

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

ŽIVOT ŽENY S KARCINOMEM PRSU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VENDULA PLÍŠKOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

ŽIVOT ŽENY S KARCINOMEM PRSU

Bakalářská práce

VENDULA PLÍŠKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Praze dne

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji doc. PhDr. Jitce Němcové PhD, za poskytování rad a materiálních podkladů a
MUDr. Šťastnému za ochotu a pomoc při průzkumné části.

ABSTRAKT

PLÍŠKOVÁ, Vendula. *Život ženy s karcinomem prsu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha.
2013. 68 s

Souhrn:

Práce se zabývá problematikou karcinomu prsu – příčinami, příznaky, léčbou. Dále sleduje celkové ovlivnění v životě ženy, reakci okolí na toto onemocnění, možnosti, které ženě pomáhají zvládnout období léčby a rekonvalescence. Zabývá se také vztahem mezi zdravotníkem a pacientem, specifikami komunikace s onkologicky nemocnými a psychikou nemocných žen.

V praktické části jsou prezentovány výsledky kvantitativního průzkumu, který probíhal pomocí dotazníkového šetření. Zjišťoval výskyt nemoci u žen čtyř věkových kategorií, způsob sdělování diagnózy a ovlivnění partnerského vztahu touto nemocí.

Klíčová slova

Karcinom prsu. Partnerský vztah. Prevence. Sexualita.

ABSTRAKT

PLÍŠKOVÁ, Vendula. *Life of Female with Breast Carcinoma*. The College of Nursing, o.p.s., Bachelor degree. Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Prague. 2013. 68 Pages.

Summary:

The work deals with breast cancer - causes, symptoms, treatment. Also monitors the overall influence in the lives of women, the reaction to the disease, options that help woman cope with the treatment and convalescence. It also discusses the relationship between health professionals and patients, the specifics of communication with cancer patients and diseased psyche of women.

In the practical part presents the results of a quantitative survey, which was conducted through a questionnaire survey. found out the incidence of the disease in four women ages diagnosis method of communicating and influencing a relationship with this disease.

Key words

Breast cancer. Relationship. Prevention. Sexuality.

Obsah

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

ÚVOD.....10

1 ANATOMIE PRSU.....	12
2 KARCINOM PRSU	13
2.1 Epidemiologie	14
2.2 Rizikové faktory.....	14
2.3 Prevence	17
2.4 Příznaky.....	21
2.5 Léčba	22
2.5.1 Historie léčby karcinomu prsu	22
2.5.2. Léčba v současnosti	24
3 VZTAH ZDRAVOTNÍK – PACIENT	26
3.1 Vnímání příznaků.....	26
3.2 Faktory ztěžující psychický stav nemocného.....	27
3.3 Úloha sestry na onkologii.....	27
3.4 Komunikace	28
3.4.1 Komunikace s pacientem.....	28
3.4.2 Sdělování nepříznivých informací.....	28
3.4.3 Komunikace s rodinou pacienta	29
4 PSYCHIKA ŽENY V DOBĚ NEMOCI	30
4.1 Možné reakce pacientky při léčbě.....	31
5 SEXUALITA	32
5.1 Sexualita zdravé ženy.....	33
5.1.1 Prsy v ženské sexualitě.....	34
5.2 Sexualita nemocné ženy.....	34
6 ŽIVOT ŽENY S KARCINOMEM PRSU	36
6.1 Partnerský vztah.....	36
6.2 Prsní epitézy.....	36
6.3 Avon proti rakovině prsu	37

7 FORMULACE PROBLÉMU	39
7. 1 Cíl a úkol průzkumu.....	39
7. 2 Metodika průzkumu.....	39
7.3 Hypotézy	41
8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.	42
8.1 Shrnutí výsledků.....	64
9 VYHODNOCEN HYPOTÉZ A DISKUZE	66
9.1 Doporučení pro praxi.....	67
ZÁVĚR	
POUŽITÁ LITERATURA	
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Věkové rozložení zkoumaného vzorku.....	42
Tabulka č. 2 – Doba od objevení karcinomu prsu.....	43
Tabulka č. 3 – Sdělení diagnózy.....	44
Tabulka č. 4 – Komunikační dovednosti lékaře/ky při sdělování diagnózy.....	45
Tabulka č. 5 – Míra informací po sdělení diagnózy.....	46
Tabulka č. 6 – Největší zdroj informací.....	47
Tabulka č. 7 – Operační řešení.....	48
Tabulka č. 8 – Případná prsní náhrada.....	49
Tabulka č. 9 – Důvod zvolení prsní náhrady.....	50
Tabulka č. 10 – Největší opora osoby.....	51
Tabulka č. 11 – Možnost návštěvy psychologa.....	52
Tabulka č. 12 – Psychologická pomoc.....	53
Tabulka č. 13 – Ovlivnění partnerského vztahu.....	54
Tabulka č. 14 – Neshody v partnerském životě.....	55
Tabulka č. 15 – Ve vztahu nejvíce ovlivněná oblast.....	56
Tabulka č. 16 – Vztahová harmonie.....	57
Tabulka č. 17 – Ovlivnění sexuálního života.....	58
Tabulka č. 18 – Příčina porušené sexuality.....	59
Tabulka č. 19 – Organizace v boji proti rakovině prsu.....	60
Tabulka č. 20 – Požadavky na organizace.....	61
Tabulka č. 21 – Kontakt nějaké organizace.....	62
Tabulka č. 22 – Spokojenost při kontaktu organizace.....	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věkové rozložení zkoumaného vzorku.....	42
Graf č. 2 – Doba od objevení karcinomu prsu.....	43
Graf č. 3 – Způsob sdělení diagnózy.....	44
Graf č. 4 – Komunikační dovednosti lékaře/ky při sdělování diagnózy.....	45
Graf č. 5 – Míra informací po sdělení diagnózy.....	46
Graf č. 6 – Největší zdroj informací.....	47
Graf č. 7 – Operační řešení.....	48
Graf č. 8 – Případná prsní náhrada.....	49
Graf č. 9 – Důvod zvolení prsní náhrady.....	50
Graf č. 10 – Největší opora osoby.....	51
Graf č. 11 – Možnost návštěvy psychologa.....	52
Graf č. 12 – Psychologická pomoc.....	53
Graf č. 13 – Ovlivnění partnerského vztahu.....	54
Graf č. 14 – Výskyt neshod v partnerském životě.....	55
Graf č. 15 – Nejvíce ovlivněná oblast ve vztahu.....	56
Graf č. 16 – Vztahová harmonie.....	57
Graf č. 17 – Míra ovlivnění sexuálního života.....	58
Graf č. 18 – Nejčastější příčina porušené sexuality.....	59
Graf č. 19 – Znalosti organizace.....	60
Graf č. 20 – Požadavky na organizace.....	61
Graf č. 21 - Kontakt organizace.....	62
Graf č. 22 – Spokojenost při kontaktu organizace.....	63

ÚVOD

Téma, které bylo vybráno pro zpracování mé bakalářské práce se týká problematiky karcinomu prsu.

Karcinom prsu je velice častým nádorovým onemocněním u lidí všech generací na celém světě. Vědci zkoumají stále nové metody způsobu léčby, co nejúčinnější v boji proti nádoru a co nejméně zatěžující organismus. Z rizikových faktorů máme dalekosáhlé poznatky a o životním stylu předcházejícímu tomuto onemocnění víme mnoho. Kdo ale zkoumá psychiku ženy, její pocity v každodenních situacích, starosti, trápení, obavy, stud? Kdo zkoumá kvalitu jejího života při léčbě karcinomu prsu a při snaze opětovného zařazení do běžného života po léčbě? Vědci a lékaři jsou spokojeni s výsledkem, kdy je pacient vyléčen. V průběhu celé léčby a při návratu pacienta do běžného života by sestra iniciativně měla zlepšovat kvalitu života a usnadňovat překážky týkající se návratu.

Bakalářská práce je věnována pocitům ženy, od sdělení diagnózy, přes léčbu až po návrat do běžného života po skončení léčby. Cílem je zjistit, kdo ženám nejvíce pomáhá, jak je ovlivněn jejich vztah s partnerem, jak je ovlivněna sexualita, proč ženy přistupují k řešení svého stavu ve formě epitéz a plastických rekonstrukcí prsu. Jak velká je znalost organizací, pomáhajících ženám v boji proti rakovině prsu, do jaké míry těchto organizací využívají a jak jsou spokojeny s jejich přístupem a možnostmi, které nabízejí.

Teoretická část je zaměřena na anatomii prsu, karcinom prsu z hlediska příčin, příznaků i způsobům léčby v historii i současnosti, na vztah zdravotníka a pacienta a jejich komunikaci. Dále na komunikaci s rodinou pacienta a sdělování nepříznivých informací. Psychiku ženy v době nemoci, sexualitu zdravé a nemocné ženy a na ovlivnění partnerského vztahu. Práce dále poukazuje na důležitost organizací pomáhajících ženám v boji proti rakovině prsu.

Praktická část práce vyhodnocuje a zkoumá dosažené výsledky a potvrzuje nebo

vyvrací stanovené hypotézy, a to pomocí dotazníkové metody. Otázky v dotazníku jsou zaměřené na věk respondentek a dobu, kdy bylo onemocnění zjištěno, způsob sdělování diagnózy a chování zdravotnického personálu v této situaci, ovlivnění vztahu s manželem/přítelem, důvody možné rekonstrukční operace a na organizace pomáhající ženám v boji proti rakovině prsu.

Záchrana života při nádorovém onemocnění je velice důležitá. Důležité a nutné je ovšem věnovat pozornost i kvalitě života ženy během léčby, která je jedním z hlavních úkolů porodní asistentky. Péče o kvalitu života ženy při léčbě, ve stádiu rekonvalescence a následně při zařazení do běžného života by měla obsahovat vlídný přístup, dostatek informací podle věku, vzdělání, dosavadních zkušeností a momentálního stavu pacientky, možnosti léčby, které budou pacientce vyhovovat, konzultace po celou dobu onemocnění, seznámení s lidmi, kteří se danou problematikou zabývají a lidmi, kteří prošli stejným onemocněním. Porodní asistentka by měla také ženy více seznámit a poukázat na možnosti organizací, bojujících s rakovinou prsu, které se podílí na zlepšování celkové kvality jejich života, zajištěním například bezplatných telefonních linek pro případné konzultace, zorganizováním setkání lidí se stejným onemocněním.

1 ANATOMIE PRSU

Prsy jsou párový orgán, v němž je uložena mléčná žláza (glandula mammae). Mléčná žláza je největší kožní žláza lidského těla. Zakládá se již ve fetálním období u obou pohlaví v místě, které směřuje od axily k ingvině. Rozvoj a utváření prsů je výrazně závislý na hormonech a jejich vývoji v pubertě. Až do puberty je mléčná žláza u chlapců i děvčat v klidu. Vyvinutá mléčná žláza u ženy, přesahuje okraj přední stěny hrudníku a tvoří podklad ženského prsu. Do popsaného tvaru se vyvine u děvčat v pubertě pod vlivem estrogenů jako jeden ze sekundárních pohlavních znaků. Prs klinicky rozdělujeme na čtyři kvadranty. Vlastní mléčná žláza se zakládá z 15-20 laloků. Žlázový systém, lymfatické cévy, arterie a žíly v prsu obklopuje pojivová a tuková tkáň. Laloky jsou obklopeny tukem, který tvoří obal a tím dává prsu jeho charakteristický tvar. Lymfatické cévy odvádějí tkáňovou tekutinu, odpady a buňky imunitního systému. Podél těchto cév nacházíme v některých místech lymfatické uzliny. Jsou to vlastně seskupení buněk imunitního systému. Lymfa z oblasti prsu se tedy dostává do uzlin v podpaží (Axilární lymfatické uzliny), vnitřních uzlin v hrudníku (vnitřní mamární uzliny) a do uzlin nad a pod klíční kostí (supra a infra klavikulární uzliny). Cestou lymfatických cév se z prsu do těchto míst dostávají nádorové buňky, uzliny se aktivují a mohou být prvním signálem onemocnění. Velikost prsu závisí na celé řadě faktorů, z nichž na prvním místě stojí výživa. Kůže prsu je jemná, na jeho vrcholu je kůže modifikovaná v podobě kruhového dvorce. Uprostřed dvorce prominuje prsní bradavka. Kůže dvorce a bradavky je pigmentovaná. V kůži dvorce jsou prsní hrbolky, které jsou podmíněny uložením malých apokrinních žláz. V kůži prsního dvorce jsou uloženy také mazové žlázy. Jejich sekret chrání kůži dvorce před maceračními účinky slin kojence a mléka. Vrchol prsní bradavky je rozbrázděn, otevírají se na něm drobné ostrůvky, kterými vyúsťují mlékovody. Tvar prsu se mění v různých obdobích života ženy s věkem, hlavně pak v souvislosti s počtem těhotenství a porodů. Podle tvaru pak můžeme rozlišovat několik druhů prsů, což je důležité např. v diagnostice vrozených vad. Ve stáří mléčné žlázy involují, a tím se také celý prs zmenšuje. (1, 2)

2 KARCINOM PRSU

Nádor je bujení buněk, které se vymklo regulačním mechanismům postiženého organismu.

Slovo „rakovina“ prsu je nesprávným překladem původně v řečtině používaným slovem karkinoma – tedy „krabovina“. Označení tohoto slova údajně používal Hippokrates nejspíše proto, že zbytnělé žíly při pokročilé rakovině prsu připomínají klepeto. (3)

Pojem karcinom prsu zahrnuje velké množství různých zhoubných nádorů, které se navzájem liší svým chováním i prognózou. Karcinom prsu je nádorové onemocnění prsních žláz. Jedná se o nejčastější formu rakoviny u žen. Karcinom prsu je tedy v naprosté většině ženským problémem. Onemocnění ovšem v 1% postihuje i muže. U žen se častěji vyskytuje ve věku nad 50 let. Četnost výskytu invazivního karcinomu prsu u mladých žen není tak častý, ale představuje klinický problém, protože je ve větší míře spojen s agresivnějšími formami choroby než u starších žen. (4, 5)

Existuje několik druhů nádoru prsu.

Většina z nich je nezhoubných – benigních. Benigní nádory rostou častěji pomalejším tempem, jsou více ohraničené, okolní tkáň spíše ohraničují než ničí a nezakládají vzdálená ložiska. Mléčná žláza, ze které jsou prsa tvořena, někdy mění svůj vzhled, množí se a hrubne. Příčinou jsou nejčastěji hormonální změny. Vznikají tak nebolestivé útvary, fibroadenomy – nezhoubné nádory prsu, složené z buněk mléčné žlázy. Velmi často se objevují u mladých žen. V těhotenství, během kojení a při menstruaci se mohou zvětšovat. Při menstruaci mohou být bolestivé. Fibroadenomy mají ostré hrany, jsou hladké, pružné, pevné a dobře pohyblivé oproti kůži. Tyto změny mohou způsobit zvětšení prsu, bolestivost, nebo pocit otoku prsu. Někdy se objeví výtok čiré, nebo mírně zkalené tekutiny z bradavky. (4, 6)

Zhoubné nádory prsu – obecnou charakteristikou každého zhoubného nádoru je přeměna nenádorových buněk v nádorové, jejich množení a nekontrolovatelný růst, které pak napadají okolní tkáň. Jsou méně ohraničené, mohou destruovat okolí a prorůstat do něj. Tvoří dceřiná ložiska, metastázy v místech vzdálených od původního orgánu. U zhoubného nádoru prsu se jedná o prvotní nádorové změny v prsní žláze. Maligní nádory prsu tvoří především karcinomy. U karcinomů prsu všeobecně platí, že rostou pomalu (s výjimkou těhotenství, kdy jsou velice agresivní a rostou rychle), takže místní příznaky se většinou zachytí až v pokročilém stádiu onemocnění. Výskyt karcinomu prsu se zvyšuje s věkem. (4, 7)

2.1 Epidemiologie

Nádorová onemocnění představují závažný zdravotní problém současné populace. Karcinom mléčné žlázy je na prvním místě v příčinách úmrtí žen v České republice. I přes veškeré mediální kampaně a lékařskou osvětu, přichází s pokročilým nálezem více jak 1/3 nemocných. Karcinom prsu je častým onemocněním na celém světě a během posledních 20 let se počty zdvojnásobily. Jsou postiženy především vyšší věkové kategorie. Do 25 roku se karcinom prsu vyskytuje ojediněle, křivka incidence pomalu stoupá kolem 40. roku a dosahuje vrcholu ve věkové skupině 50-55 let. Kolem 60 roku lze sledovat prudký pokles incidence. Druhý vrchol incidence je ve věku 65-70 let. Incidence karcinomu mléčné žlázy v České republice má zvyšující se tendenci. (4)

2.2 Rizikové faktory

Rizikový faktor – způsob vlastního chování, genetické predispozice, vystavení vlivům, které zvyšují výskyt nádorového onemocnění. (8)

Z etiologického hlediska je dnes uznávaná celá řada faktorů podílejících se na vzniku karcinomu mléčné žlázy. Všechny tyto faktory jsou velice důležité při prevenci a následné prognóze onemocnění. Jelikož je karcinom prsu ovlivňován více faktory, příčina vzniku je multifaktoriální. Zmiňované faktory by se daly rozdělit do dvou skupin. (4)

1. GENETICKÉ – jsou prakticky neovlivnitelné. Výskyt v rodině a bližším příbuzenstvu by mohl být prvním impulsem zjištění přítomnosti genu BRCA1, BRCA 2, který toto rakovinné onemocnění způsobuje. Typickými rysy dědičnosti je opakování určitého nádoru nebo několika typů nádorů u blízkých příbuzných v přímé příbuzenské linii (nádor prsu u matky, dcery, někdy i u dalších příbuzných). Karcinom prsu je hormonálně závislý nádor, kdy velký podíl mají především estrogény. Mezi faktory genetické, tedy téměř neovlivnitelné, bychom mohli zařadit: (4)

Vliv menopauzy – pro zvýšené riziko karcinomu prsu je důležitý počet ovulačních cyklů, kterými žena během života prošla. Ženy, u nichž menopauza nastala po 55. roce života, mají o polovinu vyšší riziko, než ženy s průměrným věkem menopauzy mezi 50-52 lety. (4)

Vliv menarche – časný začátek menarche (před 12 rokem) se udává jako zvýšený rizikový faktor. Každý rok, o který je nástup menarche opožděn, riziko snižuje. (9)

Věk – je závažným rizikovým faktorem. Do 25. roku se karcinomy prsu vyskytují ojediněle. Incidence tohoto onemocnění začíná výrazně stoupat s věkem nad 30 let. Nádory, objevující se u žen nad 45. rokem představují většinu a proto je důležité tyto ženy informovat o prevenci onemocnění, kterému se dá předcházet mamologickým vyšetřením. (9)

Určité změny ve tkáni prsu – u některých žen se při mikroskopickém vyšetření tkáně prsu objeví netypické buňky. V takovém případě stoupá i riziko vzniku nádoru prsu. (7)

2. OVLIVNITELNÉ (FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU) – ovlivnitelné faktory jsou takové, jimiž lze snadno předcházet rozvoji vzniku onemocnění. Za ovlivnitelné faktory jsou všeobecně považovány vlivy životního stylu a prostředí, ve kterém žena žije jako například: (4)

Alkohol – ohroženi jsou jedinci, kteří konzumují alkoholické nápoje trvale ve velkém množství. S množstvím vypitého alkoholu úměrně stoupá i riziko nádorů prsu. (7)

Riziková strava – je druhým nejsilnějším rizikem nádorového onemocnění. Strava bohatá na živočišné tuky je též rizikovým faktorem vzniku karcinomu prsu. Dostatek ovoce a zeleniny snižuje riziko vzniku nádoru prsu. Vliv živočišných tuků může být mnoha lidem zastřen tím, že je ve velkém množství obsažen v mléce a mléčných produktech. (7)

Nadváha či obezita a nedostatek pohybu – tělo člověka je funkčně i morfologicky přizpůsobeno na náročné tělesné situace, se kterými se dokáže běžně vyrovnat. Tělesná nečinnost pak dává podnět ke vzniku chorob. U postmenopauzálních žen je obezita jednoznačným rizikovým faktorem karcinomu prsu. (7)

Hormonální antikoncepce – její užívání též mírně zvyšuje riziko karcinomu prsu. Za rizikové se považuje používání hormonální antikoncepce déle jak 7 let bez přerušení. (7)

Ozáření prsu – u žen, kterým byl v rámci nádorové léčby ozařován hrudník včetně prsů, je zvýšené riziko výskytu karcinomu prsu. Důležitou roli kromě intenzity radiace a věku hraje i celková dávka během života. Největší riziko nastává v období puberty. (4)

Expozice rakovinotvorných látek – některé chemikálie, (jako například dehet, polychlorované bifenyly, látky vznikající spalováním) a mnoho dalších, mohou v organismu nastartovat změny vedoucí ke vzniku zhoubného bujení. (4)

Kouření – vztah mezi kouřením a nádorovým onemocněním je běžně známou skutečností. Čím více cigaret se v průměru denně vykouří a čím delší počet let se kouří, tím je vyšší riziko vzniku nádorového onemocnění. (10)

Vliv stresu – existence těžkých životních stresových situací v době 1. roku před mamologickým vyšetřením ukazují zvýšené riziko výskytu prsu (studie – Cooper a Faragher). (9)

2. 3 Prevence

Nejdůležitější a nejlevnější opatření proti onkologickým chorobám je prevence. Významnou úlohu v oblasti prevence hraje sestra, která si může povšimnout příznaků, které jsou prvním projevem výskytu nádoru prsu.

