze okrajově.

Velice podstatnou roli v léčbě tohoto onemocnění hrají zdravotníci a jejich péče o pacientku. Pokud péči realizují kvalifikovaní pracovníci, tak to velice přispívá k brzkému uzdravení žen. Bohužel i přes veškerou péči se mohou vyskytnout nežádoucí pooperační komplikace, jmenuji například lymfatický otok, který se může objevit i několik měsíců po operaci. Tato nežádoucí komplikace vyžaduje dlouhodobou léčbu a absolutní spolupráci pacientky.

Po skončení onkologické léčby je možné po poradě s lékařem provést rekonstrukci prsu, která může velice blahodárně působit na psychiku ženy. Nesmíme ovšem zapomenout, že i tento zákrok má i své kontraindikace. Do této doby, ale i déle jsou

využívány kompenzační pomůcky. Patří mezi ně paruky, prsní epitézy a různé druhy doplňků pro používání epitéz.

Ženy po zjištění diagnózy musejí nemoci přizpůsobit svůj dosavadní život, mám na mysli zaměstnání, rodinu i své koníčky. Po operaci je nutné uzpůsobit své stravovací návyky i tělesnou aktivitu, proto zmiňuji zásady správné výživy a léčebnou rehabilitaci.

V dnešní době je možnost setkat se s mnoha neziskovými sdruženími, které pomáhají ženám po operaci prsu. Považuji za velice důležité alespoň stručně seznámit čtenáře s programem těchto organizací, který je velice přínosný.

Průzkumná část je ve znamení velice důležitých výsledků, které svědčí o nutnosti zamýšlení se zejména nad problematikou informovanosti žen již před samotným zákrokem a také řešení stránky zaměstnanecké.

1. Teoretická část

1.1 Topografie prsu

Prs dospělé ženy je umístěn na přední stěně hrudní od druhého žebra po žebro šesté. Mediální hranicí je sternum (hrudní kost), laterálně prs dosahuje střední axilární linie. Největší objem žlázy je v horním zevním kvadrantu, který směrem k axile (podpažní jamce) tvoří Spenceho (Reiffelův) axilární výběžek. Horní zevní kvadranty prsu jsou též nejčastějším místem výskytu nádorů prsu. Karcinomy lokalizované v dolním vnitřním kvadrantu, mají proti jiným lokalizacím horší prognózu, ale výskyt karcinomu v této lokalizaci je nejnižší. (Strnad, 2001, str. 13)

Vlastní těleso prsu leží mezi dvěma listy povrchové facie (fascia superficialis), mezi kterými probíhají vazivové pruhy (retinaculum Cooperi), které fixují kůži prsu, mamiloareolární (bradavka a dvorec) komplex, lobuly (laloky) žlázového tělesa a společně s pre- a retro- mamární tukovou tkání tvoří typický tvar prsu. Mezi hlubokým listem povrchové facie (povázka) a pektorální fací je řídké vazivo; daný submamární prostor umožňuje prsu volnou pohyblivost proti hrudní stěně a je relativně vaskulární. Právě v tomto prostoru se provádí mastektomie.

1.2 Struktura prsu

Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků (lobi), které jsou k sobě těsně přiloženy a ústí svými velkými dukty na mamile (prsí bradvice), tvořené těmito dukty (vývody) a tuhým vazivem. Velké laloky se dále větví v lalůčky (lobuly). Každý velký duktus drénuje přibližně 20-40 lobulů; současná nomenklatura nazývá konečnou strukturu tkáně mléčné žlázy terminální duktolobulární jednotkou (TDLU), jejíž počet se pohybuje mezi 10-100 na jeden lobulus (lalůček). Počet výše uvedených struktur je velmi variabilní a je závislý na stavu vývoje prsu, věku a hormonální stimulaci. Název TDLU je shodný s termínem „lobulo-alveolární jednotka“ (LA), kterou používají biologové u mléčné žlázy myši a jiných experimentálních zvířat. Právě z této jednotky vzniká převážná většina karcinomů prsu. Terminální duktolobulární jednotka je základní hormonálně senzitivní a laktující jednotkou. Její velikost je od 0,3 do 0,6 mm. Skládá se z tzv. acinů a terminálního intralobulárního ductu, ty jsou tvořeny dvěma vrstvami epitelových buněk. Vnitřní epitelová vrstva je tvořena kuboidním nebo kolumnárním epitelem, zevní myoepitelovou vrstvou, která je ohraničena bazální

membránou. Rozlišujeme vnitřní epitelové buňky dvojího typu. Tzv. „A“- buňky jsou diferencované, mléko tvořící buňky, a tzv. „B“- buňky mají funkci buněk kmenových. Buňky myoepitelové vrstvy nemají nervová zakončení, obsahují ovšem myofilamenta (aktinová a myosinová vlákna), která jsou citlivá na účinky prolaktinu a oxytocinu. Dvouvrstevná epitelová vrstva je přítomná i v duktálním systému a její intaktnost patří mezi základní histopatologická kritéria, podle kterých se odlišují maligní a benigní léze prsu. TDLU jsou propojeny labyrintem extralobulárních terminálních duktů, jež jsou hormonálně senzitivní a bývají sídlem duktálních hyperplazií (zvětšení) a také karcinomů. Stroma obklopující žlázové struktury obsahuje tukovou a vazivovou tkáň, cévní, nervový a lymfatický systém. (Strnad, 2001, str.13-14)

1.3 Karcinomy in situ

1.3.1 Duktální karcinom in situ (DCIS)

Klinická manifestace tohoto karcinomu je velmi různá. V minulosti to byl nález hmatné rezistence v prsu. Ale může se též projevat výtokem z bradavky. Jeho diagnostika byla obtížná. Při zavedení mamografie pochopitelně nastal vzestup incidence DCIS až na 15-30 % všech malignit. Karcinom in situ se v mamografii často projevuje shlukem mikrokalciфикаcí (zvápenatěním). Diagnóza je možná pouze mikroskopicky. DCIS je charakteristický transformací nebo nahrazením duktálního epitelu nádorovým růstem, který zachovává hranice preexistujících duktálních struktur bez invaze do stromatu (podpůrné tkáně). Všechny epitelové prostory jsou vyplněny vysoce atypickými buňkami s nukleárním polymorfismem s/nebo bez centrální nekrózy.(Strnad, 2001, str.43) Buněčná jádra jsou kulovitá nebo oválná a obsahují hyperchromní jádérka. Pro mikroskopickou diagnózu DCIS musí být splněna následující kritéria - všechny buňky musí mít neoplastický vzhled a jsou v kontaktu s bazální membránou, dochází ke ztrátě myoepitelové vrstvy a specifický mezibuněčný prostor musí být konzistentní- tento stav se musí vyskytovat minimálně ve dvou hodnocených polích. Buňky DCIS jsou uspořádány do několika růstových vzorců, které se mohou i kombinovat.

Nejčastějším typem duktálního karcinomu in situ bývá komedonový karcinom, kde jsou téměř vždy přítomny mikrokalciфикации. Skládá se z velkých buněk s četnými tvarovými abnormalitami a hojnou cytoplazmou (základní hmota buňky). Jádro je

bizarní s prominujícím jádérkem. Při tomto typu karcinomu se vyskytují oblasti centrálních nekroz a periduktální fibróza. Komedonový typ bývá největší, někdy je i hmatný a lehce detekovatelný mamografií. Má nejvyšší maligní potenciál.

Při solidním typu duktálního karcinomu in situ atypické buňky kompletně vyplňují a distendují lumen ductu. Nevyskytuje se zde nekróza a chybí jiné růstové vzorce.

Při kribriformním typu karcinomu in situ se mezi proliferujícími buňkami vyskytují „houbovité“ prostory, které vytvářejí jakousi síťovinu. Je-li přítomna centrální nekróza, je to typ s nekrozou. Při absenci nekrozy a převaze pleomorfismu je to typ s anaplázií. Zde jsou buňky malé až střední velikosti s uniformními hyperchromními jádry. Nekrózy bývají omezeny na jednotlivé buňky nebo jejich shluky.

Při mikropapilárním typu karcinomu in situ tvoří rostoucí nádorové buňky „chomáčky“ složené z mikroklků, u kterých chybí fibrovaskulární jádro. Buňky jsou malé nebo střední velikosti a mají hyperchromazii jader bez častých mitóz.

1.3.2 Lobulární karcinom in situ (LCIS)

Téměř vždy je lobulární karcinom in situ lézí asymptomatickou. Bývá náhodným histologickým nálezem v biopsii provedené většinou pro abnormalitu na mamografii. Jeho incidence se pohybuje okolo 10-15 %. Nejvíce jsou ohroženy ženy v premenopauze. V 50 % případů se vyskytuje multicentricky a v 15-40 % postihuje oba prsy. Mikroskopicky je charakterizován proliferací malých kulovitých buněk, které jsou větší než epitelové buňky lemující terminální dukty. (Stranad, 2001, str. 47) Proliferující buňky mají variabilní množství světlé, lehce eozinofilní cytoplazmy a také obsahují vakuoly s mucinem. Nekrózy jsou zde vzácné a také bývá nízký počet mitóz.

1.4 Invazivní karcinomy prsu

1.4.1 Duktální karcinom

Invazivní duktální karcinom je největší skupinou z invazivních karcinomů prsu. Tvoří až 70-85 % maligních nádorů prsu. Diagnóza tohoto nádoru je per exclusionem, což znamená, že nádor nelze zařadit do jiné skupiny invazivních nádorů prsu. Do této skupiny je možno zařadit duktální karcinomy s fibrózou, skirhotický a prostý karcinom. Z generického hlediska bývá pro klasifikaci používán termín NOS (invazivní duktální karcinom jinak nespecifikovaný), nebo NST (invazivní duktální karcinom nezařazený do speciálního typu). Duktální karcinom makroskopicky tvoří špatně ohraničenou

formaci, jejíž konzistence závisí na množství fibrózní tkáně. (Strnad, 2001, str. 48) Skirhus je karcinom s velkým množstvím fibrózy. Na řezu bývá šedobílý a občas je přítomná nekróza. Velikost se pohybuje od několika milimetrů po infiltraci celého prsu. Mikroskopicky se vyskytují velké rozdíly v buněčnosti nádoru, v diferenciaci nádorových buněk a stromatu (podpůrné tkáně) a v přítomnosti zánětlivé infiltrace. Samotný duktální karcinom je přibližně v polovině případů kombinován s tubulární komponentou, v jedné třetině bývá kombinován s oblastmi medulární, papilární nebo mucinózní složkou v 6 % s lobulárním karcinomem. Dalším podtypem invazivního duktálního karcinomu je invazivní kribriformní karcinom, ve kterém převládají kribriformní struktury. Tyto kombinované nádory jsou klasifikovány jako duktální, bývají nízkého grade a jejich prognóza odpovídá biologickým vlastnostem převládající komponenty. Jsou-li v tumoru málo diferencované komponenty, potom prognóza nebývá tak dobrá. K vývoji invazivního špatně diferencovaného duktálního karcinomu (NOS) zřejmě dochází z komedonového nebo solidního duktálního karcinomu in situ. Duktální karcinom metastazuje do kostí, jater, plic a do mozku.

1.4.2 Lobulární karcinom

Tento karcinom tvoří formaci, která je jen o něco tužší než okolní tkáň. Není jasně ohraničen a makroskopicky nejsou vidět žádné abnormality (nekróza, cysty, hemoragie-krvácení). Tumor se téměř výhradně vyskytuje v horních zevních kvadrantech prsu. Neobsahuje kalcifikace a jeho velikost kolísá od několika milimetrů až po infiltraci celého prsu, má tendenci tvořit mnohočetné fokusy. Mamografická diagnostika u tohoto tumoru je velmi obtížná. Lobulární karcinom tvoří 10-14 % všech invazivních karcinomů prsu. Nejčastěji se vyskytuje ve věkovém rozmezí 45-56 let a těsně nad ním. Jen 2 % lobulárních karcinomů se vyskytuje u mladých žen do 35 let a nad 75. rokem života činí jeho frekvence 11 %. Mikroskopicky je tvořen malými uniformními buňkami s oválným jádrem, promínujícím jadérkem, chudou cytoplazmou a desmoplastickou stromální reakcí. Buňky obsahují v 50-90 % estrogenové receptory. Nádorové buňky jsou uspořádány v řadě, lineárně, nebo tečkovitě okolo lobulárních jednotek a duktů a infiltrující difúzně okolní parenchym prsu. Prognóza lobulárního karcinomu je podobná jako u karcinomu duktálního. Lobulární karcinom přednostně metastazuje do meningeálních prostor CNS (karcinomatózní meningitida), na serózní

povrchy (peritoneum) a do retroperitonea. Metastázy v GIT napodobují karcinom žaludku. (Strnad, 2001, str. 48-49) Tento karcinom může také metastazovat do ovarií a dělohy. Dle studie má lepší krátkodobou i dlouhodobou prognózu lobulární karcinom oproti duktálnímu karcinomu.

