

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

KVALITA ŽIVOTA ŽENY PO KARCINOMU PRSU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKA POSPÍŠILOVÁ

Praha 2013

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

KVALITA ŽIVOTA ŽENY PO KARCINOMU PRSU

Bakalářská práce

NIKA POSPÍŠILOVÁ

Studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň vzdělání: Bakalář

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Pospíšilová Nika
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

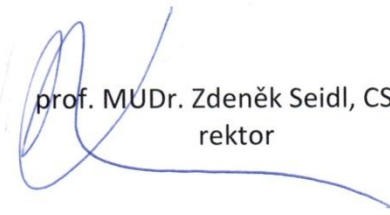
Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita života žen po karcinomu prsu

Quality of Life for Women after Breast Carcinoma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 9. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

ABSTRAKT

POSPÍŠILOVÁ, Nika. *Kvalita života ženy po karcinomu prsu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha. 2013.76 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je kvalita života žen po karcinomu prsu. Kvalita života je velmi důležitou proměnnou, mající vliv na výsledek a průběh léčby, dobrá kvalita života zamezuje vzniku situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacientky. Teoretická část charakterizuje samotné onemocnění, možnosti prevence a časný záchyt karcinomu prsu, příčiny vzniku karcinomu prsu a rizikové faktory, stanovení diagnózy, příznaky a rozsah onemocnění, léčbu rakoviny prsu, vedlejší léčebné účinky, péče a ošetřování pacientky po operaci (léčbě) a psychosociální aspekty. Cílem práce bylo zjistit, kdo z okolí byl pro ženu největší oporou (ze zdravotnického personálu a v sociálním životě) po sdělení její diagnózy, z čeho měla pacientka největší obavy a vliv nemoci na její partnerský život.

Klíčová slova:

Karcinom prsu. Kvalita života. Opora. Prevence.

ABSTRAKT

POSPÍŠILOVÁ, Nika. Quality of Life for women after Breast carcinoma. The College of Nursing, o.p.s, Public Degree Qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2013 th. 76 p.

The main topic of my bachelor thesis is women's quality of life after breast cancer. Theoretical part describes the single disease, prevention and early detection of breast cancer, causes of breast cancer and risk factors, diagnosis, symptoms and extent of disease, treatment for breast cancer, side effects, care after treatment and psychosocial aspects. The aim of the thesis was to find out who supported the woman after being told about her diagnosis. What the patient was concerned about such as her relationship with her husband and in some cases with her companion. Further more, the thesis was to find out the helpfulness of medical staff and their support for patients.

Keywords:

Breast cancer. Quality of life. Support. Prevention.

PŘEDMLUVA

Kvalitní a plnohodnotný život je prioritou každého z nás. Ať už se jedná o život nemocného, nebo plně zdravého jedince. Existuje velké množství publikací zabývajících se popisem, prevencí, léčbou a poléčebním procesem po karcinomu prsu.

Tato práce vznikla ve snaze popsat a charakterizovat onemocnění karcinomu prsu, zaměřit se na příčiny a následky ve změně kvality života ženy po tomto onemocnění. V práci poukazuji na důležitost podpory ze strany rodinných příslušníků, zdravotnického personálu a porovnávám ji se zjištěnou skutečností.

Výběr tématu práce byl ovlivněn osobní neschopností vcítit se, lépe pomoci a podpořit kamarádku, která onemocněla karcinomem prsu.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Jahodové, za trpělivost, vstřícnost a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji příteli Davidovi a svým příbuzným a přátelům, kteří mi k práci poskytli cenné rady a připomínky.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	13
1 KARCINOM PRSU	14
1.1 Statistiky karcinomu prsu	15
1.2 Rizikové faktory a příčiny karcinomu prsu	16
1.2.1 Přehled významných, námi ovlivnitelných, rizikových faktorů	16
1.2.2 Faktory osobní anamnézy, které ovlivnit nelze.....	18
1.3 Možnosti prevence	20
1.4 Příznaky nemoci.....	23
1.5 Vyšetřovací metody.....	24
1.6 Léčba karcinomu prsu	26
1.6.1 Chirurgická léčba.....	27
1.6.2 Systémová léčba	29
1.6.3 Chemoterapie	30
1.6.4 Hormonální léčba	30
1.6.5 Biologická léčba	31
1.6.6 Radioterapie	32
1.6.7 Sledování po léčbě.....	32
1.7 Rehabilitace.....	33
1.7.1 Psychologická rehabilitace.....	33
1.7.2 Fyzikální rehabilitace.....	34
1.7.3 Sociální rehabilitace.....	34
2 ŽIVOT PO DIAGNÓZE NÁDORU PRSU.....	35
2.1 Kvalita života po karcinomu prsu	35
2.2 Psychologická péče o onkologicky nemocné ženy	36
3 EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.2 Metodika - technika strukturovaného rozhovoru	39
3.3 Výsledky průzkumu.....	41
4 DISKUZE	57
4.1 Doporučení pro praxi.....	62
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CT	výpočetní tomografie
IDC	invazivní duktální karcinom
MG	mamografie
MR	magnetická rezonance
KOC	komplexní onkologická centra
PET	pozitronová emisní tomografie
PME	parciální mastektomie
PN	pracovní neschopnost
TEN	tromboembolická nemoc
TME	totální mastektomie
USG	ultrasonografie
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alopecie - ztráta vlasů

Benigní nádor - nezhoubný nádor, nešíří se do okolních tkání, ani do jiných částí těla, závažný může být svým růstem a tlakem na své okolí

Biopsie – mikroskopické vyšetření tkáně získané punkcí, excizí, či jiným způsobem

Core cut biopsie - mikroskopické vyšetření tkáně vytáčené z podezřelého ložiska silnou jehlou

Duktografie - rentgenová metoda zobrazující mlékovody

Estrogeny - ženské pohlavní hormony, které se podílejí na všech proměnách ženy (spolu s gestageny)

Fibrozní - vazivový

Hematom - modřina či krevní výron je označení pro nahromadění krve v tkáni v prostoru mimo krevní cévy

Incidence – počet nově zjištěných případů v časovém období ve sledované populaci

Invazivní - pronikající do okolí

Karcinom - zhoubný nádor, v pokročilém (invazivním) stádiu se šíří do okolních tkání a vytváří metastázy

Lymfadenektomie - operační odstranění mízních (lymfatických) uzlin do kterých odtéká tkáňový mok (lymfa) z nádoru postiženého nádorem

Lumpektomie - vynětí nádoru z prsu i s bezpečným lemlem zdravé tkáně

Maligní nádor - zhoubný nádor, tzn. šířící se do okolních tkání a vytvářející vzdálená nádorová ložiska v jiných částech těla – metastázy

Menopauza - přechod

Metastáza - nové druhotné ložisko v místě vzdáleném od původně vzniklého prvotního nádoru

Mortalita – udává počet pacientů zemřelých v časovém období u sledované populace

Ovarektomie – odnětí vaječnicků

Serom - nahromadění lymfy v operační ráně

Staging - určení stadia (rozsahu) onemocnění

Ultrasonografie – vyšetření ultrazvukem

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Duktální karcinom.....	14
Obrázek 2 Samovyšetření prsu	22
Tabulka 1 Věk pacientek v době zjištění diagnózy.....	42
Tabulka 2 Dosažené vzdělání pacientek.....	42
Tabulka 3 Počet dětí pacientky	43
Tabulka 4 Jestliže jste uvedla, že máte děti, kojila jste své děti či dítě?	44
Tabulka 5 Partnerský vztah v době zjištění diagnózy	44
Tabulka 6 Partnerský vztah nyní.....	45
Tabulka 7 Vaše onemocnění důvodem partnerského rozpadu	45
Tabulka 8 Změna partnerského vztahu.....	46
Tabulka 9 Má nyní manžel (přítel) zájem o fyzický kontakt.....	46
Tabulka 10 Změnil Váš intimní život?.....	47
Tabulka 11 Jaký druh terapie byl u Vás navržen?	48
Tabulka 12 Jaké u Vás bylo zvoleno operační řešení?	48
Tabulka 13 Zvažujete v budoucnosti chirurgickou rekonstrukci prsu?	49
Tabulka 14 Změna pracovních podmínek po oznámení diagnózy	50
Tabulka 15 Jaká byla tato změna?	50
Tabulka 16 Z čeho jste měla největší strach při zjištění diagnózy?	51
Tabulka 17 Jste nyní spokojená s Vaším vzhledem?	52
Tabulka 18 Změna vzhledu následkem léčby	52
Tabulka 19 Změna psychiky následkem léčby	53
Tabulka 20 Prožívání negativních pocitů následkem léčby	54
Tabulka 21 Největší opora z okolí pacientky	55
Tabulka 22 Největší opora ze zdravotnického personálu	55
Tabulka 23 Kdo Vám sdělil Vaši diagnózu	56
Tabulka 24 Jak jste byla spokojená se sdělením Vaší diagnózy?	56
Tabulka 25 zdravotnického personálu v době terapie	57

Graf 1 Vývoj incidence a mortality zhoubných nádorů prsu u žen ČR	15
Graf 2 Věk patientek v době zjištění diagnózy	42
Graf 3 Dosažené vzdělání patientek	43
Graf 4 Počet dětí pacientky	43
Graf 5 Jestliže jste uvedla, že máte děti, kojila jste své děti či dítě?.....	44
Graf 6 Partnerský vztah nyní	45
Graf 7 Bylo Vaše onemocnění důvodem partnerského rozpadu?.....	45
Graf 8 Změna partnerského vztahu	46
Graf 9 Má nyní manžel (přítel) zájem o fyzický kontakt?	47
Graf 10 Změnil Váš intimní život?	47
Graf 11 Jaký druh terapie byl u Vás navržen?	48
Graf 12 Jaké u Vás bylo zvoleno operační řešení?	49
Graf 13 Zvažujete v budoucnosti chirurgickou rekonstrukci prsu?	49
Graf 14 Změna pracovních podmínek po oznámení diagnózy	50
Graf 15 Jaká byla tato změna?	51
Graf 16 Z čeho jste měla největší strach při zjištění diagnózy?	51
Graf 17 Jste nyní spokojená s Vaším vzhledem?.....	52
Graf 18 Změna vzhledu následkem léčby	53
Graf 19 Změna psychiky následkem léčby	53
Graf 20 Prožívání negativních pocitů následkem léčby	54
Graf 21 Největší opora z okolí pacientky	55
Graf 22 Největší opora ze zdravotnického personálu	56
Graf 23 Jak jste byla spokojená se sdělením Vaší diagnózy?.....	57
Graf 24 Chování zdravotnického personálu v době terapie.....	57

ÚVOD

Karcinom prsu je jedním z nejčastějších zhoubných onemocnění u žen. V ČR ročně onemocní touto chorobou přes 5000 žen a asi 2000 z nich v souvislosti s tímto onemocněním zemře. S rozvíjející se diagnostikou, možnostmi včasné terapie a následné léčby se zlepšuje délka přežití i procento zcela vyléčených pacientek. Přitom až 90% pacientek, u kterých je nádor odhalen včas, může být současnými postupy vyléčeno. Téma je stále více aktuální a diskutabilní a zaslouží si neustále velkou pozornost.

Vážné následky, způsobené diagnózou, zasáhnou do všech oblastí v životě pacientky a zároveň do života její rodiny, a tím vlastně do celé společnosti. Těžká životní situace přináší spoustu emocí, které pacientka není často schopna pojmout a je nutná psychická podpora od prvopočátku. Prs jako párový orgán patří mezi orgány zajišťující reprodukci, je to orgán hormonálně dependentní a sexuální hormony výrazně ovlivňují i další vývoj karcinomu prsu. Další skutečností je fakt, že prs je atributem ženství a ženské krásy, které velmi ovlivní zařazení pacientky zpět do společnosti.

Cílem bakalářské práce je přiblížit onemocnění karcinomem prsu - jak je toto onemocnění vnímáno z pohledu pacientky a kdo je pro ženy s tímto onemocněním největší oporou jak v rodině, tak ze zdravotnického personálu. Práce zkoumá největší obavy pacientek a vlivy terapie na jejich psychiku.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána definice onemocnění, rizikové faktory, možnosti prevence, příznaky, diagnostika, léčba onemocnění, rehabilitace a život po diagnóze nádoru prsu.

Praktickou částí byl průzkum realizovaný pomocí strukturovaného rozhovoru. Je zaměřen na zjištění podpory pacientek ze strany přátel, rodiny a zdravotnického personálu. Zjišťuje druhy léčby realizované u pacientek s karcinomem prsu a popisuje vliv nemoci na psychiku pacientky a její vnímání sebe sama. Práce je určena studentům všeobecné sestry a stejně tak, v ní mohou najít užitečné rady ženy, které mají zájem se více informovat o problematice karcinomu prsu.

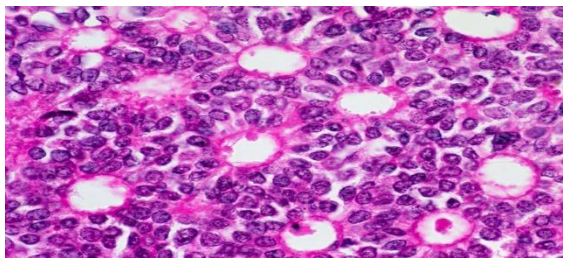
1 KARCINOM PRSU

Termínem karcinom prsu jsou označovány různé histologické formy maligních nádorů vznikajících z epiteliálních buněk mléčné žlázy. Jednotlivé typy se liší klinickým a radiologickým nálezem, biologickými vlastnostmi a aktivitou (ADAM, 2002, str. 195).

U žen je karcinom prsu nejčastějším maligním onemocněním, jehož výskyt stále stoupá, naštěstí nedochází k vzestupu úmrtnosti na toto onemocnění. Zásadní roli v této pozitivní skutečnosti má mamografické vyšetření žen v rizikovém věku. Tímto onemocněním může onemocnět žena v jakémkoliv věku. Jen vzácně se může objevit u žen mladších 25 let, ale s přibývajícím věkem jeho výskyt stoupá, vrcholem se stává období menopauzy. Nádory prsu se mohou ojediněle vyskytnout taktéž u mužů (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

Karcinom prsu, dle Abrahámové, vychází z epitelu ductů a lalůček prsní žlázy.

Dle rozvoje nádory můžeme rozdělit na karcinomy neinvazivní, karcinomy invazivní a karcinomy metastatické. Agresivita nádoru nám ovlivní rychlost růstu nádoru a šíření metastáz. „Mnoho invazivních karcinomů prsu tvoří adenokarcinomy. Jsou často multifokální a bilaterální“ (KOMÁREK et al., 2011, s. 52). Invazivní karcinomy prsu je možné dělit do několika skupin, do kterých začleňujeme tyto karcinomy. Největší skupinou z invazivních karcinomů jsou ductální karcinomy, statistiky uvádí, že 70-80% všech maligních nádorů, jsou právě tyto typy karcinomů. Dále můžeme uvést lobulární karcinom, tubulární karcinom, medulární karcinom, papilární karcinom, mucinózní karcinom a speciální typy karcinomů jako je např. Pagetův karcinom.