Primární prevence – není zaměřena jen proti vzniku onemocnění, ale podílí se také na zlepšování zdravotního stavu, což vede ke zvyšování kvality života. Jde o snižování a eliminaci rizikových faktorů, které mají průkazný vliv na vzniku malignity. Primární prevence je zaměřena na zdravé lidi a je z velké části záležitostí každého jedince, aby snížil účinnost rizikových faktorů. Snahou primární prevence je ovlivnit vnější faktory a snížení expozice faktorů rizikových. (4,11)

Sekundární prevence – screening karcinomu prsu je zaměřen na vyhledávání zhoubných nádorů v časném, plně léčitelném stádiu. Do této oblasti se řadí pacientky v minulosti léčené ozařováním, pacientky s prekancerózami. (4,11)

Terciární prevence – je zaměřena na doléčování a návratnou péči. Za činnosti vedoucí k navrácení péče se považují například rehabilitace a psychosociální adaptace, které by také mohly zabraňovat vzniku nežádoucích, trvalých nebo dlouhodobých následků nemoci. (4,11)

Samo vyšetření prsu – je nejjednodušší metodou včasného záchytu rakoviny prsu. Samo vyšetření prsu patří do primární i sekundární prevence. Vyšetření provádí žena každý měsíc, nejlépe druhý, nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Pro ženy, které nemenstruují je vhodný jakýkoliv den. Prsy se vyšetřují zrakem (jakékoliv změny a odchylky) a pohmatem. (9)

Samo vyšetření prsu je velice důležité, a mělo by se stát běžnou součástí života ženy. Pomáhá včasnému rozpoznání a nádorového onemocnění, ale nikdy nenahradí vyšetření lékařem. Samo vyšetření by mělo být provedeno tehdy, když jsou v prsech co nejmenší hormonální změny, taková situace nastane vždy, když skončí menstruace.

Samo vyšetření prsu se provádí v několika fázích:

Před samotným vyšetřením je velice důležité, povšimnout si asymetrie prsů, jejich tvaru, či změn na kůži. Část žen má lehkou asymetrii obou prsů. Toto vyšetření je třeba provádět před zrcadlem zepředu, z boku pravého i levého, ruce jsou volně podél těla, později i vzpažené nad hlavou, s lokty vzadu.

(Příloha B obr. 1 a obr. 2)

2. Krok – ruce v bok, svěšená ramena a nepatrně svěšená hlava, lokty mírně dopředu. V této poloze jsou prsy symetrické, bez tvarových změn. Při jakékoliv patologii můžeme pozorovat například vtahování kůže.(6, 12)

(Příloha B obr. 3)

3. Krok – zvednutá levá paže, bříška prstů pravé ruky pečlivě prohmatají levý prs ve všech čtyřech kvadrantech. Prsty se pohybují v malých soustředěných kruzích, okolo prsního dvorce a celého prsu. Totéž se opakuje i u druhého prsu. Pozornost je třeba věnovat i oblasti okolo axily. I zde se mohou vyskytnout nepravidelnosti a patologie, které souvisejí s onemocněním. (6, 12)

(Příloha B)

4. Krok – jemně uchopte bradavku a dívejte se na jakékoliv nepravidelnosti, např. sekrece či krvácení z bradavky. Povšimněte si nepravidelností i v okolí prsního dvorce. Někdy totiž žlázy mohou zasahovat pod kůži dále od prsu do oblasti zad, nebo na hrudníku vysoko nad okraj hlavní žlázy. (6, 12)

(Příloha B)

5. Krok – položte se na záda na rovnou podložku. Pravé rameno podložené polštářem, nebo složenou osuškou, pravá paže založená za hlavou, nebo v bok. V této poloze dochází ke zploštění prsu, při kterém se zjednoduší jeho prohmatání. Používáme krouživé pohyby na celé ploše prsu, jako při poloze ve stoje. Stejně vyšetření krouživými pohyby opakujeme i na straně levé. (6, 12)

(Příloha B)

Sonografické vyšetření – je základním preventivním vyšetřením, mladých žen a dívek, které na sobě nepozorovaly žádné projevy onemocnění prsu a nepatří do sledované rizikové skupiny a je doplňujícím vyšetřením k mamografii u žen, které jsou v screeningovém programu. Principem je zachycení a grafické znázornění ultrazvukových rozdílů, vyplývajících z rozdílné hustoty vyšetřovaných tkání. U žen s vyšším zastoupením vazivové tkáně v prsní žláze může být toto vyšetření přínosné k odhalení ložiskového onemocnění. Jedná se o nebolestivé, neinvazivní vyšetření bez použití ionizujícího záření a specifické přípravy před vlastním vyšetřením. (4)

Mamografie – screening pomocí mamografie výrazně snižuje úmrtnost způsobená karcinomem. Screeningové vyšetření je doporučováno zdravým ženám nad 45. let jednou za dva roky. Toto vyšetření není vhodné u mladých žen, kdy je žláza bohatá a hutná. Mamografie se provádí na mamografu, který využívá měkké rentgenové záření. U plánovaného vyšetření je vhodná doba v polovině menstruačního cyklu, kdy je možné prsy dostatečně stlačit bez nepříjemných pocitů vyšetřované ženy. Cíle screeningu jsou – snížení úmrtnosti na karcinom prsu ve sledované populaci a snížení rozsahu onemocnění. (4)

EVROPSKÝ KODEX PREVENCE VÝSKYTU KARCINOMU PRSU

1. Žena by měla jíst zdravě, nepřejídat se, jíst hodně syrové zeleniny a ovoce. Přidat také potraviny s vyšším obsahem vlákniny. Maximálně omezit přísun tuků a bílkovin. Denní příjem tekutin by měl přesahovat 2 litry.
2. Cvičit, každý den mít dostatek pohybu
3. Omezit konzumaci alkoholu
4. Nekouřit
5. Dodržovat pravidelné gynekologické prohlídky. Provádět pravidelně samo vyšetření prsu – každý měsíc po dokončení menstruace.
6. Při jakémkoliv nálezů v prsu, v podpaží, na prsní bradavce nebo nad klíční kostí – například zatuhnutí, bulka, změna tvaru, velikosti, konzistence povrchu, zbarvení pokožky prsu, výtoku z bradavky atd., by měla navštívit lékaře.
7. Podrobovat se screeningovému mamografickému vyšetření od 45 let, každé 2 roky.
8. Vyhýbat se nadměrnému slunění.
9. Užívání hormonálních preparátů – častou hormonální substituční léčbu v přechodu by měla zvážit se svým lékařem.
10. Při početnějším výskytu nádorů v rodině, zvláště nádorů prsu (matka, sestra, babička) by měla pohovořit se svým lékařem o možnostech dědičnosti. (5, 13)

2. 4 Příznaky

Pro karcinom prsu není typické, aby se v raných stádiích projevoval nějakými příznaky.

Nejčastějším projevem je nebolestivá bulka, kterou si žena nahmatá sama při samovyšetření, nebo je zjištěna lékařem při vyšetření, (nejen na gynekologii). Bulka, která nebolí, je tvrdá a má nepravidelné okraje, je více podezřelá. Tato bulka bývá prvním příznakem onemocnění prsu u 3/4 nemocných.

Okem patrné změny prsu zahrnují:

- změnu ve velikosti, či tvaru prsu
- změny v oblasti bradavky a dvorce – všímáme si hlavně zarudnutí, mokvání, vtažení, nebo výtoku z bradavky (nejčastěji trvalého)
- změny kůže prsu - otok, šupinatění, či „pomerančový“ vzhled kůže prsu.
- Někdy se pomerančová kůže projeví při palpačním vyšetření prsu, jindy je tento příznak patrný trvale.
- změny mimo prs – nově vzniklé bulky v podpaží
- rozšířená žilní pleteň – tento jev může svědčit o zvýšené aktivitě prsu postiženého tumorem
- Pohmatem patrné změny zahrnují:
 - hrbolek, či ztlustění části prsu, nebo poblíž prsu, případně v podpaží
 - citlivost bradavky

Bolest, či výtok z bradavky jsou v časných stádiích méně obvyklé. Oba příznaky mohou také provázet řadu jiných chorob prsu.

Mnohdy má žena rozvinuté nejednoznačné příznaky, kdy nepozná, že se jedná o karcinom prsu. Žena má pocit, že by svého lékaře mohla „rušit“, postup příznaků pečlivě sleduje, ale zbytečně vyčkává, třebaže měsíční, nebo i delší zpoždění má výrazný vliv na snížení jejich šance na přežití. (14)

2.5 Léčba

Operační odstranění nádorů při léčbě karcinomu prsu bylo v minulosti jedinou léčebnou možností. V posledních letech byl zaznamenán pokles mortality, která souvisí s rozvojem diagnostických a terapeutických metod. Lékařská věda však musela ujít hodně dlouhou cestu, než se tyto metody začaly používat. (15)

2. 5. 1 Historie léčby karcinomu prsu

První zmínky o nádorech prsu pocházejí z období 3000 let před našim letopočtem. Z tohoto období pocházejí také chirurgické papyry, na kterých byly popsány základní nemoci prsu jako absces, infikované rány, trauma a nádory. Na papyrech starého Egypta je psáno: Tumory, které jsou zatvrdlé, chladné na pohmat při vyšetření a neobsahují tekutinu, nelze léčit. Indické rukopisy datované přibližně na 2000 let před našim letopočtem se zmiňují o léčbě nádoru prsu chirurgickou exstirpací a kauterizací a preparáty arsenu.” (15) [cit.2004-9-3]

Otec medicíny Hippokrates (460–370 let před Kristem) rozděloval nemoci prsu do tří kategorií – na nemoci, které je možno léčit medikamenty různého druhu tehdejší doby. Do této skupiny patří onemocnění s nejlepší prognózou. Do druhé skupiny zařazoval nemoci, které nelze léčit medikamenty, ale je možné je léčit nožem, nebo jiným nástrojem. Do třetí skupiny řadil nemoci, které není možné léčit nožem, ale mohly by být léčeny ohněm. Hippokrates popsal případ ženy s karcinomem prsu. Při tomto onemocnění žena trpěla krvavým výtokem z mamily. Když výtok ustal, žena zemřela. Karcinom prsu se tedy spojoval s ukončením menstruace, což vede ke zvětšení prsu a chorobné ztvrdnutí žlázy. Karcinomy prsu uložené hluboko pod povrchem doporučuje neléčit, vynechání léčby v těchto případech prodlouží život. Chirurgickou léčbu nádorů prsu ve většině případů nedoporučoval, karcinom prsu považoval za systémové onemocnění.

Z Řecka 1.st. po Kristu pocházejí první zprávy o chirurgické léčbě nádoru prsu kombinací incize a kauterizace (Leonides). Takto lékař poprvé popsal spojitost zvětšených axilárních uzlin s nádorem prsu a popsal retrakci mamily jako jeden z příznaků nádoru prsu. (15)

Jean Louis Petit (1674–1750), první z ředitelů francouzské chirurgické akademie, v 18. století doporučoval odstranění prsu, lymfatických uzlin a přilehlého pektorálního svalu. Tento zákrok by bylo možné považovat za první popis radikální mastektomie. (15)

Karcinom prsu zaznamenává veliký pokrok v 19. století, kdy do chirurgických metod vstupuje antiseptika a anestezie. (15)

Sir William Stewart Halsted (1852–1922) vypracoval efektivní metodu radikální léčby karcinomu prsu. K vypracování této metody ho vedlo vysoké procento lokálních recidiv a nízká frekvence přežití u svých předchůdců. Věřil, že špatné výsledky musí být způsobeny neadekvátním odstraněním tkáně, obklopující tumor. V období 1894–1895 vypracoval koncept radikální chirurgie prsu, který publikoval jako radikální mastektomie. (15)

Ve 20. století dosáhla radikální chirurgie svého vrcholu. Pochybnosti o kompletnosti Halstedovy radikální operace vedly k biopsii hrudních lymfatických uzlin s následnou intersticiální léčbou radiem. (15)

Po skončení druhé světové války pokračovala snaha o snížení radikálních chirurgických výkonů karcinom prsu. Robert McWhirter (Edinburgh) v roce 1948 zveřejnil výsledky, které ukazovaly, že u žen s lokalizovaným karcinomem prsu a absencí hmatných uzlin byla provedena prostá mastektomie v kombinaci s ozáření hrudní stěny, axily a supra klavikulárního pole. Pětiletý interval přežití byl vyšší než u žen, podrobených radikální mastektomie bez ozáření. (15)

Od konce druhé světové války začali chirurgové používat pouhou exstirpaci nádoru. Vývoj techniky radioterapie umožňoval konzervativnější chirurgické postupy. Teprve se zdokonalením ozařovací techniky pro zachovalý prs bylo docíleno redukce lokálních recidiv. (15)

Stále konzervativnějších výkonů pro karcinom prsu, byly umožněny rozvojem citlivějších diagnostických metod (mamografické metody) a pokroky, které nastaly v ozařovacích technikách. (15)

2. 5. 2 Léčba v současnosti

Léčba maligních chorob se zásadně liší od léčby jiných chorob tím, že pro pacientku znamená podstatně větší zátěž, neboť je zaměřena proti části člověka, proti jeho vlastním buňkám. Při ničení nádorových buněk dochází téměř vždy k poškozování některých fyziologických buněk a tkání a tedy k závažnějším nežádoucím účinkům. Vlivem léčby je dočasně a někdy i trvale zhoršována kvalita života pacienta. Pokud to rozsah onemocnění dovolí, lékaři se snaží o konzervativní postup. Při operačním řešení se klade důraz na zachování prsu s odběrem části postižené tkáně, případně uzlin, obsahujících metastázy. Léčba nádorového onemocnění je prakticky vždy postavena na spolupráci specialistů z několika různých oborů. Nejčastějšími metodami je léčba chirurgická, chemoterapie a radioterapie. Podle stádia choroby a vlastností nádoru se tyto metody různým způsobem kombinují. Pro kombinaci těchto zákroků je na prvním místě anamnéza. (4, 7)

Biopsie – je odebrání vzorku tkáně pacienta s následujícím vyšetřením pod mikroskopem. Bioptická metoda se prosazuje i tam, kde se počítá a následným chirurgickým odstraněním nádoru. Biopsie sentinelové uzliny se provádí lymfoscintigrafií a barvením patentní modří. Při biopsii prsu se nejčastěji používá speciální jehly. Takto získaný materiál se posílá na histologii. Lékař na histologii nejprve zhodnotí zrakem velikost, struktury, velikost podezřelých ložisek a jejich vzhled. U zhoubného nádoru stanoví stupeň, rozsah a možnost vlivu hormonů a léčiv na nádor. (4, 7)

Chirurgické zákroky – zahrnují buď odstranění celého prsu (mastektomie, ablace prsu), nebo tzv. výkonu zachovávající prs – jedná se o odstranění nádoru s dostatečně velkým lemlem nepostižené tkáně. Vyjma počátečních stádií karcinomu (tzv. karcinom in situ) je operace doplněna i vyjmutím lymfatických uzlin v axille, které bývají nejčastějším místem blízkého šíření nádoru. Operace neslouží pouze k odstranění nádoru, ale získaný materiál je odeslán na patologii, kde jej vyšetří a doplní či upřesní informace dříve získané. (4, 7)

Chemoterapie – při chemoterapii se vpravují do těla infuzí, nebo ústní cestou látky, které omezují dělení buněk a zasahují do jejich metabolických procesů. Poškozují tedy nádorové buňky, ale i zdravé tkáně, což se projevuje zejména vlivem na krevetvorbu, kde nastává myelosuprese. Dalším z nežádoucích účinků chemoterapie je alopecie. Častým nežádoucím účinkem je i postižení sliznic, nevolnost i zvracení samotné. Chemoterapie se používají často v návaznosti na operaci a ozařování. V určitých případech se mohou používat i před operací, s cílem zmenšit velikost nádoru. Chirurg poté může například provést zachovávající operaci prsu, která by při původní velikosti nádoru nebyla možná. Chemoterapie také slouží k vymizení hypotetických ložisek při remisi, a aplikuje se tedy v době, kdy již nejsou známky nádorového onemocnění. (4, 7)

Radioterapie – cílem této léčby je poškození nádorových buněk při co nejmenším poškození okolních tkání. Nádory mohou být na ozáření velmi citlivé (radiosenzitivní), středně citlivé (radioresponsibilní, a nebo jsou méně citlivé než okolní nenádorová tkáň (radiorezistentní). K ozařování se používají zdroje vysokoenergetického záření. V časných stádiích choroby a po záchranném chirurgickém výkonu se ozařuje nejdříve celý prs a poté se ještě provádí dosycení dávky záření na místo původního nádoru. Nežádoucí účinky radioterapie působí nejen na nádor, ale i na všechny ozářené tkáně. V dnešní době jsou nežádoucí účinky radioterapie spíše kosmetického charakteru (rozšířené cévy, skvrnky, ztenčení kůže). (4, 7)

Hormonální terapie – hormonální terapie se indikuje v případě potvrzení přítomnosti hormonálních receptorů v nádorových buňkách. Cílem terapie je blokování tvorby vlastních hormonů, které stimulují růst těchto buněk, nebo omezení vlivu těchto hormonů na nádorové buňky. Jedná se o odstranění vaječnicků nebo u mladších žen o dočasné blokování jejich funkce léky. Jiné léky blokují tvorbu vlastních hormonů v jiných tkáních než ve vaječniku. Další skupina léků je schopna obsazovat výše zmíněné receptory a zamezit vlivu hormonů. Jako každá léčba i tato má nežádoucí účinky, pro mladé ženy je to zejména dočasná nebo trvalá nemožnost otěhotnět. (4, 7)

3 VZTAH ZDRAVOTNÍK - PACIENT

Na začátku všeho je velice důležité zjistit, jakou roli v životě pacienta nemoc hraje. Jde vlastně o návrat zásady vyslovované Hippokratem:

„Není důležité, jakou nemocí onemocněl určitý člověk, ale jaký člověk onemocněl určitou nemocí“.

- Hippokratés -

3.1 VNÍMÁNÍ PŘÍZNAKŮ

Každý člověk je individuální a každý tak bude vnímat jinak příznaky onemocnění, pro které pak následně navštěvuje lékaře. Na vnímání příznaků nemoci mají vliv: (4)

1. Rozdíl v typu osobnosti – někteří lidé jsou uzpůsobeny tak, že některé věci přenechávají jako nepodstatné a nedůležité, nevšímají si jich. Tomuto vnímání se říká „blunting“ – necitlivost, otupělost. Na druhé straně se můžeme setkat s lidmi, kteří jsou až mimořádně citliví. Nic jim neujde a okamžitě reagují na sebemenší podnět. Tento druh osobnosti označujeme jako „monitoring“ – monitorování, dozor, přísný dohled.

2. Neurocitismus – u lidí, kteří mají vyšší hodnoty neurocitismu, jsou citlivější a pozornější k zdravotním změnám, které u nich probíhají. Klidné a pokojné lidi drobné změny nerozruší, nevnímají je jako něco, čemu by bylo potřeba se věnovat.