1.4.3 Tubulární karcinom

Tento karcinom je tvořen neoplastickými elementy, většinou se jedná o dobře diferencovaný karcinom. Kalcifikace jsou zde přítomné v 50 % případů. Tubulární karcinom bývá malý, jeho velikost kolísá mezi 0,2 až 4 cm, přičemž více než 80 % tubulárních karcinomů bylo menších než 1 cm. Při makroskopickém zkoumání vidíme tuhý, špatně ohraničený nádor, na řezu šedobílý. Tvoří přibližně jen 2 % všech invazivních karcinomů, takže jeho výskyt není častý. Ve screeningových programech stoupá incidence tubulárního karcinomu na 9- 21,5 %. Ženy mezi 44- 49 rokem věku jsou postiženy nejčastěji. Tento karcinom má velmi dobrou prognózu, pokud je tvořen tubulárními elementy nejméně v 75 % nebo při velikosti primárního tumoru pod 1 cm. Lymfatické axilární uzliny nebývají v těchto případech postiženy.

1.4.4 Medulární karcinom

Před půl stoletím byl medulární karcinom identifikován jako prognosticky příznivý typ karcinomu. Tvoří dobře ohraničenou formaci, která může být makroskopicky a někdy i zobrazovacími metodami zaměněna za fibroadenom. Jeho průměrná velikost je 2-3 cm. Bývá měkčí, než ostatní nádory prsu, na řezu je světle šedý nebo šedivý, někdy se mohou vyskytovat ložiska nekrózy a hemoragie (krvácení), která jsou žlutá nebo tmavočervená. Medulární karcinom se vyskytuje v méně než 10 % případů a častěji se vyskytuje u mladších žen ve věkovém rozmezí 46- 54 let. Bývají často postiženy okolní lobuly. Metastázy nádoru v lymfatických uzlinách jsou méně časté než u ostatních nádorů, délku přežití určuje velikost tumoru. Prognóza je velmi dobrá u malých nádorů pod 3 cm v průměru a u nádorů bez postižení lymfatických axilárních uzlin.

1.4.5 Mucinózní karcinom

Tento nádor je měkkého charakteru, na řezu našedlý, s gelatinózním, mucinózním povrchem. Není opouzdřen, ale bývá dobře ohraničený. Tvoří asi 1-6 % všech invazivních karcinomů. Jeho velikost může být od 1 cm, ale může zabírat i celý prs. Postihuje ženy staršího věku. U žen nad 75 let tvoří 7 % všech karcinomů, u žen pod 35 let věku je vzácný, s frekvencí výskytu pod 1 %. Čistý mucinózní tumor má velmi dobrou prognózu a téměř vždy desetileté přežití. Recidivy a úmrtí se vyskytují až po 10- 20 letech od operace. (Strnad, 2001 str. 50-51)

1.4.6 Papilární karcinom

Papilární karcinom tvoří 0,3-3 % všech karcinomů prsu. Jeho průměrná velikost se pohybuje mezi 2,5-4,5 cm. Jde o makroskopicky dobře ohraničené nádory, na řezu tmavě hnědé nebo hemoragické a velké nádory bývají cystické. Vyskytuje se převážně v postmenopauzálním období života ženy, průměrný věk je okolo 57 let. U tohoto karcinomu se ve 22-34 % vyskytuje výtok z bradavky. Prognóza je převážně velmi dobrá.

1.5 Speciální typy karcinomů prsu

1.5.1 Pagetův karcinom

Představuje přibližně 1 % všech karcinomů prsu. Má typické znaky jako je svědění, pálení bradavky a/nebo povrchní eroze či ulcerace. Etiopatogeneze není jasná. Nebezpečný je pro svou diagnostiku, často je diagnostikován a léčen jako dermatitida, což vede ke zpoždění léčby. Je-li nádor omezen na bradavku a není-li hmatný, pak frekvence postižení lymfatických uzlin bývá okolo 5 % a pěti - desetileté přežití se pohybuje okolo 92 %, respektive 87 %. Při existenci již hmatné nádorové hmoty klesá přežití na 45 %, respektive 38 %.

1.5.2 Inflamatorní (zánětlivý) karcinom

Zánětlivý karcinom prsu představuje nej malignější typ nádoru prsu a tvoří 3 % všech karcinomů. Klinicky se projevuje zvětšením, bolestí prsu a erytémem (červeným zbarvením kůže), edémem kůže a zvýšením lokální teploty. Je velice nebezpečný, protože klinicky ani mamograficky nebývá detekována formace, nádor difuzně infiltruje celý prs a na mamografii je popisováno pouze zesílení kůže. Proto ve 20 % bývá nádor zpočátku léčen jako mastitida antibiotiky. V čase diagnózy, která se potvrdí biopsií, bývají téměř vždy již přítomné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách. Nádor se vyskytuje u žen v období postmenopauzy. Chirurgická léčba je u tohoto typu nádoru až sekundární. Prognóza je velmi špatná, pět let přežívá pouze okolo 30 % pacientek. (Strnad, 2001, str. 53)

1.6 Terapie karcinomu prsu

Při léčbě karcinomu prsu jde o složité vztahy mezi onemocněním a současnými možnostmi léčby, které se stále rozvíjejí. O návaznosti jednotlivých základních léčebných postupů a výběru optimálních způsobů konkrétní léčby rozhoduje nejčastěji konzilium spolupracujících ošetřujících lékařů. (Kopecký, 1999, str.6) U většiny nemocných žen je počáteční léčbou operace. Za určitých okolností může operační léčbu předcházet léčba ozářením a chemoterapie.

1.6.1 Chirurgická terapie

Odstraňuje vzniklý nádor a tím brání jeho dalšímu růstu a šíření. Rozsah operačního výkonu odpovídá rozsahu a druhu nádoru s přihlédnutím k dalším okolnostem. Rozhodujícím kritériem je dlouhodobý optimální výsledek léčby. Velmi pečlivě je posuzován výběr způsobu operace. Výkon probíhá v celkové anestezii (narkóze) za hospitalizace v nemocničním zařízení. Žena má vždy možnost v případě nejasností vše konzultovat s ošetřujícím lékařem, který by ženě měl podat komplexní informace. Také proto, že musí před operací podepsat informovaný souhlas s operací.

I když je tato práce zaměřena na problematiku žen již po radikálním výkonu, jímž je modifikovaná radikální mastektomie, zmíním se i o druzích konzervativních výkonů. Ke konzervativním výkonům patří tumorektomie, lumpektomie (prosté odstranění tumoru), široká resekce tumoru, která v sobě skýtá odstranění tumoru s 1-2 cm okrajem

tkáně bez tumoru. Dále sem patří kvadrantektomie (segmentová mastektomie), což je excize (vytětí) kvadrantu prsu, kde se nachází nádor. Konzervativní výkony mají své kontraindikace: výsledný špatný kosmetický efekt, nepoměr velikosti tumor/prs, dále tumor větší než 4- 5 cm a uložení tumoru centrálně.

Své kontraindikace má pochopitelně i modifikovaná radikální mastektomie. Mezi ně patří lokální pokročilý tumor, infiltrace kůže nebo hrudní stěny, systémové metastázy a diagnostika inflamatorního karcinomu.

1.6.2 Radioterapie

Radioterapie (léčba zářením) využívá vysokou energii radioaktivního záření k poškození nádorových buněk. (Kopecký, 1999, str.14) Za žádoucí výsledek léčení se považuje zástava rozmnožování těchto buněk a tím zástava růstu nádoru. Stejně jako léčba chirurgická se řadí radioterapie k léčbě místní. Léčebný účinek je patrný pouze v ozářených oblastech. Nevýhodou radioterapie je zasažení i zdravých buněk. Záření má tedy nespecifický protinádorový účinek. Zdravé buňky však mají schopnost regenerace, což nádorové buňky nedokáží. Právě tohoto rozdílu se při léčbě zářením využívá. Radioterapie se často používá po operaci, ale může jí také předcházet. Je také možné, že při některých situacích není nutné radioterapii využít. Nejčastějším místem pro ozáření je oblast jizvy a oblast spádových uzlin (v podpaží, v nadklíčku). Někdy se ozařuje celý prs před operací. Ozařování probíhá ambulantně i za hospitalizace. Většinou žena dochází na ozařování 5 x týdně (v pracovních dnech) po dobu 5 – 6 týdnů. Využívá se moderních ozařovacích technik, které ve spojení s počítačovou technikou zajistí ozáření zdravé tkáně takovou dávkou, z níž se bezpečně zotaví, přičemž je do oblastí postižených dodána dostatečně vysoká dávka. Ženu je nutno již před počátkem ozařování upozornit na nežádoucí účinky, které se mohou vyskytnout. Patří k nim kožní reakce a z celkových reakcí únava. Proto je během ozařování vhodné dodržovat správnou životosprávu, především přijímat dostatek bílkovin a vitamínů a v neposlední řadě dostatek tekutin, což je v této práci také řečeno. Dostatek spánku, relaxační procházky a rehabilitační cvičení také přispívají k celkové fyzické i psychické kondici ženy i při léčbě ozařováním.

Při radioterapii se využívá transkutánní ozařování (zevní ozařování) a brachioterapie, kdy je postižené místo ozařováno z minimální vzdálenosti.

V dnešní době se můžeme setkat s novými léčebnými metodami a to například v Brně, kde vznikla Klinika radiační onkologie. Jednou z moderních metod využívaných v tomto ústavu je akcelerovaná (časově zkrácená) parciální brachyterapie karcinomu prsu. U vybrané skupiny žen s nízkým rizikem recidivy mohou lékaři nahradit šest až sedm týdnů trvající zevní radioterapii zkráceným ozářením, které potrvá jeden týden. Do oblasti původního uložení nádoru se v celkové anestezii zavede 10 až 15 plastových trubiček, vodících karétrů o průměru asi dvou milimetrů. Pacientka je ozařována dvakrát denně po dobu asi deseti minut. Toto ozařování je nebolestivé a pacientka je hospitalizována jen pět dnů. Výzkum v této oblasti stále míří kupředu, takže ženy postižené karcinomem prsu mají větší šanci na uzdravení.

1.6.3 Chemoterapie

Jde o medikamentózní léčbu, která se provádí cytostatiky, jež se mohou i kombinovat. Jde o látky získané buď z přírodních zdrojů nebo jsou připraveny uměle. Principem je poškození rozmnožení nádorových buněk. Zatím nejsou bohužel známa cytostatika, která by nepoškozovala i zdravé buňky. Podávají se v tzv. cyklech – to znamená, že se podají podle přesně stanoveného časového programu. Chemoterapie se nevyužívá jen jako 3. stupeň léčby po operaci a radioterapii. Někdy se zařazuje již před operací, jindy v kombinaci s radioterapií bez operace, někdy se nepodává vůbec. Záleží na druhu nádoru, stadiu nemoci a odezvě na dosavadní léčbu, na snášenlivosti jednotlivých léků a celkovém stavu nemocného. Bohužel je zde riziko vzniku nežádoucích účinků, jako jsou nucení na zvracení a zvracení, dále vypadávání vlasů, které má neblahý vliv na psychiku ženy, která by se měla již předem na tuto skutečnost připravit obstaráním vhodné paruky. Dalším nežádoucím jevem je ztráta chuti k jídlu, průjem nebo naopak zácpa, zánět močového měchýře, krvácení, které je způsobeno poklesem počtu krevních destiček. Potíže s ústní dutinou by měla žena řešit příjmem vydatné, smíšené stravy, úzkostnou péčí o hygienu dutiny ústní a měla by se vyvarovat poraněním v ústní dutině. Chemoterapie může být dále provázena změnami na kůži, poruchou nervů, sníženou obranyschopností, únavou a problémy v sexuálním životě.

Pro úplnost uvádím rozdělení cytostatik a způsoby jejich podání. Mezi cytostatika patří alkylační látky, které znemožňují syntézu bílkovin a dělení buněk, dále

antimetabolity, protinádorová antibiotika, inhibitory mitózy buněk, jež zabraňují buněčnému dělení. Dále mezi cytostatika patří platinové deriváty, deriváty topoizomeráz a ostatní cytostatika, která nemají zcela jasný mechanismus účinku. Cytostatika se mohou podávat samostatně nebo kombinovaně, což se využívá nejčastěji. Účinná je i léčba vysokodávková, kdy se užívají vysoké dávky cytostatik.

Pacientka může přijímat cytostatika perorální cestou, intravenózně, intraarteriálně, intramuskulárně, subkutánně, intracavitárně (do dutiny) a lokálně. Sestra se při aplikaci cytostatik musí řídit povinnostmi pro podání cytostatik.