Zdroj: alf3.urz.unibas.ch

Obrázek 1- Duktální karcinom

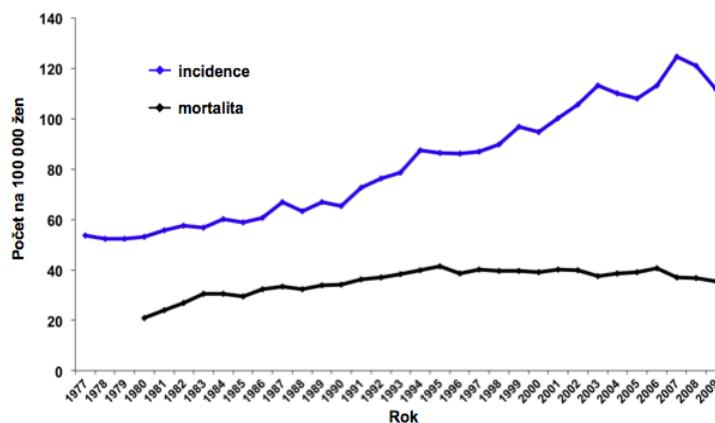
1.1 Statistiky karcinomu prsu

Karcinom prsu je dnes pomineme-li zhoubné nádory kůže, nejčastějším maligním onemocněním. Poslední údaje z Národního onkologického registru byly vydány v roce 2010 a popisují situaci v České republice v roce 2007. Karcinom prsu byl v roce 2007 zaznamenán s historicky dosud nejvyšší incidencí v ČR - 123,2/100 000 (ÚZIS, 2010).

„Mortalita spojená s dg. C50 dosáhla v roce 2007 v ženské populaci 31,9 / 100 000. Nádorové onemocnění prsu bylo v ČR V roce 2007 nově zachyceno u 6 500 žen a u 42 mužů. Věkové rozmezí pacientů se nejčastěji pohybuje v rozmezí 30-70 let“ (ÚZIS, 2010, s. 31).

Karcinomy prsu se nemusí vyskytovat pouze u žen ve starším věku, ale též u žen mladých. Ve věku 20-34 let je dlouhodobě zaznamenáváno přibližně 7 nádorů na 100 000 žen ročně a trend je možné i přes krátkodobé výkyvy považovat za stabilizovaný (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

Graf 1- Vývoj incidence a mortality zhoubných nádorů prsu u žen ČR (od roku 1977)



Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

Z grafu 1 je patrné, že nejvyšší incidence v ČR byla zaznamenána v roce 2007, kdy přesáhla hodnotu 123/100 000 žen. Stejně tak i mortalita dosáhla v roce 2007 své nejvyšší hodnoty téměř 32/100 000 žen.

1.2 Rizikové faktory a příčiny karcinomu prsu

Mezi rizikové faktory pro vznik karcinomu prsu řadíme např. určité údaje ze života ženy (např. věk při prvním porodu apod.), které mohou zvýšit, nebo naopak snížit pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života. Snížením počtu pacientek, které každým rokem onemocní karcinomem prsu v pozdější fázi života, nebo zemřou v souvislosti s tímto onemocněním, může být dosaženo jen prostřednictvím vhodné prevence a úspěšné terapie (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

Rizikové faktory rakoviny prsu představují relativně různorodou skupinu parametrů. Jako významné parametry můžeme uvést například dědičné změny v genetické informaci buněk, na druhé straně však i takové parametry, jako je životní styl (např. fyzická aktivita žen). Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu je možno rozdělit také podle možnosti jejich ovlivnění aktivním přístupem pacientky. Z tohoto hlediska existuje skupina parametrů ovlivnitelných změnou životního stylu (expozice karcinogenům, fyzická aktivita, stravovací návyky aj.) a skupina parametrů prakticky neovlivnitelných (genetická predispozice).

1.2.1 Přehled významných, námi ovlivnitelných, rizikových faktorů

- **Alkohol** - Současné vědecké studie prokázaly negativní vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu. Alkohol zvyšuje rizikový faktor tím, že ovlivní hladiny estrogenů v ženském těle. U žen, které vypijí denně pouze jednu skleničku alkoholického nápoje, je zvýšení rizika nepatrné, ale ženy které vypijí dvě až pět skleniček denně je riziko oproti abstinentkám asi 1,5 krát vyšší (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Stravovací návyky** - Množství a složení přijímané stravy vytváří komplexní faktor s přímým vztahem k riziku vzniku karcinomu prsu. Energetická složka potravy ovlivňuje energetický metabolismus (látkovou výměnu) organismu a tím tedy i produkci hormonů. Zastoupení a typ tuků (především nasycených mastných kyselin) v potravě, zvyšují výskyt rakoviny prsu a naopak podíl příjmu zeleniny a ovoce jsou významnou prevencí při vzniku malignit obecně. Zdá se, že dieta bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu je spojena s nižším rizikem vývoje karcinomu prsu (PETRUŽELKA, 2003).

- **Obezita** - Tělesný tuk (jeho rozložení v organismu) a také věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a tím tedy mohou zvyšovat vznik rakoviny prsu. Studie ukázaly zvýšené riziko vývoje onemocnění u obézních žen v době po menopauze (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Fyzická aktivita** - Fyzická aktivita žen (vrcholový a rekreační sport, denní režim, typ zaměstnání apod.) ukazuje další významný komplexní faktor s epidemiologicky potvrzeným účinkem ke sníženému vzniku karcinomu prsu. Zvýšení fyzické aktivity snižuje produkci steroidních hormonů a následně snižuje i hladinu krevního inzulinu (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Kouření** - Význam aktivního kouření nebyl epidemiologickými studiemi prokázán jako rizikový faktor zvyšující výskyt rakoviny prsu, ale samozřejmě kouření je zdraví škodlivé (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

1.2.2 Faktory osobní anamnézy, které ovlivnit nelze

- **Věk** - Věk je nejzávažnějším a hlavním rizikovým faktorem vzniku onemocnění. Zatímco ve věku do 25 let se nádory vyskytují ojediněle, u žen nad 50 let je zaznamenáno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. Věk je jistě základním populačním rizikovým faktorem, neboť riziko vzniku nádoru prsu s věkem narůstá (PETRUŽELKA et al., 2003).

- **Rasa** - Vznik a vývoj karcinomu prsu je u různých etnických skupin odlišné. U bělošské populace je prokázané riziko výrazně vyšší než u populace černošské a u Asiatické, avšak naproti tomu úmrtnost na karcinom prsu je vyšší u černošské populace (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Menarche (první menstruace)** - Dřívější nástup menstruace (před dvanáctým rokem) patří k opakovaně validovaným významným rizikovým faktorům vzniku karcinomu prsu (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003).

- **Menopauza (přechod)** - Vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje onemocnění, ovlivňuje délku expozice organismu estrogenům a je tak interpretovatelným prediktivním rizikovým faktorem (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003). Určení věku menopauzy je významné i pro současné spolupůsobení s jinými faktory, jako jsou obezita či hormonální terapie (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Věk při prvním porodu** - Prokazuje se zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce života, kvůli absenci prsní tkáně a opožděné diferenciaci prsní tkáně (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Počet porodů** - Faktor počtu porodů je v predikci rizika vzniku karcinomu prsu nezávislý na věku ženy při prvním porodu. U žen s vyšším počtem dětí se pozoruje snížení rizika v důsledku kratší životní expozice endogenním steroidním hormonům (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003).

- **Kojení** - Kojení a délka doby kojení jednoznačně ovlivňují přímou hladinu estrogenů v ženském organizmu a byly potvrzeny jako faktory s projektivním účinkem pro rozvoj maligního onemocnění prsu (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

- **Gynekologická operace** – „*Provedení ovariectomie (odnětí vaječnicků) a věk při dané operaci patří k významným faktorům ke snížení rizika vzniku karcinomu prsu. Mechanismus účinku je zřejmý – snížení a ovlivnění prsní tkáně hormony*“.(ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 42)

- **Hormonální léčba** - Hormonální preparáty obecně (náhradní hormonální léčba v klimakteriu, hormonální antikoncepce) přímo ovlivňují metabolismus steroidních hormonů v ženském organizmu. Studie zaměřené na analýzu vlivu užívání hormonálních přípravků nepřinášejí jednoznačné závěry, obecně je ale možno říci, že u žen užívajících tyto přípravky existuje zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. Podstatný je ale věk při jejich užívání a délka doby jejich užívání. Řada studií ukázala zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u žen, které užívaly hormonální antikoncepci. U těchto žen bylo prokázáno zvýšené riziko do 10 let od ukončení užívání antikoncepce. Po době delší než 10 let od ukončení užívání hormonální antikoncepce nebylo zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu prokázáno. Vliv náhradní hormonální léčby na riziko vzniku karcinomu prsu v klimakteriu není jednoznačný. Studie ve Švédsku prokázala zvýšené riziko u kombinovaných preparátů tj. přípravků s estrogeny i gestageny, po 10 letech podávání. Jiné studie prokázaly zvýšení rizika až po 15 letech od ukončení podávání hormonální léčby. Snížení počtu žen, užívajících náhradní hormonální léčbu v postmenopauzálním období, by však vedlo ke zvýšení výskytu jiných onemocnění v této věkové kategorii. Všechny tyto údaje ukazují na účast hormonálních faktorů při vzniku karcinomu prsu. Zdá se pravděpodobné, že dlouhodobý vliv estrogenů (zejména estradiolu) může pro ženu představovat zvýšené riziko karcinomu prsu.

- **Genetické faktory** - Určitý vztah mezi zárodečnými mutacemi specifických genů a rizikem vzniku karcinomu prsu byl potvrzen řadou studií. Analýza rodinné anamnézy je základním indikátorem možné hereditární formy nádoru prsu a ženy na podkladě rizikové rodinné situace, která musí při výskytu nádorového onemocnění posuzována nejméně po tři generace a potvrdit udávané diagnózy v dokumentaci, je možné doporučit testování predispozičních genů BRCA-1 a BRCA-2. Působnost genu je však různá u různých žen i v rámci jedné rodiny a nelze s určitostí předpovědět, zda se nádorové onemocnění skutečně objeví. Nosičky uvedeného genu nemusí vůbec onemocnět rakovinou prsu, ale vzhledem k riziku mají být pečlivě sledovány (ABRÁHÁMOVÁ, 2009), (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003).

- **Osobní dispozice** - U ženy se zhoubným nádorem v jednom prsu, je bohužel vyšší riziko vzniku maligního nádoru v prsu druhém (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

1.3 Možnosti prevence

- **Primární prevence** - Dle definice Světové zdravotnické organizace znamená, jednat tak, aby k určitému nevhodnému společenskému jevu nedocházelo - tedy předcházet jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, nedat mu půdu, v níž by mohl zapustit kořeny (BOROŇOVÁ, 2010). Za primární prevenci byl uveden ochranný efekt u žen, které jsou gravidní v mladém věku. K faktorům které můžeme nějakým způsobem ovlivnit v primární prevenci, patří obezita, zvýšený příjem alkoholu a expozice prsů ionizujícímu záření. Vzhledem k tomu, že primární prevence není prakticky možná, je třeba se důkladně zaměřit na prevenci sekundární (KLENER, 2002).

- **Sekundární prevence** - Do sekundární prevence můžeme zařadit pravidelné samovyšetřování obou prsou 1 krát měsíčně a to v období po skončení menstruace, které je nejjednodušší metodou včasného zachytu karcinomu prsu. Už z názvu je zřejmé, že žena si provádí vyšetření sama. Efektivita samovyšetřování se posuzuje velmi obtížně, závisí hlavně na individuální dovednosti každé ženy.

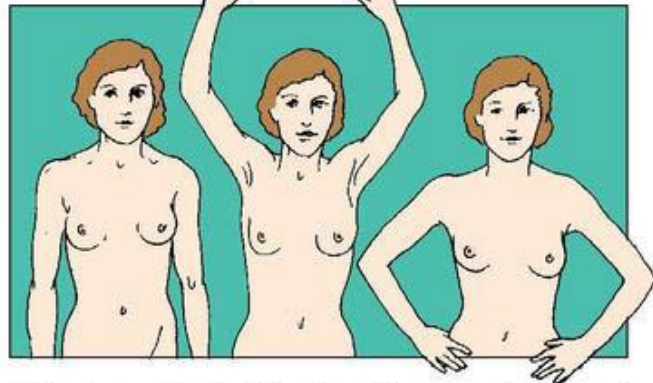
Postup samovyšetřování se lze naučit. Samovyšetřování probíhá v několika fázích. Stoupneme si před zrcadlo s volně puštěnými pažemi a velice pečlivě sledujeme oba prsy. Všimneme si jejich symetrie, tvaru a změny tvaru, případně důlkovatění, nebo změn na kůži. Provádíme vyšetření ze všech stran. (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003).

Dále dejte obě ruce nad hlavu a sledujte si prsa z různých úhlů. Zkoumejte, zda se neobjevily některé změny od posledního vyšetření. Za vyšetření pohledem, navazuje vyšetření pohmatem. Kontrolu levého prsu, budete provádět stejně pravou rukou. Začátek vyšetření provádíme v horní části prsu. Prsty položíme naplocho na kůži levého prsu a jemnými a pomalými krouživými pohyby kontrolujeme tuto část prsu. Nezapomínáme na okolí dvorce, bradavku a dvorec. Spodní část prsu je vyšetřena stejně. Následně věnujeme pozornost dolní zevní části a horní zevní části prsu. Vyšetření je zakončeno zvednutím levé ruky, aby se uvolnilo podpaží, které důsledně prohmatáme. Stejným způsobem vyšetříme levou rukou prs pravý a samozřejmě i pravou podpažní jamku. Samovyšetřování by se mělo provádět v kombinaci vsedě a vleže, nebo vestoje a vleže. Následuje proto vyšetření pohmatem vleže. Podložte si levé rameno osuškou a levou ruku si dejte pod hlavu. Vyšetřovat začneme pravou rukou levý prs, stejným způsobem jako ve stoje. U vyšetření zevních částí prsu položte levou paži podél těla. I vleže nezapomínáme vyšetřit podpažní jamku. Stejný způsob se opakuje i u pravého prsu (DANEŠ et al., 1995). Důležité jsou i pravidelné prohlídky u praktického lékaře a gynekologa. Pro ženy nad 45 let je v ČR zaveden mamografický screening (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003). U nejrizikovější skupiny žen, je vhodné doporučit genetické testování pro cílenou prevenci - ženám nositelkám genů mutace v BRCA - 1 nebo BRCA - 2 je navrženo schéma preventivních kontrol, úprava životosprávy a profylaktická mastektomie, která snižuje výskyt karcinomu prsu.

Breast Self-Examination



1. Examine your breasts in the shower.



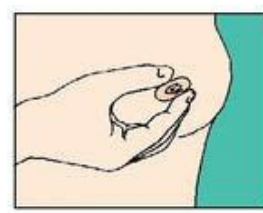
2. Examine your breasts in the mirror with your arms down, up, and on your hips.



3. Stand and press your fingers on your breast, working around the breast in a circular direction.



4. Lie down and repeat step 3.



5. Squeeze your nipples to check for discharge. Check under the nipple last.

Zdroj: http://www.ndhealthfacts.org/wiki/Breast_Cancer

Obrázek 2 - Samovyšetření prsu

1.4 Příznaky nemoci

„Vzhledem k narůstající úrovni mamárního screeningu je velký podíl diagnostikovaných karcinomů bez jakýchkoli klinických příznaků.“ (COUFAL, 2011, s. 85).