3. Negativní emocionální stav – lidé ve stresu, depresi, tísní a napětí mají zvýšenou citlivost ke svému zdravotnímu stavu. Lidé ve stresové situaci mohou mít často pocit, že jsou ohrožováni ze všech stran- tedy i zdravotně. (4)

4. Nálada – jsme-li v dobré náladě, negativní změny našeho zdravotního stavu, pro nás tak mnoho neznamenaají. Člověk ve špatné náladě má negativní myšlenky, a jakékoliv projevující se příznaky přisuzuje nejzávažnějším nemocem.

5. Osobnostní zaměření – introverti jsou citlivější v detekci příznaků negativních změn svého vlastního zdravotního stavu.

6. Vliv situačních faktorů – lidé, kteří mají zajímavější práci, kteří se angažují ve vědě, umění, společnosti jsou méně citliví k příznakům nemoci než lidé, kteří mají nudnou práci, která je moc nebaví a nezajímá. (4)

Celkově lze říci, že každý člověk objeví určitý příznak jinak rychle a s jinou obtížností. Každý člověk ho bude jinak hodnotit a u každého bude následovat jiné hodnocení celkové situace.

3. 2 FAKTORY ZTĚŽUJÍCÍ PSYCHICKÝ STAV NEMOCNÉHO

- 1) Nepředvídatelnost změny
- 2) Nejasnosti v diagnóze
- 3) Postoje lékaře
- 4) Nejasnosti v příčině vzniku, průběh, následky
- 5) Rychlé rozhodování
- 6) Nezkušenost nemocného (10, 11)

3. 3 Úloha sestry na onkologii

Úloha sestry u onkologických pacientů je mimořádně důležitá. Sestra by měla mít stále na mysli, že pacienti mají nemocné tělo, ale zdravou mysl. Nacházejí se ovšem v ohrožení života a to jejich chování mění. Sestra by měla zachovávat klid v situacích, kdy pacient dává najevo své negativní emoce. K úzkostem a obavám onkologicky nemocného pacienta z vyšetření a zejména jejich výsledků se přidá i obava z chirurgického výkonu a jeho případných následků. Plánovaný operační výkon sestra vysvětluje nemocnému trpělivě, srozumitelně a v případě potřeby i opakovaně.

Sestra by si měla udělat dostatek času – naslouchání, komunikace a chvilka společnosti v dlouhodobé samotě dodá pacientovi chuť a sílu bojovat.

Zvláště u výkonů, které znamenají trvalé závažné funkční nebo estetické změny (mastektomie, amputace) je psychická zátěž pacienta extrémní a vyžaduje ohleduplnou péči a spolupráci zdravotnického personálu v předoperační i pooperační péči i kompletní edukaci. Důležitá je také otázka návratu do normálního života. (8)

3. 4 Komunikace

Komunikační dovednosti přispívají k navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem. Komunikace lékaře a pacienta se v mnoha aspektech liší od ostatních známých druhů komunikace. Jedná se o komunikaci interpersonální. Tato komunikace hojně obsahuje termíny, ale i přesto musí lékař vždy dbát na to, aby je pacientovi dostatečně vysvětlil a objasnil. Lékař musí dle svého uvážení přihlížet i k psychickému stavu pacienta a mnohdy se záměrně a v dobré víře uchýlí i k “milosrdné lži”. (16)

3.4.1 KOMUNIKACE S PACIENTEM

Umění komunikovat, schopnost empatického chování a naslouchání, by měla být doménou každého zdravotníka. Každý pacient je však individuální a proto je třeba přizpůsobit i rozhovor. Komunikace s pacientem totiž nemusí být vždy jednoduchá a často dochází i k situacím, kdy se stává obtížná. Ne s každým pacientem se dá dobře vycházet a ne všichni pacienti léčbu přijímají a jsou za ni vděční. (16, 17)

3.4.2 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZIVÝCH INFORMACÍ

Pokud je pacient při vědomí, nelze s ním nekomunikovat. Je tedy nezbytné dříve či později informovat o nepříznivých zkušenostech. Mnozí zdravotníci tuto nutnost a povinnost špatně snášejí, snaží se jí vyhýbat nebo diagnózu sdělí necitlivým, neodborným a mnohdy pro pacienta zraňujícím způsobem. Onkologické diagnózy jsou pokládány všeobecně za špatné zprávy. Lidé obecně vnímají nádorové onemocnění velice tragicky. U těchto diagnóz se strach daří ovlivňovat a zmírňovat jen velice málo. (17)

Při posuzování závažnosti a dopadu informace na druhého člověka je nutno mít vždy na paměti, že význam a váha sdělení je zcela individuální a subjektivní záležitostí.

Obecné zásady sdělování nepříznivých informací:

- A) Pro sdělení negativní informace si vyhradíme dostatek času a klidné prostředí
- B) Předem si konkrétní sdělení vnitřně připravíme – co a jak řekneme s ohledem na příjemce informace (osobnost, úroveň inteligence, zdravotní stav, sociální situace, zkušenost, věk)

- C) Informaci podává osoba, která má pacientovu důvěru a v určité míře i autoritu
- D) Sdělení musí být naprosto srozumitelné a přesné – bez odborného jazyka
- E) Umožníme dotazy příjemce a jeho alespoň částečné vyrovnání se s nepříznivou informací (17)

3. 4. 3 KOMUNIKACE S RODINOU PACIENTA

Komunikace s rodinou pacienta představuje mnohdy pro zdravotníky komunikační problém. Často je vázána přáním pacienta nesdělovat nikomu informace o jeho současné diagnóze. Nicméně, rodina je ve většině případu pro pacienta oporou a sestra se tedy s touto komunikací velice často bude setkávat. S rodinou pacienta by proto měla umět aktivně navázat rozhovor. Zejména první kontakt je důležitý pro navázání dobrého vztahu a získání rodiny k aktivní spolupráci při léčbě pacienta. (15)

4 PSYCHIKA ŽENY V DOBĚ NEMOCI

Do situace depresivní nálady, apatického chování až těžké deprese se může dostat každý z nás. Příčina může být jakkoliv závažná, třeba i sdělení diagnózy onkologické nemoci. Člověk může být jakkoliv vzdělaný, asertivní, samostatný a rozhodný, ale ve chvíli, kdy se dozví, že je ohrožen se chová stejně úplně jinak. Bude infantilní, popletený, příliš plachý nebo podrážděný, bázlivý nebo lítostivý, ale některé informace zapomene. V takovém okamžiku potřebují i ti nejsilnější podporu a povzbuzení. Právě v této chvíli je velice důležitá psychika pacienta, které se jako základu zdraví a jedním z výrazných faktorů ve zdravotnictví nevěnuje taková pozornost, jaká by měla. (3)

Strach a úzkost mají tisíc tváří, podob, příznaků, které se liší s osobou, která strach prožívá i situací, která člověka ovlivňuje. Každý má svůj strach a statečný není ten, kdo strach nemá, ale ten, kdo jej překoná. Přestože jsou pocity úzkosti a strachu velice nepříjemné, jsou velice důležité, protože nás upozorňují na nebezpečí a pomáhají nám chránit život. Je však potřeba na stresové situace umět reagovat a své pocity v takových situacích do jisté míry ovlivňovat. (9, 10)

Nemocní rakovinou jsou konfrontováni s velkou zátěží. Diagnóza rakoviny vyvolává v každém existenční krizi. Ženy s karcinomem prsu mají kromě trvalého strachu z nádorové nemoci, představy o snížení ženské přitažlivosti, objevují se obavy ze ztráty přátel a partnera. Zatímco zdraví lidé mohou myšlenku na smrt někam zasunout, nemocný rakovinou je donucen se touto myšlenkou intenzivně zabývat. V tomto případě je samozřejmost života zpochybněna. Pacienti s rakovinou se musí vyrovnat s pocitem nejistoty, týkající se jejich dalšího života. (11, 18)

PSYCHOLOGICKÁ REHABILITACE

Psychologická rehabilitace začíná ihned při podezření na zhoubné onemocnění. Onemocněním zhoubným nádorem je velmi závažným zásahem do lidského života. Přináší sebou obtíže, spojené s přítomností nádoru a potíže, vyvolané léčbou.

Nádorové onemocnění je ovšem velice složité z hlediska psychického a sociálního. Velmi náročné je zvládnání celého procesu léčby, který se skládá zpravidla z více přístupů. Pacientka musí zvládnout léčbu chirurgickou i léčbu systémovou a radiační. Samotný výskyt onemocnění také přináší řadu komplikací. Největší oporou by měla být pro pacientku její rodina, pokud ale takto závažnou situaci nezvládá ani pacientka ani její rodina, je nabízena odborná lékařská psychologická pomoc, protože i duše stůně a třeba ji léčit. Léčebné prostředky psychoterapie mohou být dvojího druhu. Mohou vést k odstranění či zmírnění chorobných příznaků a mohou vést k dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti. (14)

SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Sociální rehabilitace znamená opětné zařazení pacienta zpět do společnosti, do běžného života a každodenních situací. Psychoterapie by měla pomoci v oblastech, kde se klient cítí zaskočený, nebo bezmocný. Tento návrat, je však zcela individuální a závisí na fyzickém a psychickém stavu každého nemocného. Závisí také na vůli a odhodlání vrátit se. Cílem celého zdravotnického týmu je co nejrychlejší návrat pacientky k běžnému způsobu života. (14)

4.1 Možné reakce pacientky při léčbě

Reakcí pacienta na sdělenou diagnózu ovlivňuje mnoho faktorů – věk, zkušenosti, podpora okolí, osobnost pacienta atd. U pacienta je za přínos v léčbě považována trpělivost a vytrvalost. Všechny tyto faktory mají vliv na následnou reakci, která může být:

1. Odmítnutí léčby ze vzdoru, zlosti nebo při pomyslné snaze trestat své okolí včetně zdravotníků.
2. Přijetí léčby s projevy nespokojenosti a negativistický přístup.
3. Neustálé poučování v průběhu léčby.
4. Nedůvěřivý postoj k práci lékařů i personálu.

5. Lhostejný postoj k léčbě.
6. Stížnostní postoj.
7. Vymýšlení a rady. V této reakci se projevuje pacientova aktivita a pocit účasti tak moc, až může být jeho chování zatěžující pro zdravotnický personál.
8. Občasné odreagování při agresivním chování. Pacient při léčbě spolupracuje, ale po dlouhé době může reagovat pláčem, výčitkami, nebo křikem, při němž obviňuje zdravotníky za svůj nelítostný osud.
9. Hluboké prožívání léčby – angažovanost. Tato reakce se obvykle vyskytuje u lidí pečlivých, kteří v životě vše brali velice vážně. Pečlivě sleduje celý průběh léčby a kontroluje, zda se něco neudělá špatně.
10. Přetrpění léčby – pacient se léčbě bez problému podvolí, protože má na ni správný náhled, je však pasivní.
11. Odosobnění. Pacient se povznese nad marnost světa: léčbu buď pojímá jako nutné zlo, nebo jí vůbec nebere v úvahu. V myšlenkách je velice daleko. (18)

5 SEXUALITA

V hovorech o rakovině prsu je sexualita a vše co s ní souvisí velké tabu, jak pro pacienty, tak pro zdravotnický personál. (11)

Kvalita sexuálního života se neměří počtem orgasmů, partnerů ani délkou soulože. Sexualita je v dnešní době brána jako intimní pouto mezi dvěma lidmi. Sexualita má mnoho podob a ovlivňuje vnímání a cítění každého člověka. V minulosti byly sexuální role jednoznačně rozděleny – muž byl iniciátorem a žena měla pouze pasivní roli. Sexualita byla v minulosti tabu a na potřeby žen v této oblasti se nebraly téměř žádné ohledy. (19)

V dnešní době je přístup otevřenější, sexualita je brána jako přirozená věc. Každá žena, nezávisle na věku, fyzické kondici, výchově či vzdělání by měla plně prožívat svou sexualitu. Pokud tomu tak není a nějaký aspekt ji toto prožívání narušuje, je třeba ho řešit s odborníky. (12)

5. 1 Sexualita zdravé ženy

Na rozdíl od muže, je žena schopná otěhotnět, porodit potomka a zajistit mu v prvních měsících výživu v podobě kojení. K tomuto účelu je ženské tělo dokonale přizpůsobeno. Když mluvíme o odlišné anatomii ženy a muže, je třeba si uvědomit, že značné rozdíly jsou také v psychice, chování a citění. Ženy dávají v oblasti sexuality více důraz na city a emoční stránku. Ke vzrušení tedy potřebuje více faktorů, ovlivňujících její psychickou stránku. Každá žena je však jiná a individuální rozdíly jsou veliké. Sexuální život ženy se řídí mnoha vlivy a podněty, které mohou u ženy navodit vzrušení a touhu po sexuálním styku. Sexualita ženy je mnohem pestřejší, než sexualita muže a bývá rozdělována do následujících fází:

Fáze excitační – touto fází začíná pohlavní vzrušení. Pohlavní orgány se prokrvují, klitoris a malé stydké pysky se zvětšují. Významná je také lubrikace poševní sliznice - žlásky vylučují sekret, který je důležitý pro zvlhčení pochvy a především pro další průběh pohlavního styku.

Fáze plato – v průběhu pohlavního styku jsou malé stydké pysky i klitoris prokrvené a zduřelé, což má za následek jejich zvýšenou citlivost k dráždění penisem. Udržuje se lubrikace poševních stěn.

Fáze vyvrcholení – při orgasmu dochází k rytmickým stahům pánevního svalstva, kontrahuje se i hladké děložní svalstvo. Malé stydké pysky jsou překrvené, mohou se zbarvit až do purpurové. Žena prožívá orgasmus celým tělem. Při orgasmu se zrychluje puls, dech, zvyšuje se krevní tlak, do červena se může zbarvovat kůže na krku, obličejí nebo hrudníku.

Každá žena ovšem vnímá orgasmus odlišně a u každé ženy se může lišit délkou, intenzitou či subjektivním vjemem.

Fáze uvolnění – prokrvení a zduření pohlavních orgánů pomalu ustupuje. Na rozdíl od muže, žena při pokračující stimulaci může dosáhnout dalších orgasmů. (20)

5. 1. 1 Prsy v ženské sexualitě

„Nadra vyjadřují stupeň probuzení ženské sexuality“

Dominik Gron

Prsy – u člověka jsou prsy přijímány jako symbol sexuality a ženskosti, a v pozadí je teprve prs spojován s mateřstvím. Další význam spočívá v počtu nervových zakončení – je to jedno z nejcitlivějších míst a jedna z nejsilnějších erotogenních zón. Vzrušení se projevuje mírným zvětšením a ztvrdnutím bradavek. Často je právě prs nutný ke vzrušení v excitační fázi. (20)

5. 2. Sexualita nemocné ženy

Porucha sexuality nemusí mít příčinu pouze ve fyzickém onemocnění, ale může být následkem psychické změny v životě ženy. V minulosti bylo onemocnění bráno jako medicínský problém a otázka intimních vztahů byla řešena jen v rámci rodiny. Při jakékoliv změně či poruše může nastat změna ve fázích ženské sexuality, nebo může docházet k úplnému odmítání jakékoliv formy sexuálního styku. Není ženy, které by nezáleželo na tom, jak vypadá, patří to k ženské přirozenosti. Názory na ženskou krásu se mění. Odlišují se časem, kulturou i osobností, která názor vyslovuje. Obecně je poprsí bráno muži jako veliký atrakt. Představy se sice liší a každý muž může vnímat jako prioritu a atraktivitu, jinou část těla než poprsí, ovšem pro ženy prsy zůstávají hlavní. Karcinom prsu je velkým zásahem do života ženy, a proto se poruchy sexuality vyskytují. (18, 20)

Jedním z nejčastějších problémů jsou:

Stud - ženy po mastektomii mohou prožívat pocity méněcennosti, neatraktivnosti, depresi a možný strach z odmítnutí. Právě strach z odmítnutí je příčinou odmítání celkového sexuálního života, nebo porušené sexuality, při které se žena nedokáže uvolnit a být sama sebou.

Doporučení – ohleduplnost partnera, romantické chvílky jako na začátku vztahu – ve společnosti i doma, při kterých žena sama určuje co je jí příjemné. (18, 20)

Ztráta sexuální touhy – sexuální anorexie, při které je rozkoš synonymem nevolnosti, hýčkání a mazlení znamenají odpor a vyvolávají nechuť nejen k sexuálnímu styku, ale jakýmkoliv formám sexuality. Slovo sex může nahánět strach, paniku a zděšení a slovo touha se zaměňuje s nechtí. Ztráta sexuální touhy znamená, že určitá osoba sexuální intimnosti nevyhledává, i když by jich byla bez problému schopna. Ztráta sexuální touhy neznamena jen nezám o pohlavní akt, ale zahrnuje i snění, sexuální fantazie, vnímání přitažlivosti určitých osob a také pocit zklamání a frustrace při dlouhodobé sexuální abstinenci.

Doporučení – změna aktivit v sexuálním chování, otevřený rozhovor s partnerem o tom, co je ženě příjemné a prostor by se měl dát i jejím fantaziím. (18, 20)

Vaginismus a bolest při souloži – bolestivý sexuální styk je jednou z nejrušivějších sexuálních poruch. Dyspareunie je stav charakterizovaný genitální bolestí, která se projeví na začátku, nebo v průběhu soulože. U žen s karcinomem prsu může být způsobena chemoterapií, která působí na suchost sliznic. Vaginismus je mimovolní stažení svalů vnější části pochvy, ke kterému dochází především při pokusu o penetraci. Vaginismem může trpět i žena, která normálně na sexuální podněty reaguje. Příčinou může být psychický strach, či nechuť k souloži samotné.

Doporučení – pobyt ve vodě, voda ženu nadnáší a nemusí namáhat končetinu na operované straně, žena si sama určuje jí příjemné věci a tempo. (18, 20)

6 ŽIVOT ŽENY S KARCINOMEM PRSU

Nádorová onemocnění jsou jedním z největších zdravotních rizik. Ačkoliv je hlavním cílem léčby tohoto zhoubného onemocnění odstranění nádoru a snížení rizika jeho možného šíření na minimum, představuje léčba zákrok, který žena vnímá velice intenzivně. Psychosociální důsledky mohou být pro ženu mnohdy daleko závažnějšími, než samotné onemocnění.

6.1 Partnerský vztah

Po amputaci prsu nabývá otázka partnerských vztahů zvláštní důležitosti. Právě zde je velice těžké dávat jednu radu pro všechny, protože každá žena má ke svému partnerovi osobitý vztah. Nemocné ženy sledují chování partnera drobně, přikládají běžným projevům jiný význam. Představa nemocné ženy o ztrátě vlastní atraktivity může vést k vyhýbání se, až odmítání partnera. Právě taková situace je pro partnerský vztah nelehká. Jednotlivou radu páry nikde najít nemohou, doporučuje se však trpělivost a komunikace mezi oběma partnery. (3)

6.2 Prsní epitézy

Většina žen postižených karcinodem prsu bude muset podstoupit určitý druh chirurgického zákroku a v některých případech se nezbytnou součástí toho zákroku stane i mastektomie. Přijde-li žena o prs, může to u ní vyvolat silný pocit ztráty a změny vnímání sebe sama. Vědomí, že budou moci znovu ukázat světu ladné křivky svého těla je pro mnohé ženy prostředkem, který významnou měrou posiluje jejich sebeúctu a přispívá k emocionálnímu zotavení. Toho mohou dosáhnout tím, že budou používat prsní protézy. Jiné ženy mají naopak pocit, že pokud změnu svého těla přijmou, nebudou je muset skrývat před světem, a proto se rozhodnou protézy nenosit. Každá žena má právo na vlastní rozhodnutí, a pokud o to stojí i na vhodnou protézu. (3, 13)

Používání protéz – prvotní prsní protéza se smí nosit již přes obvázanou ránu. Konečná prsní protéza (většinou silikonová), se smí nosit, až když není zapotřebí žádného obvazu a není přítomen otok rány. (3, 13)

Druhy prsních protéz

Prvotní prsní protézy – měkké prsní náhrady, které jsou z vrstvy syntetické vaty (ta se lehce přizpůsobí tvaru košíčku podprsenky). (3, 13)

Tyto protézy málo tlačí na ránu a mohou se nosit záhy po operaci. Jsou ovšem málo tvarovatelné, a protože je jejich váha malá, může protéza lehce klouzat v podprsence. (3, 13)

Silikonové prsní protézy – materiál, který se obzvláště dobře snáší. Existují dva druhy silikonových protéz:

- Silikony s obalem – konzistence je velice malá, jsou odolné proti opotřebování, snadno se udržují, ale také mohou snadno klouzat
- Silikony neobalené – jsou vytvořeny ze silného vláknitého silikonu a jsou částečně kombinovány s gumou. Protéza se nosí pevně na kůži, snadno tak přilne, ale materiál se potí a protéza se musí denně zasypávat pudrem. (3, 13)

6. 3 Avon – boj proti rakovině prsu

Mnohé ženy při léčbě karcinomu prsu nemají partnery, rodinu, přátele, oporu. Mnohé z nemocných žen vysílají signály a čekají na kohokoliv, kdo by je podpořil, s kým by mohly promluvit, kdo by jim poradil, kdo se nachází/zel ve stejné situaci a chápe jejich momentální stav. Avon Cosmetics je mezinárodní kosmetická společnost, která se výrazně podílí na boji proti rakovině prsu po celém světě. Nejen organizace Avon, ale i spousta jiných, pomáhají ženám při dlouhé cestě v boji proti rakovině.