1.6.4 Hormonální terapie

U velkého množství žen lze prokázat hormonální závislost nádorového onemocnění prsů. Z tohoto důvodu může mít hormonální terapie dobrý léčebný účinek. Její rozsah se liší podle toho, zda jde o ženy před nebo po menopauze a podle jiných kritérií. K hormonální terapii se řadí například vyloučení funkce vaječnicků trvale, nebo dočasně s léky, operačně, podáváním antiestrogenů Tamoxifenu či jiných léků. Hormonální terapie se řadí mezi šetrné způsoby léčby nádorového onemocnění a je doporučována k dlouhodobé léčbě.

1.6.5 Podpůrná léčba

Jak jsem se již zmínila, protinádorová léčba má mnoho vedlejších účinků, proto je hlavním cílem podpůrné léčby usnadnit podávání protinádorové léčby. Do podpůrné léčby se řadí celá řada aktivit: poradenství, psychoterapie, podávání některých léků, informace o klubech nemocných apodobně. V dnešní době se stala podpůrná léčba samozřejmou součástí protinádorové léčby.

1.6.6 Komplexní protinádorová léčba

Je to obvykle kombinace základních léčebných postupů. Léčba musí být vždy dostatečně intenzivní, nelze tedy usuzovat, že intenzita léčby odpovídá přímo rozsahu onemocnění. Ženám se doporučuje plně důvěřovat ošetřujícímu lékaři, protože zná detailně jejich onemocnění. Dovede také zodpovědět osobní dotazy a pomůže při řešení problémů.

1.6.7 Alternativní způsoby léčby

Tyto způsoby léčby jsou často doporučovány laiky, proto si myslím, že mohou být nejen neúčinné, ale mohou také negativně ovlivnit průběh komplexní léčby.

Po ukončení léčby jsou ženy dále v lékařském ošetřování a následné péči. Zpravidla jsou v prvním roce po operaci kontroly každé 3 měsíce, v druhém roce každé 3 – 4 měsíce, ve třetím roce každých 4 – 5 měsíců a v dalším období každého půl roku. Při výskytu neobvyklých potíží je nutná neodkladná návštěva odborníka i bez ohledu na stanovený termín kontroly.

1.7 Karcinom prsu a ošetrovatelská péče o ženu v perioperačním období

Pokud tomu není určeno jinak, tak pacientka přichází k plánovanému příjmu den před operací. Je přijata lékařem, kontrolují se veškeré výsledky vyšetření a pacientka je prohlédnuta anesteziologem. Samozřejmostí by měl být prostor pro zodpovězení otázek pacientky a vysvětlení případných nejasností.

Speciální somatická příprava spočívá v úpravě stravy, ve vyprázdnění střev a v přípravě operačního pole. Běžně se podává v předoperační den lehká strava v poledne, tekutiny večer. Odpoledne je provedeno očistné klyzma, někdy se používá pouze projímavá směs. V podvečer sestra zajistí oholení operačního pole, zvláštností u operace prsu je oholení ochlupení v podpaží.

V některých případech jsou ordinována antikoagulantia k prevenci tromboembolické nemoci. Sestra ručí za jejich podání.

Dle ordinace lékaře jsou podána sedativa na noc a premedikace 30 minut před úvodem do anestezie. Současně s aplikací premedikace jsou provedeny bandáže dolních končetin.

Sestra sloužící na operačním sále pacientce zavede permanentní močový katétr. Doba jeho ponechání je obvykle 24 hodin dle zvyklostí oddělení.

Po operaci je žena zpravidla uložena na zabezpečovací pokoj, ale častěji na JIP, kde jsou monitorovány vitální funkce.

Po předání sestra monitoruje základní životní funkce. Krevní tlak se neměří na ruce operované strany. Pacientka se ukládá do zvýšené polohy na zádech, později je povolena poloha na boku na neoperované straně. Pro prevenci otoku horní končetiny

provádíme její elevaci. Kontrola drenáže, její sekrece a funkčnost. Odstranění drénů závisí na stavu, zpravidla se odstraňují do dvou dnů po operaci.

Jsou pravidelně prováděny převazy operační rány za přísně aseptických podmínek, což přispívá k jejímu včasnému zhojení.

Již nultý den provádíme cvičení na lůžku pro prevenci tromboembolické nemoci. Dále v některých případech sestra nadále podává nízkomolekulární deriváty heparinu a jsou ponechány bandáže.

Permanentní močový katétr je nejčastěji odstraněn do 24 hodin. Po té je nutné sledovat vyprazdňování moče i stolice. Rehydratace a alimentace je započata tekutinami již šest hodin po operaci po lžičkách. Množství tekutin orálně i parenterálně se upravuje podle klinického stavu. Další dny se pokračuje v podávání diety dle základního onemocnění.

Veliký důraz se klade na sledování bolesti a psychického stavu. Ženě je zajištěn dostatek klidu pro odpočinek a spánek, ale také intimita. Není vhodný spánek na operované straně a zakládání rukou za hlavu. Horní končetina je fixována elastickým obvazem, což také zabraňuje tvorbě otoku.

Sestra aplikuje a plní veškeré ordinace dle lékaře.

1.8 Pooperační komplikace

1.8.1 Lymfatický otok (lymfedém)

Na úvod této kapitoly bych ráda objasnila co se skrývá pod pojmem lymfedém. Jedná se o vysokoproteinový otok, který vzniká při poruše transportu lymfy (bezbarvá čirá tekutina, která vzniká z tkáňového moku) v lymfatickém systému a jejím hromadění v podkoží. Zmíním se o výše uvedeném lymfatickém systému, který je jedním z cévních systémů a je tvořen lymfatickými kapilárami, z jejichž sítě jsou tvořeny lymfatické kolektory (sběrné cévy). Další součástí jsou lymfoidní buňky a organizovaná lymfatická tkáň (lymfatické uzliny, slezina, brzlík, plaky ve střevě, tkáň v plicích, játrech i kostní dřeni). Tento systém je také neoddelitelnou složkou imunitního systému.

Nyní se vrátím k samotné problematice lymfedému, který dle charakteru dělíme na primární a sekundární. Primární lymfedém vzniká na základě nesprávného vrozeného vývoje lymfatického systému. Oproti tomu sekundární lymfedém vzniká jako následek

předchozího zánětu, po chirurgickém výkonu, poranění tkáně, po ozáření nebo při nádorovém bujení. Otok může postihnout mimo horní končetiny i dolní končetiny a vzácněji i jiné oblasti těla. U zmíněných sekundárních otoků rozlišujeme čtyři stadia. Latentní, reverzibilní, ireverzibilní a elefantiázu. Latentní stadium se vyznačuje pocitem napětí v postižené oblasti, pálením, bodáním a tlakem. V této fázi ještě otok nemusí být patrný, zhoršený odtok lymfy a její stagnaci lze však již prokázat lymfoscintigrafickým vyšetřením. U tohoto časného stádia může otok přejít do období klidu, které může trvat několik týdnů i let. U reverzibilního stadia je již patrný otok, který po noci částečně nebo úplně mizí. Dochází k přechodnému zhoršování podle zatěžování horní končetiny. Stadium ve kterém se zprvu měkký otok zvětšuje, tlak prstu v postižené oblasti zanechává dlouhodobě důlek a kůže bývá chladná a bledá s mizením žilní kresby se nazývá ireverzibilní stadium. U elefantiázy ztrácí končetina svůj původní tvar, nabývá na rozměru i váze. Není možné vytvořit kožní řasu a kůže hrubne. Vlivem tzv. fibrotizace (tvorby vaziva) podkoží nelze již v této fázi onemocnění vytvořit důlek. Na kůži mohou vznikat puchýřky, ze kterých po prasknutí vytéká lymfa. Lymfedém je chronickým onemocněním, které ve vyšších stádiích může vést k poruchám hybnosti, působit bolest a narušovat tak aktivity běžného života. Což výrazně působí na psychiku pacientky a samozřejmě ovlivňuje i její pracovní zařazení.

V této práci se o lymfatickém otoku zmiňují hlavně proto, že po operacích prsu má své specifické postavení a v klinické praxi se s ním asi setkáváme nejčastěji. Jeho výskyt se pohybuje mezi 5 – 35 %. K objevení lymfatického otoku dochází jen vzácně ihned po operaci, většinou za několik měsíců až let od operačního výkonu. Nejčastěji asi jeden a půl roku po operačním výkonu. Lymfatický otok může vznikat i na podkladě recidivy nádorového onemocnění, proto je vždy nutné pečlivé přešetření pacientky ošetřujícím lékařem - onkologem. Ten pak po vyloučení nádorové příčiny může dát pacientce doporučení k léčení lymfedému na specializovaném pracovišti. Pokud došlo ke zhoršení nálezu v oblasti hrudní stěny či končetiny na podkladě erysipelu (růže) je nezbytné řádné zaléčení tohoto onemocnění před indikací k léčbě otoku. Stejně tak je důležité léčení meziprstích onemocnění a poranění kůže.

Léčba lymfedému je realizována ve zdravotnickém zařízení (4 – 6 týdnů) a v domácím prostředí. Ve zdravotnickém zařízení se provádí manuální lymfodrenáž. Je to základní a nejdůležitější součást léčby a smí ji provádět jen dobře vyškolený

lymfoterapeut. Manuálním ošetřením se posiluje zachovaná vstřebávací schopnost a transportní funkce mízního systému. Pracuje se s kůží a podkožím, od klasické masáže se tato metoda liší jemností a přesnými vyprazdňovacími hmaty. Drenáž se zahajuje vždy na krku a v nadklíčku vyprázdněním centrálních lymfatických uzlin. U žen po operaci prsu je velice důležité vyprázdnit i uzliny v podpaží oboustranně. Používají se velkoplošné krouživé hmaty, se kterými se postupuje od centra k periférii. U přetrvávajících ostrůvků nahromaděné lymfy provádíme tzv. antifibrotické hmaty. Samozřejmostí je péče o prsty, dlaň a hřbet ruky. Velice často dochází k městnání lymfy na hrudníku nad jizvou nebo na zádech v okolí lopatky a ramene. I tyto oblasti je nutné ošetřit. Doplňkem manuální lymfodrenáže je přístrojová pressoterapie, kde se používá přístroj s návlekm na končetinu. Lymfa je z končetiny postupně vytlačována vzduchovou vlnou 7 až 14 komorovými návleky. Tento přístroj lze naprogramovat podle charakteru a intenzity otoku. Tlak se volí velice opatrně, aby nedošlo k poruše jemných lymfatických cest. Když je třeba tlak kompenzovat, vkládají se mezi kůži a návlek molitanové nebo plstěné vložky. Kontraindikací k provedení manuální lymfodrenáže a přístrojové pressoterapie je probíhající akutní bakteriální infekce nebo akutní horečnaté onemocnění. Mezi relativní kontraindikace patří srdeční selhání, bronchiální astma, poruchy funkce štítné žlázy (hyperthyreóza), špatně korigovaný krevní tlak apod. Pečlivou indikaci si vyžadují pacientky s ischemickou chorobou cév dolních končetin, diabetickými cévními komplikacemi a některými neurologickými a ortopedickými vadami. Vždy se k pacientkám přistupuje zcela individuálně. Další léčebnou metodou je bandážování, které by se mělo stát každodenní nedílnou součástí léčby. Provádí se krátkotažnými obinadly v několika kompresních vrstvách. Bandáž zaručuje zachování objemu končetiny dosaženého léčbou. Při ukončení léčby a stabilizaci objemu končetiny se předepisuje sériově vyráběný elastický návlek. Medikamentózní terapie v kombinaci s komplexní fyzikální léčbou může přispět k ústupu otoku, zvýšit transportní kapacitu lymfatického systému. Používají se mikronizované flavonoidy, které zpevňují žilní stěnu a enzymatické preparáty, které zejména v časných stádiích napomáhají k normalizaci lymfatické drenáže a usnadňují léčbu i u vyššího stadia otoku. Důležitá je léčba erysipelu (růže) antibiotiky a terapie plísňových infekcí. K léčbě cvičením bych dodala jen to, že je nutné provádět cviky se zabandážovanou končetinou. Vhodné je používat i pomůcky (hůlky, míč). Velice

oblíbeným je cvičení ve vodě, kdy je postižená končetina lehčí, dobře ovladatelná a pacientka může cvičit i delší dobu.

Lymfedém je chronické onemocnění, proto je pacientkám zdůrazňováno, že i po ukončení léčby ve zdravotnickém zařízení, je nutné další ošetřování končetiny v domácím prostředí. Do péče se mohou zapojit i ostatní příslušníci rodiny.