- Zhoubný nádor ve svém prvopočátku většinou není bolestivý a nezpůsobuje ani žádné výrazné obtíže. Při dalším růstu, ale dochází ke změnám, které ženy dovedou k lékaři. Mezi nejčastější příznaky řadíme:

- **Rezistence v prsu** - Většinou jako prvním klinickým projevem onemocnění si pacientka nahmatá bulku v prsu, která vede ženu k návštěvě lékaře. Rezistence může být buď volně nebo se fixovat ke kůži prsu nebo hlouběji k pektorální fascii.

- **Bolest** - Bolest bývá velmi častá a převážně nespecifická, protože ve většině případů, není bolest prsu způsobena nádorem (COUFAL, 2011).

- **Nepravidelnosti na bradavkách** - Bradavka může být vtažená a oploštělá a také jí může provázet sekrece z mamily, která není pro karcinom příznakem příliš typickým, ale v nejednom případě to může být příznak jako jediný.

Mezi další příznaky můžeme uvést: změny ve tvaru a velikosti prsu, vtahování kůže, zvýraznění kožních žil, důlkovatění (které je způsobeno rezistencí v prsu), rozšířená žilní pleteň, pomerančová kůže (která je známkou již pokročilého nádoru), zarudnutí, nehojící se vřed, bulka v podpaží nebo nadkličku, nepravidelnost prsou.

1.5 Vyšetřovací metody

Vyšetřovací postupy, které jsou v lékařství dávno známé, považujeme za metody klasické. Součástí těchto metod je rodinná anamnéza, celková fyzikální vyšetření, kde zvláštní pozornost je věnována zaměření na prsy:

- **Anamnéza a klinické vyšetření** - Získání anamnézy a vyšetření pacientky, jsou nezbytnými lékařskými úkony. Při klinickém vyšetření se žena svleče do pasu. Lékař pacientku vyšetří nejprve pohledem a následně pohmatem. Jestliže je negativní klinické vyšetření, neznamená to, že by nemohl být karcinom prsu přítomen. Základem správné diagnostiky jsou zobrazovací vyšetřovací metody. Jestliže, máme podezření, na karcinom prsu je nutné vyšetřit oba prsy a axilární uzliny. Vyšetření vzdálených orgánů doplňujeme jen v případě bioptického průkazu prsu. Do zobrazovacích metod patří ultrasonografie (USG) a mamografie (MG).

- **Mamografie** - Provádí u žen nad 40 let věku. Od 45 let dochází ženy na pravidelné preventivní prohlídky každé dva roky. Mamografie se dá považovat za nejpřínosnější vyšetřovací metodu.

Ultrasonografie - Provádíme u žen do 40 let věku, kojících a těhotných žen. Můžeme jí provést i u žen s hmatným nálezem při negativní mamografii. Ultrasonografii je možné indikovat i k vyšetření axilárních uzlin (COUFAL et al., 2011).

U mamografie a ultrasonografie se vyšetřují vždy oba prsy (tedy pokud je pacientka má) a výsledek těchto vyšetření nejlépe posoudí zkušený radiodiagnostik. Další potřebná zobrazovací vyšetření, doporučí radiodiagnostik. Chirurg, by měl jeho doporučení akceptovat. Ale u mnoha žen si v mamární zobrazovací diagnostice vystačíme právě s těmito základními zobrazovacími metodami, jako jsou právě MG + USG. Má-li žena sekreci z mamily, vyšetření je vhodné doplnit duktografií.

- **Duktografie** - Je rentgenová metoda, při kterém se nám zobrazí mlékovody. K tomuto vyšetření přistupujeme jen tehdy, pokud MG a USG dostatečně neobjasní podstatu příznaku. Duktografii volíme pouze tehdy, je-li to opravdu nutné, protože je značně nepříjemná.

- **Nukleární magnetická rezonance** – Je nejcitlivější zobrazovací metoda, používaná pro speciální případy (při posouzení celistvosti silikonových implantátů a jako dynamické kontrastní vyšetření s intravenózní aplikací paramagnetické kontrastní látky).

Jestliže je zapotřebí zjistit vztah nádoru k hrudní stěně, je vhodné doporučit **CT vyšetření** a nebo **PET/CT**. Je-li výsledek MG a USG negativní je riziko karcinomu velmi nízké. Pokud je podle klinického vyšetření nález suspektní (znamená hmatná rezistence, zvětšený či tuhý prs), doporučí se pacientce biopsie.

- **Biopsie** - Je odebrání vzorku tkáně. Provádíme ji pod kontrolou zobrazovacích metod, nejčastěji ultrazvuku nebo mamografické stereotaxe, či magnetické rezonance. Na základě výsledku biopsie je diagnostikován karcinom prsu. Asi nejčastější je tzv. Core cut biopsie prsu (CCB), která je zlatým standardem pro získání validní histologické diagnózy u většiny solidních lézí prsu (HLADÍKOVÁ, 2009). Existují i případy, kdy ložisko nemusí být vidět při sonografickém vyšetření, bývají to zejména shluklé mikrokalcifikace, které mohou být počátečním příznakem karcinomu prsu. Drobné kalcifikace zjistíme jen kvalitní mamografií, a proto je nemůžeme ověřit pod sonografickou kontrolou a tudíž jsme nuceni použít tzv. mamografickou stereotaxi, při které se ložisko přesně mamograficky zaměří a obvykle se provede tzv. vakuová biopsie (VB) neboli vakuová mamotomie.

- **Vakuová mamotomie** - Je metoda, kdy speciální jehlou vykrouháme podezřelé ložisko a posíláme jej na patologii s mnohem větším vzorkem než u Core cut biopsie. Oba výkony biopsie jsou výkony ambulantní a nevyžadují zvláštní opatření. Komplikace jsou velice vzácné, objevuje se maximálně hematom v místě vpichu. Pokud děláme vakuovou mamotomii, kde se používá tlustější jehla, musí mít pacientka předem udělané testy na krvácivost, srážlivost a musí mít vysazené některé léky proti srážlivosti krve, které případně užívá. Po výkonu pacientka obvykle čeká půl hodiny v čekárně (DANEŠ, 2010).

1.6 Léčba karcinomu prsu

V dnešní době je karcinom prsu zásadně komplexní a multimediální (COUFAL, 2011).

Pokud se prokáže z patologického vyšetření, že nádor je zhoubný, je nutné zahájit léčbu. Na základě speciálních laboratorních testů odejmuté nádorové tkáně lékaři odhadují další chování nádoru jako je citlivost či necitlivost na hormony a další parametry. Po následujících vyšetřeních je zjištěn rozsah onemocnění, jehož výrazem je staging. Lékař na základě toho určí, jakým způsobem bude pacientka dále léčena. Členové odborného týmu se skládají z klinického onkologa, chirurga, rentgenologa, radiačního onkologa, patologa a v nutném případě dalších odborníků. Léčbu vede klinický onkolog. Pacientce je sdělen léčebný plán a možné varianty. Může být více variant, podle kterých se může pacientka rozhodnout. Při konzultaci léčebného plánu s pacientkou, může být na základě jejího souhlasu, přítomen některý z příslušníků rodiny či přátel.

Obecně se lze říci, že existují tyto léčebné způsoby:

- chirurgická,
- systémová,
- chemoterapie,
- hormonální léčba,
- biologická léčba,
- radiační léčba.

„Vodítkem pro léčbu jsou léčebná doporučení České onkologické společnosti, která jsou v souladu s doporučeními evropskými a zohledňují poslední pokroky. Léčebná doporučení ČOS se každoročně inovují“ (ABRAHÁMOVÁ, 2009, s. 77).

1.6.1 Chirurgická léčba

Operační zákrok neindikuje pouze jeden lékař, ale celý tým odborníků (jehož součástí je i pacientka). Většina pacientek s karcinomem prsu, přichází nejdříve k operačnímu řešení, ale jsou pacientky, u kterých je vhodné postup zvolit i opačným způsobem, jehož význam je vhodný i pro léčebné výsledky. Samostatná chirurgická léčba je poměrně nenáročnou metodou jak pro lékaře, tak i pro pacientku (ŠUK, 2010).

Operační výkon vede k odstranění všech klinicky detekovaných ložisek onemocnění. Výkon se odvíjí od rozsahu velikosti nádoru a jeho umístění. Na základě mikroskopického vyšetření odebrané tkáně se zjišťuje typ nádorového bujení a jeho vztah k okolní zdravé tkáni. Chirurgickým zákrokem na prsu sledujeme tyto základní cíle. Cíl kurativní, kdy se snažíme odstranit nádorové ložisko, cíl diagnostický, lékař se snaží získat neporušený materiál pro histopatologické vyšetření nádoru a v neposlední řadě je to cíl estetický, kde se snažíme dosáhnout co nejlepšího kosmetického efektu (COUFAL, 2011).

V současné době jsou u většiny pacientek diagnostikovány malé nádory v prsu, které mají lepší šanci k úplnému vyléčení. Proto je možné provést tzv. prs šetřící výkony. Jsou prováděny v horních polovinách prsu z semicirkulárního řezu a v dolní polovině z radiálního řezu.

Další možný operační výkon je prostá ablace (snesení celého prsu), nebo modifikovaná radikální mastektomie - tento operační zákrok představuje snesení celého prsu s povázkou velkého a malého prsního svalu a odstranění všech uzlin z patra podpaždí. Tyto zákroky jsou ale v dnešní době spíše vzácné.

Péče v pooperačním období

Po ukončení operačního zákroku, stabilizaci krevního oběhu a probuzení pacientky, jsou ženy většinou dvě hodiny na dospávacím pokoji. Nejsou-li komplikace, po dvou hodinách jsou přeloženy na standardní chirurgické oddělení.

V pooperačním období bychom měli sledovat operační ránu, bolest, otok, barvu kůže, polohu končetiny, prokrvení a otok horní končetiny na operované straně, fyziologické funkce, celkový stav pacientky, vyprazdňování, odvody z drénu odpad, charakter a množství, zajišťujeme prevenci TEN, pečujeme o intravenózní vstupy, hydrataci pacientky a její včasnou mobilizaci. Snažíme se předejít případným možným komplikacím a zahajujeme brzy pohyb. Sledujeme pacientku, pomáháme jí s osobní hygienou, informujeme o možnostech prsních náhrad formou pohovoru a předáním informačních letáků. Bezprostředně po mastektomii je velmi důležitá komprese prsou širokým elastickým obinadlem jako prevence tvorby hematomů. Při ošetřování operační rány dodržuje aseptické podmínky. Častou komplikací po operaci bývají hematomy, kterým věnujeme pozornost a ošetřujeme Heparoid krémem. Po operaci není nutné dodržovat zvláštní dietu, je doporučeno dodržování obecných zásad zdravé výživy a zdravého životního stylu. Rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve po chirurgickém výkonu.

Po probuzení pacientky se plně soustředíme na podání co nejpřesnějších informací:

- Pacientka by neměla ležet na operované straně.
- Pacientka by měla mít horní končetinu na operované straně ve zvýšené poloze.
- Pacientka by neměla vystavovat končetinu na operované straně chladu či teplotu (vyvarovat se mytí nádobí v teplé vodě, či koupeli).
- Pacientka by se měla vyvarovat měření krevního tlaku a odběrů krve, aplikací injekcí a infuzí na operované straně.
- Pacientka by neměla přetěžovat končetinu na operované straně.

Po operaci prsu, je pacientka propuštěna po několika dnech do domácího léčení, musí se však řídit rad lékařů. Po operačním zákroku může mít pacientka potíže s hybností ramene, kdy zajišťujeme pacientce rehabilitačního fyzioterapeuta. Dalšími možnými komplikacemi jsou komplikace typu serom, či hematom pod jizvou a vzácněji infekce.

1.6.2 Systémová léčba

Systémovou léčbu rozdělujeme do třech indikačních skupin adjuvantní, neadjuvantní a paliativní.

- **Adjuvantní** - Je aplikovaná u žen, kterým byl odstraněn chirurgicky celý nádor. Touto léčbou zajišťujeme zničení možných nádorových ložisek. Většina žen s invazivním karcinomem absolvují adjuvantní léčbu. Pořadí léčebného postupu je většinou chemoterapie, radioterapie, hormonální léčba. Při této léčbě jsou pacientky většinou v pracovní neschopnosti (COUFAL et al., 2011).

- **Neadjuvantní** - Terapie bývá aplikovaná většinou před operací (COUFAL et al., 2011). Je podávána ženám s pokročilým, ale operabilním primárním nádorem. Žena v době kdy je u ní zahájena tato léčba, musí být bez jakýchkoliv známek metastáz. Touto metodou sledujeme zmenšení nádoru, zlepšení operability a umožnění záchovných operací.

- **Paliativní** - Pacientka s metastatickým karcinomem prsu se podrobuje této léčbě, kterou sledujeme navození částečné, či kompletní remise (ústupu choroby). Cílem použití této metody je usnadnění a prodloužení života, v případě kompletní remise – zajištění co nejdelšího beznádorového intervalu.

- **Způsob podání systémové léčby** - Léčiva v systémové léčbě se mohou podávat různými způsoby. Nejvíce se aplikuje nitrožilní podání ve formě injekcí či infuzí. U opakovaných nitrožilních aplikací je žilní systém poškozován, i když je zavedená tzv. kanyla. Je možné provést zavedení podkožního katétru. Jeho výhodou je aplikace léků

nitrožilně. Další možností je podávat podkožně - medikamentózní kastrace, kdy je látka vpichována pod kůži břicha, jedenkrát za 4 týdny.

1.6.3 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba chemickými látkami – cytostatiky, které prokázaly protinádorový účinek. Cytostatika působí v různé fázi buněčného cyklu a mají různé účinky mechanismu. Dělí se do dvou skupin – cytostatika účinná v průběhu celého cyklu a cytostatika účinná jen v některé fázi buněčného cyklu. Cytostatika se kombinují různým mechanismem, díky čemuž se dosahuje většího léčebného účinku (ABRAHÁMOVÁ, 2009).

Chemoterapie zahrnuje 4-6 cyklů intravenózní terapie v 3 týdenních intervalech. Trvá zhruba 4-6 měsíců. Chemoterapie se může podávat injekčně i do tělesných dutin, ale tento způsob je ojedinělý a používá se zřídka. K chemoterapii přistupujeme, jestliže to dovolí stav pacientky, která by měla mít dobrý biologický stav (COUFAL, 2011).

1.6.4 Hormonální léčba

Jako další léčebnou metodou z adjuventní terapie je hormonální léčba, používaná u nádorů s pozitivními steroidními receptory. Hormonoterapie ovlivňuje růst tumoru, tím že se odstraní jeho růstový faktor – estrogény. Estrogény je možno eliminovat cestou ablativní, u které se odstraní z funkce žlázy, které produkují příslušný hormon, tj. ovaria. Druhým možným způsobem je léčba kompetitivní, zajišťující kompetici o vazebné místo na estrogenové receptory buňky. Běžný standard je podávání tamoxifenu po dobu 5 let v dávce 20mg/den. Tamoxifen je základním antiestrogenem. Hlavním cílem je snížit riziko návratu nemoci a zajistit přežití co nejdelší dobu (COUFAL et al., 2011).