1992 – již v roce 1992 si společnost Avon cosmetics uvědomila závažnost tohoto onemocnění a založila první celosvětový fond „Avon Worldwide Fund Women's Health“

Ženy ženám – tento projekt umožňuje ženám starším 30. let, zdarma preventivní mamografické či sonografické vyšetření prsu zdarma.

Avon linka proti rakovině prsu – bezplatná telefonní linka, umožňuje ženám získat rady ohledně karcinomu prsu, či jeho prevence.

Avon Linka – tel. 800 180 880

Distribuce edukativních letáků – Avon hradí výrobu a distribuci letáků zaměřených na edukaci, které se nacházejí na odborných screeningových a gynekologických pracovištích.

Avon linka proti rakovině prsu – bezplatná telefonní linka, umožňuje ženám získat rady ohledně karcinomu prsu, či jeho prevence.

Avon Linka – tel. 800 180 880

Distribuce edukativních letáků – Avon hradí výrobu a distribuci letáků zaměřených na edukaci, které se nacházejí na odborných screeningových a gynekologických pracovištích.

Činnost patientských a odborných organizací a asociací – Avon také spolupracuje a přispívá na činnost patientských a odborných organizací a asociací z oblasti prevence rakoviny prsu.

7.1 FORMULACE PROBLÉMU

Karcinom prsu je velice časté onemocnění, vyskytující se stále u mladších žen. Toto onemocnění v mnoha situacích ovlivňuje podstatu ženskosti. V průběhu diagnostiky a terapie mohou vznikat situace, které nebudou řešitelné ze strany pacientky, ani ze strany jejího okolí. Žena může ztrácet důvěru v úspěšnost léčby, rodinu a přátele, v sebe sama. Může docházet k poruchám v sebepojetí.

Aktuální problém

Hlavní problém, kterým se bakalářská práce zabývá, zní:

Zvládání situace ženy s karcinomem prsu v průběhu terapie, nebo při snaze o návrat do běžného života.

Dílčí problémy

Psychická opora při sdělení diagnózy, v průběhu a po skončení terapie využití psychologické pomoci, ovlivnění partnerského vztahu, důvod případné rekonstrukční operace.

7.1 Cíl a úkol průzkumu

Cílem průzkumného šetření je zjistit, jak ovlivňuje karcinom prsu život ženy v každodenních, běžných situacích a do jaké míry může zasáhnout a ovlivnit partnerský vztah.

7.2 Metodika průzkumu

Pro realizaci a následné vyhodnocení průzkumu byla zvolena dotazníková metoda.

Dotazník obsahoval 21 otázek.

Požadované informace byly získávány prostřednictvím nestandardizovaného anonymního dotazníku, který obsahoval uzavřené a polootevřené otázky, a jednu otázku vyznačující míru ovlivnění na předem vyznačené škále. Součástí dotazníku byly i sociodemografické otázky.

Respondentky byly rozdělené do čtyř věkových kategorií. Před samotným průzkumem bylo provedeno pilotní prověření otázek a rozdáno 20 dotazníků. Na základě tohoto ověření byly stanoveny hypotézy.

Na průzkum bylo použito celkem 130 dotazníků, které byly distribuovány u čtyř skupin žen různých věkových kategorií. Dotazníky byly rozdávány v Pardubickém a Chrudimském okrese od října 2012 do ledna 2013 u žen, které právě léčbou procházely, nebo u žen, u kterých byla léčba skončena. Respondentky přistupovaly k vyplňování dotazníků zodpovědně, ovšem i přesto návratnost dotazníků nebyla 100%. Ze 130 rozdaných dotazníků byla návratnost 118, což činí 91 %. Získané údaje byly zpracovány do tabulek v počítačovém program Microsoft Office Excel a sloupcových grafů v počítačovém programu Microsoft Office Word.

7.3 Hypotézy

Hypotéza 1

Předpokládáme, že více než polovina žen byla spokojena se způsobem sdělení diagnózy.

Tuto hypotézu jsme ověřovali i otázkou č. 3, 4, 5, 6, 11, 12.

Hypotéza 2

Předpokládáme, že u více jak poloviny žen dojde vlivem onemocnění k ovlivnění partnerského vztahu.

Tuto hypotézu jsme ověřovali otázkou č. 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Hypotéza 3

Předpokládáme, že více jak polovina žen kontaktuje organizace bojující proti karcinomu prsu.

Tuto hypotézu jsme ověřovali otázkou č. 19, 20, 21, 22.

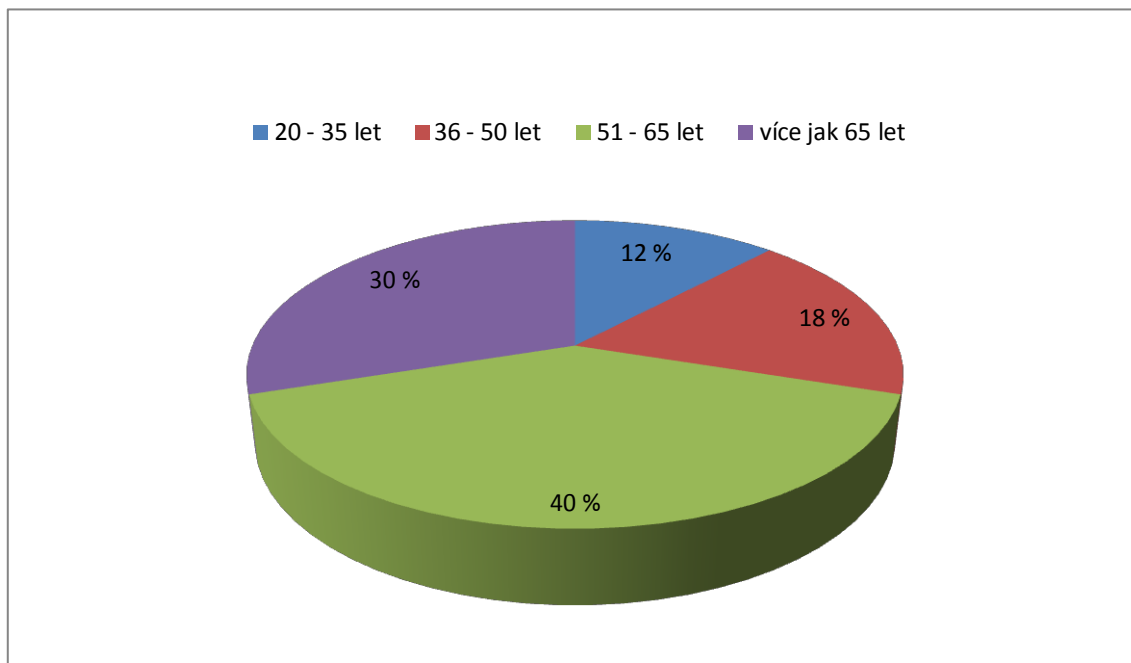
8. ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Položka č. 1- Kolik Vám je let

Tabulka č. 1 – Věkové rozložení zkoumaného vzoru

Váš věk	N _j	P _j
20–35 let	14	12 %
36–50 let	21	18 %
51– 65 let	48	40 %
více jak 65 let	35	30 %
Součet	118	100 %

Obr. 1 – Graf věkového rozložení zkoumaného vzorku



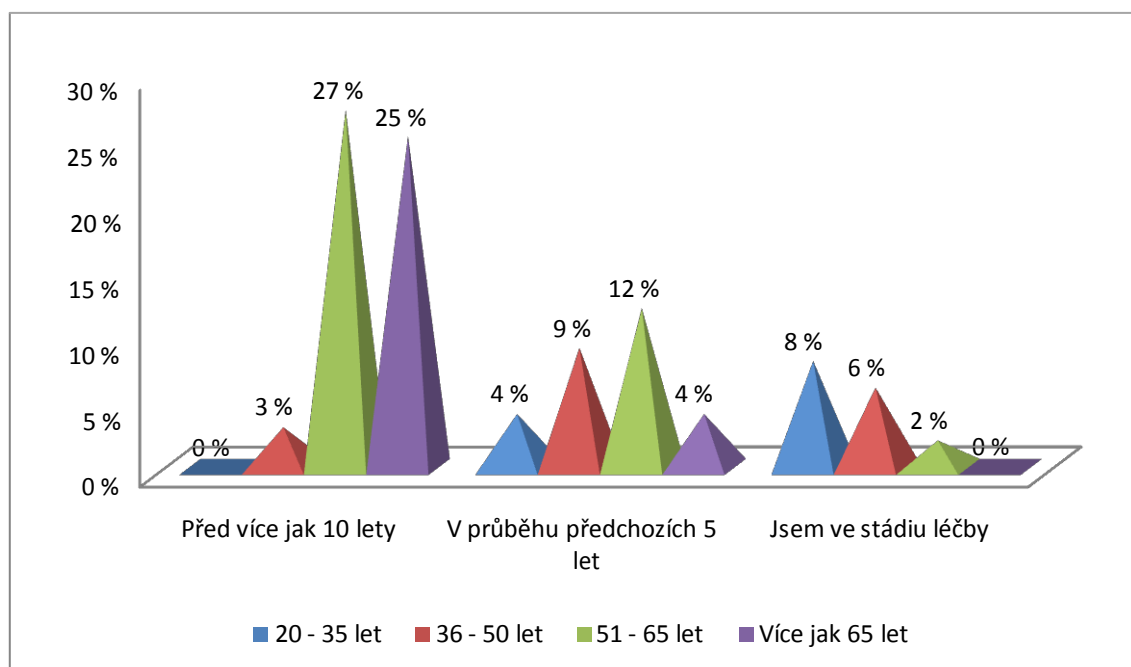
Věková kategorie respondentek byla rozdělena do čtyř skupin. Respondentek ve věkové kategorii 20–35 let bylo nejméně 14 (12 %). Věková kategorie žen 36–50 let, 21 respondentek (18 %). 48 (40 %) respondentek zahrnovala věková kategorie 51–65 let. Věková kategorie nad 65 let zahrnovala 35 respondentek (30 %).

Položka č. 2 – Doba od objevení karcinomu prsu

Tabulka č. 2 – Doba od objevení karcinomu prsu

Karcinom prsu se u mě objevil		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	j
Před více jak 10 lety	66	0	0 %	4	3 %	32	27 %	30	25 %
V průběhu předchozích 5 let	34	5	4 %	10	9 %	14	12 %	5	4 %
Jsem ve stádiu léčby	18	9	8 %	7	6 %	2	2 %	0	0 %
Součet	118	14	12 %	21	18 %	48	41 %	35	29 %

Obr. č. 2 – Graf doby od objevení karcinomu prsu



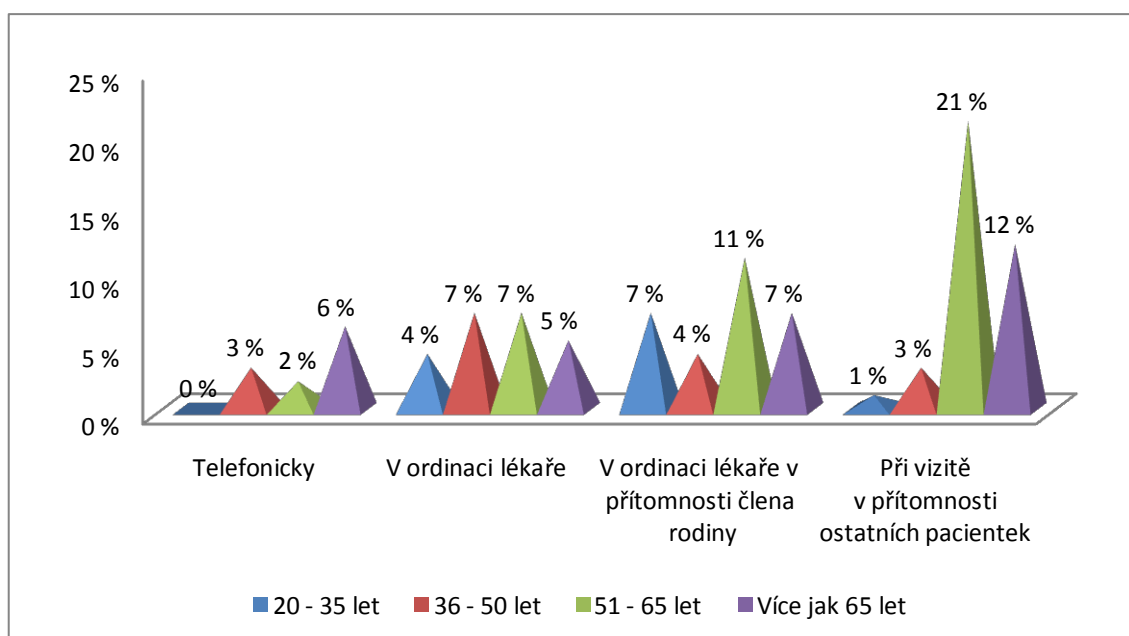
Odpoověď na tuto položku byla uzavřená, respondentky vybíraly z předem stanovených odpovědí. Výskyt karcinomu prsu před více jak 10 lety uvedlo nejvíce respondentek zastoupených ve věkové kategorii 51–65 let, 32 žen (27 %). Z respondentek nejmladší věkové kategorie 20–35 let výskyt uvedlo 0 %. Ve stádiu léčby se v době výzkumu nacházelo nejvíce žen, z věkové kategorie 20–35 let, 9 žen (8 %). Nejméne žen ve stádiu léčby zaznamenala věková kategorie žen nad 65 let (0 %).

Položka č. 3 – Způsob sdělení diagnózy

Tabulka č. 3 – Způsob sdělení diagnózy

Výsledek vyšetření mi byl sdělen		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Telefonicky	12	0	0 %	4	3 %	2	2 %	7	6 %
V ordinaci lékaře	28	5	4 %	8	7 %	8	7 %	6	5 %
V ordinaci lékaře v přítomnosti člena rodiny	34	8	7 %	5	4 %	13	11 %	8	7 %
Při vizitě v přítomnosti ostatních pacientek	44	1	1 %	4	3 %	25	21 %	14	12 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 3 – Graf sdělení diagnózy



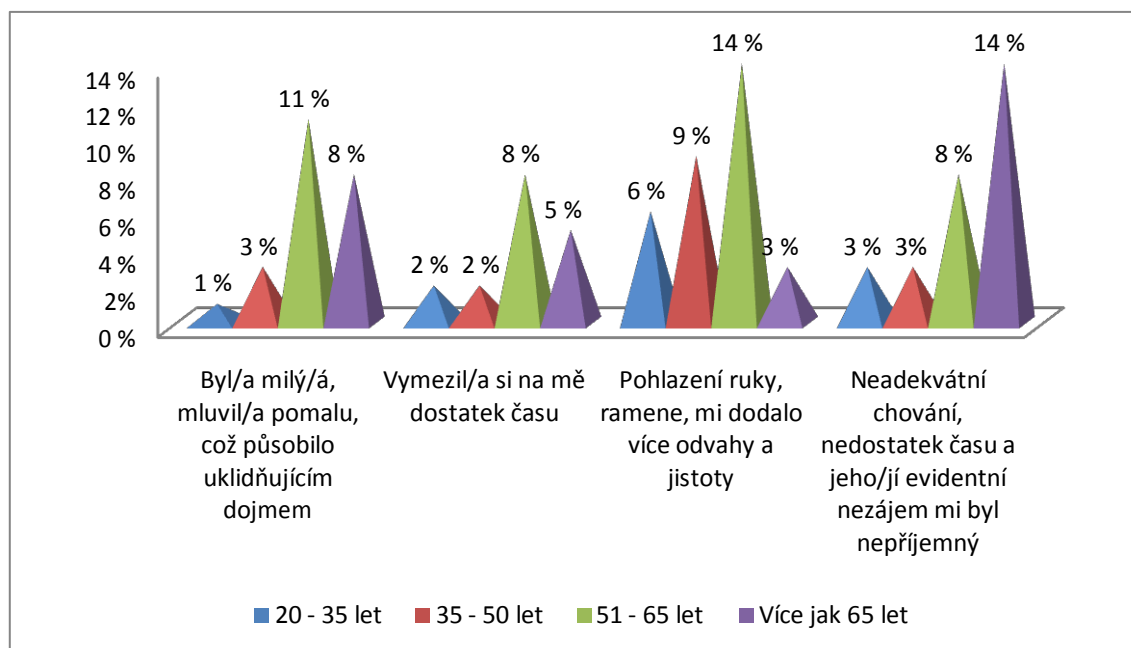
Nejčastější odpovědí na způsob sdělení diagnózy bylo při vizitě v přítomnosti ostatních pacientek 44 respondentek (37 %). Sdělení diagnózy při vizitě v přítomnosti ostatních pacientek nejčastěji uváděly respondentky ve věkové kategorii 51–65 let, 25 respondentek (21 %). Druhou nejčastěji udávanou odpovědí bylo, sdělení diagnózy lékařem v ordinaci za přítomnosti člena rodiny, 34 dotázaných respondentek (29 %). Telefonní kontakt uvedlo pouze 12 respondentek (11 %).

Položka č. 4 – Využití komunikačních dovedností lékaře/ky při sdělování diagnózy

Tabulka č. 4 – Chování lékaře/ky

Způsob chování lékaře/ky při sdělování diagnózy		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Byl/a milý/á, mluvil/a pomalu, což působilo uklidňujícím dojmem	27	1	1 %	4	3 %	13	11 %	9	8 %
Vymezil/a si na mě dostatek času	20	2	2 %	2	2 %	10	8 %	6	5 %
Pohlazení ruky, ramene, mi dodalo více odvahy a jistoty	38	7	6 %	11	9 %	16	14 %	4	3 %
Neadekvátní chování, nedostatek času a jeho/jí evidentní nezájem mi byl nepříjemný	33	4	3 %	4	3 %	9	8 %	16	14 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 4 – Graf komunikačních dovedností lékaře/ky při sdělování diagnózy



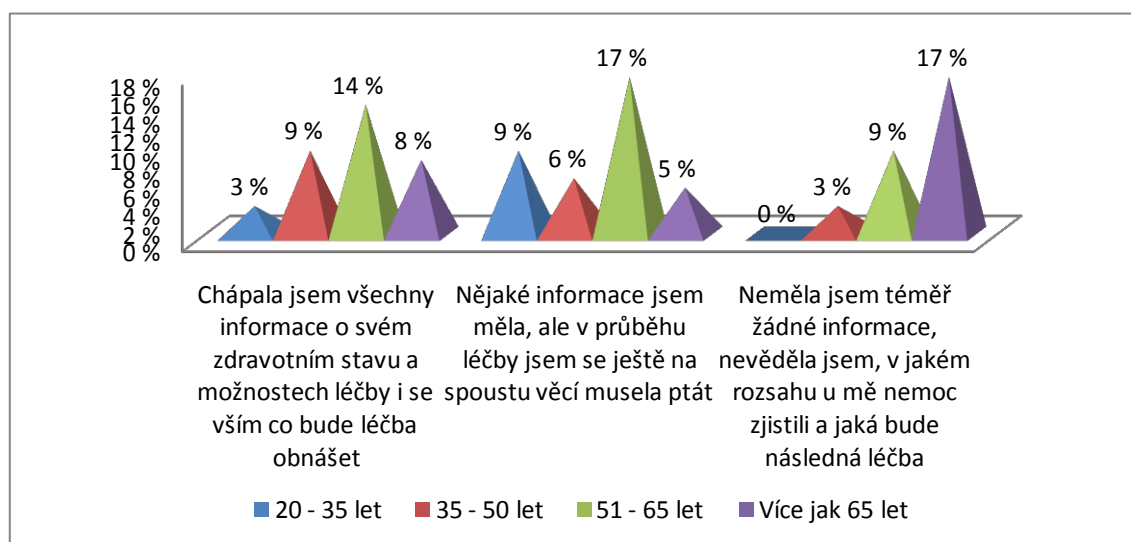
Při komunikačních dovednostech respondentky nejčastěji uváděly, že pohlazení ruky, nebo ramene jim dodalo více odvahy a jistoty, 38 respondentek (32 %). Neadekvátní chování, nedostatek času a evidentní nezájem lékaře/ky uvedlo 33 respondentek (28 %).