Vzniku lymfedému se může částečně předcházet. Nejsou doporučovány horké koupele a sprchy, saunování, dlouhodobé žehlení, ruční práce. Také se nedoporučuje nadměrné slunění a nadměrná fyzická námaha. Ženy by při drobných domácích činnostech i na zahradě měly používat ochranné rukavice, měly být opatrné při stříhání kůžičky okolo nehtů. Do postižené končetiny by neměli být aplikovány injekce a infuze. Je vhodné používání volného oděvu, naopak nošení prstýnků a těsných náramků a hodinek se nedoporučuje. Základem je také řádný pitný režim a nepřesolování jídla.

1.8.2 Další pooperační komplikace

Každý invazivní zákrok v sobě přináší určitá rizika. Operace způsobí následnou citlivost a bolest operovaného místa, která může být zmírněna léky. Dále je žena vystavena riziku zánětu, problematickému hojení, krvácení, nebo i reakci na anestetika. Operace prsu v některých případech může způsobit posunutí těžiště těla a tím poruchy rovnováhy, zvláště u žen, u kterých byl prs větší. To následně může způsobit těžkosti v oblasti krční a zádové části páteře. Kůže na hrudi může být napjatá a může se objevit ztuhlost svalů v rameni a paži. Již během operace mohou být zasaženy, nebo poškozeny některé nervy což může způsobit necitlivost nebo mravenčení v rameni, paži, podpaží a hrudníku. Tyto pocity zpravidla vymizí během několika týdnů nebo měsíců, ale v některých případech mohou ženu obtěžovat navždy. Proto je velice důležitá informovanost žen před plánovaným operačním zákrokem, aby se předcházelo možným nežádoucím jevům v psychice ženy.

1.9 Prognóza přežití na základě TNM klasifikace

TNM klasifikuje velikost primárního tumoru, stav lymfatických uzlin a vzdálené metastázy. U velikosti primárního tumoru do 1 cm je přítomnost metastáz 3 – 27 %. Nejsou-li postiženy lymfatické uzliny, tak se ženy v 90 % dožívají v průměru pěti let. S přibývajícím velikostí tumoru stoupá i procentuální výskyt metastáz v lymfatických

uzlinách. Například u tumoru od 1 cm do 2 cm je výskyt metastáz v lymfatických uzlinách 25 – 37 % . Pětileté přežití bez postižení lymfatických uzlin při velikosti tumoru 1 cm až 2 cm je 87 %. Téměř 50 % přítomnost metastáz je u tumoru u velikosti od 2 cm do 3 cm. U této velikosti tumoru je 5leté přežití 65 % a to v případě, že nejsou postiženy lymfatické uzliny.

Když nejsou dle N parametru postiženy lymfatické uzliny, tak je 5leté přežití zhruba 75 %. Ženy, kterým karcinom postihl 1- 3 lymfatické uzliny se dožívají 5 let v 60 %. A u postižení více než 4 lymfatických uzlin je 5leté přežití 35 – 40 %.

M parametr nás informuje o vzdálených metastázách . Jestliže je metastáza v jednom orgánu, tak je přežití 15 měsíců. Dvanáctiměsíční přežití bývá, když jsou postiženy 2 a více orgánů. Vyskytnou- li se metastázy v játrech a CNS je přežití datováno pouze na 4 měsíce.

1.10 Psychologická problematika onemocnění

Onemocnění rakovinou v lidech vyvolává strach a úzkost ze smrti, často člověk předem vzdává boj, nikdo není připraven onemocnět tímto typem nemoci. Právě proto je důležité, aby zdravotníci znali psychiku onkologicky nemocného člověka a dovedli ženám podávat adekvátní informace týkající se jejich zdravotního stavu. Onemocnění jako je karcinom prsu ženu nezatěžuje nejen po fyzické stránce, ale je to náročné i po stránce psychické. Ženy mají obavy o svůj osobní sexuální život, mnohdy si nalhávají, že jako ženy selhaly a po operaci mají problémy navázat se svými partnery intimní vztah. Na pomoc může přijít i psycholog, ale je vždy nutné přistupovat k ženě individuálně, vést ji pomalu k poznání situace a najít s ní ze situace nejpříjemnější východisko. Je velice důležité nenásilnou formou získat ženu ke spolupráci, nelhat, ale na druhou stranu ponechat vždy naději. Spolupráce bývá náročná, mnohdy dlouhodobá. Žena potřebuje pomoc při úzkosti, strachu z vyšetření, strachu z operace a budoucnosti, ale i ze smrti.

1.11 Rekonstrukce prsu

Rekonstrukce prsu po mastektomii prošla v posledních letech nebývalým rozvojem. Neexistuje žádná nádorová problematika, kde by chirurgická léčba byla prováděna takovými revolučními změnami, jako je tomu u karcinomu prsu. Týká se to nejen

odklonu od přílišné radikality primární operace ke stále více konzervativněji vedeným výkonům, ale také doby načasování vlastní rekonstrukce prsu po mastektomii. Rekonstrukce prsu prochází od doby zavedení silikonových implantátů do praxe v roce 1963 nezadržitelným vývojem. Ten je spojen s poznáním celé řady nových operačních postupů, využívajících při rekonstrukci autologní tkáň, cizí materiály či jejich kombinaci. Díky generaci kvalifikovaných mikrochirurgů vyškolených v estetické chirurgii prsu představují mikrochirurgické postupy pro rekonstrukci další významný pokrok. I přes dokonalé osvojení si mnoha operačních postupů užívaných při rekonstrukcích hraje nemalou roli pro konečný estetický efekt radikalita mastektomie. Čím menší je radikalita výkonu, tím příznivější jsou výsledky rekonstrukce. Použitý způsob rekonstrukce obvykle souvisí vedle velikosti a tvaru prsu s rozsahem primární operace. Ta je léčbou pouze lokální a často musí být doprovázena systémovou terapií, která může napomoci konzervativnějšímu přístupu co do rozsahu chirurgické léčby a tím i příznivějším konečným výsledkům vlastní rekonstrukce. Názory na dobu rekonstrukce jsou odlišné. Okamžitá rekonstrukce se provádí v jedné době, proto by při operaci měli spolupracovat onkochirurg s plastickým chirurgem. Předností této operace je, že na ženu nedolehne psychologický dopad ze ztráty prsu. Pokud není možné okamžitou rekonstrukci provést, lze za 6 – 24 měsíců zvážit rekonstrukci opožděnou. Znovu zmiňuji, že musí být ukončena pomocná léčba chemoterapií, což za normálních okolností 6 měsíců po operaci bývá. Pooperační radiace však může vést k hypoperfúzi a fibróze a zde se časový odstup prodlužuje. Cílem rekonstrukce je náhrada veškeré chybějící tkáň s maximální snahou o vytvoření symetrie a příznivého tvaru prsu.

V rámci předoperačního vyšetření před vlastní rekonstrukcí se zvažuje stav kůže a svalů hrudní stěny, velikost prsu, tělesný vzhled a dostupnost dárcovských míst pro lalok. Na volbu operace mají také vliv lékařské faktory, mezi které patří kouření, obezita, diabetes mellitus a dřívější ozařování hrudní stěny. Nelze také opomenout různé psychologické a jiné aspekty ze strany ženy, které jsou často rozhodující pro výběr operačního postupu.

1.12 Protetické pomůcky

1.12.1 Paruky

Ženy, které byly léčeny chemoterapií, často ztrácejí vlasy. I když jde o změnu vzhledu dočasnou, bývá pro ženy značně psychicky traumatizující. Vlasy začínají růst bezprostředně po ukončení chemoterapie. V tomto přechodném období lze využít paruky. Nejčastěji nabízejí zdravotnické prodejny paruky z umělého vlákna, které jsou vzdušné, lehké, nedráždí pokožku, dobře se nosí a snadno udržují. Také jejich vzhled, výběr účesu a barvy uspokojují i náročné pacientky.

Paruky z přirozeného materiálu (vlasů) nejsou příliš vhodné pro jejich finanční náročnost, nedokonalou prodyšnost a ošetření vyžadující odbornou péči kadeřníka.

Zdravotní pojišťovny hradí paruky částečně a pacientka doplácí část ceny, podle výběru druhu paruky.

1.12.2 Prsní epitézy

Epitézy jsou zdravotní pomůcky, kterými lze upravit pooperační změny vzniklé změnou tvaru prsu po částečné operaci nebo nahradit jeho úplnou ztrátu. (Kopecký, 1999, str.40) Obnovují přirozený vzhled prsů a díky speciálně upraveným doplňkům umožňují plnou pohyblivost i společenskou aktivitu. Dodávají ženám životní sebedůvěru a jejich naprosto přirozený vzhled umožňuje ženám normální chování i v situacích, jakými jsou například sport, koupání, tanec. Ženy by neměly podcenit výběr prsní epitézy, protože právě ona se stane nedílnou součástí jejich života.

Široká nabídka výrobců epitéz umožňuje plně uspokojit všechny požadavky pacientek. Odborní pracovníci vždy pomohou s výběrem vyhovující epitézy, poradí se zácvikem jejího používání a ošetřování, podají informaci o doplňcích, které usnadňují nošení epitézy v každé životní situaci.

Epitézy podle jejich používání rozdělujeme:

- 1) Epitézy pooperační: jsou speciálně odlehčené, aby se daly používat během pooperačního období a v době ozařování. Mají přirozený tvar a netlačí na oblast operační jizvy a okolí. Nikterak nekomplikují hojení rány, protože jsou lehké a jsou opatřeny bavlněným povlakem. Dobře napodobují hrudní stěnu a netísňují. Je

zde možný výběr podle velikosti druhého prsu. Jejich používání je velmi jednoduché.

- 2) Dynamické mammární epitézy (vnější silikonové epitézy): jsou jimi nahrazovány pooperační epitézy a to v době kdy je zhojena operační rána a odezněly i kožní změny způsobené ozařováním. Tyto epitézy se vyrábějí v různých variantách a velikostech, které umožňují plně se přizpůsobit tvaru a velikosti druhostranného prsu. Asymetrické tvary jsou přizpůsobeny operované straně. U větších velikostí jsou nabízeny i odlehčené formy epitéz, které jsou vhodné i u atypických jizev nebo lymfedémů.
- 3) Epitézy silikonové partiální, korekční: umožňují obnovit přirozený tvar prsu po částečné operaci nebo při vrozených vadách prsů. Lehká skořepinová epitéza umožňuje upravit velikost a tvar operovaného prsu a věrně napodobí tvar a vzhled druhostranného prsu.
- 4) Dvousložkové epitézy: vypadají zcela přirozeně, vytvářejí pocit skutečného prsu, umožňují jeho přirozený pohyb obdobný druhé straně. I při doteku je pohmat jemný a zcela odpovídá normální tkáni prsu. Využijí je především společensky a sportovně aktivní ženy.
- 5) Nalepovací epitézy: jsou určeny především pro štíhlé ženy do střední velikosti prsu. Tyto epitézy je možné nosit i bez podprsenky nebo s použitím běžné podprsenky bez speciální úpravy.

Většina epitéz je dodávána s bavlněným obalem, do kterého je možné epitézu vsunout. K epitéze je dodávána také krabice, nebo speciální taška, aby nedošlo k jejímu poškození při manipulaci nebo transportu.

1.12.3 Doplnky pro používání epitéz

- 1) Bradavky: zlepšují zevní vzhled prsu při používání jakékoliv epitézy, případně se používají přímo na prs. Využívají se především po částečných operacích prsů nebo při změnách bradavky po radioterapii. Jsou vyráběny v jednom nebo ve dvou barevných odstínech, na epitézu přilnou bez použití lepidla a nebo se na epitézu nalepují přiloženým vodorozpustným lepidlem.
- 2) Podprsenky: jsou speciálně upraveny pro nošení epitéz. Mají podložení pro epitézy jednostranné nebo oboustranné. Vyrábějí se v různých velikostech a

tvarech prsních košíčků. Volba vhodného materiálu zaručuje dobré držení a chrání citlivou pokožku.

- 3) Plavky: jsou speciálně vyráběny pro ženy, které používají epitézy. Tyto plavky dobře fixují epitézu při koupání i plavání a zabraňují jejímu uvolnění při pohybu ve vodě. Jsou také vyráběny v jednostranné nebo oboustranné úpravě.

1.13 Potřebné informace

1.13.1 Pracovní neschopnost a návrat do zaměstnání

V období komplexní léčby je účelné zaměřit veškeré úsilí na nekomplikovaný průběh léčby a návrat psychických a fyzických sil, umožňujících poté plnou pracovní i společenskou aktivitu. Tato situace může být individuálně velmi odlišná v závislosti na charakteru nádorového onemocnění. Přihlíží se také k věku pacientky, celkovému stavu, původnímu zaměstnání a mnoha dalším okolnostem, které zde nebudu zmiňovat. K návratu psychických i fyzických sil dochází obvykle dříve u žen, kde operační výkon byl jediným způsobem léčby. Limitujícím faktorem pro další pracovní aktivitu těchto žen je riziko nadměrného fyzického zatěžování horní končetiny na straně operace a nebezpečí traumatizace operované poloviny hrudníku a horní končetiny. Vhodný je návrat do zaměstnání na kratší pracovní úvazek nebo je vítána změna pracovního zařazení. Žena i po návratu do zaměstnání musí dbát na dodržování správné životosprávy, které zmíním v další kapitole. Samozřejmostí by mělo být i sebevyšetřování a doživotní dispenzarizace ženy.