Další hormonální léčbou je léčba inhibiční, kterou zajišťujeme blokádu biosyntézy estrogenů (ADAM, 2002).

Poslední možnou metodou je léčba aditivní, kde podáváme farmakologické dávky gestagenů, androgenů i estrogenů (COUFAL et al., 2011).

1.6.5 Biologická léčba

Biologická léčba je poměrně novou metodou, u nás stala velmi populární a mnoho žen a jejich příbuzných se této léčby dožaduje. Biologická léčba je terapie chemickými látkami, přesně definovanými, který mají jiný mechanismus účinku než klasická chemoterapie. Protože látky působí cíleně uvnitř, nebo na povrchu buňky, je tato léčba nazývána target therapy (KLENER, 2010).

Léčba je zaměřena na určitou strukturu na povrchu buňky, nebo uvnitř buňky. Předpokladem pro použití biologické léčby je přítomnost této struktury na povrchu nádorové buňky. Ne všechny buňky tuto strukturu mají. Při použití biologické léčby u karcinomu prsu se používají tři preparáty. Dva z nich mají společný předpoklad, za kterého mohou být použity. Je to znak na buňce, který se nazývá HER2/neu, jestliže je tato struktura popsána, může být indikovaná biologická léčba. Používá se preparát trastuzumab (herceptin), který se připojí na receptor tohoto znaku a tím jej blokuje. Je to protilátka, která je podávána ve formě infuzí, intravenózní formou. Stejnou cílovou strukturu uvnitř buňky předpokládá jiná látka - lapatinib (forma tabletová), která se připojí na stejný znak. Lapatinib má více nežádoucích účinků než herceptin. Další možností je použití jiné látky, zaměřující se na cévní řečiště, které zásobuje nádor. Jestliže se připojí tato látka, nádor přestane být vyživován a nastává smrt nádorové buňky (ABRAHÁMOVÁ, 2010). Tyto látky jsou poměrně dobře snášeny a jejich nežádoucí účinky jsou oproti chemoterapii minimální. Terapie je bohužel velmi nákladná a zpravidla se soustřeďuje do specializovaných KOC. (COUFAL, 2011)

1.6.6 Radioterapie

Téměř všechny pacientky s invazivním karcinomem prsu po PME dochází na radioterapii. Radioterapie je léčba zářením a je standardní součástí léčby karcinomu prsu, nejčastěji se používá v pooperační indikaci k zajištění a snížení rizika výskytu recidivy nádoru. Používá se po konzervativním výkonu to znamená po výkonu, který zachovává prsní žlázu a odstraňuje celý nádor a zároveň odstraňuje i lymfatické uzliny (SOUMAROVÁ,2010). Léčba trvá 5-7 týdnů. Zahajovací léčba je 4-6 týdnů od operace, jestliže nemá pacientka operační komplikace. Jestliže je indikovaná i adjuvantní chemoterapie, pak většinou ozařujeme až po jejím ukončení.

1.6.7 Sledování po léčbě

Základní klinické vyšetření se provádí ve 3-6 měsíčních intervalech po dobu 5 let, poté 1x ročně. Mamografické vyšetření se provádí po dobu 12 měsíců, v případě prs zachovávající operace je doporučeno provedení prvního mamografického vyšetření po skončení léčby s odstupem cca 6 měsíců. Vzdálené metastázy se obvykle hledají pomocí RTG plic, ultrazvuku jater, scintigrafií kostí každých 6-12 měsíců a také podle rizikových faktorů. Vyšetření tumorózních markerů se provádí ve stejnou dobu (ADAM, 2002).

1.7 Rehabilitace

Nedílnou součástí rehabilitace, po karcinomu prsu, je psychoterapie a psychosociální rehabilitace, výrazně ovlivňující kvalitu života, která je jedním z velmi důležitých ukazatelů úspěšnosti onkologické terapie (HLADÍKOVÁ, 2009). Důležitá je také v oblasti nabytí duševní rovnováhy a načerpání sil pro usnadnění návratu do života a také společnosti.

*„Léčebná rehabilitace pacienta s karcinomem prsu začíná při prvním překročení prahu ordinace. Rehabilitaci, dělíme na psychologickou, fyzikální a sociální.“
(ABRÁHÁMOVÁ, 2009. s. 119)*

1.7.1 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace začíná ihned při podezření na zhoubné onemocnění. Onemocnění zhoubným nádorem je velmi závažným zásahem do života ženy a celé její rodiny. Lékař je povinen pacientce přesně a srozumitelně sdělit důvod i rozsah operačního výkonu. Pacientce je třeba říci pravdivě, ale zároveň šetrně, její další prognózu. Tento celý proces je psychologicky náročná životní situace a lékař, který zprávu sděluje, by měl být profesionálně zblhý. V průběhu hospitalizace má pacientka možnost využití nemocničního psychologa nebo kaplana.

Odstranění prsu, zejména byl-li prs objemnější, může způsobit stranovou nerovnováhu a tím přetahováním hrudníku k zdravé straně. Z této nerovnováhy mohou mít pacientky bolesti v zádech a krční páteři se ztuhlostí krku. Proto je zapotřebí co nejdříve začít nosit epitézu. Ihned po operaci se předepisuje tzv. pooperační epitéza, která bývá naplněna jemnou vláknitou výplní, která je měkká a lehká. Její úlohou je vyplňovat košíček podprsenky bezprostředně po operaci, než se zahojí jizva a předepíše definitivní silikonová epitéza. Úkol pooperační epitézy je hlavně psychologický.

1.7.2. Fyzikální rehabilitace

„Fyzikální rehabilitace si klade za cíl minimalizovat, eventuelně zcela předejít možným nepříznivým pohybovým následkům léčebných výkonů.“ (ABRÁHÁMOVÁ, 2009. s. 122)

Pro pacientky je velmi důležité rehabilitační cvičení, které někdy začíná před operačním zákrokem, většinou však až po operaci. Rehabilitace nám slouží hlavně k udržení dosavadního rozsahu pohybu a funkce paže a ramenního kloubu na operované straně. Indikujeme jí hlavně u žen po provedení revize axilly (podpaží). Soustava cvičení směřuje k prevenci lymfedému a postmastektomického bolestivému syndromu. Lymfedém můžeme nazvat mízní otok paže na straně souhlasné s operací prsu, může se objevit i za řadu let bez jakékoliv souvislosti s případným dalším rozvojem nemoci horní končetiny.

Do rehabilitačního cvičení můžeme zařadit cviky jako česání vlasů, mačkání papíru, cvičením s gumovým míčkem, tyto cviky jsou pro pacientky lehčí. Do série cviků obtížnějších patří například šplhání paží po stěně, cvičení se šňůrou a cvičení za pomoci lan a kladky (HLADÍKOVÁ, 2009). Rehabilitace začíná co nejdříve, obvykle již v nemocnici. Kdy pacientka začne rehabilitovat, rozhoduje lékař, který zná její momentální zdravotní stav (HLADÍKOVÁ, 2009).

1.7.3 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace znamená opětovné zařazení ženy do společnosti a pracovního procesu, či zavedení důchodového řízení. Je ryze individuální a závisí na fyzickém i psychickém stavu pacientky. V důsledku nemoci mohou u žen vzniknout existenční problémy, kdy je třeba řešit vzniklou sociální situaci. Největší oporou a zázemím nachází pacientky většinou v rodině. Zdravotnické zařízení nabízí možnost výpomoci ve formě sociálních pracovníků. Z hlediska řešení psychických i sociálních problémů je pro většinu nemocných vhodné vrátit se do pracovního procesu, je-li to z hlediska zdravotního stavu možné. Po skončení terapií, nemá-li žena žádné známky původního nádorového onemocnění, je možné pacientce navrhnout komplexní lázeňskou léčbu.

2 ŽIVOT PO DIAGNÓZE NÁDORU PRSU

Pro mnohé pacientky je období po diagnóze nádoru prsu velice náročnou životní situací. Měli by být informovány o možnostech návštěvy speciálních organizací, určeným právě pro onkologicky nemocné ženy. V České Republice existuje kolem 45 organizací sdružující onkologicky nemocné pacientky (např. Mamma HELP a Klub ŽAP). Náplní organizace je pomoc nemocným ženám a zlepšit jejich kvalitu života. Pracovní metodou jsou pravidelné schůzky, které sestavuje výbor organizace. Zaměřují se na přednášky, pořádají výlety a snaží se zařadit ženy do společného cvičení, plavání a další zájmovou činnost. Ženy si mohou navzájem vyměnit jejich zkušenosti s nemocí, léčbou a mohou si být vzájemnou oporou.

2.1 Kvalita života po karcinomu prsu

„Kvalita života je velice široký a nejednoznačně definovaný pojem. Ačkoliv chybí jasná shoda o jeho obsahu, nabývá tento koncept stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. I když trvají výhrady pro jeho složitost, komplexnost, multidimenzionalitu a z toho vyplývající vágnost, existuje shoda, že zahrnuje tři hlavní domény: fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem“ (KOMÁREK, 2011, s. 86).

Komponenta fyzického prožívání bývá charakterizována hlavními ukazateli zdravotního stavu - především přítomností zdravotních potíží, skutečností, zda tyto potíže vyžadují léčbu, nakolik jsou omezující a provázeny bolestmi, či dalšími nepříjemnými vedlejšími efekty. Psychické prožívání bývá nejčastěji udáváno přítomností pozitivních a absencí negativních emocí, pocitem svěžesti, vitality apod. Mezi sociologické proměnné, které jsou nejčastěji sledovány ve výzkumech kvality života, patří vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství a rodičovství. V širším slova smyslu kvalitu života na makrosociální rovině ovlivňuje politické zřízení a celkové společenské klima, které jedincům přiznává či

odpírá nezávislost a kontrolu nad vlastním životem. Dalším kritériem je úroveň sociálních služeb, včetně sociálního zabezpečení.

2.2 Psychologická péče o onkologicky nemocné ženy

Nedílnou součástí komplexní péče o pacientku s nádorovým onemocněním je péče o její psychický stav. Psychologická péče je zatím přes svou mimořádnou důležitost značně opomíjena. Lékaři často věnují své úsilí pouze léčbě a na psychologickou pomoc nemají dostatek času. Během léčby mohou pacientky pociťovat a prožívat všeobecný strach, smutek, depresi, ztrátu kontroly, pocity bezmoci a beznaděje, vztek a pocity viny.

Diagnóza a léčebná opatření u karcinomu prsu jsou již samy o sobě velmi zátěžové a velmi často představují natolik traumatizující událost, že pacientka sama hledá duševní podporu, případně je jí v rámci putování po nemocnici tato pomoc sama nabídnuta. Léčba je pacientce nabídnuta především tehdy, pokud jí ošetřující lékař sám nedokáže pomoci. Základní přístup k pacientkám s karcinomem prsu musí být založen na podstatě traumatu, které tato nemoc přináší, měla by být brána v úvahu aktuální situace a musíme si být vědomi toho, že každá pacientka je v prožívání nemoci individuální.

U karcinomu prsu se můžeme navíc setkat se specifickými problémy jako je postmastektomický algický syndrom, který se projevuje zhruba u 4-10% žen, které se podrobily operaci prsu od lumpektomie až po radikální mastektomii. Bolest je charakterizovaná pocity stahování a pálení zejména v oblasti hrudní stěny v okolí jizvy, zadní partii paže a v axile. Pacientky uvádějí pocity mrtvení ruky. Pacientky podvědomě operovanou ruku šetří a může dojít k tzv. syndromu zmrzlého ramene. Bolestivost může být zesílena radiační fibrózou pojivé tkáně v oblasti brachiálního plexu a druhotným poškozením nervově-cévního svazku. Bývá spojena často s lymfedémem. Lymfedém je velmi častou komplikací u pacientek, kterým byla provedena axilární lymfadenektomie. Zmírnění iatrogeně způsobených problémů může přinést důkladná a včasná rehabilitace (KLENER, 2002).

Téměř každá pacientka se zabývá pocitem, že by se u ní rakovina mohla opět projevit. Vyskytuje se u nich zvýšená citlivost pro vnímání a prožívání všech možných zevních vlivů působících na jejich každodenní činnosti, takže mnoho žen může mít problém v pracovním anebo soukromém životě. Život těchto žen může být narušován opakovaným strachem a reaktivní depresí (KLENER, 2002). Psychosociální opatření nám tedy zlepšuje kvalitu života u postižených žen a fungují za určitých okolností jako doprovázení a podpora (TSCHUSCHKE, 2004).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Popis průzkumu

Průzkumný problém

Kvalita života ženy po karcinomu prsu.

Průzkumné cíle

Cíl 1 Zjistit, jakým způsobem se změnil život ženy po karcinomu prsu, vztah s manželem a jejich partnerský život.

Cíl 2 Zjistit, z čeho měla pacientka největší obavy a vlivy terapie na psychiku pacientky.

Cíl 3 Zjistit, kdo z okolí byl pro ženu největší oporou po sdělení diagnózy.

Cíl 4 Zjistit, jaká byla vstřícnost zdravotnického personálu a jejich podpora pacientky.

Průzkumné otázky

Otázka 1: Změnil se partnerský život ženy po onemocnění karcinomem prsu?

Otázka 2: Měla pacientka největší obavy ze smrti?

Otázka 3: Byl pro pacientku největší oporou její manžel?

Otázka 4: Byla podpora pacientky dostatečná?

3.2 Metodika - technika strukturovaného rozhovoru

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získávání informací jsme zvolili strukturovaný rozhovor. Zvolením této metody jsme dosáhli možnosti přesných odpovědí na dané otázky. V případě nepochopení otázky byly ihned vysvětleny všechny nesrovnalosti. Mezi negativní vlastnosti této metody lze zahrnout větší potřebu času na individuální podávání otázek. Časový plán byl stanoven na měsíc prosinec až únor 2013.

Strukturovaný rozhovor byl anonymní a obsahuje také demografické údaje respondentů, sestaven bude z 25 položek. Prostřednictvím tohoto šetření získáme potřebné podklady pro potvrzení nebo vyvrácení průzkumných otázek, které byly stanoveny na začátku průzkumu.

Strukturovaný rozhovor byl určen pouze pro pacientky, které si prošly nádorovým onemocněním prsu. Strukturovaný rozhovor byl podán pouze ženám, které v době onemocnění měli partnerský vztah. Rozhovorové šetření probíhalo v šumperské onkologické ambulanci a v šumperské gynekologické ambulanci, kde pracuji jako zdravotní sestra. Vzorek respondentů budou tvořit pacientky, kterým byl diagnostikován karcinom prsu. Celkový počet dotazovaných žen byl 50. Do rozhovorového šetření byly zahrnuty pacientky, které již byly „vyléčené“ a pravidelně dochází pouze na lékařské kontroly, buď do onkologické, nebo gynekologické ambulance.

Výsledky strukturovaného rozhovoru byly zpracovány počítačovým programem Microsoft EXCEL 2003, který je běžně dostupný a umožňuje jednoduché zpracování tabulek a grafů, které umožňují lepší znázornění výsledků.