Položka č. 5 – Po sdělení diagnózy

Tabulka č. 5 – Míra informací po sdělení diagnózy

Po sdělení diagnózy		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Chápala jsem všechny informace o svém zdravotním stavu a možnostech léčby i se vším co bude léčba obnášet	39	3	3 %	10	9 %	17	14 %	9	8 %
Nějaké informace jsem měla, ale v průběhu léčby jsem se ještě na spoustu věcí musela ptát	44	11	9 %	7	6 %	20	17 %	6	5 %
Neměla jsem téměř žádné informace, nevěděla jsem, v jakém rozsahu u mě nemoc zjistili a jaká bude následná léčba	35	0	0 %	4	3 %	11	9 %	20	17 %
Součet	118	14	12 %	21	18 %	48	40 %	35	30 %

Obr. č. 5 – Graf míry informací po sdělení diagnózy



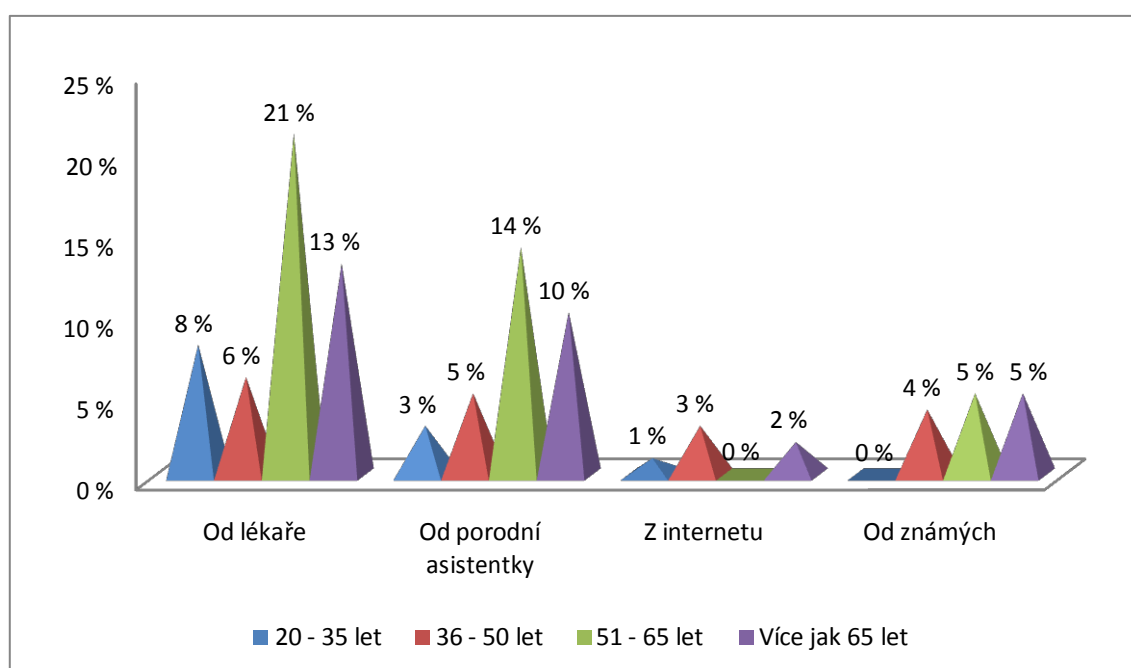
Po sdělení diagnózy nejčastěji respondentky informace mají, v průběhu léčby se, ale na spoustu věcí ještě ptají. Tuto odpověď uvedlo 44 respondentek (37 %). Nejméně dotázaných respondentek 35 (29 %) nemělo téměř žádné informace o onemocnění a průběhu léčby.

Položka č. 6 – Kde jste získala o svém onemocnění nejvíce informací?

Tabulka č. 6 – Nejčastější zdroj informací po sdělení diagnózy

Kde jste získala o svém onemocnění nejvíce informací		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Od lékaře	56	9	8 %	7	6 %	25	21 %	15	13 %
Od porodní asistentky	39	4	3 %	6	5 %	17	14 %	12	10 %
Z internetu	6	1	1 %	3	3 %	0	0 %	2	2 %
Od známých	17	0	0 %	5	4 %	6	5 %	6	5 %
Součet	118	14	12 %	21	18 %	48	40 %	35	30 %

Obr. č. 6 – Graf zdroje s nejvíce informacemi



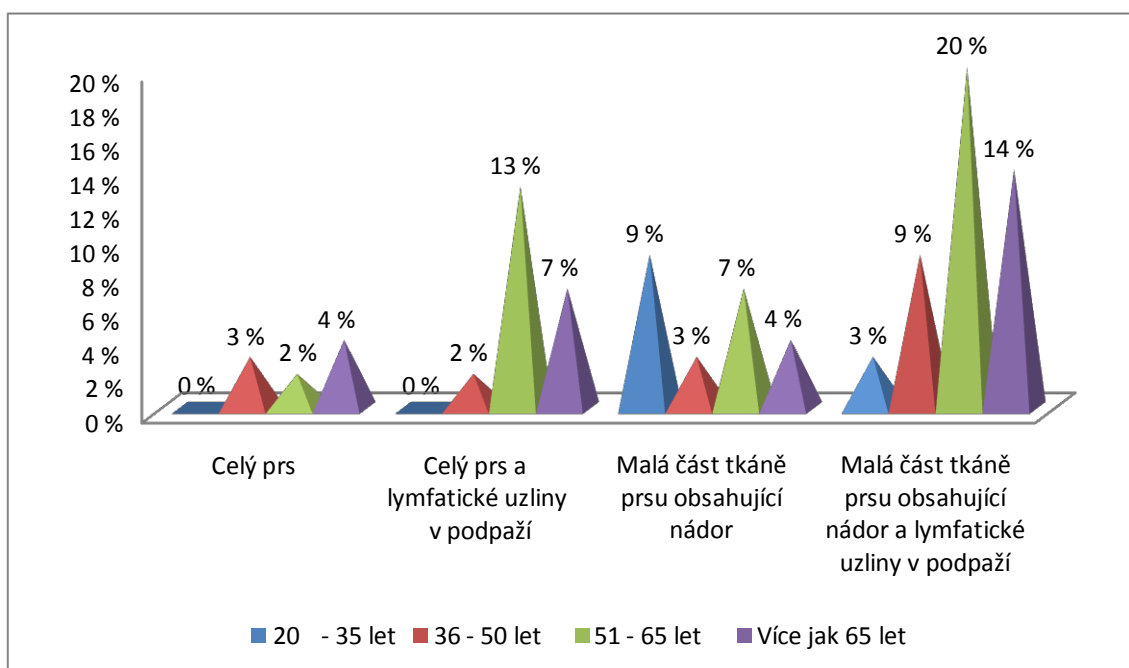
Po sdělení diagnózy se respondentky nejčastěji s případnými dotazy obracely na lékaře, 56 dotázaných (48 %), kdy nejvíce zastoupena je věková kategorie žen 51–65 let. Nejméně respondentky využívaly internetu, a to pouze v 6 %. Od porodní asistentky se nejvíce informací dozvědělo 39 respondentek (32 %).

Položka č. 7 – Při operaci mi byl odstraněn:

Tabulka č. 7 – Operační řešení

Při operaci mi byl odstraněn:		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj
Celý prs	11	0	0 %	4	3 %	2	2 %	5	4 %
Celý prs a lymfatické uzliny v podpaží	25	0	0 %	2	2 %	15	13 %	8	7 %
Malá část tkáně prsu obsahující nádor	28	11	9 %	4	3 %	8	7 %	5	4 %
Malá část tkáně prsu obsahující nádor a lymfatické uzliny v podpaží	54	3	3 %	11	9 %	23	20 %	17	14 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	42 %	35	29 %

Obr. č. 7 – Graf operačního řešení



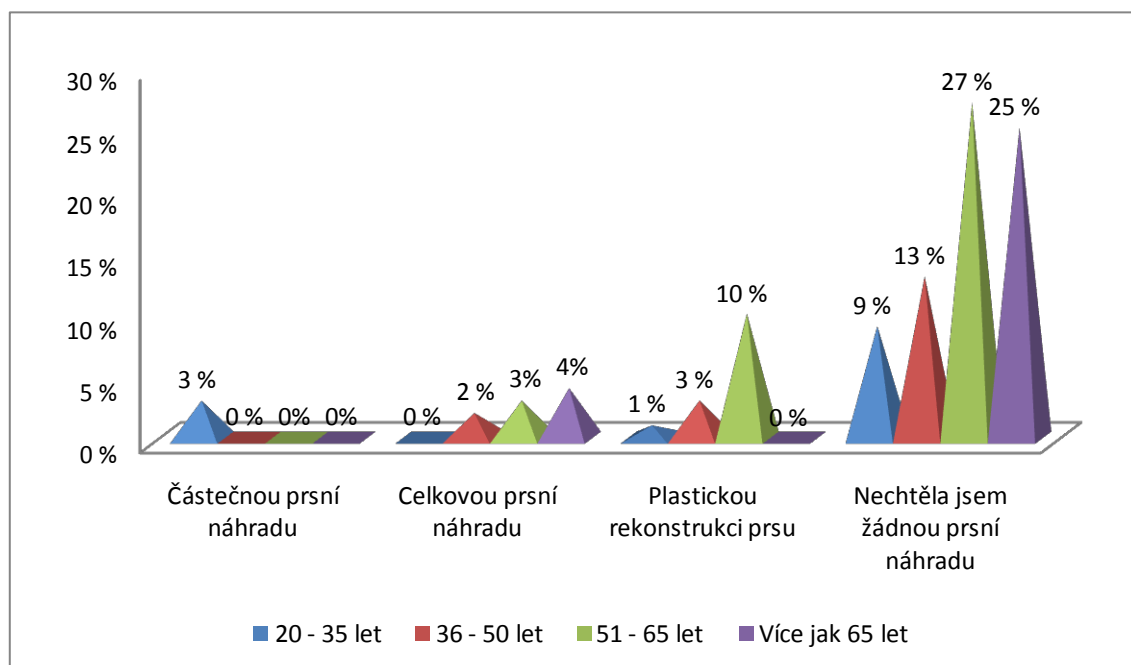
Nejvíce dotazovaných respondentek 54 (46 %) udávalo, že operačním řešením pro ně bylo odstranění malé části tkáně prsu obsahující nádor a lymfatické uzliny v podpaží. Nejmenší procento operačního řešení bylo odstranění celého prsu 11 dotázaných respondentek (9 %). Z toho nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byly respondentky nad 65 let.

Položka č. 8 – Případná prsní náhrada

Tabulka č. 8 – Případná prsní náhrada

Jako náhradu po operaci jsem zvolila:		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj
Částečnou prsní náhradu	3	3	3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkovou prsní náhradu	11	0	0 %	2	2 %	4	3 %	5	4 %
Plastickou rekonstrukci prsu	17	1	1 %	4	3 %	12	10 %	0	0 %
Nechtěla jsem žádnou prsní náhradu	87	10	9 %	15	13 %	32	27 %	30	25 %
Součet	118	14	13 %	21	18 %	48	40 %	35	29 %

Obr. č. 8 – Graf případné prsní náhrady



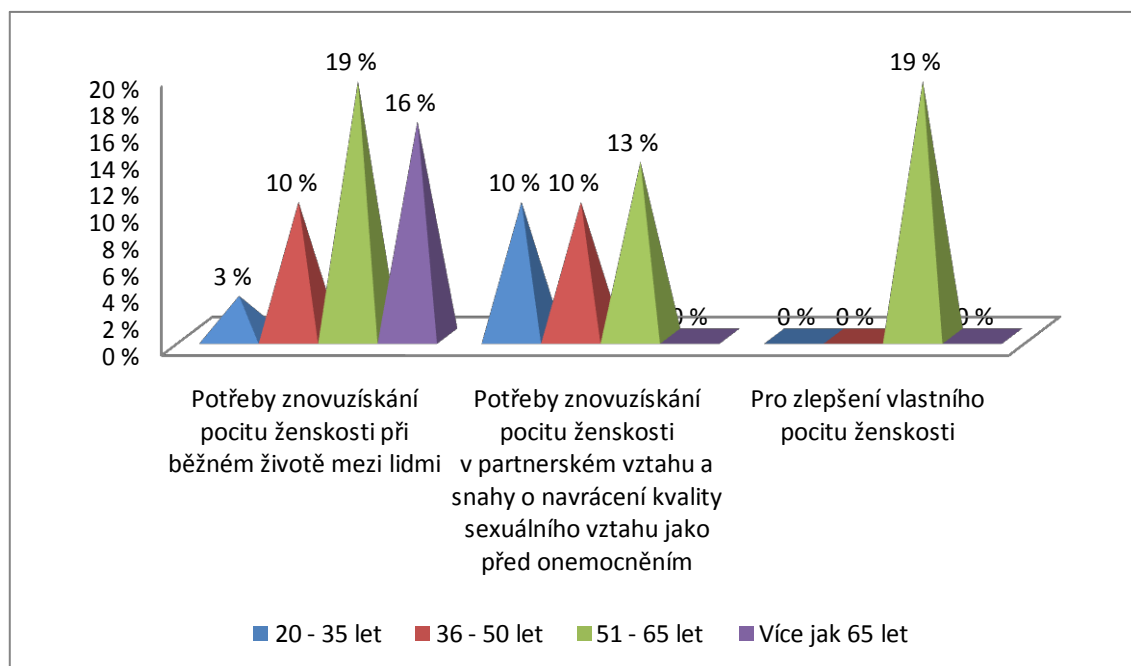
V otázce případného použití prsního implantátu 87 dotazovaných respondentek (74 %) nechtělo žádnou prsní náhradu. Plastickou rekonstrukci prsu zvolilo 17 (14 %) respondentek, z toho nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byly respondentky ve věku 51–65 let. Nejméně respondentky uváděly možnost částečné prsní náhrady a to pouze v (3 %). Pro celkovou prsní náhradu se rozhodlo 11 respondentek (9 %).

Položka č. 9 – Pro prsní náhradu jsem se rozhodla z důvodu

Tabulka č. 9 – Důvod zvolení prsní náhrady

Pro prsní náhradu jsem se rozhodla z důvodu:		20–35 let		36–50 let		51– 65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj
Potřeby znovuzískání Pocitu ženskosti při běžném životě mezi lidmi	15	1	3 %	3	10 %	6	19 %	5	16 %
Potřeby znovuzískání pocitu ženskosti v partnerském vztahu a snahy o navrácení kvality sexuálního vztahu jako před onemocněním	10	3	10 %	3	10 %	4	13 %	0	0 %
Pro zlepšení vlastního Pocitu ženskosti	6	0	0 %	0	0 %	6	19 %	0	0 %
Součet	31	4	13 %	6	20 %	16	51 %	5	16 %

Obr. č. 9 – Graf důvodu zvolení prsní náhrady



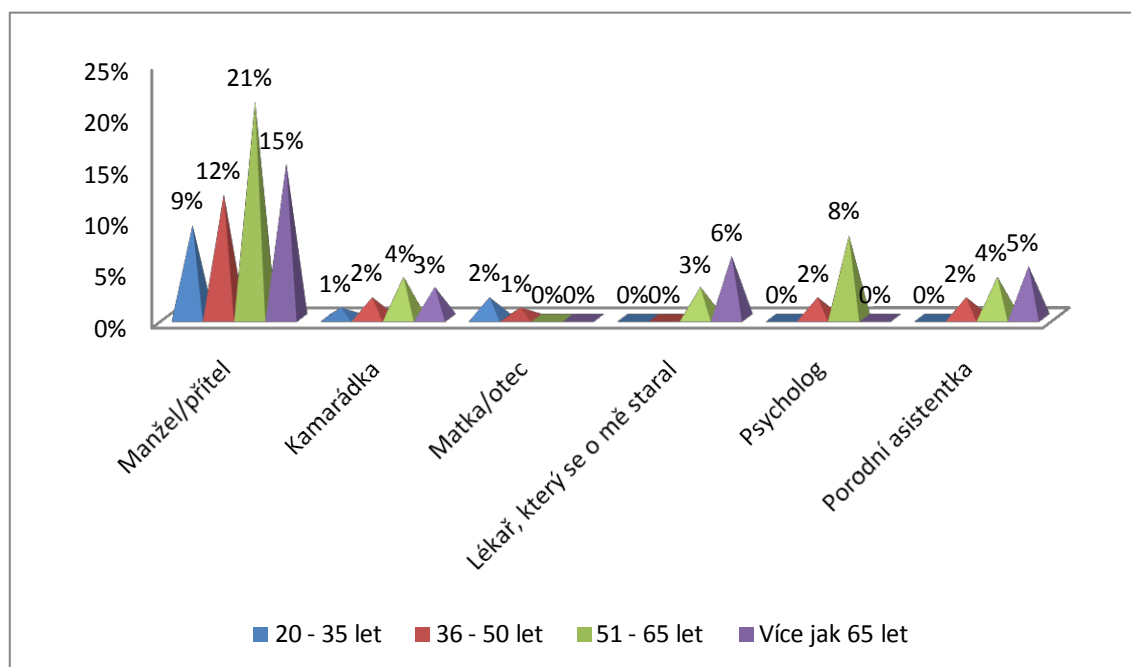
Pro prsní náhradu se 15 respondentek (48 %) rozhodlo z důvodu znovuzískání pocitu ženskosti při běžném životě mezi lidmi. Pro prsní náhradu z důvodu potřeby znovuzískání pocitu ženskosti v partnerském vztahu a snahy o návrat kvality sexuálního vztahu se rozhodlo 10 respondentek (33 %).