1.13.2 Zásady správné výživy

Tyto zásady neplatí jen pro pacientky již nemocné, ale jsou brány i preventivně. Častější požívání potravin, které obsahují komplexní uhlohydráty, omezení příjmu cukrů a tuků, cholesterol, soli a alkoholu patří mezi současná doporučení pro správnou výživu. Energetický příjem je závislý na více faktorech (věku, pohlaví, výšce, hmotnosti, tělesné aktivitě, obnově poškozených tkání a dalších). U žen starších 50 let, s vyšší hmotností nad 50 kg, malou až nepříliš velkou aktivitou je doporučován průměrný denní kalorický příjem /kcal/ 1900. Zmíním se také o kladném významu příjmu vitamínů a minerálů. Myslím si, že nemusím zdůrazňovat význam ovoce a zeleniny v racionální výživě, která v syrovém stavu snižuje riziko nádorových

onemocnění. S tímto bych ráda upozornila na tepelnou úpravu potravin, která může znehodnocovat některé ochranné látky a dokonce může usnadňovat vznik některých kancerogenních látek. Nejvíce jich vzniká při smažení, pečení a grilování vepřového i hovězího masa, ale i v menší míře při stejné úpravě drůbeže a ryb. Nejrizikovější je úprava potravin opékáním na přímém ohni a naopak nejméně rizikovým je ohřev potravin v mikrovlnné troubě.

1.14 Léčebná rehabilitace

Žena po operaci prsu by se měla co nejrychleji dostat do tělesné a duševní pohody. Se cvičením se začíná co nejdříve, ale je zde nutná porada s ošetřujícím lékařem, který zná stav své pacientky nejlépe. Problém, který se stále znovu vyskytuje po operacích prsů, je omezení pohyblivosti ramenního kloubu. Příčinou tohoto jevu je většinou křečovitě držené celé operované strany, utváření jizevnaté tkáně, ale i tah atrofovaných lymfatických provazců v axille (podpažní jamce). Smyslem a cílem léčebné gymnastiky je dosažení volného pohybu hrudníku a horní končetiny na operované straně, obnovení správného dýchání, prevence a léčba oběhových poruch horní končetiny. Dalším smyslem je obnovení původního vzhledu volbou správné náhrady prsu - zácvik používání pooperační a později i dynamické mammární (prsí) epitézy (náhrady) a vhodných doplňků, kterými jsou podprsenky, polokorsety, plavky se speciální úpravou. Podle náročnosti cvičení a časového odstupu od operace jsou cviky rozděleny do skupin: dechová a relaxační cvičení spojená s polohováním horní končetiny, cviky k uvolnění svalového napětí v oblasti hrudníku a paže na straně operace, dále cviky k uvolnění svalového napětí v oblasti šíje a pletence ramenního, mobilizační cvičení k obnovení volného pohybu ramene a paže na straně operace, cviky pohyblivosti s náčiním a nácvik běžných denních stereotypů.

Při cvičení by se měly dodržovat některé zásady. Ženy by před vlastním domácím gymnastickým cvičením měly navštívit odborné rehabilitační pracoviště, kde jim na základě lékařského vyšetření doporučí, jaké cviky mají provádět. Úprava denního režimu je nezbytná, protože je nutné se věnovat cvičení 2 – 3 denně, přibližně 10 – 15 minut. Vždy by žena měla postupovat od cviků jednodušších ke složitějším. Vhodné je cvičení před jídlem nebo alespoň 2 hodiny po jídle. Při cvičení se mohou vyskytnout problémy, jež jsou spojeny se stranou operované končetiny - neschopnost ulehnout na záda. Ze začátku je dobré podložit si paži na operované straně polštářkem, aby se

usnadnilo cvičení, postupem času je vhodné zmenšovat vzdálenost mezi paží a podložkou, až nebude žádný polštář potřeba. Vždy když v průběhu cvičení žena ucítí nadměrnou bolest v oblasti paže a hrudníku, je nutné cvik přerušit. Cvičení ve stoji a vsedě se doporučuje provádět před zrcadlem, aby se kontrolou vyloučily nesprávné pohyby. Důležitou součástí cvičení je správné dýchání a uvolnění se. Ve cvičení je vhodné pokračovat i po uzdravení, protože přináší radost z pohybu, ale i psychické uvolnění.

1.15 Organizace pomáhající ženám s nádorovým onemocněním

V dnešní době existuje nepřeberné množství neziskových organizací, které pomáhají ženám s problematikou nádorového onemocnění. Na pomyslném vrcholu žebříčku stojí Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu, která byla založena devatenácti organizacemi onkologických pacientek jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost. Jejím cílem je vytvoření informačních a edukačních center pro veřejnost, onkologicky nemocné a jejich organizace. Dále poskytuje metodickou pomoc organizacím onkologicky nemocným. Koordinuje projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu. Napomáhá sjednotit snahy patientských organizací i jednotlivců o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu. Další funkcí je zastupování českých onkologických pacientek v mezinárodních strukturách. Z napomáhajících organizací jmenuji například organizaci ŽAP, Mammahelp, Alen a další. O organizaci Alen se zmíním podrobněji, protože právě její členky mi nemalou měrou napomohly k vytvoření této práce. Jak jsem již zmiňovala, Alen je neziskovým sdružením žen postižených rakovinou prsu. Napomáhá těmto ženám ve všem co je s onemocněním spojeno. V současné době má 166 členek, které se pravidelně scházejí jedenkrát v měsíci. Tato organizace se účastní akcí a kampaní pro veřejnost k prevenci rakoviny, spolupracuje s Ligou proti rakovině a Koalicí pro zdraví. Také se účastní květinového dne a je členem České rady humanitárních organizací. Je zakládající organizací již zmíněné Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu. Tato organizace má pro své členky pestrý program. Členky se mohou zúčastnit rehabilitačního cvičení, plavání, rekondičních a rehabilitačních pobytů, odborných seminářů, turistiky, společenských akcí, ale třeba i břišních tanců. Toto všechno působí příznivě na fyzickou i psychickou stránku ženy trpící nádorovým onemocněním.

2. Průzkumná část

V této práci je zvolena forma průzkumná, protože si myslím, že je nejlepším a nejjednodušším způsobem zjištění potřeb žen po operaci prsu. Jeho výhodou je oslovení velkého množství respondentek, které odpovídají na stejné, přesně stanovené otázky. Takže i jeho vyhodnocení přináší mnohá pozitiva oproti jiným metodám.

Námětem a výzkumným problémem jsou aspekty života ženy po mastektomii. Průzkum je zaměřen na vliv operačního výkonu na životy žen, které tento výkon prodělaly. Dále se v práci zabývám vlivem onemocnění a operace na zaměstnání a soukromý život těchto žen. Zkoumaným problémem je také informovanost žen již před počátkem léčby, dále jejich psychika a také povědomost společnosti o tomto onemocnění a také její pomoc ve smyslu dostupnosti protetických pomůcek.

Dosavadní stav poznání:

Nejsou mi známy žádné výsledky průzkumu, který by měl stejně stanoveny cíle a hypotézy jako tento průzkum.

Cíle průzkumu jsou:

C1: Zjistit míru spokojenosti žen s dostupností a výběrem protetických pomůcek.

C2: Zjistit míru informovanosti žen o jejich zdravotním stavu a následné péči, již před počátkem léčení.

C3: Zjistit zda jsou ženy omezeny ve výkonu svého dosavadního zaměstnání a zda jim zaměstnavatel poskytuje výhody ke zlepšení jejich situace.

Stanovené hypotézy a hypotetická tvrzení:

HT 1: Domnívám se, že míra informovanosti žen o vlastním zdravotním stavu již před počátkem léčby je nedostačující.

HT 2: Domnívám se, že ženy po operaci prsu by uvítaly větší výběr a dostupnost kompenzačních pomůcek.

H 1: Předpokládám, že se zdravé ženy neseškávají v zaměstnání s tolika problémy, jako ženy po operaci prsu.

H 2: Předpokládám, že se ženy s maligním onemocněním prsu domnívají, že je nedostatek neziskových sdružení pomáhajících ženám s tímto onemocněním, oproti ostatním sdružením pomáhajícím lidem s jiným typem onemocnění.

H 3: Domnívám se, že život ženy s maligním onemocněním prsu není tak kvalitní jako život zdravé ženy.

Průzkumu se zúčastnilo 100 žen navštěvujících neziskové sdružení žen po operaci prsu ALEN Praha 2, Vratislavova 22/156. Všechny přítomné respondentky prodělaly v blízké i vzdálené minulosti modifikovanou radikální mastektomii. Věk všech přítomných žen byl vyšší padesáti let.

Během průzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 14 položek, kde jsou použity uzavřené i otevřené typy otázek.

Empirické šetření bylo realizováno od prosince 2007 do ledna 2008. Metoda dotazníkového šetření byla praktikována na dvou sezeních neziskového sdružení ALEN, kterého se zúčastnilo dohromady 100 žen. Návratnost dotazníků činila 100 %. Nemalou měrou k tomu přispěla možnost dotazování se na mou osobu. Okamžitě byly vysvětleny případné nejasnosti a odevzdání proběhlo bez problémů.

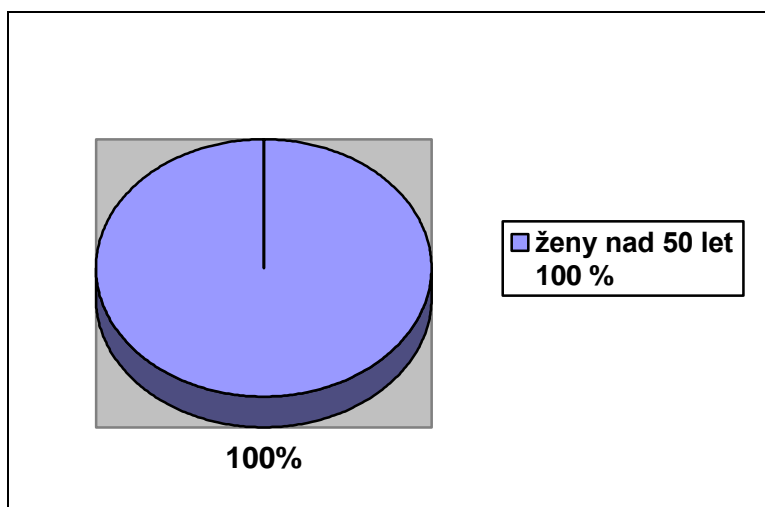
Zpracování empirického šetření:

1. Jaký je Váš věk?

Tabulka k otázce č.1 – Věk respondentek

Věk	%
21-30 let	0 %
31-40 let	0 %
41-50 let	0 %
nad 50 let	100 %

Graf k otázce č. 1- Věk respondentek



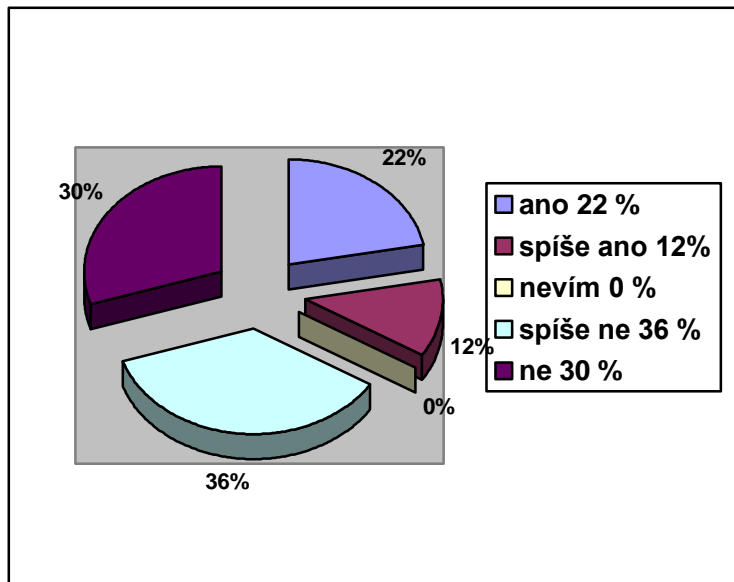
Z grafu číslo 1. vyplývá, že 100 % respondentek je starších padesáti let.