Průzkumný soubor

Výběr, zkoumaného vzorku byl záměrný (strukturovaný rozhovor byl určen pouze ženám, které v době onemocnění měly partnerský vztah).

Velikost vzorku bylo 50 dotazovaných žen, které byly v partnerském vztahu, a byla jim stanovena diagnóza karcinom prsu.

Časové rozmezí

Průzkumné šetření bylo provedeno v období od 12.09.2012 – 15. 02.2013

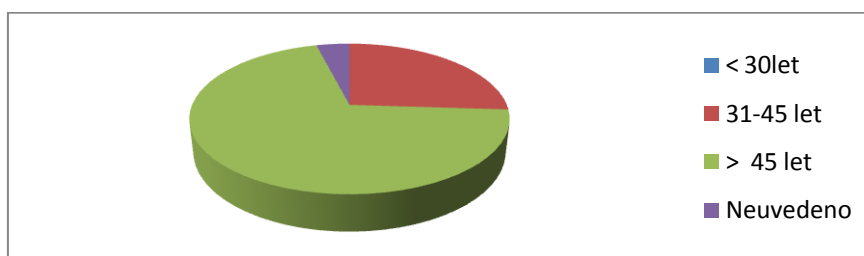
3.3 Výsledky průzkumu

Položka 1 - Váš věk v době zjištění diagnózy?

Tabulka 1 – Věk pacientek v době zjištění diagnózy

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
< 30let	0	0
31-45 let	13	26
> 45 let	35	70
Neuvedeno	2	4
Celkem	50	100

Graf 2- Věk pacientek v době zjištění diagnózy



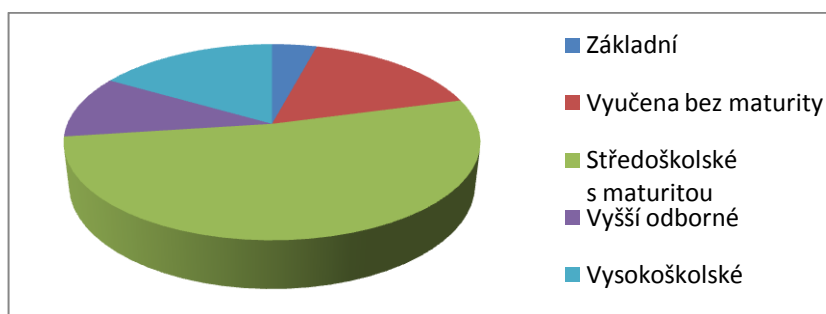
Nejpočetnější skupinou pacientek byly ženy starší 45 let, druhou nejpočetnější skupinou byly pacientky ve věku 31-45 let. Z celkového počtu dotazovaných 50 žen, nechtěly přiznat svůj věk 2 ženy.

Položka 2 - Vaše dosažené vzdělání?

Tabulka 2 – Dosažené vzdělání pacientek

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Základní	2	4
Vyučena bez maturity	8	16
Středoškolské s maturitou	25	50
Vyšší odborné	5	10
Vysokoškolské	8	16
Neuvedeno	2	4
Celkem	50	100

Graf 3 – Dosažené vzdělání pacientek.



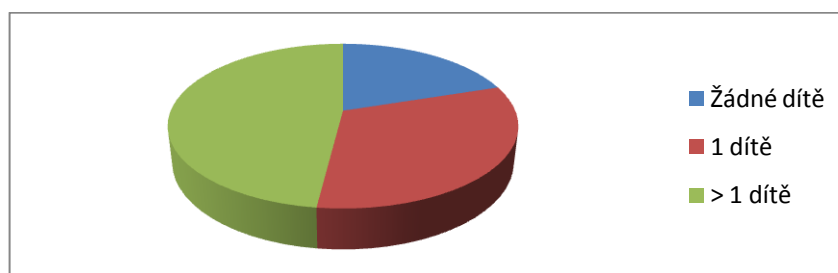
Nejvyšší nárůst výskytu karcinomu prsu byl zaznamenán u středoškolsky vzdělaných žen (25). Výskyt karcinomu prsu byl zaznamenán ve stejném počtu (16) u vysokoškolsky vzdělaných žen a vyučených žen.

Položka 3 – Počet dětí?

Tabulka 3 – Počet dětí pacientky

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Žádné dítě	10	18,18
1 dítě	16	29,09
> 1 dítě	24	43,64
Neuvedeno	0	0,00
Celkem	55	100,00

Graf 4 – Počet dětí pacientky



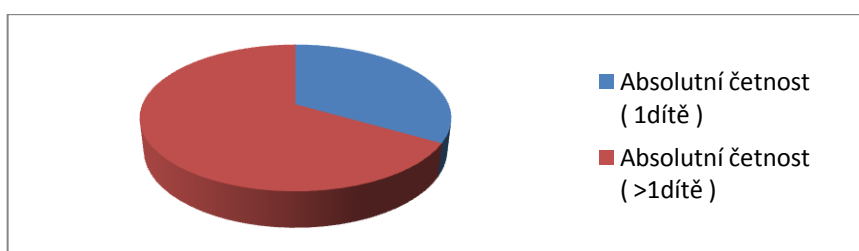
Z Grafu 4 je patrné, že největší počet (24) pacientek mělo více než jedno dítě. Jedno dítě mělo 16 žen a možnost “Žádné dítě“ označilo 10 žen.

Položka 4 – Jestliže jste uvedla, že máte děti, kojila jste své děti či dítě?

Tabulka 4 – Jestliže jste uvedla, že máte děti, kojila jste své děti či dítě?

Kojila / Nekočila	Absolutní četnost (1dítě)	Relativní četnost (1dítě)	Absolutní četnost (>1dítě)	Relativní četnost (>1dítě)
Ano	10	62,5	20	83,33
Ne	6	37,5	4	16,67
Neuvedeno	0	0	0	0,00
Celkem	16	100	24	100,00

Graf 5 – Jestliže jste uvedla, že máte děti, kojila jste své děti či dítě?



Největší počet žen (30), které měly aspoň 1 dítě, uvedlo, že dítě po narození kojily. Nekočilo 10 žen z celkového počtu matek.

Položka 5 – Partnerský vztah v době zjištění diagnózy?

Tabulka 5 – Partnerský vztah v době zjištění diagnózy?

Partnerský vztah	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	100,00
Ne	0	0,00
Neuvedeno	0	0,00
celkem	50	100,00

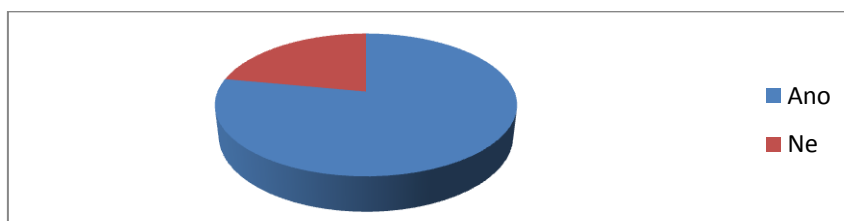
Z Tabulky 5 je patrná jednoznačná odpověď dotazovaných žen na partnerský vztah v době zjištění diagnózy – pacientky ve vztahu v době zjištění diagnózy byly vybírány záměrně.

Položka 6 – Partnerský vztah nyní?

Tabulka 6 – Partnerský vztah nyní?

Partnerský vztah	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	78,00
Ne	11	22,00
Neuvedeno	0	0,00
Celkem	50	100,00

Graf 6 – Partnerský vztah nyní?



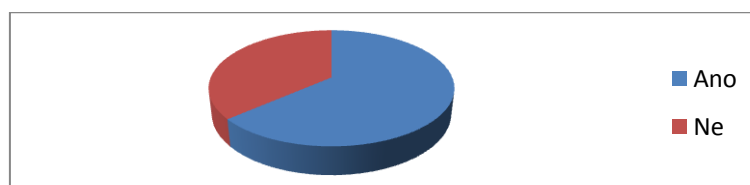
Během léčby a následně po léčebné období se rozpadnul vztah 11 ženám. Většině (39) ženám vztah vydržel.

Položka 7 – Bylo Vaše onemocnění důvodem partnerského rozpadu?

Tabulka 7 – Bylo Vaše onemocnění důvodem partnerského rozpadu?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	63,64
Ne	4	36,36
neuvedeno	0	0,00
Celkem	11	100,00

Graf 7 – Bylo Vaše onemocnění důvodem partnerského rozpadu?



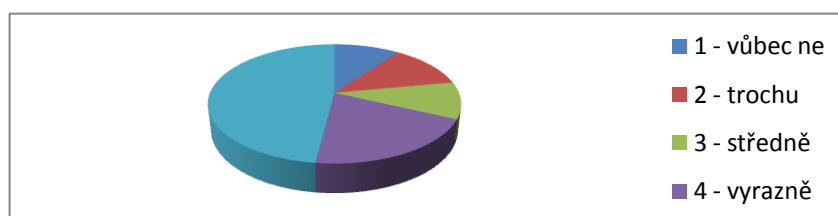
Většina žen (7), kterým se vztah rozpadl během léčby, přiznalo, že nemoc byla hlavním důvodem rozpadu partnerského vztahu. Pouze 4 ženy uvedly jiný důvod.

Položka 8 – Jakým způsobem se změnil Váš vztah s manželem (přítelem) po zjištění Vaší diagnózy? Měl partner porozumění pro Vaši situaci?

Tabulka 8 – Změna partnerského vztahu

Změna vztahu	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	5	10,00
2 - trochu	6	12,00
3 - středně	5	10,00
4 - výrazně	10	20,00
5 - zcela	24	48,00
Neuvedeno	0	0,00
Celkem	50	100,00

Graf 8 – Změna partnerského vztahu



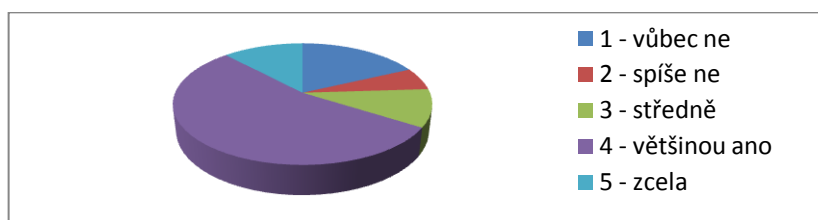
Graf 8 uvádí, že vztah se zcela změnil největšímu počtu (24) ženám. Nejmenší počet žen (5) uvedlo, že se jejich vztah v důsledku nemoci vůbec nezměnil.

Položka 9 – Má nyní manžel (přítel) zájem o fyzický kontakt?

Tabulka 9 – Má nyní manžel (přítel) zájem o fyzický kontakt?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	9	18,00
2 - spíše ne	3	6,00
3 - středně	5	10,00
4 - většinou ano	27	54,00
5 - zcela	6	12,00
Neuvedeno	0	0,00
Celkem	50	100,00

Graf 9 – Má nyní manžel (přítel) zájem o fyzický kontakt?



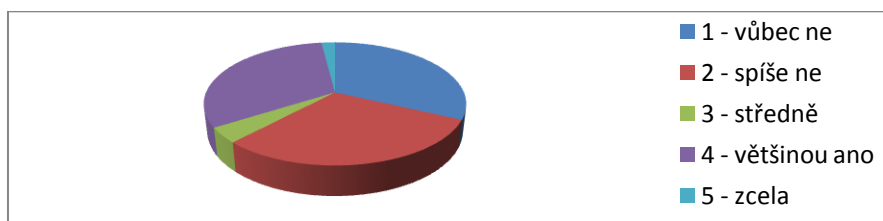
Z Grafu 9 je patrné, že většina (27) žen uvedlo manželův (přítelův) stálý zájem o fyzický kontakt. Devět žen, z celkového počtu dotázaných, uvedlo, že jejich manžel (přítel) ztratil zájem o fyzický kontakt.

Položka 10 - Změnil se Váš intimní život?

Tabulka 10 – Změnil se Váš intimní život?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	16	29,09
2 - spíše ne	15	27,27
3 - středně	2	3,64
4 - většinou ano	16	29,09
5 - zcela	1	1,82
Neuvedeno	0	0,00
Celkem	55	100,00

Graf 10 – Změnil se Váš intimní život?



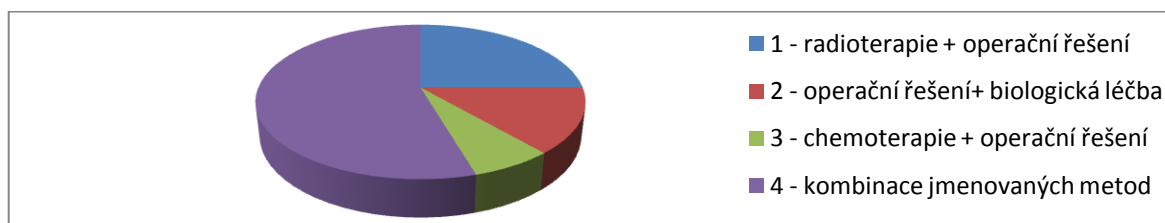
Graf 10 zobrazuje velikost změny v intimním životu pacientky. Šestnáct z dotazovaných žen uvedlo, že jejich intimní život se nezměnil vůbec, naproti tomu stejný počet (16) žen uvedlo, že změna v jejich intimním životě proběhla.

Položka 11 Jaký druh terapie byl u Vás navržen?

Tabulka 11- Jaký druh terapie byl u Vás navržen?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - radioterapie + operační řešení	11	22,00
2 - operační řešení+ biologická léčba	6	12,00
3 - chemoterapie + operační řešení	3	6,00
4 - kombinace jmenovaných metod	24	48,00
neuvedeno	6	12,00
Celkem	50	100,00

Graf 11 – Jaký druh terapie byl u Vás navržen?



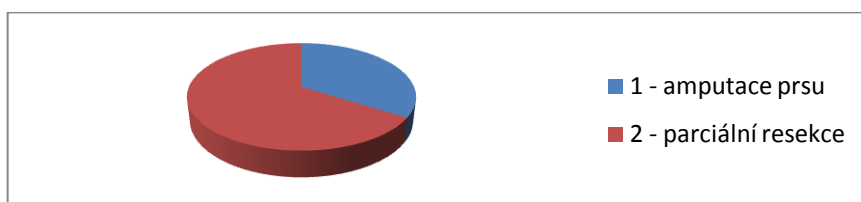
Z Grafu 11 je patrné, že nejvíce žen při léčbě podstoupilo kombinaci metod (operačního zákroku, radioterapie, biologické léčby a chemoterapie). Nejmenší četnost (3 ženy) byla u položky chemoterapie + operační řešení.

Položka 12 Jaké u Vás bylo zvoleno operační řešení?

Tabulka 12- Jaké u Vás bylo zvoleno operační řešení?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - amputace prsu	17	34,00
2 - parciální resekce	33	66,00
Neuvedeno	0	0,00
Celkem	50	100,00

Graf 12- Jaké u Vás bylo zvoleno operační řešení?