Položka č. 10 – Největší oporou pro mě byl:

Tabulka č. 10 – Největší opora osoby

Největší oporou pro mě byl:		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Manžel/přítel	68	11	9 %	14	12 %	25	21 %	18	15 %
Kamarádka	11	1	1 %	2	2 %	5	4 %	3	3 %
Matka/otec	3	2	2 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %
Lékař, který se o mě staral	11	0	0 %	0	0 %	3	3 %	8	6 %
Psycholog	12	0	0 %	2	2 %	10	8 %	0	0 %
Porodní asistentka	13	0	0 %	2	2 %	5	4 %	6	5 %
Součet	118	14	12 %	21	19 %	48	40 %	35	29 %

Obr. č. 10 – Graf největší opory osoby



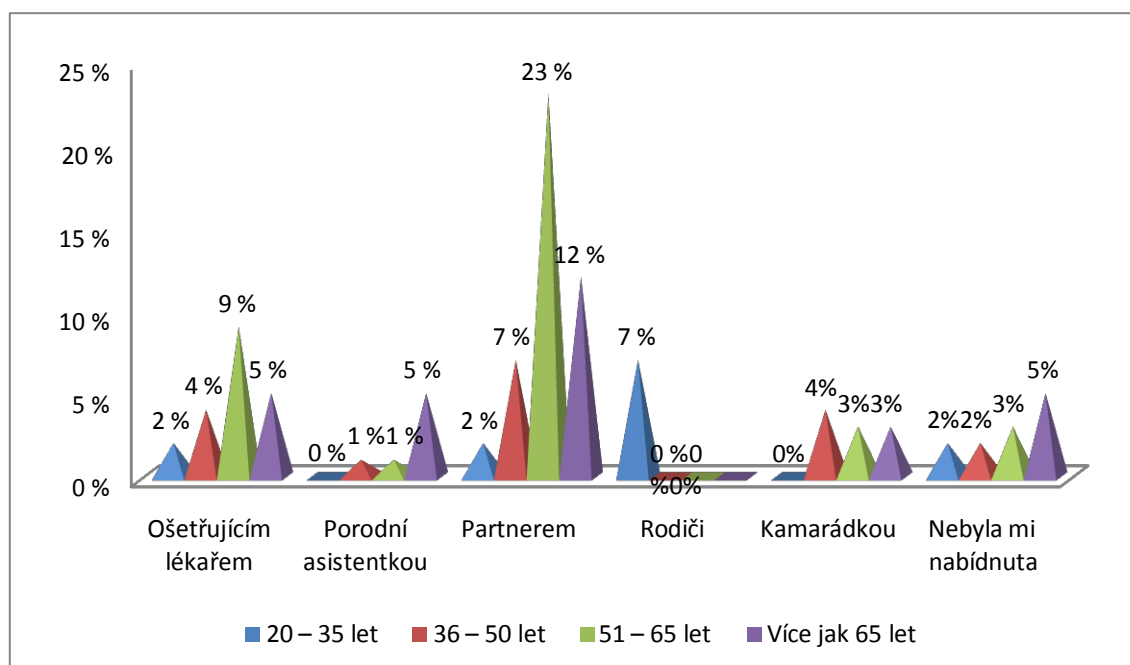
Největší oporou pro dotazované respondentky byl manžel/přítel 68 dotázaných (57 %). Nejméně 3 respondentky (3 %) jako největší oporu uváděly matku/otce. Porodní asistentka byla oporou pro 13 respondentek (11 %). Kamarádku jako nejdůležitější osobu uvedlo 11 respondentek (9 %).

Položka č. 11 – Možnost návštěvy psychologa

Tabulka č. 11 – Možnost návštěvy psychologa

Návštěvy psychologa mi byla nabídnuta		20–35 let		36–50 let		51– 65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Ošetřujícím lékařem	24	2	2 %	5	4 %	11	9 %	6	5 %
Porodní asistentkou	8	0	0 %	1	1 %	1	1 %	6	5 %
Partnerem	52	2	2 %	8	7 %	28	23 %	14	12 %
Rodiči	8	8	7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Kamarádkou	12	0	0 %	5	4 %	4	3 %	3	3 %
Nebyla mi nabídnuta	14	2	2 %	2	2 %	4	3 %	6	5 %
Součet	118	14	13 %	21	18 %	48	39 %	35	30 %

Obr. č. 11 – Graf možnosti návštěvy psychologa



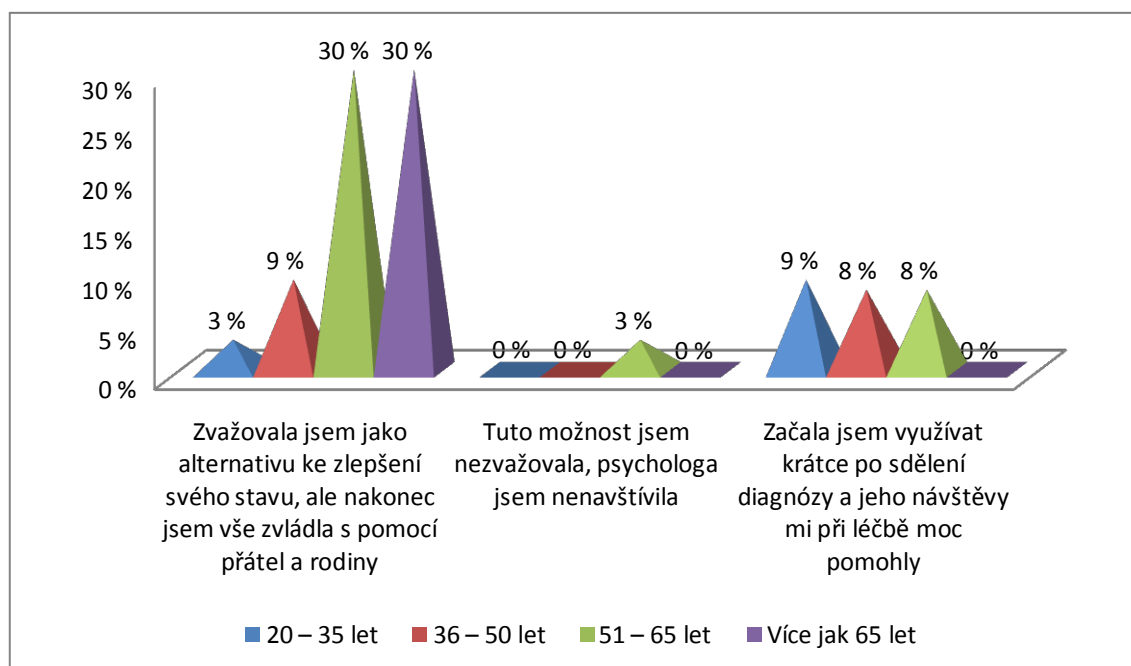
Návštěvu psychologa respondentkám nejčastěji nabízel partner, 52 dotazovaných (44 %). Druhou nejčastěji udávanou odpovědí byl lékař a to u 24 dotazovaných respondentek (20 %). Porodní asistentka nabídla možnost psychologické pomoci 8 dotazovaným (7 %).

Položka č. 12 – Psychologická pomoc

Tabulka č. 12 – Psychologická pomoc

Pomoc psychologa		20–35 let		36 –50 let		51 –65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj
Zvažovala jsem jako alternativu ke zlepšení svého stavu, ale nakonec jsem vše zvládla s pomocí přátel a rodiny	84	3	3 %	11	9 %	35	30 %	35	30 %
Tuto možnost jsem nezvažovala, psychologa jsem nenavštívila	3	0	0 %	0	0 %	3	3 %	0	0 %
Začala jsem využívat krátce po sdělení diagnózy a jeho návštěvy mi při léčbě moc pomohly	31	11	9 %	10	8 %	10	8 %	0	0 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 12 – Graf pomoci psychologa



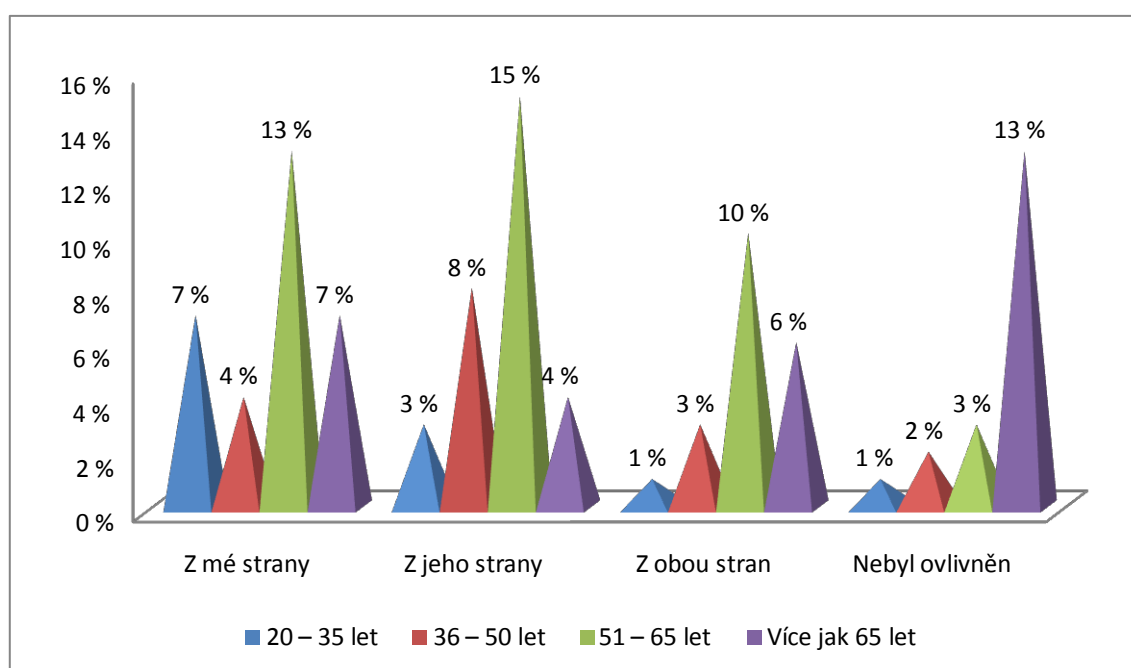
Psychologickou pomoc 84 respondentek (72 %) zvažovalo jako alternativu ke zlepšení svého stavu, ale současný stav zvládly s pomocí přátel a rodiny. Psychologickou pomoc vůbec nezvažovaly 3 dotázané respondentky (3 %).

Položka č. 13 – Ovlivnění partnerského vztahu

Tabulka č. 13 – Ovlivnění partnerského vztahu

Partnerský vztah		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Z mé strany	37	9	7 %	5	4 %	15	13 %	8	7 %
Z jeho strany	36	3	3 %	10	8 %	18	15 %	5	4 %
Z obou stran	24	1	1 %	4	3 %	12	10 %	7	6 %
Nebyl ovlivněn	21	1	1 %	2	2 %	3	3 %	15	13 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 13 – Graf ovlivnění partnerského vztahu



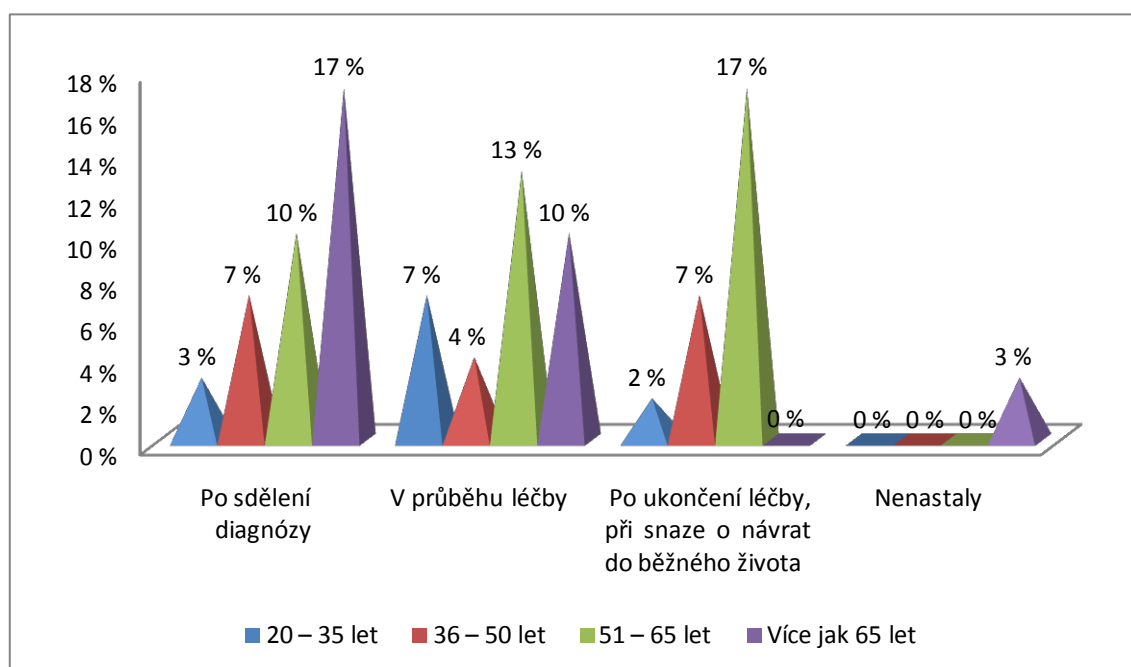
Partnerský vztah byl nejčastěji ovlivněn ze strany respondentky. Tuto odpověď uvedlo 37 dotazovaných (31 %). Nejméně respondentky uváděly, že partnerský vztah v průběhu terapie ovlivněn nebyl, 21 dotázaných (19 %).

Položka č. 14 – Neshody v partnerském životě

Tabulka č. 14 – Neshody v partnerském životě

Neshody v partnerském životě nastaly		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Po sdělení diagnózy	44	4	3 %	8	7 %	12	10 %	20	17 %
V průběhu léčby	41	8	7 %	5	4 %	16	13 %	12	10 %
Po ukončení léčby, při snaze o návrat do běžného života	30	2	2 %	8	7 %	20	17 %	0	0 %
Nenastaly	3	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	3 %
Součet	118	14	12 %	21	18 %	48	40 %	35	30 %

Obr. č. 14 – Graf výskytu neshod v partnerském životě



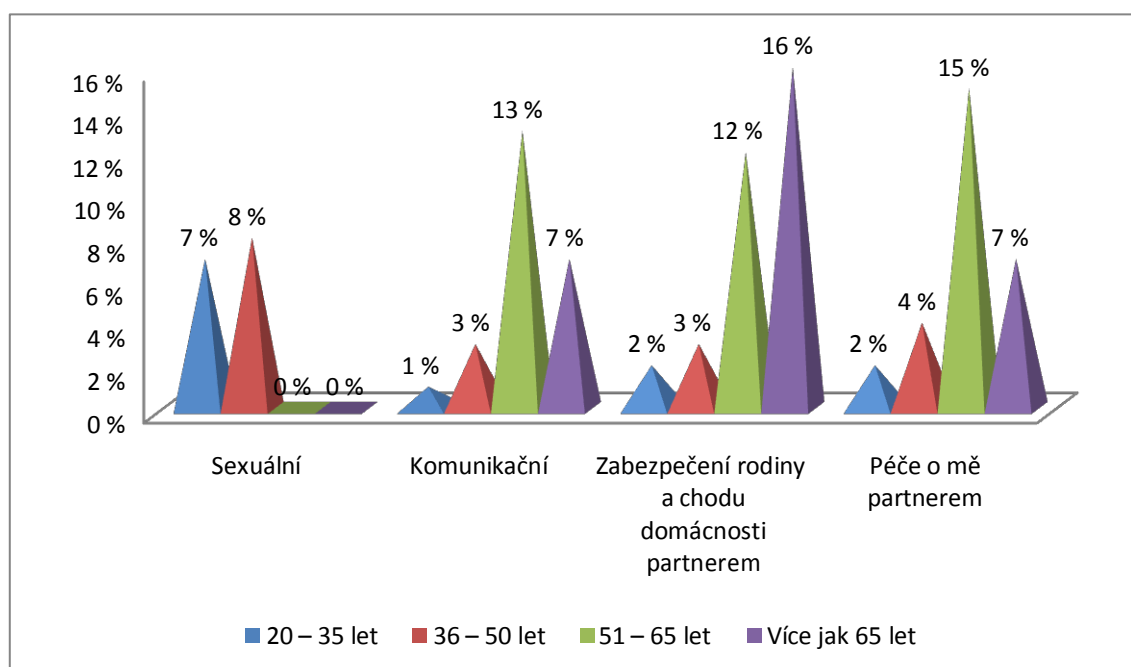
Nejčastěji respondentky uváděly neshody v partnerském životě po sdělení diagnózy, 44 dotazovaných (37 %). V průběhu léčby uvedlo neshody 41 dotazovaných (34 %). U 3 respondentek (3 %) žádné neshody nenastaly.

Položka č. 15 – Ve vztahu nejvíce ovlivněná oblast

Tabulka č. 15 – Ve vztahu nejvíce ovlivněná oblast

Největší ovlivnění v našem vztahu nastalo v oblasti		20–35 let		36 –50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Sexuální	19	9	7 %	10	8 %	0	0 %	0	0 %
Komunikační	28	1	1 %	3	3 %	16	13 %	8	7 %
Zabezpečení rodiny a chodu domácnosti partnerem	38	2	2 %	3	3 %	14	12 %	19	16 %
Péče o mě partnerem	33	2	2 %	5	4 %	18	15 %	8	7 %
Součet	118	14	12 %	21	18 %	48	40 %	35	30 %

Obr. č. 15 – Graf nejvíce ovlivněné oblasti ve vztahu



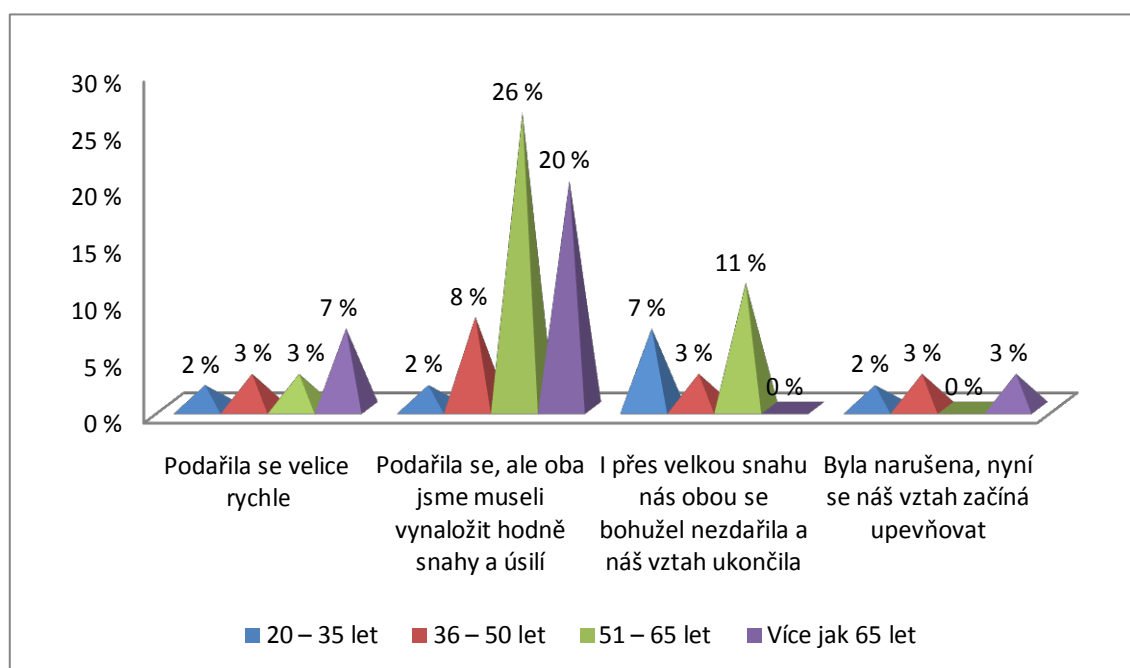
Jako nejvíce ovlivněnou oblast 38 dotazovaných (33 %) uvádělo zabezpečení rodiny a chodu domácnosti partnerem. Nejméně ovlivněnou oblastí byla oblast sexuální, a to pro 19 dotazovaných (15 %).