2. Byla jste již před počátkem léčby dostatečně informována o jejím průběhu, komplikacích, následné pooperační péči..?

Tabulka k otázce č. 2 – Informovanost žen

Informovanost	%
ano	22 %
spíše ano	12 %
nevím	0 %
spíše ne	36 %
ne	30 %

Graf k otázce č. 2- Informovanost žen



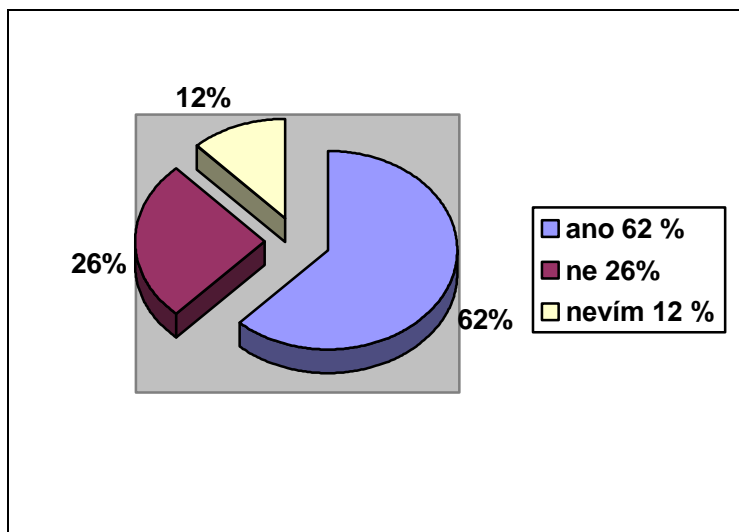
Celých 66 % respondentek se k otázce č. 2 vyjádřilo záporně, z čehož vyplývá, že ženy nemají na počátku léčby dostatek informací.

3. Musela jste si sama informace vyhledávat např. v odborné literatuře, brožurách, na internetu?

Tabulka k otázce č. 3 – Vyhledávání informací

Vyhledávání informací	%
ano	62 %
ne	26 %
nevím	12 %

Graf k otázce č. 3 – Vyhledávání informací



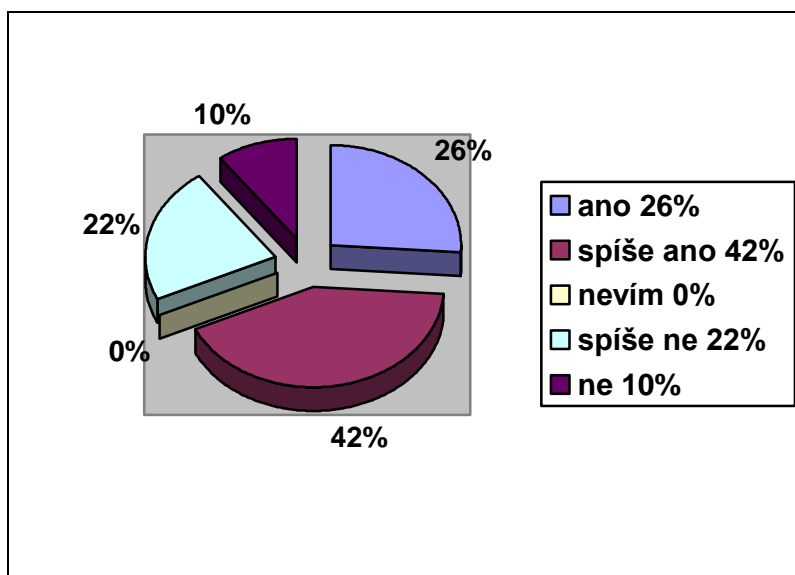
Z otázky č. 3 vyplývá, že 62 % respondentek si muselo vyhledat informace o onemocnění z odborné literatury, brožur a na internetu.

4. Zvládala jste po operaci běžné domácí činnosti?

Tabulka k otázce č. 4 – Zvládání běžných denních činností

Zvládnutí běžných denních činností	%
ano	26 %
spíše ano	42 %
nevím	0 %
spíše ne	22 %
ne	10 %

Graf k otázce č. 4- Zvládání běžných denních činností



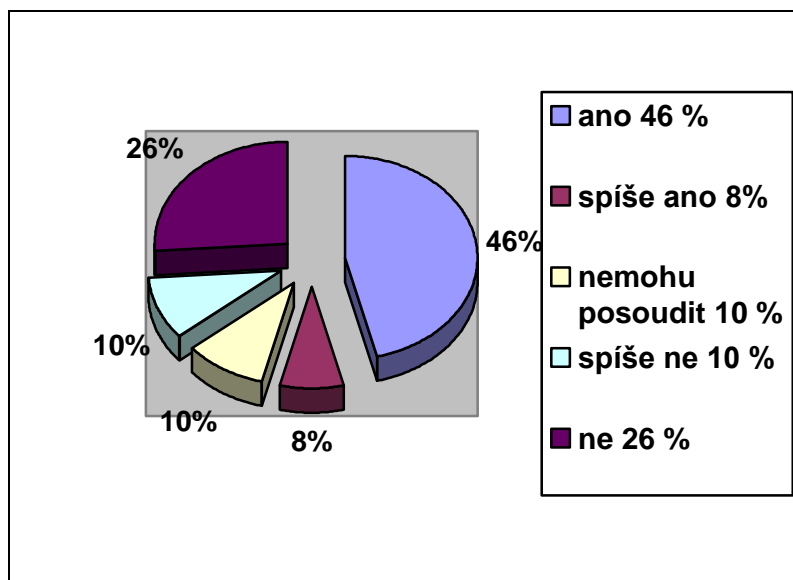
Nadpoloviční většina žen (68 %) po operaci prsu zvládala běžné domácí činnosti.

5. Mělo onemocnění vliv na Vaše zaměstnání?

Tabulka k otázce č. 5 – Vliv onemocnění na zaměstnání

Vliv na zaměstnání	%
ano	46 %
spíše ano	8 %
nemohu posoudit	10 %
spíše ne	10 %
ne	26 %

Graf k otázce č. 5 – Vliv onemocnění na zaměstnání



U 54 % dotázaných respondentek mělo onemocnění vliv na zaměstnání, 36 % procent respondentek problém v zaměstnání nemělo. 10% respondentek nemůže tuto situaci posoudit. Z toho vyplývá, že ženy postiženy touto chorobou mají určité problémy v zaměstnání.

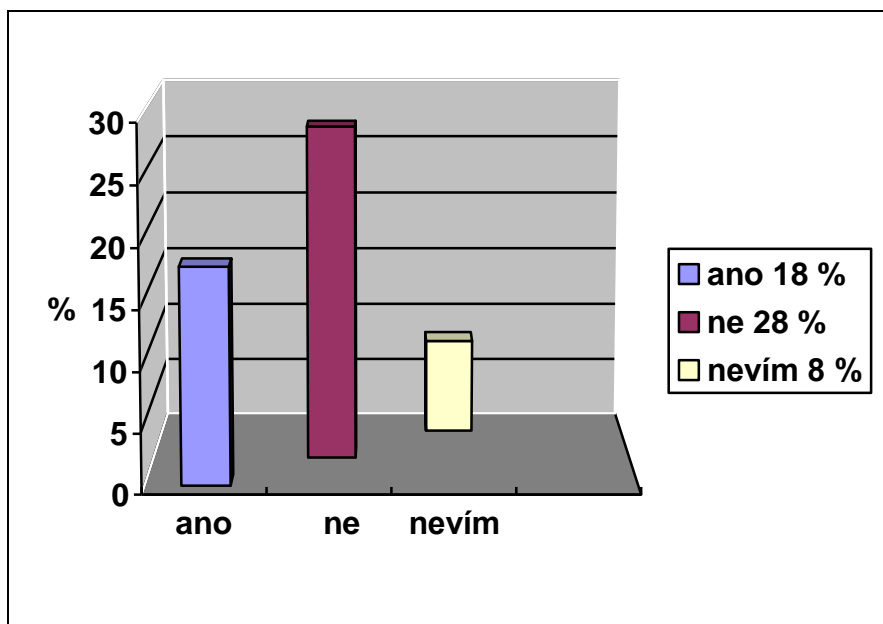
6. Poskytl Vám zaměstnavatel nějaké výhody, které by pomohly k řešení Vaší situace?

Na tuto otázku odpovídalo 54 % respondentek, které na předešlou otázku odpovědělo ano a spíše ano.

Tabulka k otázce č. 6- Zaměstnanecké výhody

Výhody od zaměstnavatele	%
ano	18 %
ne	28 %
nevím	8 %

Graf k otázce č. 6 – Zaměstnanecké výhody



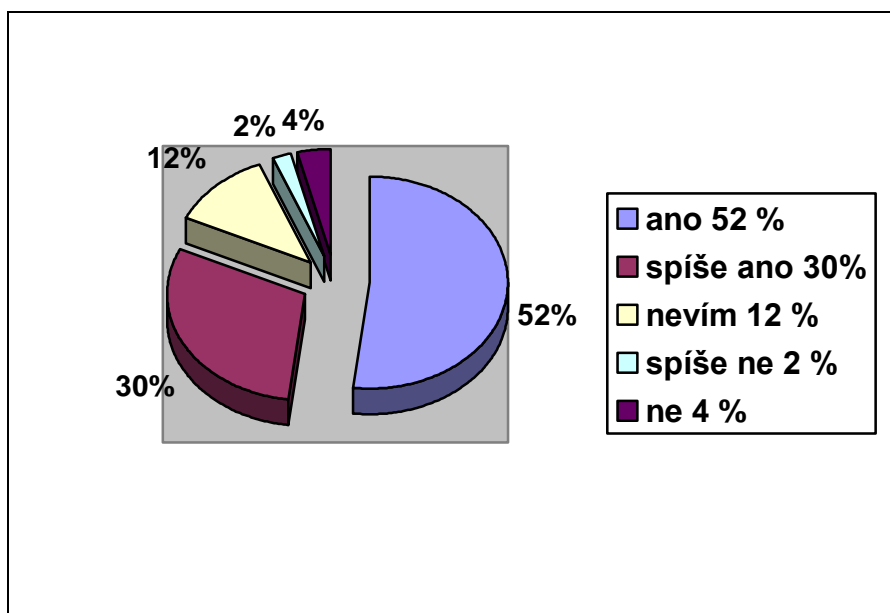
Z 54 % respondentek, které měly po operaci problémy v zaměstnání se s pochopením zaměstnavatele a s poskytnutím určitých výhod setkalo pouze 18 % dotázaných respondentek.

7. Jste spokojena s dostupností a výběrem kompenzačních pomůcek?

Tabulka k otázce č. 7 – Výběr a spokojenost s kompenzačními pomůckami

Dostupnost kompenzačních pomůcek	%
ano	52 %
spíše ano	30 %
nevím	12 %
spíše ne	2 %
ne	4 %

Graf k otázce č. 7- Výběr a spokojenost s kompenzačními pomůckami



Ze sta dotázaných žen je 82 % spokojeno s výběrem kompenzačních pomůcek. Záporně odpovědělo pouze 6 % dotázaných respondentek a svou odpovědí si není jisto 12 % žen.

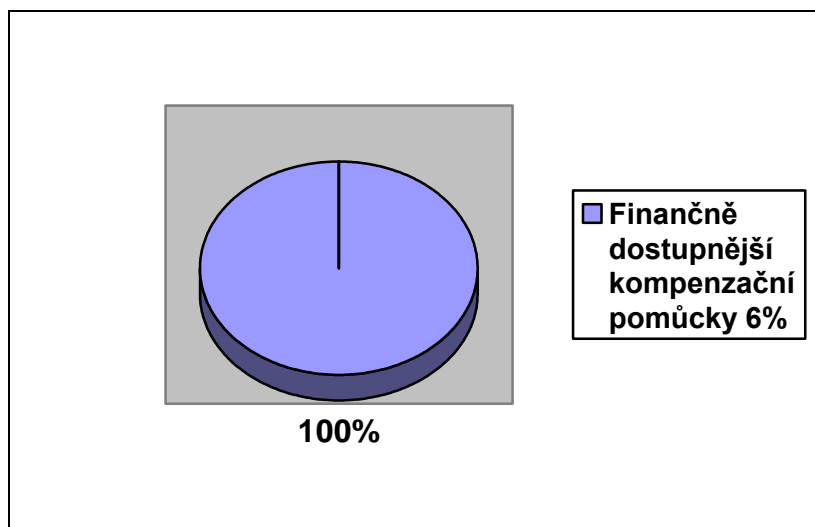
8. Jaké změny byste v tomto směru uvítala?

Tuto otázku zodpovědělo 6 % respondentek, které na předešlou otázku odpovědělo spíše ne a ne.