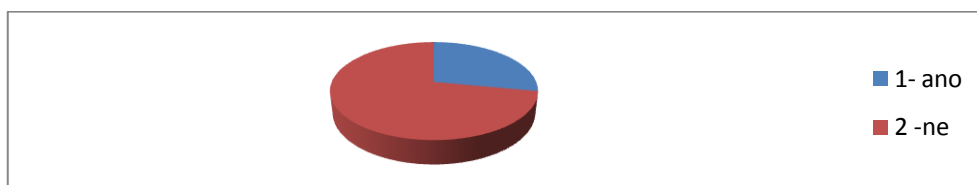
Parciální resekcce byla nejčastěji použitým operačním řešením u dotazovaných žen, tuto odpověď zvolilo celkem 33 z dotazovaných 50 žen. Amputaci prsu prodělalo 17 žen.

Položka 13 Zvažujete v budoucnosti chirurgickou rekonstrukci prsu?

Tabulka 13- Zvažujete v budoucnosti chirurgickou rekonstrukci prsu?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- ano	14	25,45
2 -ne	36	65,45
neuveдено	0	0,00
Celkem	55	100,00

Graf 13 - Zvažujete v budoucnosti chirurgickou metodu rekonstrukce prsu?



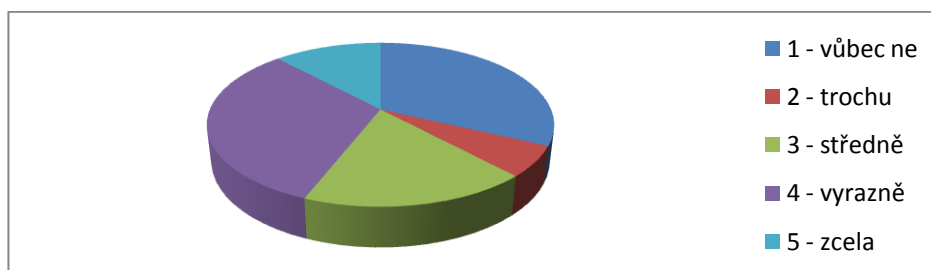
Z Grafu 13 je patrné, že o zájem o chirurgickou rekonstrukci prsu projevilo pouze 14, z dotazovaných 50 žen. Jednalo se především o pacientky, jimž byla provedena amputace prsu. Většina žen (36) uvedla, že o rekonstrukci prsu nemá zájem.

Položka 14 Změna pracovních podmínek po oznámení diagnózy?

Tabulka 14 – Změna pracovních podmínek po oznámení diagnózy?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	16,00	29,09
2 - trochu	3,00	5,45
3 - středně	9,00	16,36
4 - výrazně	16,00	29,09
5 - zcela	6,00	10,91
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	55,00	100,00

Graf 14 - Změna pracovních podmínek po oznámení diagnózy?



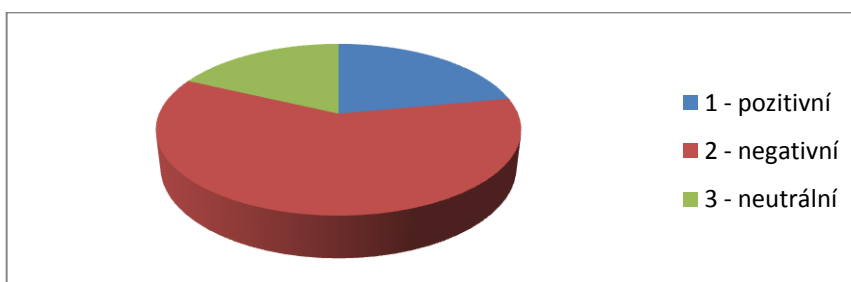
Výraznou změnu pracovních podmínek muselo kvůli onemocnění karcinomem prsu podstoupit 16, z dotazovaných 50 žen. Stejnému počtu (16) žen, se pracovní podmínky nezměnily vůbec.

Položka 15 Jaká byla tato změna?

Tabulka 15- Jaká byla tato změna?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - pozitivní	11,00	22,00
2 - negativní	30,00	60,00
3 - neutrální	9,00	18,00
neuvedeno	0,00	0,00
celkem	50,00	100,00

Graf 15- Jaká byla tato změna?



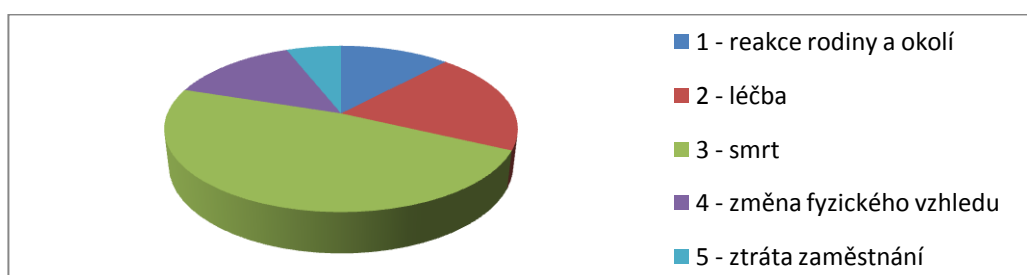
Graf – 15 uvádí charakter změny pracovních podmínek. Většina (30) žen, uvedlo, že změna pracovních podmínek byla negativní. Pouze 11 žen uvedlo, že změna byla pozitivního charakteru.

Položka 16. Z čeho jste měla největší strach při zjištění diagnózy?

Tabulka 16 – Z čeho jste měla největší strach při zjištění diagnózy?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - reakce rodiny a okolí	6,00	10,91
2 - léčba	10,00	18,18
3 - smrt	24,00	43,64
4 - změna fyzického vzhledu	7,00	12,73
5 - ztráta zaměstnání	3,00	5,45
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

Graf 16- – Z čeho jste měla největší strach při zjištění diagnózy?



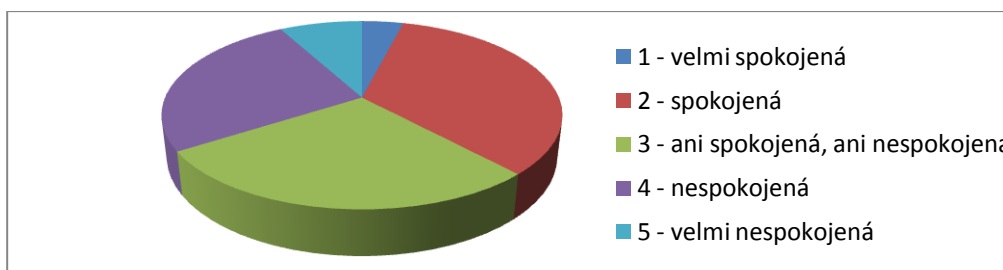
Z Grafu – 16 je patrné, že největší obavy pacientek při zjištění diagnózy byly ze smrti. Smrt uvedlo 24 pacientek, z celkového počtu 50 dotazovaných. Druhou nejpočetnější skupinu (10) tvořily ženy, které se nejvíce obávaly léčby.

Položka 17 Jste nyní spokojená s vaším vzhledem?

Tabulka17- Jste nyní spokojená s Vaším vzhledem?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi spokojená	2,00	4,00
2 - spokojená	17,00	34,00
3 - ani spokojená, ani nespokojená	14,00	28,00
4 - nespokojená	13,00	26,00
5 - velmi nespokojená	4,00	8,00
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	100,00	100,00

Graf 17 – Jste nyní spokojená s Vaším vzhledem?



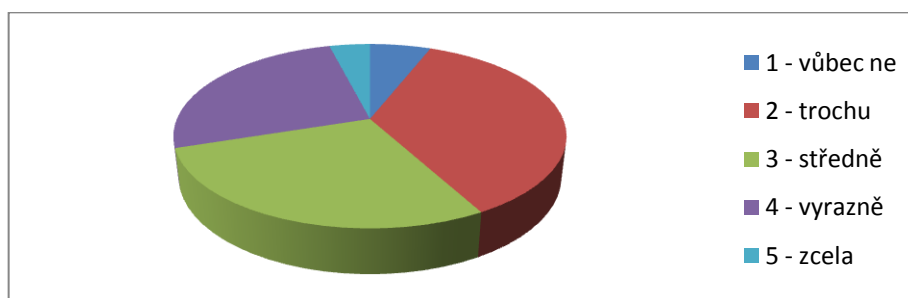
Graf 17 zobrazuje spokojenost žen s jejich aktuálním vzhledem. Z celkového počtu (50) žen je nyní spokojeno se svým vzhledem 17 žen. Druhou, poměrně velkou skupinou jsou ženy (13), které se svým vzhledem nejsou spokojeny.

Položka 18 Jestliže jste prodělala chemoterapii, radioterapii či operační řešení, jakým způsobem to ovlivnilo váš vzhled?

Tabulka 18- Změna vzhledu následkem léčby?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	3,00	6,00
2 - trochu	18,00	36,00
3 - středně	14,00	28,00
4 - výrazně	13,00	26,00
5 - zcela	2,00	4,00
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

Graf 18 - Změna vzhledu následkem léčby?



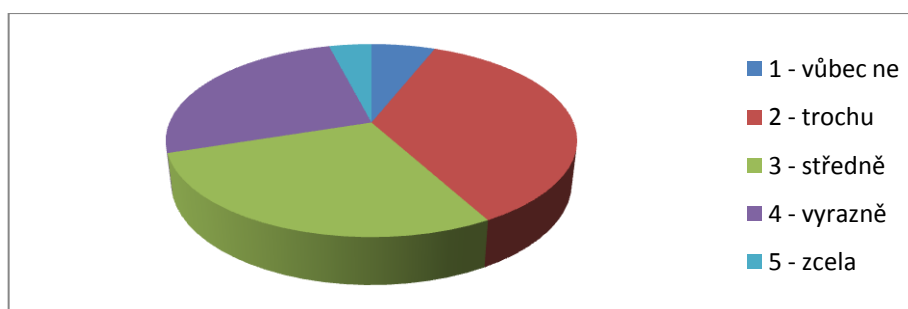
Prodělaná léčba chemoterapií, radioterapií, nebo operačním řešením ovlivnila vzhled u 18 žen, které označily možnost 2 – trochu. Zcela ovlivněný vzhled následkem léčby byl zaznamenán u 2 žen

Položka 19 Pokud jste prodělala chemoterapii, radioterapii, či operační řešení, jakým způsobem to ovlivnilo Vaši psychiku?

Tabulka 19 - Změna psychiky následkem léčby

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	3,00	6,00
2 - trochu	18,00	36,00
3 - středně	14,00	28,00
4 - výrazně	13,00	26,00
5 - zcela	2,00	4,00
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

Graf 19 - Změna psychiky následkem léčby



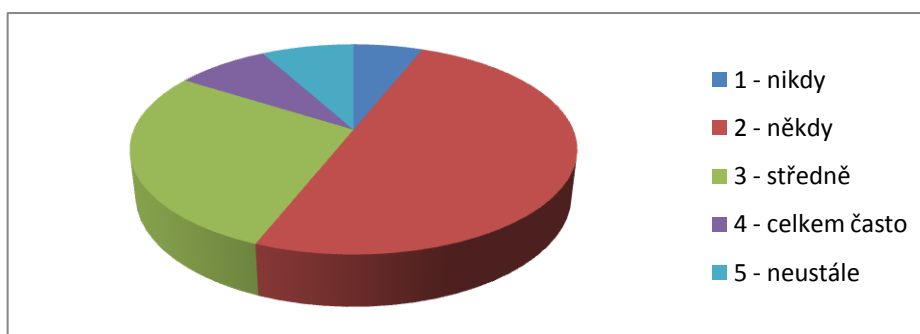
Z Grafu – 19 je patrné, že psychika byla následkem léčby ovlivněna u 18 žen (které označily odpověď 2 – trochu). Psychika nebyla ovlivněna pouze u 3, z celkového počtu 50 dotazovaných žen.

Položka 20 Prožíváte často negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka 20 – Prožívání negativních pocitů následkem léčby

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - nikdy	3,00	6,00
2 - někdy	25,00	50,00
3 - středně	14,00	28,00
4 - celkem často	4,00	8,00
5 - neustále	4,00	8,00
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

Graf 20 - Prožívání negativních pocitů následkem léčby



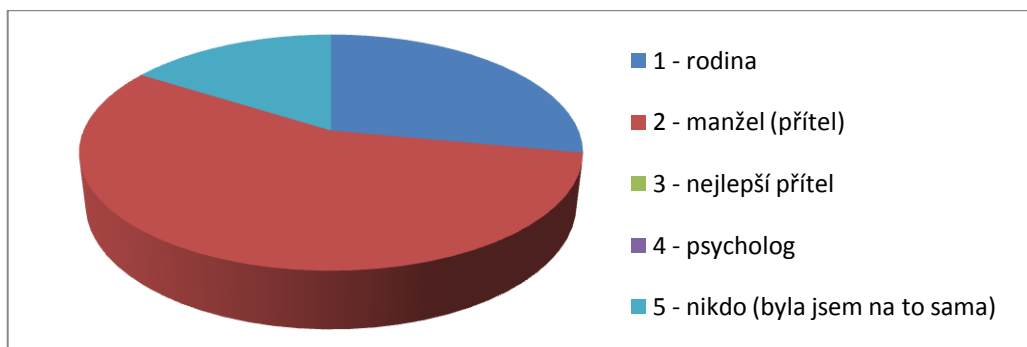
Graf 20 uvádí, že negativní pocity, jako jsou rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese, prožívá někdy celkem 25 z celkového počtu 50 dotazovaných žen. Pouze 3 ženy neprožívají negativní pocity jako následek léčby karcinomu prsu.

Položka 21 Kdo z vašeho okolí byl v průběhu terapie po sdělení Vaší diagnózy největší oporou?

Tabulka 21 – Největší opora z okolí pacientky

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - rodina	14,00	28,00
2 - manžel (přítel)	28,00	56,00
3 - nejlepší přítel	0,00	0,00
4 - psycholog	0,00	0,00
5 - nikdo (byla jsem na to sama)	8,00	16,00
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

Graf 21 - Kdo z vašeho okolí byl v průběhu terapie po sdělení Vaší diagnózy největší oporou?



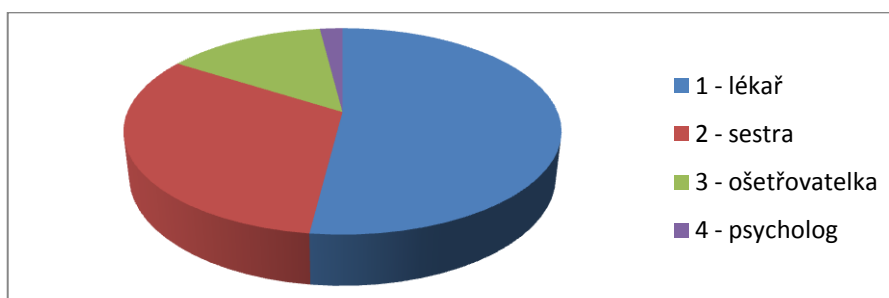
Manžel (přítel) byl největší oporou u 28 z celkového počtu 50 dotazovaných žen. Druhou nejčastěji uváděnou položkou byla rodina, kterou označilo 14 žen. Psychologa a nejlepšího přítele neoznačila ani jedna z dotazovaných žen.

Položka 22 Kdo byl pro Vás největší oporou ze zdravotnického personálu?