Položka č. 16 – Vztahová harmonie

Tabulka č. 16 – Vztahová harmonie

Snaha o znovu navození harmonie v partnerském vztahu:		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Podařila se velice rychle	18	2	2 %	4	3 %	4	3 %	8	7 %
Podařila se, ale oba jsme museli vynaložit hodně snahy a úsilí	67	2	2 %	10	8 %	31	26 %	24	20 %
I přes velkou snahu nás obou se bohužel nezdařila a náš vztah ukončila	24	8	7 %	3	3 %	13	11 %	0	0 %
Byla narušena, nyní se náš vztah začíná upevňovat	9	2	2 %	4	3 %	0	0 %	3	3 %
Součet	118	14	13 %	21	17 %	48	40 %	35	30 %

Obr. č. 16 – Graf harmonie ve vztahu



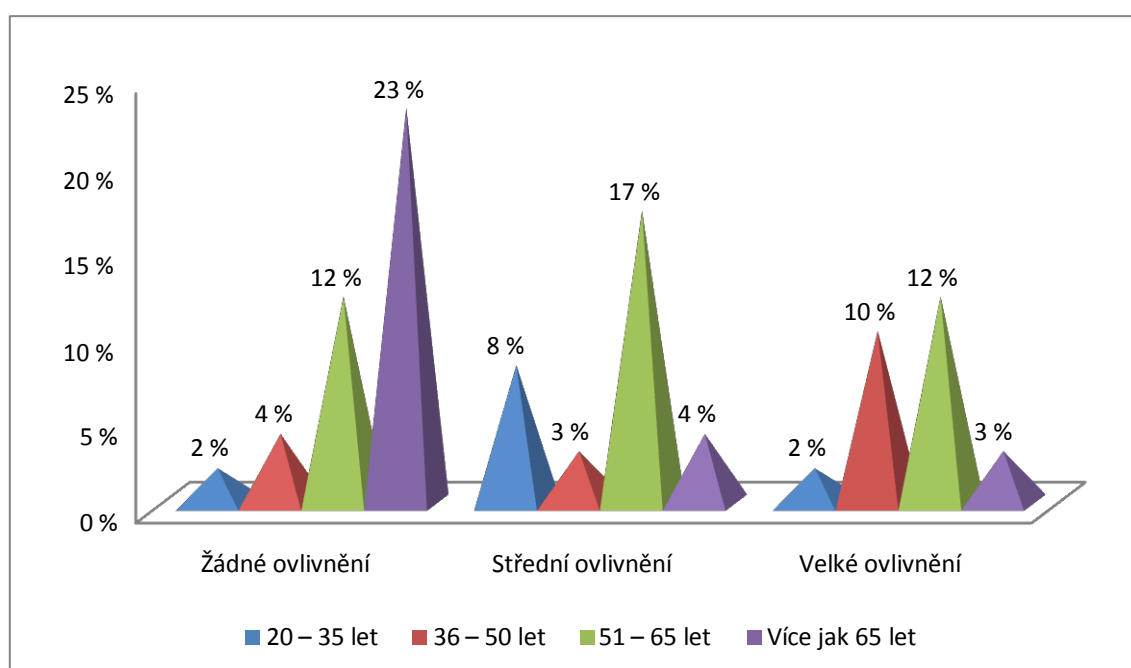
Vztahová harmonie se u 67 (56 %) dotazovaných podařila, ale oba museli vynaložit hodně snahy a úsilí. Narušení vztahu a nynější upevňování uvedlo 9 dotázaných respondentek (8 %). I přes velkou snahu obou partnerů se znovunavození harmonie nepodařilo u 24 respondentek (21 %).

Položka č. 17 – Sexuální stránka mého života byla ovlivněna:

Tabulka č. 17 – Ovlivnění sexuálního života

Sexuální stránka mého života byla ovlivněna:		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Žádné ovlivnění	48	2	2 %	5	4 %	14	12 %	27	23 %
Střední ovlivnění	39	10	8 %	4	3 %	20	17 %	5	4 %
Velké ovlivnění	31	2	2 %	12	10 %	14	12 %	3	3 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 17 – Graf míry ovlivnění sexuálního života



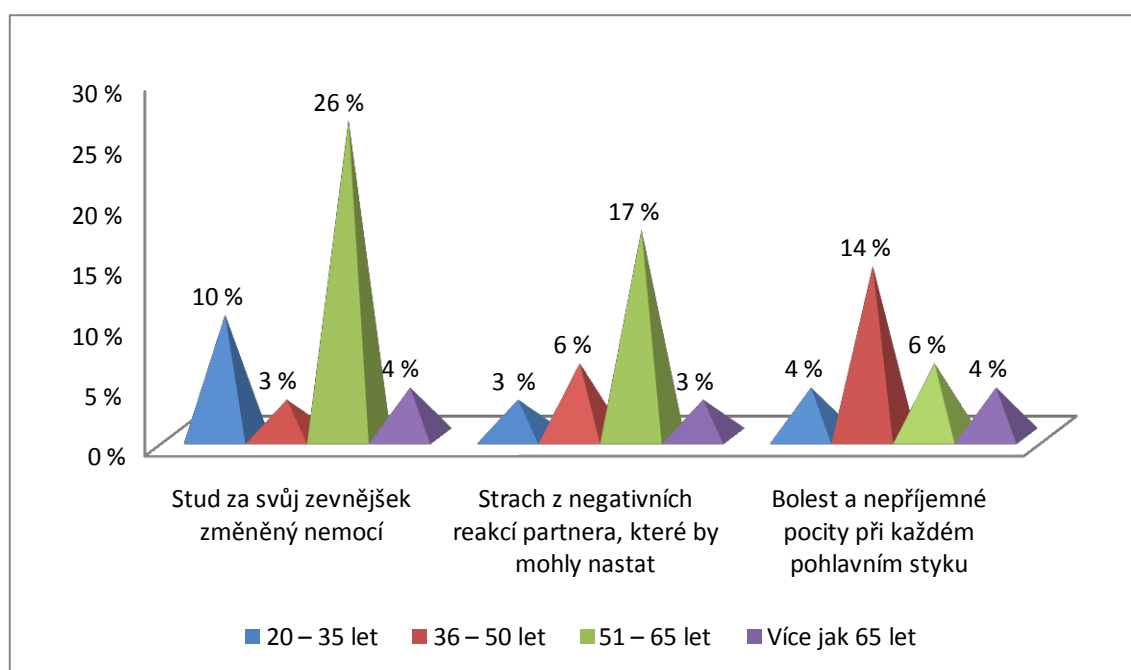
Žádné ovlivnění v sexuální oblasti uvedlo 48 respondentek (41 %). Velké ovlivnění vztahu v sexuální oblasti uvedlo 31 respondentek (27 %), z toho nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byly respondentky ve věku 51–65 let. U 39 respondentek (32 %) došlo v sexuální oblasti ke střednímu ovlivnění.

Položka č. 18 – Příčina porušené sexuality

Tabulka č. 18 – Příčina porušené sexuality

Největší příčinou porušené sexuality byl		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Stud za svůj zevnějšek změněný nemocí	30	7	10 %	2	3 %	18	26 %	3	4 %
Strach z negativních reakcí partnera, které by mohly nastat	20	2	3 %	4	6 %	12	17 %	2	3 %
Bolest a nepříjemné pocity při každém pohlavním styku	20	3	4 %	10	14 %	4	6 %	3	4 %
Součet	70	12	17 %	16	23 %	34	49 %	8	11 %

Obr. č. 18 – Graf nejčastější příčiny porušené sexuality



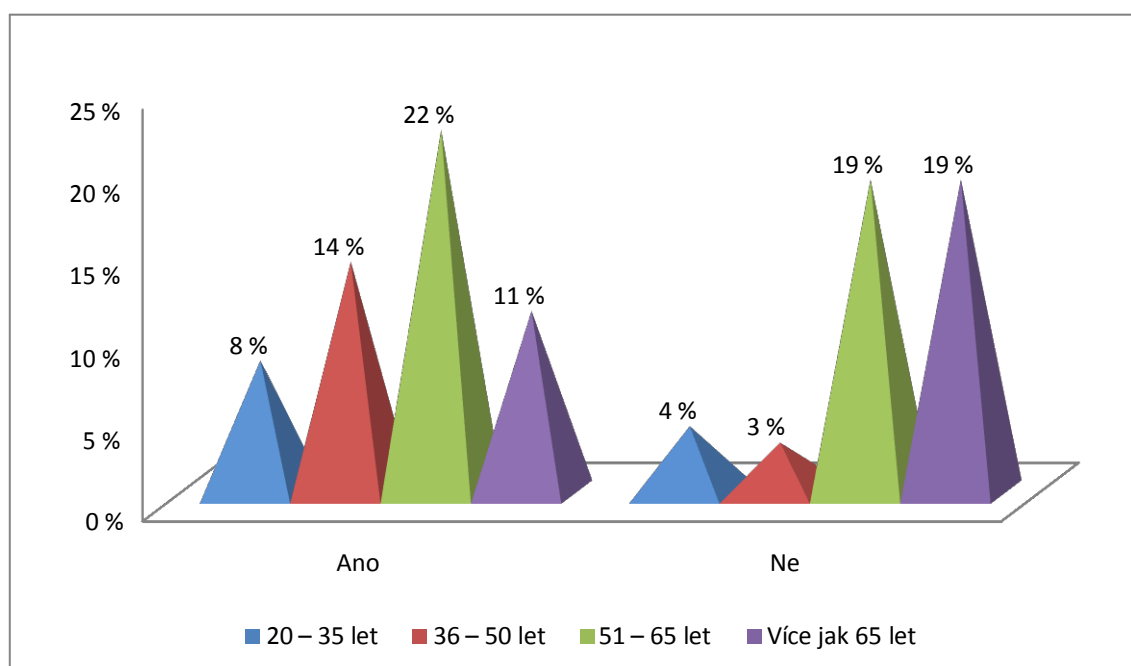
Jako příčinu porušené sexuality 30 respondentek (43 %) uvedlo stud za svůj zevnějšek změněný nemocí. Bolest a nepříjemné pocity při pohlavním styku uvedlo 20 respondentek (28 %).

Položka č. 19 – Znáte nějakou organizaci pomáhající ženám v boji proti rakovině prsu?

Tabulka č. 19 – Organizace v boji proti rakovině prsu

Znáte nějakou organizaci v boji proti rakovině prsu		20–35 let		36–50 let		51– 65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj	Nj	Fj
Ano	65	9	8 %	17	14 %	26	22 %	13	11 %
Ne	53	5	4 %	4	3 %	22	19 %	22	19 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 19 – Graf znalostí organizací



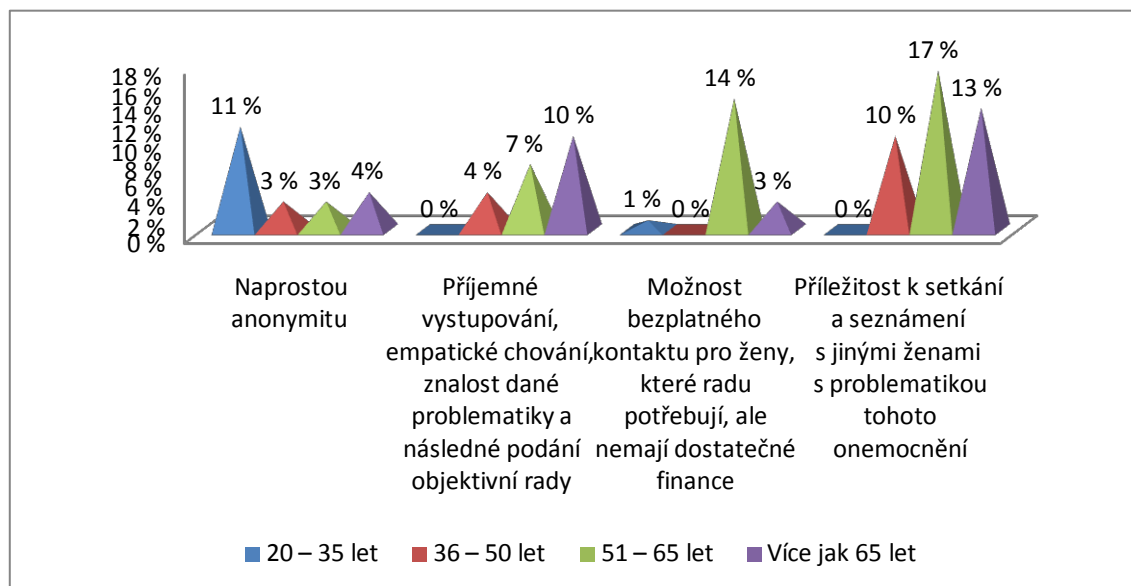
Znalost organizace uvedlo 65 respondentek (55 %). Z toho nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byly ženy ve věku 51–65 let. Neznalost organizací pomáhající ženám, v boji proti rakovině prsu uvedlo 53 žen (45 %).

Položka č. 20 – Požadavky na organizace

Tabulka č. 20 – Požadavky na organizace

Od takové organizace očekávám:		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Naprostou anonymitu	26	13	11 %	4	3 %	4	3 %	5	4 %
Příjemné vystupování, empatické chování, znalost dané problematiky a následné podání objektivní rady	24	0	0 %	5	4 %	8	7 %	11	10 %
Možnost bezplatného kontaktu pro ženy, které radu potřebují, ale nemají dostatečné finance	21	1	1 %	0	0 %	16	14 %	4	3 %
Příležitost k setkání a seznámení s jinými ženami s problematikou tohoto onemocnění	47	0	0 %	12	10 %	20	17 %	15	13 %
Součet	118	14	12 %	21	17 %	48	41 %	35	30 %

Obr. č. 20 – Graf požadavků na organizaci



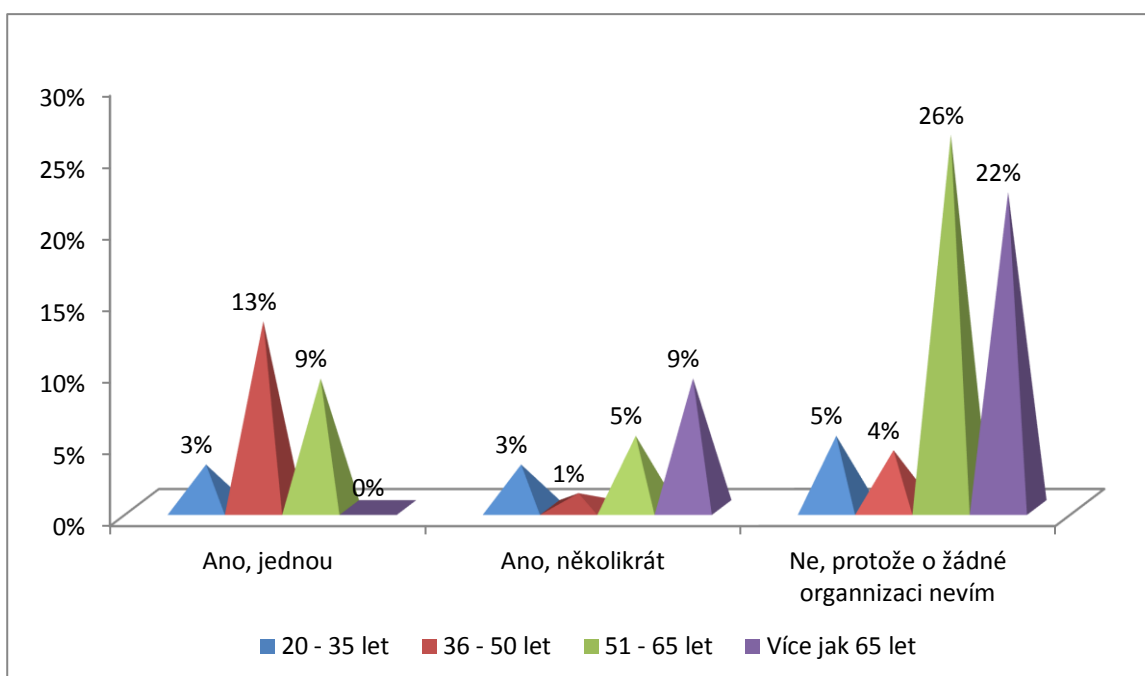
Nejčastějším požadavkem na organizace pomáhající ženám v boji proti rakovině prsu byla, příležitost k setkání s jinými ženami s problematikou tohoto onemocnění a to u 47 respondentek (40 %). Nejméně zastoupenou odpovědí byla možnost bezplatného kontaktu na organizace bojující proti karcinomu prsu, 21 dotazovaných (18 %).

Položka č. 21 – Kontaktovala jste někdy nějakou organizaci?

Tabulka č. 21 – Kontakt nějaké organizace

Kontaktovala jste někdy nějakou organizaci?		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Ano, jednou	30	4	3 %	15	13 %	11	9 %	0	0 %
Ano, několikrát	21	4	3 %	1	1 %	6	5 %	10	9 %
Ne, protože o žádné organizaci nevím	67	6	5 %	5	4 %	31	26 %	25	19 %
Součet	118	14	11%	21	18%	48	40%	35	31%

Obr. č. 21 – Graf kontaktu organizace



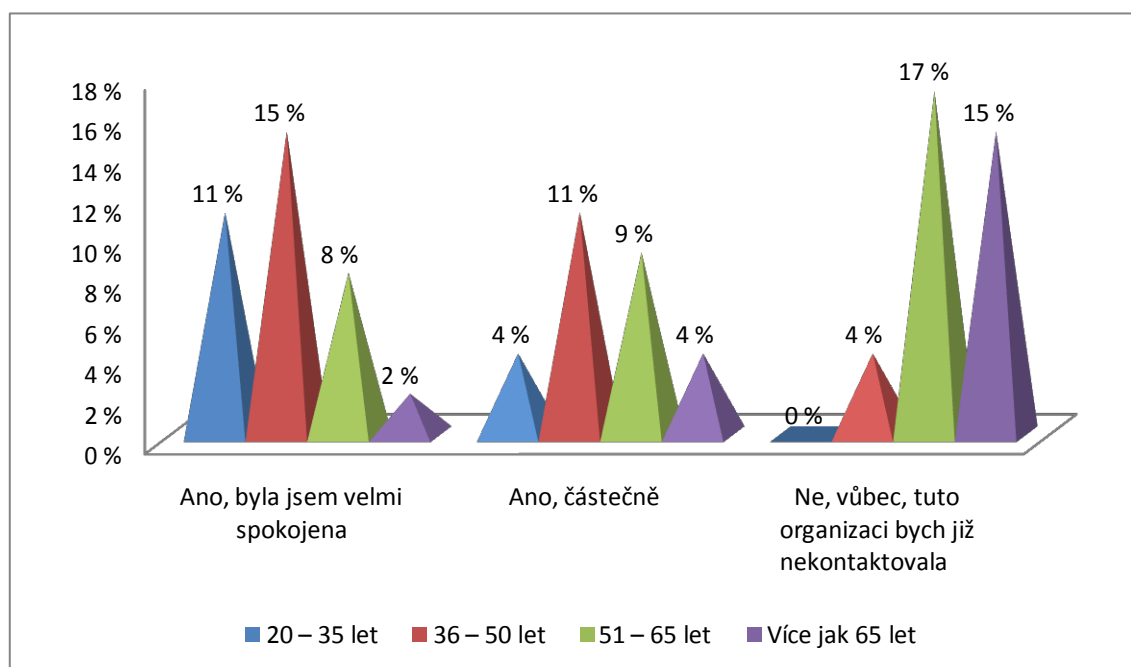
Kontakt organizace pomáhající ženám v boji proti rakovině prsu uvádí 51 respondentek. Z toho jednou organizaci kontaktovalo 30 dotázaných (25 %), a více jak jeden kontakt uvádí 21 dotazovaných (18 %). Žádný kontakt z důvodu neznalosti uvádí 67 dotazovaných (54 %).

Položka č. 22 – Splnilo se vaše očekávání při spolupráci s organizací?

Tabulka č. 22 – Spokojenost při kontaktu organizace

Splnilo se vaše očekávání při spolupráci s organizací?		20–35 let		36–50 let		51–65 let		Více jak 65 let	
		Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj	Nj	Pj
Ano, byla jsem velmi spokojena	19	6	11 %	8	15 %	4	8 %	1	2 %
Ano, částečně	15	2	4 %	6	11 %	5	9 %	2	4 %
Ne, vůbec, tuto organizaci bych již nekontaktovala	19	0	0 %	2	4 %	9	17 %	8	15 %
Součet	53	8	15 %	16	30 %	18	34 %	11	21 %

Obr. č. 22 – Graf spokojenosti při kontaktu organizace



Splnění očekávání při spolupráci s organizací udává 34 respondentek (64 %). Z toho 19 respondentek (36 %) bylo velmi spokojeno. Nespokojenost při kontaktu udává 19 respondentek (36 %) a organizaci bych již nekontaktovalo. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií při nespokojenosti byly respondentky ve věku 51–65 let.

8. 1 Shrnutí výsledků

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivňuje karcinom prsu život ženy v každodenních, běžných situacích a do jaké míry může zasáhnout a ovlivnit partnerský vztah.

Celkový počet dotazovných respondentek činil 118 žen. Věk žen byl rozdělen do 4 kategorií. Nejvíce respondentek bylo ve věkové kategorii 51–65 let (40 %), a více jak 65 let (30 %). Naopak nejmenší zastoupení bylo u respondentek s věkovou kategorií 20 – 35 let (12 %).

Otázka výskytu karcinomu prsu byla pokládána z důvodu nejčastějšího výskytu u dané věkové kategorie. Věková hranice 20–35 let uváděla nejčastěji momentální stádium léčby (8 %) a žádný výskyt před více jak 10 lety. U věkové hranice více jak 65 let respondentky nejčastěji uváděly výskyt před více jak 10 lety (25 %) a výskyt v průběhu předchozích 5 let (4 %). Což potvrzuje výskyt nádorového onemocnění u vyšších věkových kategorií.