Tabulka k otázce č. 8 – Vítané změny v kompenzačních pomůckách

Změny v kompenzačních pomůckách	%
Finančně dostupnější	6 %

Graf k otázce č. 8- Vítané změny v kompenzačních pomůckách



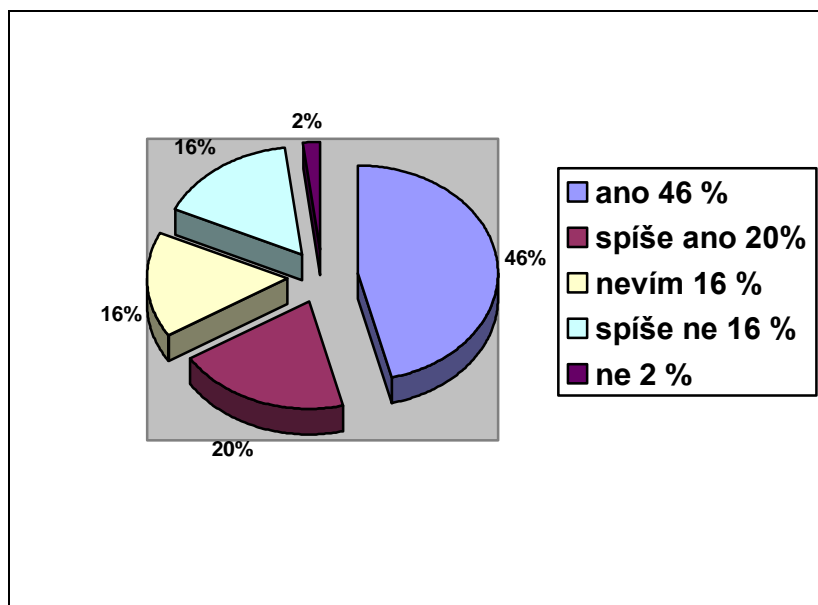
Z 6 % respondentek, které byly nespokojeny s dostupností a výběrem kompenzačních pomůcek odpovědělo celých 6 % respondentek, že by uvítalo finanční změnu.

9. Je podle Vás dostatek organizací napomáhajících ženám v této situaci?

Tabulka k otázce č. 9 –Organizace pomáhající ženám

Dostatek organizací	%
ano	46 %
spíše ano	20 %
nevím	16 %
spíše ne	16 %
ne	2 %

Graf k otázce č. 9- Organizace pomáhající ženám



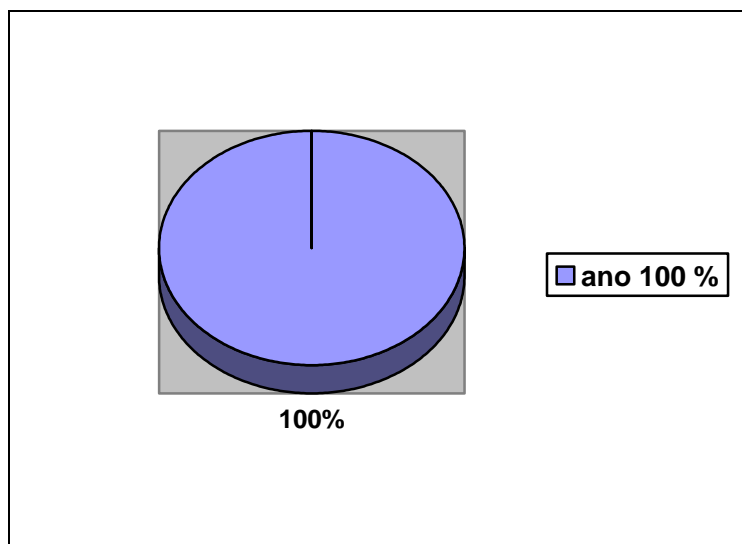
Ze sta dotázaných respondentek si 66 % myslí, že je dostatek organizací pomáhajících ženám s tímto onemocněním, záporně se vyjádřilo 18 % žen a 16 % žen odpovědělo, že neví zda je dostatek organizací pomáhajících ženám s tímto onemocněním.

10. Byla jste v minulosti nebo doposud jste v kontaktu s některou z těchto organizací?

Tabulka k otázce č 10 – Kontakt s pomáhající organizací

Kontakt s organizací	%
ano	100 %
ne	0 %

Graf k otázce č. 10 – Kontakt s pomáhající organizací



V kontaktu s pomáhající organizací (konkrétně organizací Alen) je 100 % dotázaných žen.

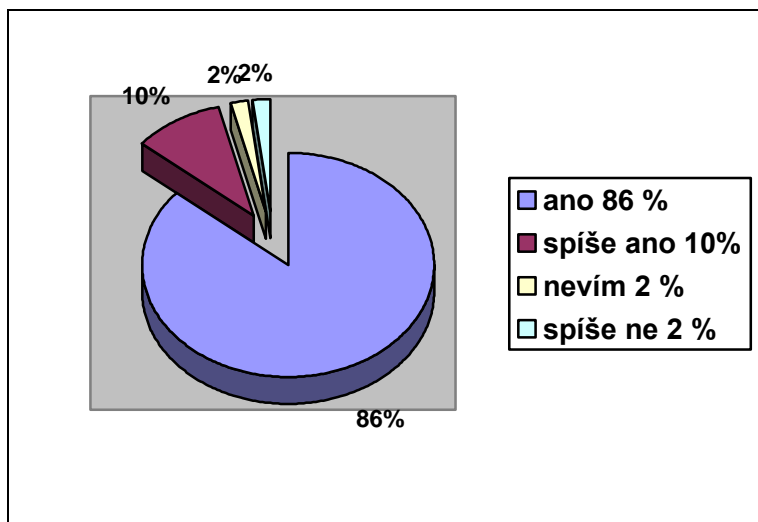
11. Jste spokojena s programem a péčí těchto organizací?

Na tuto otázku odpovídaly respondentky, které na předešlou otázku odpověděly ano, takže na otázku č. 11 odpovědělo 100 % respondentek.

Tabulka k otázce č. 11- Spokojenost s programem a péčí pomáhajících organizací

Spokojenost s organizací	%
ano	86 %
spíše ano	10 %
nevím	2 %
spíše ne	2 %
ne	0 %

Graf k otázce č. 11- Spokojenost s programem a péčí pomáhajících organizací



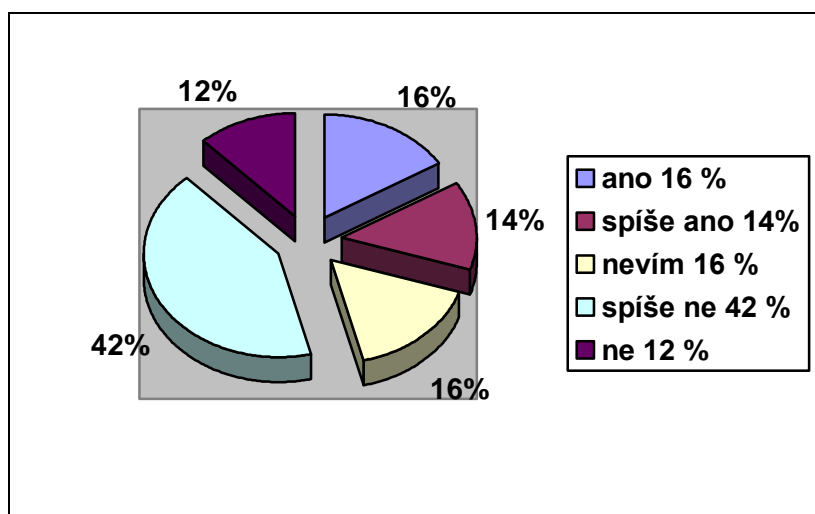
Ze 100 dotázaných žen je 96 % respondentek spokojeno s programem a péčí pomáhající organizace, negativně se vyjádřila 2 % žen a 2 % si nejsou jista odpovědí.

12. Je podle Vás povědomost společnosti o tomto onemocnění dostačující?

Tabulka k otázce č. 12 – Povědomost společnosti o onemocnění

Dostatečná povědomost společnosti o onem.	%
ano	16 %
spíše ano	14 %
nevím	16 %
spíše ne	42 %
ne	12 %

Graf K otázce č. 12 – Povědomost společnosti o onemocnění



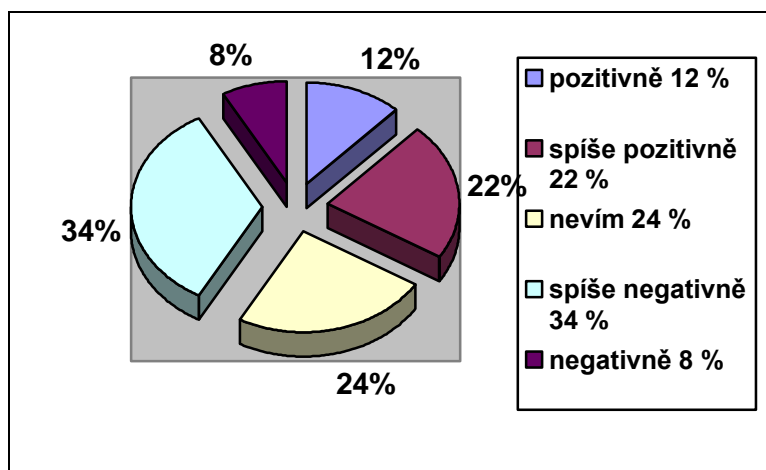
Ze sta dotázaných žen si 30 % myslí, že povědomost společnosti o tomto onemocnění je dostačující a 54 % žen se k tomuto tématu vyjadřuje negativně a 16% žen si není jista odpovědí.

13. Pokud se změnil vlivem operace a následné léčby Váš soukromý život, posud' te prosím jak?

Tabulka k otázce č. 13- Soukromý život

Ovlivnění soukromého života	%
pozitivně	12 %
spíše pozitivně	22 %
nevím	24 %
spíše negativně	38 %
negativně	8 %

Graf k otázce č. 13- Soukromý život



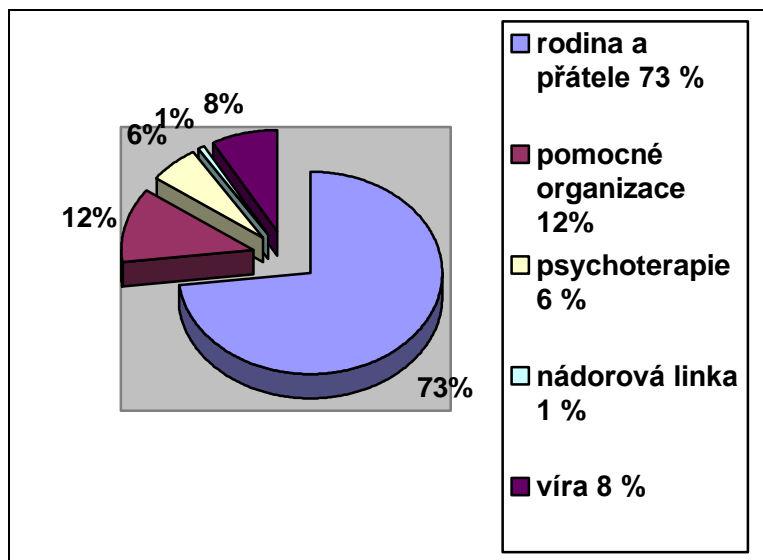
Positivně na tuto otázku odpovědělo 34 % žen, negativně 42 % respondentek a 24 % žen si není jisto svou odpovědí.

14. Co se domníváte, že Vám nejvíce pomohlo při zvládnutí následné léčby (jako je chemoterapie, radioterapie)?

Tabulka k otázce č. 14- Pomoc při následné léčbě

Pomoc při následné léčbě	%
rodina a přátele	73 %
pomocné organizace	12 %
psychoterapie	6 %
nádorová linka	1 %
víra	8 %

Graf k otázce č. 14- Pomoc při následné péči



Ženám při zvládnutí následné léčby nejvíce pomohla rodina a přátelé.

Vyhodnocení cílů průzkumu:

C1: Zjistit míru spokojenosti s dostupností a výběrem protetických pomůcek.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že ženy jsou spokojeny s výběrem a dostupností protetických pomůcek, což považují za velice důležitou informaci jak pro ostatní ženy postižené onemocněním prsu, tak i pro širokou veřejnost. Protetické pomůcky napomáhají zkvalitnit život mnohých žen a nemalou měrou přispívají ke zkvalitnění jejich života.

C2: Zjistit míru informovanosti žen o jejich zdravotním stavu a následné péči, již před počátkem šetření.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že ženám nejsou podávány dostatečné informace o jejich zdravotním stavu i následné péči. Tento problém považují za velice vážný, protože negativně ovlivňuje psychiku ženy a celkový průběh onemocnění.

C3: Zjistit zda jsou ženy omezeny ve výkonu svého dosavadního zaměstnání a zda jim zaměstnavatel poskytuje výhody ke zlepšení jejich situace.

Z průzkumu vyplývá, že se nadpoloviční většina žen setkala s určitým problémem v zaměstnání, ale jen malé procento zaměstnavatelů těmto ženám poskytl výhody. Každý člověk má obavy o své zaměstnání, které se s příchodem nemoci ještě stupňují. Myslím si, že i tento fakt negativně působí na psychiku ženy i na chod domácnosti.

Vyhodnocení hypotéz průzkumu:

HT 1: Domnívám se, že míra informovanosti žen o vlastním zdravotním stavu již před počátkem léčby je nedostačující.

HT 1 se potvrdilo.

Celých 66 % respondentek se vyjádřilo záporně, z čehož vyplývá, že míra informovanosti žen je nedostačující. Ženy si svépomocí zjišťovaly informace v odborné literatuře, brožurách a na internetu.

Zhodnotila bych to jako závažný problém, který negativně působí na psychiku ženy již před operací. Zdravotnický personál by měl klást důraz na dostatečné a jasné sdělování

informací. Na rozhovory je nutný dostatek času a zajištění intimního prostředí. Samozřejmostí je dostatečný prosto pro zodpovězení dotazů pacientky a ozřejnění všech jejích nejasností týkajících se onemocnění a léčby.

HT 2: Domnívám se, že ženy po operaci prsu by uvítaly větší výběr a dostupnost kompenzačních pomůcek.

HT 2 se nepotvrdilo.

Celých 82 % procent žen je spokojeno s výběrem a dostupností kompenzačních pomůcek. Myslím si, že je to zásluha stálého rozvoje v této oblasti. Ženy mají možnost si tyto pomůcky prohlédnout např. na internetových stránkách, kde jsou rovnou uvedeny i jejich prodejny. Šest procent respondentek se vyjádřilo záporně. Důvodem jejich nespokojenosti byla finanční náročnost pořízení kompenzační pomůcky, i když jsou částečně hrazeny pojišťovnou.

H1: Předpokládám, že se zdravé ženy nesetkávají v zaměstnání s tolika problémy, jako ženy po operaci prsu.

H1 se potvrdila.

Usuzuji podle toho, že 54 % žen se po operaci prsu setkala s problémem po návratu do zaměstnání. A jen 18 % žen poskytl zaměstnavatel nějaké výhody oproti ostatním zaměstnancům. Myslím si, že i tento problém má negativní vliv na psychiku ženy, která má strach o své zaměstnání a o zabezpečení rodiny.

H2: Předpokládám, že se ženy s maligním onemocněním prsu domnívají, že je nedostatek neziskových sdružení pomáhajících ženám s tímto onemocněním, oproti ostatním sdružením pomáhajících lidem s jiným typem onemocnění.

H2 se nepotvrdila.

Nadpoloviční většina respondentek odpověděla, že je dostatek neziskových sdružení pomáhajících ženám s maligním onemocněním prsu. Zda nato mělo vliv jejich členství ve sdružení ALEN by mohlo být předmětem dalšího průzkumu, ale myslím si, že povědomost žen i o jiných sdruženích je vysoká, tak pokládám výsledky tohoto průzkumu směrodatné.

H3: Domnívám se, že život ženy s maligním onemocněním prsu není tak kvalitní jako život zdravé ženy.

H3 se potvrdila i nepotvrdila.

Usuzuji tak podle toho, že 46 % žen odpovědělo, že po operaci se jejich soukromý život změnil negativně, oproti pozitivní odpovědi, která byla 34 %. Na další otázku, která zjišťovala kdo ženám nejvíce pomohl při zvládnání následné péče odpovědělo 73 %, že rodina. Nemoc také neměla zásadní vliv na chod domácnosti, kde 68 % žen odpovědělo kladně.

Život ženy s maligním onemocněním je komplikovanější, než život zdravé ženy, ale neztrácí na své kvalitě.

Závěry empirického šetření:

Myslím si, že tento průzkum byl velice přínosný. Objasnil mnoho domněnek spojených s tímto onemocněním. Za největší problém považuji nízkou informovanost žen o tomto onemocnění. Vzhledem ke stoupajícímu výskytu onemocnění by mohly být výsledky průzkumu použity v co nejvyšší možné míře pro zkvalitnění péče o ženy s maligním onemocněním prsu.

Tento průzkum také může být inspirací pro zpracování rozsáhlejšího výzkumu na toto téma.

Závěr

V této práci jsem se zdaleka nezabývala veškerou problematikou spojenou s maligním onemocněním prsu. Nyní mám namysli například rizikové faktory vzniku onemocnění, diagnostiku onemocnění a mnoho dalších. Zaměřila jsem svou práci již na problematiku řešící maligní onemocnění a vše co k této otázce patří. Snažila jsem se práci pojmout z hlediska lidského. Ovšem, aby člověk porozuměl, bylo nezbytné zmínit i typy karcinomů prsu a jejich léčbu. Protože právě toto předchází ještě dlouhému a složitému období ženy, která se musí vyrovnávat a seznamovat s mnoha pro ni novými věcmi. Mám namysli třeba kompenzační pomůcky, léčebnou rehabilitaci a zdravou výživu. Doufám, že se mi tuto problematiku podařili vystihnout dostatečně.

Myslím si, že velice přínosný byl průzkum na téma Aspekty života ženy po mastektomii, u kterého jsem využila metodu dotazníkového šetření. Výsledky považuji za zajímavé vzhledem k množství respondentek, které byly osloveny. Jako každé onemocnění i maligní onemocnění prsu v sobě nese svá negativa, za to nejpodstatnější negativum považuji z výsledků průzkumu neinformovanost žen o léčbě a následné problémy po návratu do zaměstnání. Ale mou povinností je zmínit i klady, které vyplývají z výsledků průzkumu. Mám namysli přínosný vliv neziskových organizací pomáhající ženám s onemocněním prsu, dále široký výběr protetických pomůcek usnadňujících ženám život po operaci prsu a také nesmím opomenout pro pacientky nejdůležitější rodinou podporu, se kterou se ve většině případů setkávají.

Já sama budu o výsledcích průzkumu informovat respondentky, které mi velkou měrou přispěly k realizaci průzkumu. Tato práce je pro mne inspirací pro mou budoucí profesi, která může probíhat i na onkologickém oddělení. Sama se budu snažit aktivně přispívat k dostatečné informovanosti žen s maligním onemocněním.

Maligní onemocnění v sobě zahrnuje tak širokou problematiku, že může být inspirací pro vytvoření dalšího rozsáhlejšího výzkumu na toto téma.

Seznam bibliografických odkazů

1. Barkmanová, J., Jelínková, A.: *Lymfatický otok po operacích prsu*. Praha: Liga proti rakovině
 2. Citterbart, K. et al.: *Gynekologie*. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, 2001. ISBN 80-7262-094-0, ISBN 80-246-0318-7
 3. Juřeníková, P. et al.: *Ošetřovatelství I. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999.
 4. Juřeníková, P. et al.: *Ošetřovatelství I. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000.
 5. Kopecký, J. et al.: *Žena po operaci prsu..... a jak dále?*. Ostrava: Zdravotně- sociální fakulta Ostravské university, Nadace proti rakovině, 1999. ISBN 807042-321-8
 6. Motlík, K., Živný, J.: *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-460-6
 7. Skala, E.: *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha: Liga proti rakovině
 8. Slezáková, L. et al.: *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2
 9. Strnad, P. et al.: *Nemoci prsu pro gynekology*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-714-1
- Elektronické zdroje:
www.zdravi21.cz/ca_prsu.html
www.breastcancer.cz
www.sanquis.cz

Seznam příloh

- Příloha 1** Dotazník- Aspekty života ženy po mastektomii
Příloha 2 Prsní epitézy
Příloha 3 Topografie a struktura prsu

13. Pokud se změnil vlivem operace a následné léčby Váš soukromý život, posud'te prosím jak?

a) pozitivně

b) spíše pozitivně

c) nevím

d) spíše negativně

e) negativně

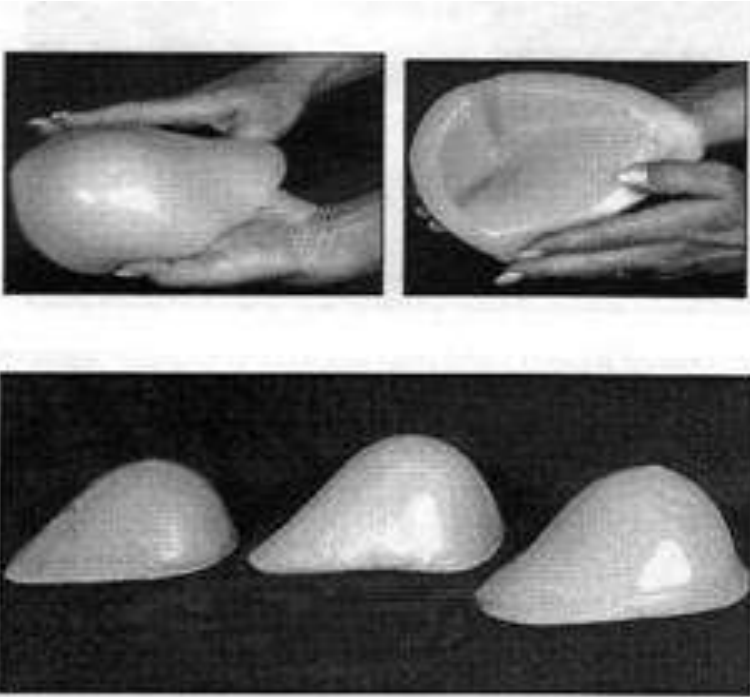
14. Co se domníváte, že Vám nejvíce pomohlo při zvládnutí následné léčby (chemoterapie, radioterapie)?

a)

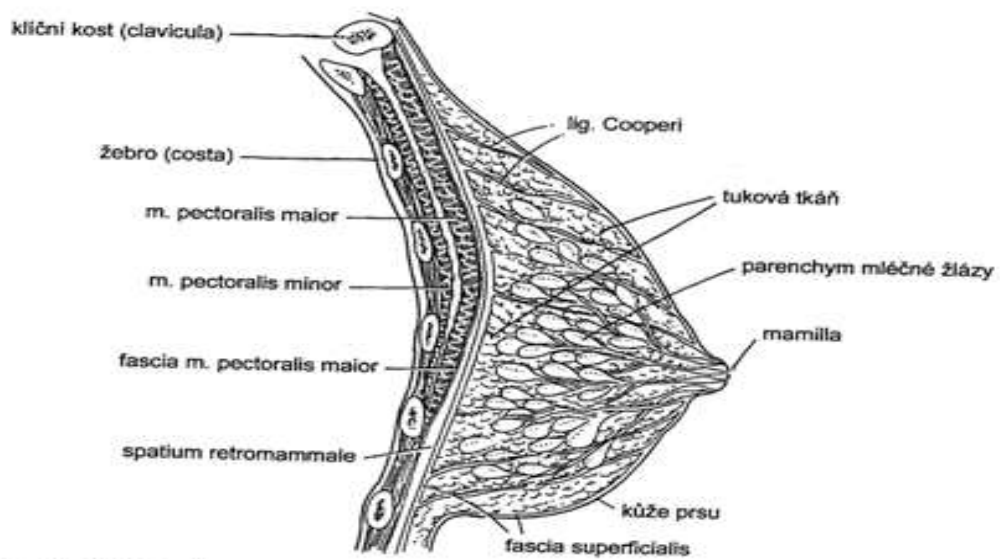
b)

c)

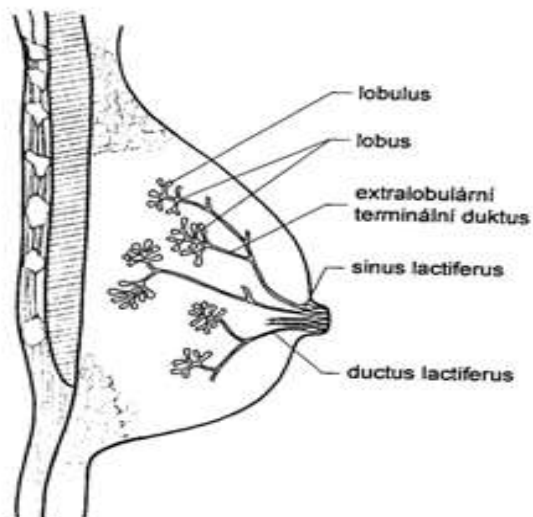
d)



Příloha 2: Prsní epitézy



Obr. 2.2 Topografie prsu



Obr. 2.3 Struktura prsu

Příloha 3: Topografie prsu a struktura prsu