Tabulka 22 – Největší opora pacientky ze zdravotnického personálu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - lékař	26,00	52,00
2 - sestra	16,00	32,00
3 - ošetřovatelka	7,00	14,00
4 - psycholog	1,00	2,00
Neuvedeno	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

Graf 22 - Kdo byl pro Vás největší oporou ze zdravotnického personálu?



Za největší oporu ze zdravotnického personálu byl nejčastěji označován lékař – celkem 26 žen. Druhou nejčastěji označovanou odpovědí byla označována sestra, kterou označilo 16, z celkového počtu 50 dotazovaných žen.

Položka č. 23: Kdo Vám sdělil Vaší diagnózu?

Tabulka 23 – Kdo Vám sdělil Vaší diagnózu?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - lékař	50,00	100,00
2 - sestra	0,00	0,00
neuveдено	0,00	0,00
Celkem	50,00	100,00

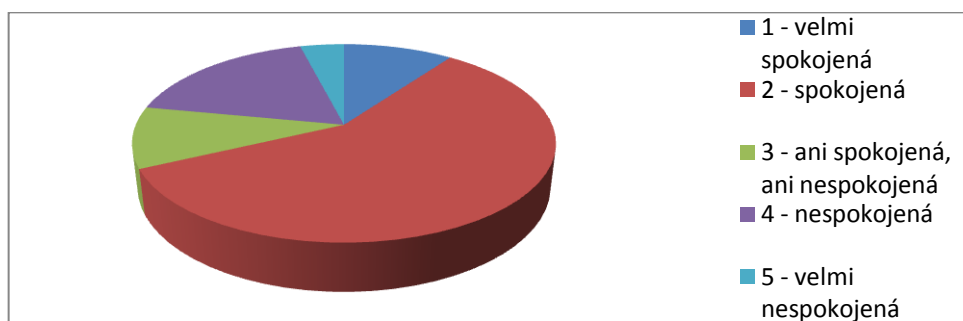
Z Tabulky 23 je patrné, že diagnózu sdělil pacientkám ve všech případech (50) lékař.

Položka 24: Jak jste byla spokojená se sdělením Vaší diagnózy?

Tabulka 24- Jak jste byla spokojená se sdělením Vaší diagnózy?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi spokojená	5,00	10,00
2 - spokojená	29,00	58,00
3 - ani spokojená, ani nespokojená	5,00	10,00
4 - nespokojená	9,00	18,00
5 - velmi nespokojená	2	4,00
Neuveдено	0,00	0,00
celkem	50,00	100,00

Graf 23- Jak jste byla spokojená se sdělením Vaší diagnózy?



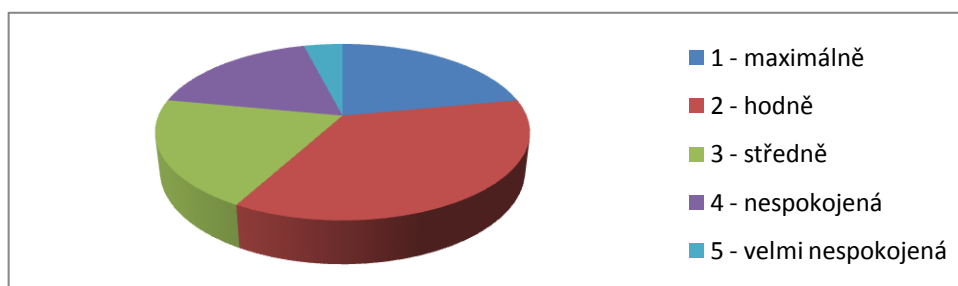
Z Grafu 23 je patrné, že většina (29) žen, z celkového počtu 50, byla spokojena se sdělením diagnózy. Pouze 2 pacientky nebyly spokojeny.

Položka 25: Jak jste byla spokojená s podporou zdravotnického personálu v době terapie a následnou ambulantní péčí? Zhodnoťte chování zdravotnického personálu v době terapie?

Tabulka 25 – Chování zdravotnického personálu v době terapie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - maximálně	11,00	22,00
2 - hodně	18,00	36,00
3 - středně	10,00	20,00
4 - nespokojená	9,00	18,00
5 - velmi nespokojená	2	4,00
Neuvedeno	0,00	0,00
celkem	50,00	100,00

Graf 24 - Chování zdravotnického personálu v době terapie



Graf 24 hodnotí podporu zdravotnického personálu v době terapie a následnou ambulantní péči. Lze říci, že většina, celkem 29 žen byla spokojena, z těchto 29 žen dokonce 11 žen uvedlo, že byly spokojeny maximálně. Pouze 2 ženy, z celkového počtu 50 dotazovaných, byly velmi nespokojené.

4 DISKUZE

Průzkumné rozhovory byly prováděny u pacientek v gynekologické ambulanci. Pacientkám byly položeny otázky ze strukturovaného dotazníku, vytvořeného na základě průzkumného problému práce. Specifické otázky lze jen těžce porovnat s výsledky jiných studií. Rozdíly ve výsledcích vybraných otázek z dotazníku byly řádově v desítkách procent, proto je lze považovat za signifikantní.

Položka 1 zjišťuje věk pacientek. Věk představuje, jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů vzniku rakoviny prsu. Při rozvoji karcinomu prsu hraje podstatnou roli oxidační poškození buněčné DNA, které je způsobené degenerativními procesy stárnutí (STRAD et al., 2001) U žen nad 50 let je zaznamenáno vyšší riziko karcinomu prsu, neboť riziko vzniku karcinomu s věkem stoupá. (ABRAHÁMOVÁ, 2009). Z výsledků dotazníku je patrné, že největší výskyt karcinomu byl zaznamenán u žen starších 45 let a žádná z dotazovaných žen, neměla méně než 30 let.

Položka 2 poukazuje na otázku vzdělání a jeho vliv na výskyt karcinomu prsu. Lze předpokládat, že vzdělání nemá vliv na onemocnění karcinomem prsu. Otázka byla zvolena za účelem zjištění informovanosti žen v oblasti karcinomu prsu (příznaky, prevence, léčba). Předpokladem byla vyšší informovanost vzdělanějších žen (nižší výskyt karcinomu prsu z důvodu včasného zachytu). Otázkou zůstává vyšší fyzická aktivita u méně vzdělaných žen (fyzicky náročnější práce).

Položka 3 zjišťuje počet porodů u žen. Z výsledků studií je patrné snížení rizika karcinomu prsu u žen s vyšším počtem porodů, v důsledku kratšího životního období pod vlivem estrogenů. Výsledky práce se neshodují s výsledky studií, jelikož byla zjištěna největší četnost karcinomu prsu u žen, které mají více než jedno dítě a nejmenší četnost onemocnění u žen bez dětí. Doplňující otázka z Položky – 4 uvádí počet kojících (62%) a nekojících (37,5%) žen.

Položka 5 slouží k porovnání tvrzení (TSCHUSCHKE, 2004, s. 77.),“ že vdané ženy ve srovnání se svobodnými ženami vykazovaly v průběhu sedmi let relativní úmrtnost 0,86. Úmrtnost žen, kterým se dostalo opory důvěryhodné osoby během prvních měsíců po operaci, byla zhruba poloviční než u žen bez podobné opory. Můžeme tedy vycházet z toho, že dostupnost sociální opory prostřednictvím manželského partnera nebo jiné důvěrně známe osoby je důležitým prediktorem přežití.

Položka 6 zjišťuje pevnost a stabilitu manželství (partnerství) v současné době. Velké množství partnerů v dnešní době, neumí řešit zásadní problémy a následkem toho vznikají rozchody (rozvody. Cílem položky – 6, bylo zjištění, jak vysokou zátěží je taková nemoc pro partnerský život. Mnohdy právě nemoc a její řešení partnerské vztahy utuží, partneři se sblíží a naučí se těžké období života řešit společně, někdy ale nemusí danou situaci zvládnout.

Položka 7 ukazuje na skutečnost, že partnerský vztah nevydržel 11 ženám z 50 dotázaných a pro 7 žen z 11 byla nemoc důvodem pro opuštění partnerky. U čtyř žen nemoc nebyla důvodem rozpadu partnerství.

Položka 8 poukazuje na změny v partnerském životě, Výzkumy uvádí, že velký počet manželských nebo partnerských vztahů dozná pod vlivem nádorového onemocnění takových závažných změnám, že dochází k rozvodům nebo rozchodům. Asi 24% pacientek, které prožily rakovinu prsu, uvádí, že jejich partneři neměli porozumění pro situaci, kterou ženy musely v danou chvíli zvládnout (TSCHUSCHKE, 2004) Z průzkumného šetření vyplynula poměrně pozitivní informace, 48% partnerů mělo pro partnerky pochopení a pouze 10% partnerů, pro svoji nemocnou partnerku porozumění nenašlo.

Položka 9 sleduje manželův zájem o fyzický kontakt. Většina (27) dotázaných žen uvedla, že jejich partner má stále zájem o sexuální kontakt.

Položka 10 zjišťuje velikost změny v intimním životě ženy po onemocnění karcinomem prsu. Studie, uskutečněná Kornblithem v roce 1998 se skupinami pacientů, které byly zaměřeny zvláště na problémy v sexuální oblasti, které vznikají následkem nemoci. Patří sem právě i pacientky s rakovinou prsu (22-36%). Obecně lze říci, že u těch, kteří přežili nádorové onemocnění, klesá sexuální aktivita a schopnost sexuálního prožitku, do té míry do jaké je poškozen tělesný obraz. Jak ukázaly některé studie, vliv mastektomie na sexuální chování patientek s rakovinou prsu nebyl tím největším problémem. Trauma způsobené mastektomií nemělo v 67-85% případů, žádný dlouhodobý vliv na sexuální chování (TSCHUSKE, 2004). Za velmi zajímavé můžeme označit zjištění z dotazníku, kde 32% žen označilo, že se jejich intimní život změnil hodně, stejný počet žen (32%) označilo, že se jejich intimní život nezměnil vůbec.

Položka 11 zjišťuje druh léčby. Otázka 11 se vztahuje k Otázce 10,12,13, kde je možné sledovat intimní život u žen po mastektomii.

Položka 14 sleduje změnu pracovních podmínek u žen po onemocnění karcinomem prsu. V přehledu literatury Kornbliht (1998) uvádí, že tři čtvrtiny pacientů, kteří přežili nádorové onemocnění, jsou schopny se po nemoci a léčbě vrátit do zaměstnání. Výsledky práce ukazují, že 32% žen se pracovní podmínky nezměnily vůbec, ale dalším 32% žen se změnilo hodně. Z 16 žen, kterým se podmínky nezměnily, bylo pouze 5 pracujících a dalších 11 v důchodě. Položka – 15 poukazuje na charakter změny, kde 60% žen odpovědělo, že tato změna byla negativní. Výsledky výzkumu se neslučují s uvedenou literaturou, kde 4-7 % pacientů s rakovinou uvádí diskriminaci v zaměstnání na základě prodělané nemoci. Existují i pacienti, kteří přežili rakovinu a byli jim v práci přiděleni tělesně méně náročné činnosti, případně jejich pracovní proces ulehčen, tak aby jim bylo umožněno i nadále docházet na kontrolu na kliniku, či ke svému lékaři (TSCHUSCHKE, 2004).

Položka 16 zjišťuje, čeho se pacientka nejvíce obávala při zjištění diagnózy. Výsledky ukázaly, že nejvíce žen mělo strach právě ze smrti - 48% žen. Velké procento žen (20%) se obávalo, léčebného procesu, pouhé tři ženy se bály o své zaměstnání. Strach ze smrti je fenoménem, s kterým se setkáváme běžně a považujeme jej za něco biologicky daného, nutného a přirozeného.

Položka 17 sleduje ovlivnění fyzického vzhledu u pacientek, kterým nastaly potíže spojené s léčbou jako (alopecie) ztráta vlasů, vyschlá pokožka, zápach z úst a další jiné možné potíže. Z výsledků práce jsme zjistili, že 17 žen je spokojeno s jejich vizáží a 2 jsou velmi spokojené. Položka 18 navazuje na tuto otázku, kde 36% žen uvádí, že právě chemoterapie, radioterapie a operační zákrok ovlivnil jejich vzhled.

Položka 19 zkoumá psychiku žen, ovlivnitelnou léčebnou terapií, která je nedílnou součástí dobře vypadající ženy. Z výsledků práce plyne, že léčebný proces velmi ovlivnil psychiku 13 ženám.

Položka 20 sleduje prožívání rozmrzelosti, beznaděje, úzkosti, nebo deprese. Truchlení je normální, přirozená reakce člověka na někoho, nebo něco významného, ale deprese je syndrom zasahující zvláště náladu a myšlení pacientky. Z výsledků práce plyne, že téměř 50 % žen někdy tyto pocity prožívají.

Položka 21 zjišťuje největší oporu ženy v průběhu terapie. Klinická pozorování a výsledky četných studií ukazují, že sociální opora poskytovaná postiženému pacientovi je velmi užitečná. Sociální opora je komponentou nádorového onemocnění, která by neměla být podceňována, stejně tak, jako ve všech životních krizích je i zde důležitý výskyt významných vztahových osob. ELL et al. (1998) zkoumali vztah mezi sociální oporou a šancí na přežití u rakoviny prsu a dalších onkologických diagnóz. Z 294 pacientů jich zemřelo 74. Většinou to byly ženy s diagnózou karcinomu prsu (57%). Výzkumem bylo zjištěno, že emocionální opora v časném stadiu onemocnění měla kladný vliv na přežití pacientek. Výsledky práce uvádí, že největší oporu hledají ženy, ve svém manželovi (56% žen). Na druhém místě uváděly, pacientky svojí rodinu (28%). Nejlepší kamarádku a psychologickou pomoc, ženy neuvedly ani jednou.

Položka 22 zkoumá největší oporu ve zdravotnickém personálu. Psychosociální pomoc nemocným s rakovinou by měla bezpodmínečně zahrnovat doprovázející sociální oporu prostřednictvím důležité vztahové osoby. Bez této přirozeně a paralelně se odehrávající pomoci a podpory, nemůže být pravděpodobně profesionální pomoc příliš úspěšná. Většina žen (26) uvedla, že největší oporou jim, byl lékař. Velkým překvapením je, že nejmenší oporu poskytuje právě psycholog.

Položka 23 zjišťuje, kdo ženám nejčastěji sdělil jejich zprávu. Protože vztah mezi pacientem a lékařem tvoří prostor, v němž probíhá kontakt a péče o pacientku, včetně nejbližších osob jejího života. Na vztah mezi nemocným a lékařem klademe velký důraz, protože „*medicína bez psychologie*“ přestává být *medicínou lidské bytosti - lege artis* (VYMĚTAL,2009, s.111).

Položka 24 sleduje spokojenost ženy se sdělením diagnózy lékařem. Lékaři bývají neradi nositeli špatné zprávy, zejména proto, že se obávají emoční reakce žen. Mají obavy, že by to mohlo zhoršit pacientčin zdravotní stav. Informace o nemoci zde nebývá tak důležitá, jako to co přijde a na co je nutné ženu připravit. Nepříznivá informace je zpráva, jež představuje pro pacientku újmu různé závažnosti. Výsledky práce uvádí, že 29 žen bylo se sdělením diagnózy spokojeno a 5 žen bylo velmi spokojeno. Položka 25 ve své podstatě uzavírá předcházející Položky 22,23,24 a hodnotí spokojenost pacientky se zdravotnickým personálem v průběhu terapie. Výsledky práce poukazují na velmi dobré chování zdravotnického personálu, což potvrzují odpovědi dotazovaných žen, kde 22% uvádí maximální spokojenost a 36 % žen velkou spokojenost.

Odpovědi na průzkumnou otázku 1 bylo zjištěno, že život žen s jejich partnerem se změnil velmi málo. Pozitivní a negativní změny byly v rovnováze. V některých případech onemocnění přispělo ke zlepšení komunikace mezi partnery. U pacientek, které v době vyplňování dotazníku nebyly v partnerském vztahu, bylo zjištěno, že onemocnění bylo hlavním důvodem rozpadu vztahu.

Největší obavy žen po diagnostikování karcinomu prsu jsou ze smrti, což potvrdily odpovědi na průzkumnou otázku 2. Svoje největší obavy a problémy pacientky překonávali za pomoci manžela/přítele, což odpovídá na další průzkumnou otázku 3.

Nedílnou součástí ve zvládnutí této nelehké situace můžeme označit zdravotnický personál, který dle vyhodnocení odpovědí na průzkumnou otázku 4 je na velmi vysoké úrovni a napomáhá tak pacientkám k jejich cestě k plnému uzdravení

4.1 Doporučení pro praxi

Doporučením pro praxi je zařadit více psychoonkologických témat o této problematice a zlepšení strategie zvládání nemoci s partnerem. Zvláště partnerská a sociální opora je určujícím faktorem, který nám pomáhá se lépe vyrovnat se stresujícími životními událostmi. Ženám je vhodné doporučit více hovořit o jejich emocích a problémech. Zlepšení psychosociálního vztahu mezi partnery pomůže ženám v jejich léčebném období a následně po něm.

Z výsledků práce plyne, že ženám se změnila situace v jejich pracovním životě. Většina žen uvedla, že se jejich pracovní podmínky zhoršily. Z výsledků je patrné, že ženy byly propuštěné, nebo zařazené na méně zajímavou pracovní pozici. Byl jim snížen plat, nebo jim bylo naznačeno, aby samy podaly výpověď. Zjištěnou skutečností je, že většině žen se situace změnila negativním způsobem. Je nutné změnit sociální systém a zvýšit možnost opětovného zařazení pacientek do pracovního procesu. Mnohé výzkumy potvrzují fakt, že opětovné zařazení pacientek do pracovního procesu zlepšuje zvládání a vyrovnání se s nemocí.

Z výsledků práce je patrné, že dotázané ženy nevyužily ani jednu psychologickou pomoc od psychologa. Je tedy více než nutné zlepšit psychologickou pomoc od odborníků a zvýšit informovanost žen v možnostech psychologické pomoci. Z psychodynamického hlediska je využití terapeutického vztahu v kontextu psychoterapie připisován velký význam. Mělo by se více hovořit o možnostech návštěvy terapeutické skupiny, v níž lze zjistit, jak na nemoc pohlíží jiné ženy. Ve skupině se dále objevuje možnost dynamicky a motivovaně vyjadřovat své pocity. Terapeut by se měl stát důvěryhodnou osobou pro každou ženu, která vyhledá jeho pomoc.

Ženám by pomohlo zlepšení opory prostřednictvím přátel a rodinných příslušníků. Většina přátel a jejich rodinných příslušníků se těmto složitým tématům často vyhýbá a to většinou v době, kdy by žena potřebuje o této problematice hovořit. Je zapotřebí zavést i možné konzultace s psychologem (terapeutem) pro přátele a rodinné

příslušníky, aby se naučili jak s nemocnou hovořit v době léčby a jak velkou zátěž bude nemoc představovat pro rodinu.

Z výsledků práce je patrné, že nejvíce žen se obává myšlenky na smrt. Myšlenky na smrt a umírání v nás všech vyvolají pocit hlubokého strachu, ale většinou je dokážeme odsunout z hlavy pryč. Pokud jsme ale ohroženi nemocí například karcinomem prsu, která se může kdykoliv vrátit stane se strach opět hmatatelným a nevyhnutelným. Typicky je tato tendence posilována tím, že právě rodina a partneři o této možnosti nemluví. Výsledkem je, že ženy zůstanou se svými negativními představami samy. Ve studii o metastazovaném nádorovém onemocnění prsu žena popisuje svoji zkušenost: *„Zjistila jsem, že hovořit o smrti je podobné jako vrhnout se do Grand Canyonu (nesnáším výšky). Víš, že to bude strašné, padat dolů, ale cítíš se lépe, když se předtím můžeš podívat, kam budeš padat. Nemohu říci, že by mě smrt nechávala chladnou, ale mohu se na ni alespoň podívat“*. (TSCHUSCHKE, 2004, s. 139).

Rozhovory s pacientkami o jejich obavách mohou vést k tomu, že dojde ke konfrontaci se smrtí, což mnohdy vede k pozitivním životním změnám. Nejen pacientky, ale i zdravotní sestry jsou ovlivněny jejich diagnózou a určitě to pro mnohé není snadné, tudíž by měl být celý zdravotnický personál vzděláván na toto téma. Zdravotnický personál je velmi důležitou komponentou ve složitém procesu léčby pacientky, je tedy nutné, aby každá z jeho částí byla na velmi vysoké úrovni a zároveň vzorem pro ostatní příbuzné a přátele pacientky.

ZÁVĚR

Tato práce je věnována kvalitě života ženy po onemocnění karcinomem prsu. Každý, kdo s těmito ženami přichází do kontaktu, ví jak právě rakovina prsu psychicky i fyzicky ještě dlouhou dobu po vzniku onemocnění ženu zatěžuje.

V práci je popsán charakter onemocnění, rizikové faktory, příznaky, vyšetřovací metody, léčba a objasněn pojem kvalita života žen po onemocnění karcinomem prsu. Nedílnou součástí práce je zkoumání vlivů terapie na psychiku pacientky, změny v jejich osobním životě s jejich partnery a v neposlední řadě vstřícnost zdravotnického personálu a podpora pacientek při léčebném procesu.

Časná diagnóza v preklinické fázi nemoci může významně prodloužit interval od detekce do smrti, způsobené nádorovou chorobou. Vysoce efektivní léčba a časný záchyt karcinomu prsu jsou významné složky při snaze o snížení mortality vlivem nádorové choroby. Je velmi důležité zvyšování osvěty v oblasti rakoviny prsu. Zdravotnický personál může sehrát velmi důležitou roli v časně diagnostice karcinomu prsu u všech žen. Zvláště pak zdravotní sestry jsou považovány za „strategické partnery“ v časném záchytu karcinomu prsu. Nedílnou součástí léčebného procesu karcinomu prsu u ženy je vysoká míra empatie, porozumění a informovanosti (o onemocnění karcinomem prsu) přátel a rodiny.

Praktická část obsahuje strukturovaný dotazník, jehož otázky a následné výsledky nám nabízí možnost částečně odhalit nejen pocity a vlastní prožívání nemoci ženou, ale i zhodnotit kvalitu komplexního léčebného procesu a porovnat řadu tvrzení vycházejících z výsledků studií, zabývajících se karcinomem prsu. Cíl práce byl tedy splněn v plném rozsahu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2003. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*, 1. vyd. Praha: Praha Publisching. ISBN 80-247-0499-4.
2. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3063-9.
3. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2000. *Rakovina prsu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-247-3063-9.
4. ADAM, Z. aj., 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: Grada - Avicenum.
5. WORKMAN BARBARA, A. a BENNETT CLARE, L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.
6. BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Praha: Marea. ISBN 978-80-902876-4-8.
7. CARYN, F. a GEORGIANA, G., 1999. *Jak předcházet rakovině prsu*, Praha: Pragma. ISBN80-7205-639-5.
8. COUFAL, O. aj., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3641-9.
10. DANEŠ, J., aj., 2010. *Průvodce onemocněním karcinomem prsu*. Praha: Dialog Jessenius. Dostupné z DVD
11. DUŠEK, L a ABRAHÁMOVÁ, J, 2003. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0499-4
12. GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života, pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
13. HLADÍKOVÁ, Z. aj., 2009. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2268-8.
14. IAN, G., 1993. *Nad rakovinou můžeš zvítězit*. Čestlice: Nakladatelství Pavli Mojžíšové, ISBN 80-901137-0-2.
15. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

16. KLENER, Pavel, 2002. *Klinická onkologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-151-3.
17. KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA a J. FEYEREISL, 2008. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-138-7.
18. KOMÁREK, L. a PROVAZNÍK, K., 2011. *Ochrana a podpora zdraví*. 1. vyd. Praha: Cindy. ISBN 978-80-260-1159-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
20. MACHÁČKOVÁ, R., 2010. Zásady ošetrovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. *Časopis sestry*. [20. 12. 2012]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zasady-osevratelske-pece-o-pacientku-s-nadorovym-onemocnenim-prsu-453248>
21. MC NEELY, L., aj., 2004. The addition for manual lymph drainage to compression therapy for breast cancer related lymphedema. *A randomized controlled trial*. *Brest Cancer Res Treat*.86: 95-106
22. MOTLÍK, Karel a Jaroslav Živný, 2001. *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-460-6.
23. NĚMCOVÁ, J., aj., 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář bakalářské práce*. Praha: Marea. ISBN 978-80-904955-5-5.
24. PAVLIŠTA, D., aj., 2008. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-173-8.
25. PETRUŽELKA, L. a KONOPÁSEK, B., 2009. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0395-0.
26. PROKEŠOVÁ, V., 2011. *Ošetrovatelský proces u pacientky po operaci prsu*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce Hana Belejová
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II Pediatrie, Chirurgie*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1
28. SRRNAD, Pavel a Jan DANEŠ, 2001. *Nemoci prsu pro gynekology*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-714-1.
29. ŠIMŠA, J., aj., 2011. *Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění prsu*. Praha: Národní referenční centrum
30. TSCHUSCHKE, Volker, 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826
31. VORLÍČEK, J., aj., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.

32. ŽALOUDEK, Jan, 2008. *Vyhnete se rakovině*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2307-5.

33. VIDALL, C. aj. 2011. *Evidence-based management of chemotherapy – induced nausea and vomiting: a position statement from a European cancer nursing forum*. 2011. ISSN 17546605.

PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B – Protokol – Gynekologická ambulance	II
Příloha C – Protokol – Onkologická ambulance	III

DOTAZNÍK

Vážené pacientky,

jmenuji se Nika Pospíšilová a jsem studentkou III. ročníku Vysoké školy zdravotnické, oboru Všeobecná sestra. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma Kvalita života ženy po karcinomu prsu. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění přiloženého dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré informace z něj budou použity za účelem vypracování bakalářské práce.

Prosím, odpovězte na veškeré otázky, uvedené v dotazníku. Předem Vám moc děkuji za vyplnění dotazníku a přeji dostatek štěstí, sil a zdraví ve Vaší budoucnosti.

1. Váš věk v době zjištění diagnózy?

- a) < 30let
- b) 31 – 45 let
- c) > 45 let

2. Vaše dosažené vzdělání

- a) základní
- b) vyučena (bez maturity)
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Počet dětí?

- a) 1 dítě
- b) > 1 dítě
- c) žádné dítě

4. Jestliže jste uvedla, že máte děti, kojila jste své děti či dítě?

- a) ano
- b) ne

5. Měla jste partnerský vztah v době zjištění diagnózy?

- a) ano
- b) ne

6. Partnerský vztah nyní?

- a) ano
- b) ne

7. Bylo Vaše onemocnění důvodem partnerského rozpadu?

- a) ano
- b) ne

8. Jakým způsobem se změnil Váš vztah s manželem (přítelem) po zjištění Vaší diagnózy? Měl partner porozumění pro vaši nemoc?

1	2	3	4	5
vůbec ne	trochu	středně	výrazně	zcela

9. Má nyní manžel (přítel) zájem o fyzický kontakt?

1	2	3	4	5
vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela

10. Změnil se Váš intimní život?

1	2	3	4	5
vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela

11. Jaký druh terapie byl u Vás navržen?

- a) radioterapie + operační řešení
- b) biologická léčba + operační řešení
- c) operační řešení + chemoterapie
- d) kombinace (radioterapie, chemoterapie, biologická léčba, operace)

12. Jaké u Vás bylo zvoleno operační řešení?

- a) amputace prsu
- b) parciální resekce

13. Zvažujete v budoucnosti chirurgickou rekonstrukci prsu?

- a) ano
- b) ne

14. Změna pracovních podmínek po oznámení diagnózy?

1	2	3	4	5
vůbec ne	trochu	středně	výrazně	zcela

15. Jaká byla tato změna?

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) neutrální

16. Z čeho ještě měla největší strach při zjištění diagnózy?

- a) reakce rodiny a okolí
- b) léčba
- c) smrt
- d) změna fyzického vzhledu
- e) ztráta zaměstnání

17. Jste nyní spokojená s Vaším vzhledem?

1	2	3	4	5
velmi spokojená	spokojená	ani spokojená, ani nespokojená	nespokojená	velmi nespokojená

18. Jestliže, jste prodělala chemoterapii, radioterapii, či operační řešení, jakým způsobem to ovlivnilo Váš vzhled?

1	2	3	4	5
vůbec ne	trochu	středně	výrazně	zcela

19. Pokud jste prodělala chemoterapii, radioterapii, či operační řešení, jakým způsobem to ovlivnilo Vaši psychiku?

1	2	3	4	5
vůbec ne	trochu	středně	výrazně	zcela

20. Prožíváte často negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

1	2	3	4	5
nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále

21. Kdo z Vašeho okolí byl v průběhu terapie po zděnění Vaší diagnózy největší oporou?

- a) rodina
- b) manžel (přítel)
- c) nejlepší přítel
- e) psycholog
- f) nikdo, byla jsem na to sama

22. Kdo byl pro Vás největší oporou ze zdravotnického personálu?

- a) lékař
- b) sestra
- c) ošetřovatelka
- d) psycholog

23. Kdo Vám sdělil Vaši diagnózu?

- a) lékař
- b) sestra

24. Jak jste byla spokojená se sdělením diagnózy?

1	2	3	4	5
velmi spokojená	spokojená	ani spokojená, ani nespokojená	nespokojená	velmi nespokojená

25. Jak jste byla spokojená s podporou zdravotnického personálu v době terapie a následnou ambulantní péčí? Zhodnoťte chování zdravotnické personálu v době terapie.


1	2	3	4	5
maximálně	hodně	Středně	nespokojená	velmi nespokojená

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nika Pospíšilová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Kvalita života ženy po karcinomu prsu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Gynekologická ambulance Mudr. Jan Hoždora	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Jahodová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	podpis 
	<input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím	podpis
	<input type="radio"/> nesouhlasím	

V Šumperku..... dne ...01.03. 2013.....


podpis studenta

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nika Pospíšilová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Kvalita života ženy po karcinomu prsu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	.Onkologická ambulance v Šumperské nemocnici	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Jahodová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	podpis 
	<input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím	podpis
	<input type="radio"/> nesouhlasím	

V Šumperku..... dne ...01.03. 2013.....

podpis studenta