U otázky na formu sdělení diagnózy byl nemilým překvapením výsledek, jež zahrnoval nejvyšší počet sdělení diagnózy při vizitě v přítomnosti ostatních pacientek (37 %). Tento výsledek byl nejvíce zastoupen u věkových kategorií 51– 65 let a nad 65 let. Respondentky nižší věkové kategorie 20–35 let a 36–51 let nejčastěji uváděly sdělení diagnózy v ordinaci lékaře (11 %) a v ordinaci lékaře v přítomnosti člena rodiny (11 %).

Důležitou otázkou bylo chování lékaře/ky při sdělování diagnózy. Neadekvátní chování, nedostatek času a evidentní nezájem lékaře/ky byla druhá nejčastěji udávaná odpověď (28 %) nejvíce u věkových kategorií 51–65 let, více jak 65 let. Nejčastěji udávaná odpověď byla, že pohlazení ruky, ramene, dodalo v dané situaci více odvahy a jistoty (32 %).

Otázka získávání informací je velice důležitá z hlediska dostatečné informovanosti od zdravotního personálu. Po sdělení diagnózy se respondentky nejčastěji s případnými dotazy obracely na lékaře (48 %). Od porodní asistentky se nejvíce informací dozvědělo (32 %) respondentek.

Otázka důvodu zvolení prsní náhrady nám připadala důležitá k vyjádření pocitů ženy a toho, v jakém okruhu si přejí znovu se cítit jako ženy. Nejčastěji uváděná odpověď pro zvolení prsní náhrady byla potřeba znovuzískání pocitu ženskosti při běžném životě mezi lidmi (48 %), nejméně uváděnou odpovědí bylo zlepšení vlastního pocitu ženskosti (19 %).

Otázka, kdo byl v průběhu onemocnění respondentkám největší oporou byla pokládala z důvodu zjištění rodinného zázemí, lékařských kompetencí a psychologické pomoci v dnešní době. Nejčastější oporou pro respondentky byl manžel/přítel (57 %). Druhou, nejčastější oporou v době léčby byla porodní asistentka (11 %) a psycholog (10 %).

Vztah byl nejčastěji ovlivněn ze strany respondentky (31 %), druhou nejčastější odpovědí bylo ovlivnění ze strany partnera (30%). Jen malé procento respondentek (19 %) uvedlo žádné ovlivnění vztahu v průběhu zjištěné nemoci.

Sexuální stránka dotazovaných respondentek nejčastěji nebyla vůbec ovlivněna (41 %). Střední míru ovlivnění sexuálního vztahu uvádí menší procento žen (32 %).

Na znalost nějaké organizace v boji proti rakovině prsu jsem se ptali s cílem zjistit jak se respondentky sami informují a jestli vědí kam a na koho se obrátit o radu, pomocí nebo jen určitou relaxací. Více převažovaly respondentky, které nějakou organizaci znaly (55 %), zbytek žen (45 %) žádnou organizaci neznal. Nejvíce respondentky uváděly organizace ARCUS, Avon, KON Pardubice, Ligu proti rakovině.

Otázka spokojenosti při kontaktu nějaké organizace je důležitá pro návratnost žen s touto diagnózou a pro rozvoj organizací bojujících proti karcinomu prsu. Respondentky nejčastěji uváděly spokojenost při kontaktu s organizací (64 %), naopak velkou nespokojenost se závěrem, kdy by respondentky organizaci již nekontaktovaly byla 36 % žen.

9 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ A DISKUZE

V první hypotéze předpokládáme, že více než polovina žen bude spokojená se způsobem sdělení své diagnózy. K této hypotéze se vztahují grafy a tabulky 3, 4, 5, 6, 11, 12 a otázky 3, 4, 5, 6, 11, 12. Výsledky mého průzkumu tuto hypotézu potvrdily. Sdělení diagnózy v ordinaci lékaře uvedlo 23 % a v ordinaci lékaře v přítomnosti člena rodiny uvedlo 29 %. Při sdělování diagnózy označilo nejvíce respondentek že dotykový kontakt jim dodal více odvahy a jistoty (32 %). Milé chování ošetřujícího lékaře uvedlo 23 % dotázaných respondentek. Po sdělení diagnózy 34 % respondentek chápe všechny informace o svém zdravotním stavu, 37 % žen nějaké informace má, ale v průběhu léčby se ještě dále ptá. Nejvíce informací o onemocnění respondentky získávají od lékaře (48 %) a od porodní asistentky (32 %).

Ve druhé hypotéze předpokládáme, že u více jak poloviny dotazovaných respondentek dojde k ovlivnění partnerského vztahu. K této hypotéze se vztahují grafy a tabulky 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a otázky 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Tato hypotéza se nám potvrdila. Největší ovlivnění ve vztahu respondentek nastalo v oblasti zabezpečení chodu a domácnosti partnerem (33%), sexuální oblast byla v určité míře ovlivněna u (59 %) dotazovaných respondentek. Neshody v partnerském životě v průběhu a po skončení léčby nenastaly pouze u 3 % respondentek.

Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že více jak polovina žen kontaktuje organizace pomáhající v boji proti karcinomu prsu. K této hypotéze se vztahují grafy a tabulky 19, 20, 21, 22 a otázky 19, 20, 21, 22. Tato hypotéze se nám nepotvrdila. 51 respondentek (43 %) kontaktovalo organizace zabývající se bojem proti karcinomu prsu, ale 67 (57 %) dotazovaných respondentek nevedlo ani jediný kontakt.

Obdobnou problematikou se zabýval výzkum v Jihlavské nemocnici v roce 2010. Výzkum byl zaměřen na psychickou stránku nemoci a na to, jaký dopad má karcinom prsu na psychiku ženy. Práce mimo jiné ukázala, že ženy nemají zájem o zapojení do klubů, či organizací zabývající se problematikou karcinomu prsu. Více než polovina respondentek neměla potřebu konzultovat svoje problémy ohledně své nemoci s psychologem. Jejich výsledek tedy podporuje konečné výsledky dosažené v této práci.

9. 1 Doporučení pro praxi

Pro ošetrovatelskou praxi z této bakalářské práce vyplývá, že s postupem času se mění postoj k této nemoci, jak ze strany zdravotníků, tak ze strany pacientek. Lékaři mění způsob sdělování diagnózy. Přizpůsobují se zkušenostem, psychickému stavu a schopnosti pacientky pochopit danou situaci. Porodní asistentka má větší možnosti než lékař, prohlubuje se kontakt mezi ní a pacientkou. Pacientky mají více možností jak v průběhu léčby, tak v období rekonvalescence. Lázeňská péče, velký výběr a dostupnost v oblasti rekonvalescenčních pomůcek většinou zlepší fyzický i psychický stav pacientky. Do popředí se dostávají organizace zabývající se danou problematikou, které nabízejí informace, programy, vyšetření a možnost setkání s ženami se stejným onemocněním.

Porodní asistentka má velice často jednu z nejdůležitějších rolí, ať už při diagnostice, terapii, rekonvalescenci, a to v celkovém působení na psychickou oblast a emotivní stav pacientky, které mají mnohdy velký vliv na cestě k navrácení zdraví a znovuzачlenění se do běžného života.

Z výše uvedeného vyplývá, že je zcela na místě podpora informovanosti široké veřejnosti a následná důsledná edukace o všech existujících možnostech u žen s dg. Tumor mamaey. Této oblasti by se měly věnovat jak konkrétní instituce (pojišťovny, zdravotní zařízení), tak i jednotlivé kategorie zdravotnických pracovníků dle svých kompetencí. Opomenuti by neměli být ani rodinní příslušníci, kteří mohou významně ovlivnit svým přístupem včasnou diagnostiku, léčbu i následnou rehabilitaci.

ZÁVĚR

Při psaní této bakalářské práce se nabízela možnost proniknout hlouběji do dané problematiky, která na začátku byla ovlivňována stejnými pocity a dojmy, jako má většina ostatních – těch, kteří si neprošli trápením, obavami, strachem i bolestí, která stojí v pozadí za vším, co s sebou nádorové onemocnění přináší.

Teoretická část bakalářské práce měla za cíl zformulování a sestavení nejdůležitějších informací o karcinomu prsu. Zde je obsažena anatomie prsu, karcinom prsu – jeho epidemiologie, příznaky, léčba. Teoretická práce také zahrnuje vztah zdravotníka a pacienta, sexualitu ženy a poslední kapitola se zabývá životem ženy s karcinomem prsu všeobecně a zahrnuje partnerský vztah, prsní epitézy a organizace pomáhající ženám v problematice karcinomu prsu.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, způsob sdělování diagnózy, míru informovanosti o onemocnění a ovlivnění partnerského vztahu. Všechny otázky se opíraly z teoretickou část práce.

Po porovnání správných výsledků jsme došli k závěru, že dotazované respondentky jsou spokojené se způsobem sdělování diagnózy a více jak polovina respondentek má dostatek informací. U více jak poloviny respondentek dochází v průběhu léčby, nebo při snaze o návrat do běžného života k ovlivnění partnerského vztahu

Při průzkumu, který byl prováděn bylo možné podrobněji nahlédnout do života žen s rakovinou. Boj s ní není jednoduchý, ale dá se zvládnout s pomocí rodiny a přátel. Smích a spousta optimismu nemoc posouvá daleko za všechny běžné starosti, a to i ve chvílích, kdy se mluví o nemoci jako takové.

U každé z žen jsou v průběhu léčby osudové chvíle, které je buď mile překvapí a dlouhou cestu ke zdraví jim zkrátí, nebo naopak přidají starosti a trápení, neztrácí ovšem vůli bojovat. Na několika věcech se ovšem shodnou všechny ženy, které nemocí prošly. Jedna z důležitých věcí pro ně je přístup zdravotnického personálu, schopnost komunikace, úsměv, podpora, pohlazení ruky, obejmutí, aby cítily naději a mohly dál bojovat. Nezbytnou je podpora rodiny. I člověk jakkoliv silný v průběhu léčby bude potřebovat pomoc – finanční, sociální, ale hlavně citovou.

Poslední věc která je velice důležitá pro všechny pacientky je odhodlání, síla a chuť bojovat.

LITERATURA

1. CITTERBART, K. 2001. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 978-80-7262-094-0
2. ČECH, E. *Porodnictví*. 1999. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 978-80-7169-355-3
3. SILVER, M. 2006. *Moje žena má rakovinu prsu*. 1. vyd. Praha: Reader's Výběr, 2006. ISBN 978-80-86880-19-2
4. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1716-6
5. DOSTÁLOVÁ, O. 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-040-6
6. WALLÓ, O. 2005. *Neutíkejte před rakovinou prsu*. 1. vyd. Praha: Gutenberg, 2005. ISBN 978-80-86349-21-7
7. ŽALOUDÍK, J. 2008. *Vyhňte se rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2307-5
8. TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7178-826-0
9. DIENSTBIER, Z., SKALA, E. 2001. *Předcházíme rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 978-80-7226-375-7
10. HONZÁK, R. 2005. *Úzkostný pacient*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 978-80-7262-367-2
11. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-0179-0
12. ZLATKO, P. 2005. *Ženská sexualita*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1989-4
13. VYMĚTAL, P. 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7179-740-X
14. ABRAHÁMOVÁ, J. 2009. *Co by jste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9
15. STRNAD, P. 2004. *Historie léčby karcinomu prsu*. [on-line]. Levret, 2004, č. 3, s. 1. [cit. 2004-9-3]
Dostupné na: www.levret.cz/texty/časopisy/mgp/obsahy/voll3c3/strnad.php

16. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4
17. LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5
18. BERAN, J., TUMPACHOVÁ, N. 2003. *Základy veřejné psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 978 - 80-246-0659-3
19. KRATOCHVÍL, S. 2003. *Sexuální dysfunkce*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 978-80-247-0203-7
20. LUKŠÍK, I. 2003. *Sexualita a rodovosť v sociálnych a výchovných súvislostiach*. 1. vyd. Bratislava: Humanitas, 2003. ISBN 978-80 - 89124- 01-1

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník.....	I
Příloha B – První tři fáze samovyšetření prsu.....	VI
Příloha C – Čestné prohlášení.....	VIII

Příloha A - dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Vendula Plíšková a jsem studentkou studijního oboru Porodní asistentka Vysoké školy zdravotnické. Ráda bych Vás oslovila prostřednictvím tohoto dotazníku a požádala Vás o pravdivé zodpovězení otázek týkajících se problematiky karcinomu prsu. Údaje získané v dotazníku jsou anonymní a budou použity pouze jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce. Vybrané možnosti odpovědí, prosím, zakroužkujte, případně vypište.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

1. Kolik Vám je let?
 - a) 20–35 let
 - b) 36–50 let
 - c) 51–65 let
 - d) Více jak 65 let

2. Karcinom prsu se u mě objevil:
 - a) před více jak 10 lety
 - b) v průběhu předchozích 5 let
 - c) jsem ve stádiu léčby

3. Výsledek vyšetření mi byl sdělen:
 - a) telefonicky
 - b) v ordinaci lékaře
 - c) v ordinaci lékaře v přítomnosti člena rodiny
 - d) při vizitě v přítomnosti ostatních pacientek

4. Při sdělování diagnózy lékař/ka:
- a) byl/a milý/á, mluvil/a pomalu, což působilo uklidňujícím dojmem
 - b) vymezil/a si na mě dostatek času
 - c) pohlázení ruky, ramene, mi dodalo více odvahy a jistoty
 - d) neadekvátní chování, nedostatek času a jeho/jí evidentní nezáměr mi byl nepříjemný
5. Po sdělení diagnózy:
- a) chápala jsem všechny informace o svém zdravotním stavu a možnostech léčby i se vším co bude léčba obnášet
 - b) základní informace jsem měla, ale v průběhu léčby jsem informace získávala ještě z jiných
 - c) neměla jsem téměř žádné informace, nevěděla jsem v jakém rozsahu u mě nemoc zjistili a jaká bude následná léčba
6. Kde jste získala nejvíce informací o svém onemocnění?
- a) od lékaře
 - b) od porodní asistentky
 - c) z internetu
 - d) od známých
7. Při operaci mi byl odstraněn:
- a) celý prs
 - b) celý prs a lymfatické uzliny v podpaží
 - c) malá část tkáně prsu obsahující nádor
 - d) malá část tkáně prsu obsahující nádor a lymfatické uzliny v podpaží

Pokud jste v otázce č. 7 zvolila odpověď A nebo B, pokračujte otázkou č. 8.

8. Jako náhradu jsem zvolila:
- a) částečnou prsní náhradu
 - b) celkovou prsní náhradu
 - c) plastickou rekonstrukci prsu
 - d) nechtěla jsem žádnou prsní náhradu

9. Pro prsní náhradu jsem se rozhodla z důvodu:
- a) potřeby znovuzískání pocitu ženskosti při běžném životě mezi lidmi
 - b) potřeby znovuzískání pocitu ženskosti v partnerském vztahu a snahy navrácení kvality sexuálního vztahu jako před onemocněním
 - c) pro zlepšení vlastního pocitu ženskosti
 - d) prsní náhradu jsem odmítla
10. Největší oporou pro mě byl/a:
- a) manžel/přítel
 - b) kamarádka
 - c) matka / otec
 - d) lékař, který se o mě v době léčby staral
 - e) psycholog
 - f) porodní asistentka
 - g) jiná osoba, jaká.....?
11. Návštěva psychologa mi byla nabídnuta:
- a) ošetřujícím lékařem
 - b) porodní asistentkou
 - c) partnerem
 - d) rodiči
 - e) kamarádkou
 - f) nebyla mi nabídnuta
12. Pomoc psychologa:
- a) zvažovala jsem jako alternativu ke zlepšení svého stavu, ale nakonec jsem vše zvládla s pomocí rodiny a přátel
 - b) tuto možnost jsem nezvažovala, psychologa jsem nenavštívila
 - c) začala jsem využívat krátce po sdělení diagnózy a jeho návštěvy mi při léčbě moc pomohly

13. Vztah s partnerem byl v průběhu léčby ovlivněn negativním chováním:
- a) z mé strany
 - b) z jeho strany
 - c) z obou stran
 - d) nebyl ovlivněn
14. Neshody s partnerem a problémy v partnerském životě nastaly:
- a) po sdělení diagnózy
 - b) v průběhu léčby
 - c) po ukončení léčby, při snaze o návrat do běžného života
 - d) nenastaly
15. Největší ovlivnění v našem vztahu nastalo v oblasti:
- a) sexuální
 - b) komunikační
 - c) zabezpečení rodiny a chodu domácnosti partnerem
 - d) péče o mě partnerem v průběhu léčby
 - e) jiná oblast ve vašem vztahu, jaká
16. Snaha o znovu navození harmonie v partnerském vztahu:
- a) podařila se velice rychle
 - b) podařila se, ale oba jsme museli vynaložit hodně snahy a úsilí
 - c) i přes velkou snahu nás obou se bohužel nezdařila a nemoc náš vztah ukončila
 - d) byla narušena, nyní se náš vztah začíná upevňovat
17. Sexuální stránka mého života byla nemocí ovlivněna (zaškrtněte prosím stupeň na číselné škále podle míry ovlivnění – 1 vyjadřuje nejméně, 5 nejvíce)
- 1.....2.....3.....4.....5
- Čím? (prosím vypište).....
18. Největší příčinou porušené sexuality byl:
- a) stud za svůj zevnějšek změněný nemocí
 - b) strach z negativních reakcí partnera, které by mohly nastat
 - c) bolest a nepříjemné pocity při každém pohlavním styku

19. Znáte nějakou organizaci pomáhající ženám v boji proti rakovině prsu?

- a) ano, jakou.....?
- b) ne

20. Od takové organizace očekávám:

- a) naprostou anonymitu
- b) příjemné vystupování, empatické chování, znalost dané problematiky a následné podání objektivní rady
- c) možnost bezplatného kontaktu, pro ženy které radu potřebují
- d) příležitost k setkání a seznámení s jinými ženami s problematikou tohoto onemocnění

21. Kontaktovala jste někdy nějaké centrum?

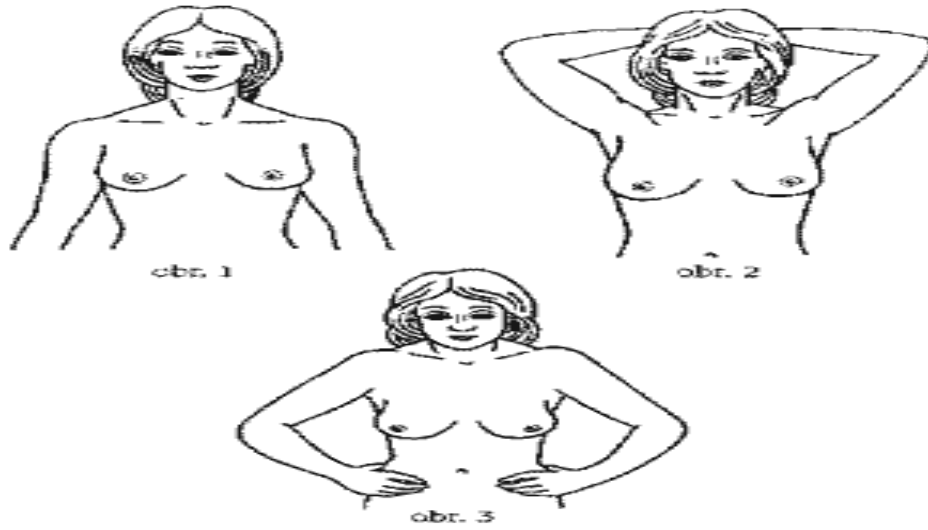
- a) ano, jednou
- b) ano, několikrát
- c) ne, protože o žádné organizaci nevím

22. Pokud jste v otázce č. 21 odpověděla ano, splnilo se vaše očekávání při spolupráci s organizací?

- a) ano, byla jsem velmi spokojena
- b) ano, částečně
- c) ne, vůbec, tuto organizaci bych už nekontaktovala

Příloha B

První tři fáze samovyšetření prsu



Čtvrtá fáze samovyšetření vyšetření prsu



Pátá fáze samovyšetření prsu



Šestá fáze samovyšetření prsu



Příloha C

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Život ženy s karcinomem prsu v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta