

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Andrea Veselá

Kvalita života žen po ablaci prsu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Růžková

Olomouc 2015

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

Olomouc 11. května 2015

podpis

Děkuji Mgr. Dominice Růžkové, za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji Karle Otavové a Lence Souškové z Mamma HELP centra v Olomouci za poskytnutí důležitých informací týkajících se dané problematiky.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Kvalita života žen po ablaci prsu

Název práce: Kvalita života žen po ablaci prsu

Název práce v AJ: The quality of life in women after breast ablation

Datum zadání: 2015-01-22

Datum odevzdání: 2015-05-11

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Veselá, Andrea

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Růžková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Bakalářská práce předkládá publikované poznatky o kvalitě života ženy po ablaci prsu. Zaměřuje se na preventivní opatření týkající se karcinomu prsu, zejména na mamografický screening a dispenzarizaci žen. Také se zabývá psychickou i sociální stránkou této problematiky a následnou péčí o ženy po ablaci prsu. Závěr práce hodnotí pojem kvality života a jeho měření. Dohledané poznatky pochází z databází EBSCO, ProQuest, MEDLINE a Google Scholar.

Abstrakt v AJ: Bachelor's thesis are submitting a published findings on the quality of life of women after ablation of breast cancer. It focuses on preventive measures relating to breast cancer, in particular mammography screening and dispensary for women. It also deals with the mental and social page of this issue and the subsequent care of the women after the ablation of the breast. The conclusion of the paper reviews the concept of quality of life and its measurement. To search knowledge comes from the databases EBSCO, ProQuest, MEDLINE and Google Scholar.

Klíčová slova v ČJ: ablace prsu, rakovina prsu, prevence, screening, psychika, deprese, sociální podpora, sexualita, návrat do zaměstnání, rehabilitace, cvičení, rekonstrukce, kvalita života, ošetrovatelská péče

Klíčová slova v AJ: breast ablation, breast cancer, prevention, screening, psyche, depression, social support, sexuality, return to work, rehabilitation, exercises, reconstruction, quality of life, nursing care

Rozsah: počet stran/ počet příloh: 45/4

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE	8
2 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ.....	11
3 PSYCHICKÁ STRÁNKA.....	14
3.1 ÚZKOST A DEPRESE U ŽEN	15
3.2 ZMĚNA OBRAZU TĚLA A OBAVY Z RECIDIVY	17
3.3 DEPRESE U MUŽŮ	18
4 SOCIÁLNÍ STRÁNKA.....	20
4.1 PODPŮRNÉ SKUPINY.....	21
4.2 SEXUALITA	22
4.3 NÁVRAT DO ZAMĚSTNÁNÍ	23
5 NÁSLEDNÁ PÉČE O ŽENY PO ABLACI PRSU.....	25
5.1 REHABILITACE	25
5.2 REKONSTRUKCE PRSU	26
6 KVALITA ŽIVOTA.....	28
6.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	28
7 SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM	30
ZÁVĚR.....	31
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A REFERENČNÍCH ZDROJŮ	35
SEZNAM PŘÍLOH	44

ÚVOD

Karcinom prsu patří mezi nejčastěji diagnostikované zhoubné nádory u žen v České republice. Množství nových případů nemocných rakovinou prsu každoročně stoupá (SVOD ©2015). Podle údajů Světové zdravotnické organizace z roku 2012 se řadí mezi nejčastější příčiny smrti u žen (Donepudi et al., 2014, s. 506).

Tato práce se zabývá kvalitou života žen po ablaci prsu, tj. chirurgickém odnětí prsu. Hlavním cílem bylo shromáždit a prezentovat publikované poznatky k danému tématu.

Stanovené dílčí cíle:

Cíl 1.

Předložit publikované poznatky o preventivních opatřeních spojených s problematikou karcinomu prsu.

Cíl 2.

Předložit publikované poznatky o psychické stránce, jejích změnách nejen u žen, ale také u jejich partnerů.

Cíl 3.

Předložit publikované poznatky o sociální stránce, opoře ze strany blízkého okolí i formou podpůrných skupin.

Cíl 4.

Předložit publikované poznatky o následné péči o ženy po ablaci prsu, rehabilitacích a rekonstrukčních operacích.

Cíl 5.

Předložit publikované poznatky o kvalitě života onkologicky nemocných pacientů.

Vstupní studijní literatura:

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Grada, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ Hilda. 2012. Klinická onkologie pro sestry: pro bakalářské a magisterské studium. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 448 s. ISBN 978-802-4737-423.

HALMO, Renata. 2015. Seběpěče v ošetrovatelské praxi. Grada, 232 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4811-5.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. 2009. Co byste měli vědět o rakovině prsu. 1. vyd. Praha: Grada, 143 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4730-639.

SKOVAJSOVÁ, Miroslava. 2010. O rakovině prsu beze strachu. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 53 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0421-845.

1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDAVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: ablace prsu, rakovina prsu, prevence, screening, psychika, deprese, sociální podpora, sexualita, návrat do zaměstnání, rehabilitace, cvičení, rekonstrukce, kvalita života, ošetrovatelská péče
- klíčová slova v AJ: breast ablation, breast cancer, prevention, screening, psyche, depression, social support, sexuality, return to work, rehabilitation, exercises, reconstruction, quality of life, nursing care
- kombinace klíčových slov pomocí Booleovských operátorů
- jazyk: český, anglický, polský, španělský
- vyhledávací období: 2004 - 2015
- další kritéria: recenzovaná periodika, plnotexty

DATABÁZE:

EBSCO, ProQuest, MEDLINE, Google Scholar

Nalezeno 237 článků

Vyřazující kritéria:

- duplicitní články
- články neodpovídající tématu
- články z hlediska medicínského



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ
A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ
EBSCO – 71 dokumentů, použitých 29
ProQuest – 109 dokumentů, použitých 35
MEDLINE – 38 dokumentů, použitých 13
Google Scholar – 19 dokumentů, použitých 7

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH A VYUŽITÝCH
PERIODIK A DOKUMENTŮ
Acta Oncologica - 3
Annals of Behavioral Medicine – 2
Annals of Oncology - 2
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry – 1
BMC Health Services Research - 1
BMC Public Health – 2
Breast Cancer Research and Treatment - 2
British Journal of Cancer – 1
Cancer - 2
Cancer Nursing – 1
Couples Coping With Stress: Emerging Perspectives On
Dyadic Coping - 1
Computers in Human Behavior - 1
Current Problems in Cancer – 1
Cyberpsychology, Behavior and Social Networking - 1
Diagnóza v ošetrovatelství - 1
European Journal of Cancer - 4
European Journal of Oncology Nursing – 1
European Spine Journal - 1
Health Expectations – 1
Health Psychology - 1
Interní medicína pro praxi – 1
International Journal of Clinical Health & Psychology – 1
Journal of Advanced Nursing - 3
Journal of Cancer Education - 2
Journal of Cancer Research & Therapeutics – 1
Journal of Clinical Nursing - 2
Journal of Clinical Oncology – 2
Journal of Occupational Rehabilitation - 2
Journal of Psychosomatic Research - 1
Klinická onkologie – 2
Kontakt - 1
Lippincott's Case Management: Managing The Process Of
Patient Care - 1

Nursing Inquiry - 1
Oncology Nursing Forum – 1
Palestrica of the Third Millennium Civilization & Sport - 1
Plastic Surgery - 1
Postgraduální medicína – 1
Psicooncologia – 1
Psycho – Oncology – 7
Psychology, Health & Medicine - 1
Psychology & Health - 1
Psychosomatics – 1
Praktický lékař – 1
Quality of Life Research - 1
Sestra – 3
Seminars in Oncology Nursing – 1
Supportive Care in Cancer – 6
The American Surgeon – 1
The Journal of Sexual Medicine - 1
The Breast - 1
Vnitřní lékařství – 1
Vojenské zdravotnické noviny - 1

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 76
zahraničních a 8 českých dohledaných článků.

2 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Problematika karcinomu prsu trápí v dnešní době poměrně velkou část ženské populace nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku. Podle epidemiologických dat z webového portálu SVOD (Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice) zaujímá Česká republika 26. místo v prevalenci nádoru prsu (SVOD ©2014). Karcinom prsu řadíme mezi nejčastější nádorová onemocnění žen v České republice. Zatímco incidence se neustále zvyšuje, mortalita úspěšně klesá. Podle analýz a statistických údajů z roku 2011 rakovinou prsu onemocní průměrně 73 žen v přepočtu na 100 000 obyvatel (SVOD ©2014). Nejrizikovějším faktorem pro výskyt zhoubného nádoru je věk. Údaje poskytující Ústav zdravotnických informací a statistiky pro Českou republiku (ÚZIS) z roku 2011 uvádí, že do 24. roku věku onemocnělo v ČR šest žen, do 30 let věku dvacet osm mladých žen, do 34 let sto osm žen a do 44. roku života bezmála pět set žen. Celkově onemocnělo v roce 2011 6 620 žen, z toho 5 980 žen starších čtyřicet pět let. (Zdravotnická ročenka České republiky, 2012, s. 53). Díky vzrůstajícímu trendu výskytu nádorového onemocnění prsu je důležité poukázat na nutnost preventivního opatření. K těmto účelům slouží mamografický screening, který je jedinou ověřenou metodou snižování mortality karcinomu prsu. V České republice byl zaveden v roce 2002 (Májek et al., 2011, s. 1). Schopper a Wolf (2009, s. 1916 – 1917) uvádí, že mortalita žen s diagnostikovaným karcinomem prsu, se po zavedení celoplošného screeningu snížila o více než 40 procent. Cílem screeningu je detekovat nádor v raném stádiu. Jde o stádium carcinoma in situ. Zisk v pravidelném mamografickém vyšetření spočívá v detekci velmi malých nádorů o velikosti od 5 - 8 mm, které nejsou ještě palpačně identifikovatelné. Většina nádorů prsu je zobrazitelná již v preklinické neboli bezpříznakové fázi, která nastává přibližně o dva roky dříve než klinicky hmatné stádium (Májek et al., 2014, s. 2S109 – 2S111). Ne každá žena však preventivní prohlídku absolvuje. Jedním z důvodů je fakt, že toto vyšetření nepatří mezi nejpříjemnější, řada žen se mu raději vyhýbá. Skovajsová a kol. (2014, s. 2S72 – 2S75) ve své studii uvádí, že do konce roku 2010 bylo v České republice mamograficky vyšetřeno 3 056 907 žen. U 14 914 vyšetřených se podařilo odhalit zhoubný nádor, ve většině případů v časných stádiích s následnou úspěšnou léčbou a dobrou prognózou. Do konce roku 2009 měly na pravidelné a bezplatné vyšetření nárok pouze ženy ve věkové kategorii 45 až 69 let, a to jednou za dva roky. Od roku 2010 mají k preventivní prohlídce přístup všechny ženy starší 45 let. Registr screeningu karcinomu prsu svým

průzkumem dále přispívá data z roku 2012, kdy vyšetření podstoupilo celkem 602 099 žen, z toho u 3 270 došlo k zachycení karcinomu. U diagnostikovaných žen byl v 62 procentech prokázán tumor v prvním stádiu (Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity ©2015). Efektivita screeningu se projevila v roce 2008, kdy celková návštěvnost vyšetření překročila hranici 50 procent. Od té doby k dalšímu výraznému zvýšení nedošlo (Skovajsová a kol., 2014, s. 2S75). Ženy by si měly uvědomit, že s ohledem na statistické údaje o růstu případů onemocnění, je nutné, aby na své zdraví v této oblasti více dbaly a účastnily se pravidelných prohlídek.

ÚČAST ŽEN V PREVENTIVNÍM PROGRAMU

Preventivní vyšetření prsů má právo využít každá dospělá žena. Podmínkou úhrady ze všeobecného zdravotního pojištění je odeslání k vyšetření gynekologem nebo praktickým lékařem. Vyšetření hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění je prováděno jednou za dva roky, a to u žen starších 45 let. Screeningová prohlídka může být ženě doporučena lékařem i z důvodu vysokého rizika vzniku karcinomu prsu v důsledku dědičnosti. Dále u klientek, u nichž byla na specializovaných pracovištích diagnostikována mutace BRCA1 a BRCA2, nebo na základě jiného doporučení pracoviště nádorové genetiky. Screeningové vyšetření může být ženě doporučeno psychiatrem v případě těžké neurotizující kancerofobie. I v tomto případě je vyšetření hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Screeningové vyšetření prsu je možné provést i bez doporučení praktika či gynekologa od 40 let. Toto vyšetření si však žena hradí sama. Žena si rovněž hradí i opakované vyšetření v případě, že nález z daného pracoviště chce konzultovat na jiném pracovišti (Abrahámová, 2004, s. 48).

Klinické vyšetření, mamografie prsu a samovyšetření slouží jako efektivní triáda pro úspěšný a přesnější mamografický screening. Podíl návštěvnosti doplňujících vyšetření je výrazně ovlivněn věkem ženy. Jak Skovajsová a kol. (2014, s. 2S75 – 2S77) podotýká, s rostoucím věkem potřeba doplňujících vyšetření i samotného pravidelného screeningu výrazně klesá. Mnoho žen se k prohlídce vrací v různě prodloužených intervalech, čímž dochází ke snižování efektivity celého programu a k případnému pozdějšímu záchytu nádorového ložiska.

U žen po ablaci prsu je rovněž nutné dodržovat preventivní postupy, tak aby nedocházelo k recidivě onemocnění. Jsou automaticky po primární léčbě zvány k pravidelným kontrolám. Jak uvádí Pachrová a Fišarová (2012, s. 38), dispenzarizace patří do sféry terciární prevence, která má za úkol odhalit včas lokální recidivu, popřípadě vzdálené metastázy. Sleduje účinky a

následky onkologické terapie a v neposlední řadě se snaží o zachycení možného duplicitního nádoru. Karcinom prsu, na rozdíl od jiných nádorů je schopen recidivy po dlouhé období, tj. deset a více let. Toto časové rozpětí je důležité k dispenzarizaci pacientek. Pokud po danou dobu nedojde k výskytu příznaků onemocnění, můžeme ženu považovat za vyléčenou. Chovanec, Dostálová a Navrátilová (2008, s. 88) publikují základní doporučení týkající se dispenzarizace. Zdůrazňují, že pravidelné kontroly se provádějí v průběhu prvních tří let od ukončení primární léčby, a to v čtyřměsíčních intervalech. Během čtvrtého až šestého roku v půlročních intervalech a následně s ročním odstupem. Abrahámová (2009, s. 134) pro úplnost dodává, že při každé dispenzární kontrole je nezbytné odebrat anamnézu pacientky a provést fyzikální vyšetření. Lékař poté ordinuje v pravidelných intervalech rentgen plic, laboratorní rozbor krve a moči, mamografické vyšetření a scintigrafii. Mammografie se indikuje jednou ročně. Je nezbytně nutné, aby pacientka upozornila svého lékaře na veškeré příznaky, které na sobě zpozoruje. Patří mezi ně zejména bolestivost prsu, ztráta chuti k jídlu, hubnutí, změny menstruačního cyklu, nepravidelnost stolice, zhoršení dechu a další. Tyto příznaky ač se zdají mnohdy banální, mohou souviset s původním onemocněním. Hlavně z těchto důvodů by se žádná žena po úspěšné primární léčbě neměla odvracet od následujících dispenzarizačních postupů. Následná péče je stejně důležitá jako psychoterapie, rehabilitace či sociální pomoc (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 89).

3 PSYCHICKÁ STRÁNKA

Psychika ženy se v průběhu celého onemocnění značně mění. Onkologická diagnóza vyvolává v každém emocionální reakce, které bychom mohli shrnout dle modelu Elisabeth Kübler Rossové do pěti fází. Kübler Rossová byla americká psycholožka, která se zajímala o problematiku umírajících pacientů. Ve své knize “O smrti a umírání” popisuje pět fází, kterými prochází lidé, vyrovnávající se s těžkou životní situací (Ávila, de la Rubia, 2013, s. 110).

1. fáze – šok / popírání
2. fáze – hněv / agrese
3. fáze - smlouvání
4. fáze - deprese
5. fáze – smíření

Po sdělení diagnózy nastává u žen **šok a popírání**. Nejsou schopné přijmout, že právě ony mají rakovinu. Diagnózu často připisují lékařské chybě nebo nějakému omylu. Ve druhé fázi se projevuje zejména **hněv**. Ženy vyjadřují vztek, závist a pocit nespravedlnosti. Jsou nešťastné, že jejich okolí je zdravé a dávají to všem za vinu. Některé ženy mají naopak sklony k sebeobviňování. Spolupráce v této fázi může být poněkud ztížena. Friedman et al. (2010, s. 345) ve své studii uvádí, že sebeobviňování může mít různé důvody. Nejvíce žen udává nedostatek pohybu a nezdravou stravu včetně konzumace alkoholu. U některých žen jsou to především potíže zvládat stresové situace, pesimismus, úzkosti nebo potíže s vyjádřením svých emocí. Dalšími důvody se stalo také užívání hormonální antikoncepce či pozdní návštěva lékaře. Jako třetí následuje období **smlouvání**. V této fázi nemocná uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak využít čas, který ještě zbývá. Ženy mimo jiné hledají zázračné léky a léčitele, jsou ochotné podstoupit téměř cokoliv. Nicméně opakované návštěvy nemocnice, vysílení z léčby a pocitování vedlejších nežádoucích účinků se mohou podepsat na psychickém stavu pacientky. V této době dochází k **depresím** (Ávila a de la Rubia, 2013, s. 110). Hack a Degner (2004, s. 240) tvrdí, že lidé, u kterých se deprese vyskytuje od začátku onemocnění, budou s největší pravděpodobností bojovat s depresemi, úzkostí a vztekem i nadále. Yoo et al. (2009, s. 1522) pro úplnost doplňují, že deprese mohou trápit i starší ženy. Jednou z příčin může být nedostatečná sociální opora. Poslední fází je **smíření** a přijetí skutečnosti. Žena se nachází ve fázi, kdy je schopna akceptovat svůj zdravotní stav. Snaží se dosáhnout co nejlepšího způsobu života za daných podmínek. Do

této fáze se nemusí dostat každý jedinec, stejně jako výše popisované stádia nemusí následovat v tomto pořadí. Není ani výjimkou, že některé se opakují, jiné zase chybějí (Ávila a de la Rubia, 2013, s. 110 – 111).

3.1 ÚZKOST A DEPRESE U ŽEN

Výskyt onkologické diagnózy často vyvolává akutní úzkost a strach. Může vést až k závažným formám psychopatologie, jako jsou depresivní a úzkostné poruchy (Kissane et al., 2004, s. 320 - 321). Výzkumy dokazují, že 38% žen s diagnózou rakoviny prsu jakéhokoliv stupně hlásí projevy úzkosti (Grassi et al., 2004, s. 485 - 490) a přibližně 20% žen v rané fázi onemocnění vyjadřují obavy o své zdraví v období šesti až dvanácti týdnů po operačním zákroku (Wade et al., 2005, s. 503 – 504). Grassi et al. (2004, s. 485 – 490) ve svých výzkumech poukazují na fakt, že úzkost jednotlivých žen způsobuje snížení kvality života. Bulotiene, Ostapenko a Vesėliūnas (2007, s. 93 – 95) pomocí své studie zjistili, že největší míra deprese se u žen vyskytuje přibližně týden před chirurgickým odstraněním prsu, a to u žen nezaměstnaných, vdaných ale také s nejvyšším dosaženým vzděláním. Poté intenzita klesá, ovšem po devíti měsících opět narůstá. Hlavním důvodem, který k úzkosti vede je neustálé pozorování známek recidivy na svém těle. V případě nenalezení žádných příznaků to může vést až ke zvýšení požadavků na zdravotní péči. Bardwell a Fiorentino (2012, s. 312) dále ve svém výzkumu zdůrazňují zvýšenou potřebu lékařského ošetření následkem psychických i fyzických změn vzniklých na základě silné úzkosti. Jako další možné příčiny zmiňují strach z pracovní neschopnosti a nedostatku finančních prostředků. Deprese a úzkost se rovněž objevuje po ukončení léčby ve spojitosti s výročím od sdělení onkologické diagnózy (Beatty et al., 2008, s. 337). Macleod et al. (2004, s. 881) se zabývali odchylkami v úzkosti u chudších a bohatších žen s karcinomem prsu. Vyšší míra úzkosti byla prokázána u chudších žen. Důvodem se stal nejen nádor prsu, ale i horší finanční situace a přítomnost dalších onemocnění. Úspěšné odstranění depresí a úzkosti spočívá zejména v aktivním vyrovnání se s danou situací. Yang, Brothers a Andersen (2008, s. 188 – 190) zkoumali copingové strategie použitelné k vyrovnání se se stresující událostí. Nejvíce využívaným postupem jak u pacientů, tak i mezi jejich příbuznými je přijetí dané situace. Mnoho žen se snaží najít řešení problému a mění svůj pohled na situaci. Pohlíží na problém z více úhlů, jsou schopné jej akceptovat, hledají podporu a zaujímají bojovný postoj. Podporu nacházejí především u partnera, rodinných příslušníků a blízkého okruhu přátel.

Maly et al. (2005, s. 535 - 540) zkoumali 222 pacientek s karcinomem prsu mladších 55 let a zjistili, že podpora ze strany partnerů a starších dětí snižuje hladinu deprese a pocity úzkosti. Bulotiene, Ostapenko a Vesėliūnas (2007, s. 124) doplňují svými poznatky značný vliv rodinného stavu na kvalitu života postižené ženy ve srovnání s dalšími sociálními faktory. Obecně řečeno ženy, které mají k dispozici více důvěrníků nebo osobu, se kterou mohou probrat své problémy, mají větší šanci na přežití. Podpora od blízkého člověka, kterému daný jedinec věří a spoléhá na něj, patří mezi důležité psychologické zdroje během stresujících okolností, jako je onkologická diagnóza. Výsledkem je dosažení lepší kvality života, získání smyslu života a snížení psychického stresu.

Opakem aktivního vyrovnávání se s depresí je vyhýbavé chování. Ženy, které tuto strategii využívají, se vyhýbají problému a snaží se popřít danou situaci. Některé z nich dokonce mohou utíkat od problému k alkoholu a jiným drogám (Kershaw et al., 2004, s. 140-142). Vyhýbavé chování bylo zmíněno i ve studii, kterou prováděli Drageset, Lindstrom a Underlid (2010, s. 152). Takové ženy se snaží distancovat od problému. Nepřipustí si, že se jich daná situace týká, snaží se na ni nemyslet a zaměřují svou pozornost na příjemnější věci. Hledají si různé činnosti a práci, aby neměly čas přemýšlet o nemoci, která v nich vzbuzuje úzkost a strach. Chovají se k ostatním odměřeně, psychicky strádají a kvalita jejich života se zhoršuje (Yang, Brothers a Andersen, 2008, s. 188 – 190). Výsledky studií poukazují na důležitost přijímání jednotlivých strategií k zvládnutí psychosociálních dopadů. Kershaw et al. (2004, s. 140 – 141) zjišťovali, jaké strategie využívají pacientky i jejich blízcí k vyrovnání se s karcinomem prsu. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji aplikovanou strategií je přijetí dané situace. K dalším způsobům patří snaha o pozitivní pohled.

3.2 ZMĚNA OBRAZU TĚLA A OBAVY Z RECIDIVY

Každá žena vnímá své tělo subjektivně. Obrovský význam se přikládá představám, které má každý o svém těle (Fobair et al., 2006, s. 580). Vzhled těla ovlivňují fyzické i psychické změny vzniklé v důsledku léčby karcinomu prsu. Operace zanechává jizvu, mění pocity ženy a může způsobit i postižení ramene (Nesvold et al., 2008, s. 835 – 842). Záření může způsobit zbarvení kůže, dermatitidu i bolestivost ozařované oblasti. Díky chemoterapii ženám vypadávají vlasy a přibývají na váze. Připadají si tak neatraktivně. Hormonální terapie urychluje menopauzu. Jak navenek viditelné, tak i vnitřní změny vyplývající z léčby rakoviny, ovlivňují pohled ženy na sebe samu. Obecně platí, čím větší změna těla, tím větší představuje hrozbu v sebepojetí. Výzkumy zjistily, že tyto pocity mohou záviset na druhu operačního výkonu, nežádoucích účincích léčby, ale bývají ovlivněny i nízkým sebevědomím žen (Fobair et al., 2006, s. 584-586). Vyrovnaní se se změnou svého vzhledu není snadno odstranitelný problém. Prsa představují symbol ženskosti a jejich odstranění vede k pocitům, že již ženami nejsou (Bąk-Sosnowska, Oleszko, Skrzypulec-Plinta, 2013, s. 121). Některé ženy tvrdí, že jim trvalo několik let, než se s problémem sžily. Aby se cítily lépe, líčily se, nosily paruky a atraktivní spodní prádlo, které jim dodávalo pocit ženskosti (Beatty et al., 2008, s. 336). Indické ženy pociťují strach naopak z nepřijetí manželem a jeho rodinou. Mnoho z nich vyžadovalo provedení plastiky prsu, ale zároveň si přály, aby se o informaci, že vlastní prsní implantát nikdo nedozvěděl. Filippi et al. (2013, s. 535 – 536) ve své studii udává, že ženám, kterým byla provedena plastika prsu, jsou více spokojeny než ty, které absolvovaly pouze mastektomii. Je důležité, aby zdravotnický personál uměl rozpoznat změny ve vnímání ženy, zejména jak na sebe a své tělo pohlíží a poskytnout ji pomoc.

Většina pacientek léčbu úspěšně dokončí a vyléčí se. To však nemění nic na tom, že mají strach z recidivy nádorového onemocnění (Harrison et al., 2009, s. 1117 – 1119). Strach může přetrvávat i více než deset let po dokončení léčby. Ženy se obávají nejvíce pravidelných prohlídek u lékaře (Neipp et al., 2008, s. 115 – 116). Podle dosavadních studií, strach dokáže ovlivnit 33 až 56 % pacientů s rakovinou. Bývá spojován s poškozením funkce některých orgánů a psychickým strádáním (Llewellyn et al., 2008, s. 525 – 526). U 9 až 34 % všech onkologických pacientů strach z recidivy významně snižuje kvalitu života (Custers et al., 2014, s. 44 - 45). Lebel et al. (2013, s. 698 – 700) provedli výzkum k dané problematice, který srovnával přístup starších

a mladších žen. Výsledky ukazují, že agresivnější nádory častěji postihují mladší pacientky. S největší pravděpodobností se zapojí zpět do pracovního procesu, za to s malou šancí budou moct mít děti. U žen starších šedesáti pěti let s velkou pravděpodobností nedojde k recidivě jejich rakoviny ani žádnému přidruženému onemocnění. V této skupině se vyskytovalo mnoho rozvedených a ovdovělých žen. Výzkum dále poukazuje na výrazné zvýšení strachu a obav o své zdraví u žen mladších třiceti čtyř let než v jiných věkových kategoriích. Také matky prokazují větší strach než ženy bez dítěte. Yoo et al. (2009, s. 1525) ve své studii také zmiňují, že starší ženy pocítují menší strach z recidivy. U nich převažují spíše obavy z dalších onemocnění vzhledem ke svému věku. Po ukončení léčby ženy chtějí nějakým způsobem uzavřít toto životní období. Některé udávají, že pozvaly rodinu na večeři, jiné spálily paruky a šátky (Beatty et al., 2008, s. 338).

3.3 DEPRESE U MUŽŮ

Přestože většina manželů se umí dobře přizpůsobit svým ženám trpícím rakovinou, objevuje se stále více mužů, kteří upadají do depresí. Odhaduje se, že 20 až 30% manželů patientek trpí poruchami nálad. Takto vysoké číslo je spojené s břemenem péče o nemocnou partnerku a jejích fyzických změn (Braun et al., 2007, s. 4829 – 4830). Výzkumy dokazují, že partneři či manželé, kteří vykazují známky deprese, nepředstavují pro své ženy dostatečnou oporu (McLean a Jones, 2007, s. 604 -606). Ženy pak čerpají podporu z jiných zdrojů, to však způsobuje negativní dopad na partnerský vztah (Bigatti et al., 2010, s. 455). Existuje mnoho studií zkoumajících tuto problematiku, nicméně většina z nich se zaměřuje na manželky nebo na obě pohlaví dohromady. Ve studii S. M. Bigatti (2010, s. 455 – 464) byli porovnáváni manželé onkologických patientek s manželi žen bez chronického onemocnění se známkami deprese. Sto devatenáct partnerů žen podstupujících léčbu rakoviny prsu bylo osloveno k spoluúčasti na současné studii. Z nich skutečně vyplnilo dotazník osmdesát jedna mužů (68%), z toho ve třech chyběly potřebné údaje ke zpracování a proto byli z výzkumu vyloučeni. Srovnávací skupinu partnerů žen bez chronického onemocnění tvořilo devadesát devět mužů. Kritériem pro výběr do této skupiny byla minimální věková hranice osmnácti let, schopnost mluvit anglickým jazykem a být ženatý s manželkou, která netrpí žádným chronickým ani akutním onemocněním. K zajištění rovnocennosti mezi oběma skupinami byli do studie zahrnuti pouze muži stejné věkové kategorie. Tudíž srovnávací skupinu tvořilo v konečné fázi pouze sedmdesát osm mužů.

Informace týkající se zdravotního stavu žen byly získávány výhradně od partnerů. Podle jejich tvrzení, průměrná doba od diagnostiky karcinomu prsu byla 35 měsíců. Z hlediska současného stavu onemocnění, u 19 % pacientek byl nalezen nádor v prvním stádiu. V druhém stádiu u 32,9 % žen, ve třetím je to 20,3% a v konečném stádiu v 17,7% případů. Deset procent manželů nebylo schopno uvést stádium onemocnění jejich žen. Co se týče chirurgických zákroků, 45,6 % pacientek absolvovalo mastektomii a 34,2 % lumpektomii. Devět procent žen žádný zákrok nepodstoupilo a 11,4 % naopak podstoupilo lumpektomii i mastektomii, což naznačuje možnou recidivu onemocnění. Manželé také doplnili informace o adjuvantní léčbě. Chemoterapii podstupuje 93,7 % žen, radioterapii 44,3 % a hormonální léčbu 25,3 % pacientek. Všechny tři složky má naordinováno 18,3 % žen. Tato studie nezjistila žádné významné rozdíly mezi oběma skupinami, proto je hodnotila jako celek. Průměrný věk účastníků byl 51 let. Většina účastníků (54,5 %) vystudovala vysokou školu a 64,1 % mužů pracuje na plný úvazek. Manželé byli v průměru oddáni ve 22 letech. Předmětem zkoumání byl vztah mezi nemocí manželky a depresemi manžela. Studie ukázala, že u 30 % mužů, jejichž ženy trpí rakovinou, se prokázala vysoká pravděpodobnost depresí zejména v období, kdy jsou ženy nově diagnostikovány a poté při adjuvantní terapii. Autor očekával vyšší vnímavost mužů k jejich partnerkám v období léčby, jelikož právě rodina by měla zajistit dostatečnou míru sociální podpory jako ochranného faktoru proti stresu (Lien et al., 2009, s. 2312). Mantani et al. (2007, s. 859 -860) zjistili, že rozdělení rolí v rodině s vysokými požadavky na osobu vede ke vzniku úzkosti. Manželé, popř. manželky pacientů s rakovinou, kteří zaujmou maladaptivní chování, např. vyhýbání nebo distancování se od problému, mají sklony k vyšším úrovním deprese. Distancovat se v době léčby může negativně působit na partnerské vztahy, převážně v období kdy žena hledá podporu.

Tato zjištění potvrzují, že coping a copingové strategie hrají velice důležitou roli ve vztahu mezi sociální podporou a depresí. Měly by se doporučovat nejen manželům, ale celému páru. V dnešní době již existují programy, využívající kognitivně behaviorální techniky, které páry naučí jak se vyrovnat s diagnózou a léčbou rakoviny, popř. jak efektivně získat podporu od rodiny a přátel nebo hledají řešení sexuálních problémů (Kayser, 2005, s. 175 – 177). Rovněž existuje spousta sociální sítí, kde spíše ženy hledají pomoc a rady od druhých žen. Muži svou oporu hledají v ženách, zvláště ve svých manželkách (Kroenke et al., 2012, s. 376).

4 SOCIÁLNÍ STRÁNKA

Sociální opora hraje důležitou roli při adaptaci jedince na nemoc. Může být formálního i neformálního charakteru (Fergus a Grey, 2009, s. 1311). Kromě rodinných příslušníků mohou ženám poskytnout oporu i členové zdravotnického týmu, členové různých dobrovolnických organizací a jiných skupin. Mnohem důležitější se stává pro ženy neformální opora, kterou jim poskytuje jejich partner, rodina, popř. přátelé (Oudsten et al., 2010, s. 500). Pomohou své blízké osobě vyrovnat se s onemocněním a po ukončení léčby se jí snaží navrátit do běžného života (Yoo et al., 2009, s. 1522). Drageset, Lindstrøm a Underlid (2010, s. 152 – 153) uvádí, že sílu a naději ženám dodává taky včasné odhalení nádoru a informace o prognóze onemocnění. Některým pomáhá, když vědí, že stejný problém má více žen a nejsou tak samy. Skvělou sociální oporu poskytují ženám i jejich přátelé. Uvádí, že když jsou s kamarády, přestanou myslet na rakovinu a užívají si příjemnějších chvil. Význam sociální opory potvrzují i Beatty et al. (2008, s. 337), z jejichž výzkumu vyplývá, že ženy potřebují podpořit i po ukončení léčby, což si jejich blízcí mnohdy neuvědomí a po ukončení léčby jim přestávají být oporou. Vnímání sociální opory závisí i na osobnosti člověka. Lidé společenštější udávají větší spokojenost s oporou ostatních než lidé úzkostné povahy (Oudsten et al., 2010, s. 503 – 504). Podobné výsledky přinesla i studie prováděná u polských žen s karcinomem prsu. Potvrdila fakt, že úzkostnější ženy se s nemocí vyrovnávají hůře (Bał-Sosnowska, Oleszko, Skrzypulec-Plinta, 2013, s. 121). Homosexuálně orientované ženy pokládají své partnerky za obrovskou sociální oporu, jelikož jim rozumějí více než muži (Boehmer et al., 2013, s. 1626). Tuto oblast zkoumali i autoři White a Boehmer (2012, s. 211 – 214). Svůj výzkum prováděli pouze na ženách, které samy sebe označily jako homosexuálně nebo bisexuálně orientované. Zjistili, že jejich partnerky pro ně představují velkou oporu hned z několika důvodů. Jsou ochotné si s nimi kdykoliv promluvit o svých potížích, chtějí vědět o všech změnách zdravotního stavu. V Turecku vnímají lépe sociální oporu zejména ty ženy, které mají děti, manžela a jsou zaměstnané (Filazoglu, Griva, 2008, s. 564). Oudsten et al. (2010, s. 506) naopak zjistili, že zaměstnané ženy i přes kontakt s druhými lidmi pociťují pokles podpory od ostatních. Beatty et al. (2008, s. 338) pro komplexnost dodávají, že některé z žen se snaží usmívat a působit na veřejnosti vyrovnaným dojmem. V důsledku pak nevnímají dostatečnou podporu své rodiny a známých. Většině žen také pomáhá promluvit si s někým, kdo si touto nemocí prošel. Zejména starším pacientkám, kterým můžou pomoci mladší členové

rodiny, např. děti a vnoučata, zastávají názor, že jim nechtějí přidělovat další starosti. Některé ženy podle výzkumu chtěly požádat své blízké o pomoc, nakonec si to vždy rozmyslely, aby neobtěžovaly (Yoo et al., 2009, s. 1525 – 1526). K docílení ještě větší efektivity sociální opory by bylo vhodné edukovat všechny ženy s rakovinou o důležitosti podpory a hlavně naučit v případě potřeby požádat o pomoc. Edukovat by bylo možné i příbuzné pacientek. Samy by si měli uvědomit, co prožívá a jak důležité je být jí na blízku (Oudsten et al., 2010, s. 506 – 507).

4.1 PODPŮRNÉ SKUPINY

Internet nabízí dnes neomezené možnosti ve vytváření sociálních vztahů mezi lidmi s rakovinou prsu a jeho využití se stále zvyšuje. Existuje spousta on – line svépomocných skupin zabývajících se touto tematikou. Diskuzní fóra mají několik účelů. Ženy si zde mohou přečíst zkušenosti a rady od jiných žen s karcinomem prsu. Také ony samy mohou poskytnout pomocnou ruku a sdělit důležité informace a rady ostatním (Lieberman a Winzelberg, 2009, s. 691). Diskuzní fóra tohoto typu nabízí prostor pro vyjádření svých emocí (Owen et al., 2005, s. 55 – 56). Na rozdíl od tradičních skupin sloužících k podpoře zdraví, v nichž jeden je odborník (např. lékař) a druhý laik hledající radu, svépomocné skupiny jsou založeny na základě rovnosti všech členů. Za to výměna informací mezi návštěvníky webových stránek má významný dopad na rozhodování o léčbě (Kroenke et al., 2012, s. 377). Studie dokazují, že přibližně 40 % všech zpráv v podpůrných skupinách obsahuje radu. Není se čemu divit, výměna informací a poskytování rad je klíčovou funkcí webových stránek. Lidé očekávají informace a názory od žen se stejným problémem. Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že lidé touží po radách a vlastních zkušenostech od osob, které rakovinou trpěli. Dozví se zde spousta cenných informací, od aspektů života, přes přičesky a paruky po informace týkající se rekonstrukce prsu (Sillence, 2013, s. 484). Výhoda těchto služeb spočívá zejména v tom, že ji mohou využívat i lidé, kteří z různých důvodů nejsou schopni zúčastnit se schůzek s dalšími členy. Nevýhodou je chybění různých cvičení ke zlepšení kvality života (Owen et al., 2005, s. 57). Kromě internetových podpůrných skupin najdeme i spousta organizací, které se věnují ženám s rakovinou prsu. Využívají je nejen nemocné ženy, ale také jejich příbuzní a známí. Pro tyto organizace platí určitá pravidla, z nichž mezi základní patří zachování rovnosti mezi všemi členy a dobrovolné členství (Zášková a Bolková, 2012, s. 450 – 452). Výhoda skupin spočívá v hledání pozitivních stránek karcinomu prsu. Snaží se společně s členkami zjistit, jak může onemocnění zlepšit jejich život, zdali dojde

po této zkušenosti k pozitivním změnám v životě. Pozitivní změny udávají s odstupem několika let spíše mladší ženy než starší (Kornblith et al., 2007, s. 897). Stang a Mittelmark (2010, s. 47 – 50) hodnotili ve své studii efektivitu svépomocných skupin. Zajímalo je zejména vliv na psychický stav žen. Dámy byly rozděleny do tří skupin, v každé skupině pět až sedm žen různého věku, vzdělání i zaměstnání. Dle reakcí, některým členkám různorodé složení skupiny vyhovovalo. Byly vděčné za odlišné názory, jiným to naopak vadilo. Chtěly slyšet názory žen, se kterými mají něco společného, např. názor žen s malými dětmi v domácnosti apod. Jiné viděly problém v příchodu nových členů do skupiny po několika schůzkách, kterým se vše vysvětlovalo a tak se nemohly posunout dále. Velké plus přikládaly členky skupině hlavně z toho důvodu, že zde našly nové přátele a sociální podporu. Podpůrné skupiny mají i své nevýhody. Autoři dále zjistili, že v jedné ze svépomocných skupin došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu jedné členky, což negativně ovlivnilo psychický stav dalších žen. V druhé skupině jedna žena trpěla depresí, které přenášela na ostatní účastníky. I přes tato rizika představují podpůrné skupiny velký přínos všem ženám po stránce psychické i sociální (Stang a Mittelmark, 2010, s. 47 – 50).

4.2 SEXUALITA

Sexualita patří mezi klíčové aspekty kvality života (Krebs, 2008, s. 81). Změny v této oblasti mohou představovat velký problém pro ženy s karcinomem prsu (Ussher, Perz a Gilbert, 2013, s. 327). Výskyt sexuálních obtíží se pohybuje v rozsahu 15 až 64 %. Změna vzhledu a vnímání sama sebe, ztráta libida, vulvovaginální atrofie v důsledku chemoterapie či hormonální terapie, změny v sebehodnocení a mnoho dalších jsou běžnými starostmi žen po ablaci prsu. (Krychman, a Katz, 2012, s. 5). Všechny změny jsou spojeny s řadou negativních emocionálních zážitků, včetně deprese a úzkosti (Ussher, Perz a Gilbert, 2013, s. 327 - 328). Změny sexuálních funkcí představují mnohem větší problém pro ženy s anamnézou karcinomu prsu než pro ženy zdravé. Studie zabývající se problémy pacientů s onkologickou diagnózou poukazuje na zhoršenou schopnost mít pohlavní styk jako na šestý nejčastější problém. Nespokojenost se svým vzhledem se stala v pořadí osmou nejčastější starostí (Baker et al., 2005, s. 2565 – 2566). Všechny výše zmiňované změny způsobuje jednak diagnóza samotná, ale také chirurgická léčba, především mastektomie. Další změny mohou být vyvolány nežádoucími účinky a vyčerpáním z chemoterapie nebo radioterapie (Dixon a Dixon, 2006, s. 102). Autoři ve své studii také zdůrazňují důležitost poskytování informací pacientkám i jejich partnerům. Po získání

potřebných informací o dopadech protinádorové léčby na sexuální život, se mohou oba lépe připravit, vypořádat se s problémem, popř. vyhledat potřebnou pomoc. Proto je důležité, aby zdravotnický personál umožnil ženám mluvit o svých potížích. To potvrzuje i PLISSIT model k zhodnocení sexuálního života, který pobízí pacientky a jejich partnery aby o své sexualitě, potřebách a problémech hovořili. Název modelu je odvozen dle jednotlivých úrovní obsahujících účinné intervence. P = povolení o svých problémech v oblasti sexu mluvit, LI = poskytnutí omezených informací, např. o změnách, které mohou vyplývat z léčby karcinomu, SS = konkrétní návrhy řešící daný problém, IT = intenzivní terapie formou psychologa, sexuologa, sociálního pracovníka apod. (Varela, Zhou a Bober, 2013, s. 338). Druhým běžně užívaným modelem je BETTER model. Zkratka better vychází také z počátečních písmen po sobě následujících kroků. B = nadhodit téma, E = vysvětlit sexualitu jako součást kvality života, T = načasování, T = říct pacientovi o vhodných zdrojích, E = edukovat o vedlejších účincích, R = zaznamenat do pacientovy karty (Mick, Hughes a Cohen, 2004, s. 85). Tyto modely byly uznány jako užitečné pro zdravotní sestry a další zdravotnické pracovníky, kteří pracují s lidmi trpícími rakovinou (Ussher, Perz, Gilbert, 2013, s. 333).

4.3 NÁVRAT DO ZAMĚSTNÁNÍ

Práce všeobecně vede ke zlepšení fyzického i duševního zdraví (Waddel, Burton, 2007, s. 9). Návrat do zaměstnání po ukončené léčbě karcinomu prsu je spojován s lepší kvalitou života. Některé ženy jej mohou vnímat jako prostředek pro znovuzískání pocitu normality a změny sebepojetí (Kennedy et al., 2007, s. 17 – 18). Studie prováděná ve Francii, zkoumající zaměstnanost v souvislosti s rakovinou prsu dokazuje, že téměř 80 % žen, které dříve běžně pracovaly, se vrátí zpět do zaměstnání, a to s odstupem přibližně desíti měsíců (Fantoni et al., 2009, s. 50). Nicméně de Boer et al. (2009, s. 754) pomocí své metaanalýzy upozorňují na vysoké riziko nezaměstnanosti žen po dokončení onkologické léčby. Analýza zpracovávala data 20 366 pacientů s rakovinou a 157 603 zdravých účastníků z šestnácti zemí Spojených států a patnácti zemí Evropy. Celková nezaměstnanost onkologických pacientů dosahuje 33,8 %, kdežto u zdravé populace je to 15,2 %. U žen s mamárním karcinomem se hodnoty vyšplhaly až na 35,6%. Spojené státy hlásí 1,5 krát vyšší riziko nezaměstnanosti než Evropa. Také nedávná studie prováděná v Německu, srovnávala 227 pacientek s 647 zdravými ženami a na základě výsledků uvedla, že pravděpodobnost návratu do práce byla i po šesti letech stále jen 50 % (Hubbard et al.,

2013, s. 2). Doba pracovní neschopnosti se podstatně liší. Průměrná délka pro onkologicky nemocné byla vymezena na 151 dnů a souvisí rovněž s udržení místa v zaměstnání. Čím déle budou pacientky využívat neschopenku, tím ohroženější jejich pracovní pozice bude (Coté et al., 2008, s. 486). Také způsob léčby může mít dopad na délku pracovní neschopnosti. Nedávné výzkumy potvrdily, že ženy po mastektomii marodí delší dobu, ve srovnání s konzervativně léčenými (Eaker et al., 2011, s. 18040). Jiné studie upozorňují na negativní dopad chemoterapie na dobu rekonvalescence (Amir, Neary a Luker, 2008, s. 193 - 194; Balak et al., 2008, s. 269). Dle systematické analýzy zkoumající předpoklady návratu do zaměstnání bylo zjištěno, že nejen chemoterapie, ale i těžká práce, vyšší věk, nízké vzdělání a nízký plat ovlivňují nepříznivě rozhodnutí pacientek (Van Muijen et al, 2013, s. 147 – 148). Návrat ovlivňuje celá řada faktorů. Zahrnujeme zde i ochotu zaměstnavatele upravit pracoviště a pracovní podmínky, neformální podporu od kolegů, aj. Zejména z těchto uvedených důvodů je nutné věnovat pozornost sociálním nerovnostem v oblasti pracovní rehabilitace.

5 NÁSLEDNÁ PÉČE O ŽENY PO ABLACI PRSU

Chirurgické odstranění karcinomu prsu představuje pro ženu obrovskou zátěž. Je nesmírně důležité, aby ošetřující personál přistupoval k ženě nejen zodpovědně, ale také empaticky. Mobilizace a následná rehabilitační péče by měla být zahájena co nejdříve po chirurgickém výkonu. Výzkumy dokazují, že včasné cvičení zabraňuje otoku paže, omezení hybnosti horní končetiny na operované straně, popř. postmastektomickému syndromu. K rehabilitaci je vhodné zařadit i výběr vhodné epitézy, jelikož některé ženy se po operaci nechtějí podívat ani do zrcadla (Macháčková, 2010, s. 69).

5.1 REHABILITACE

Pojem rehabilitace u pacientů postižených rakovinou není v dnešní době žádnou novinkou. Dokonce získává stále větší uznání (Harris et al., 2012, s. 2312). Ženy, které bojují s karcinomem prsu, se často musejí vyrovnat s důsledky léčby. Nejen lokální problémy jako jsou bolest, lymfedém a dysfunkční rameno, ale i celkové jako neuropatie, hormonální poruchy a psychické problémy se mohou vyskytnout při léčbě nádorového onemocnění. Následná léčba ve spolupráci s rehabilitací se považuje v těchto případech za nezbytnou (Ewertz et al., 2011, s. 18 – 189). Několik studií dokazuje, že rehabilitace může zmírnit vedlejší účinky léčby a zlepšit kvalitu života (Lin et al., 2012, s. 1 - 2). Irsay et al. (2014, s. 141) ve své studii zmiňují nejčastější komplikace, při kterých se rehabilitace využívá. Řadíme zde lymfedém, zhoršení mobility, snížení svalové síly a funkčnosti horní končetiny, vadné držení těla, celkovou únavu doprovázenou nízkou fyzickou zdatností, ale také emoční potíže a zhoršenou sociální adaptaci. A právě tady zastává důležitou roli i zdravotní sestra, jejímž úkolem není jen poskytování ošetrovatelské péče, ale i dostatečná edukace žen před a po chirurgickém zákroku (Macháčková, 2010, s. 69). Irsay et al. (2014, s. 141) dále zdůrazňují důležitou roli zdravotnického personálu, kterou doplňují konkrétními intervencemi sestry. Ta se snaží ihned po výkonu předejít plicním obtížím a tromboembolické nemoci, což zahrnuje v rámci předoperační přípravy nácvik hlubokého dýchání a flexe dolních končetin. S rehabilitací začínají ženy hned první pooperační den. Důležitá je prevence již zmiňovaného lymfedému. Patientky jsou edukovány o elevaci horní končetiny na postižené straně do výšky přibližně třiceti stupňů zatímco sedí v křesle nebo na posteli. Dále o rozcvičení ztuhlých kloubů celé horní končetiny a následné obnovení svalové síly. Sestra rovněž

příkládá k postižené končetině bandáže, či elastické kompresivní návleky. Imobilizace je v tomto případě nežádoucí. Čím později pacientky s rehabilitací začnou, tím horší a bolestivější se rozcvičování stává. Základním pravidlem při provádění jednotlivých cviků je dodržování nízkého tempa při rehabilitaci. Je důležité si zachovat patřičnou energii, zbytečně se nevysilovat a vyhnout se únavě. Zejména pokud žena podstupuje chemoterapii a radioterapii. Ženy provádí cviky pod kontrolou fyzioterapeutů o mírné intenzitě, bez pocitu bolesti na úrovni postižené horní končetiny. Zpravidla se přechází k aktivní rehabilitaci přibližně týden po operaci a doporučuje se pokračovat po dobu šesti až osmi týdnů, dokud není obnoven plný rozsah pohybu (Harris et al., 2012, s. 2312 – 2314). Jako přínosné jsou shledány i manuální lymfodrenáže. Preventivní opatření zahrnuje rovněž správné držení těla, aby se předešlo deformaci těla a špatnému postavení ramena (Irsay et al., 2014, s. 141). Výzkumy totiž dokládají, že snížená hybnost ramene a výrazný pokles svalové síly jeden rok po mastektomii se objevuje v 28 % případů (Blomqvist et al., 2004, s. 280 – 283). Proto se považuje za rutinní provádět cviky průměrné intenzity po dobu 30 minut určitý počet dnů v týdnu. Z ošetřovatelského hlediska je nezbytně nutné dodržovat důkladnou hygienu horní končetiny a vyhnout se poranění k minimalizaci vzniku lymfedému (Harris et al., 2012, s. 2312 – 2314). Studie dokazují, že kombinace fyzické aktivity a kognitivně behaviorální terapie příznivě ovlivňují kvalitu života (May et al., 2009, s. 653; Milne et al., 2008, s. 279 – 280; Daley et al., 2007, s. 1714 – 1715). V letech 2001 až 2011 bylo provedeno mnoho výzkumů, zkoumající obecné zásady rehabilitace u žen s diagnózou karcinomu prsu. Základ tvoří rehabilitace horní končetiny. Pokud jde o elektroléčbu, doporučují se nízkofrekvenční proudy. Hydrogymnastika není kontraindikována, ale sauna a termoterapie se nedoporučuje. Bylo dokázáno, že fyzikální léčba v kombinaci s rehabilitací snižuje únavu, zvyšuje fyzickou funkčnost, zmírňuje či odstraňuje bolest a dušnost (Irsay et al., 2014, s. 144 – 145).

5.2 REKONSTRUKCE PRSU

Ženám, které podstoupí ablaci prsu, rekonstrukce nabízí zlepšení své stránky kosmetické i psychické. Měla by být nabídnuta všem ženám bezprostředně i v pozdním období po operaci od svého lékaře. Povinnost lékaře je seznámit nemocné s výhodami i riziky takového zákroku. Existují faktory ovlivňující využití rekonstrukce. Jsou jimi věk, rasa, socioekonomické zázemí, stádium onemocnění a zkušenosti lékaře. Ženy mladší padesáti let jsou nejvhodnější adeptky

k rekonstrukci. Někteří lékaři se obávají nabídnout rekonstrukční zákrok starším pacientkám vzhledem k jejich současnému onemocnění a zvýšenému riziku vzniku komplikací. Nicméně věk nepředstavuje kontraindikaci. Howard et al. (2011, s. 1640 - 1641) ve své studii zkoumali účinky rekonstrukce u starších pacientek kde zjistili, že pouze u 11 procent z 89 žen vznikla komplikace. Zákrok je u starších žen nutno zvážit, ale lékař je povinen jim tuto možnost nabídnout (Howard et al., 2011, s. 1640 – 1641). Stejně riziko představuje ze strany pacientek obezita, kouření, popř. diabetes mellitus (Shea – Budgell et al., 2015, s. 105).

Existuje několik možností jak prs zrekonstruovat. Společným cílem zůstává obnovení přirozeného vzhledu. Mezi možné metody rekonstrukce patří vložení silikonového implantátu, dále tkáňová expanze a implantování vlastní tkáně. Rozhodnutí o tom, který typ je nejvhodnější by mělo být ponecháno na pacientkách a lékařích po poskytnutí rad o výhodách a omezeních každé metody (Shea – Budgell et al., 2015, s. 104). Rekonstrukce může být uskutečněna okamžitě, tzn. v návaznosti na mastektomii, nebo časně do jednoho roku a pozdní rekonstrukce se provádí s více než ročním zpožděním od chirurgického zákroku. Co se týče psychického strádání, je dokázáno, že trápí častěji ženy, které se rozhodly pro pozdější rekonstrukci (Metcalf et al., 2012, s. 233). Z hlediska bezpečnosti, Gieni, Avram a Dickson (2012, s. 230 – 231) zjistili, že riziko recidivy je stejné jak pro ženy podstupující samotnou mastektomii, tak pro ženy absolvující okamžitou rekonstrukci. Výsledky této problematiky jasně ukazují, že okamžitá rekonstrukce je stejně bezpečná jako opožděná. Nicméně komplikace může způsobovat chemoterapie a radioterapie. Retrospektivní studie zkoumající 102 žen ukazuje, že okamžitá rekonstrukce s následnou radioterapií představuje výrazně větší riziko komplikací než radioterapie s následnou rekonstrukcí.

V období mezi chirurgickým odstraněním a rekonstrukcí prsu mohou ženy využít kompenzační pomůcku, tzv. prsní epitézu. Epitézy zajišťují normální vzhled prsu, umožňují přirozený pohyb. V současnosti existuje velké množství epitéz, které dokážou v období po operaci pomoci. Epitézy se vkládají do speciálně upravených podprsenek, se silikonovými pomůckami se lze i koupat. Výzkumy dokazují, že některé ženy vyjadřují s protézou spokojenost, jiné jsou nespokojené zejména z důvodu nepohodlí, špatně zvoleného tvaru a velikosti. Mnoho žen uvedlo, že silikonové epitézy se stávají v letním období velmi teplé a způsobují nadměrné pocení. Životnost jedné protézy se dle uživatelů pohybuje v průměru dva roky (Gallagher et al., 2010, s. 64).

6 KVALITA ŽIVOTA

V posledních letech významně vzrostl zájem o problematiku kvality života. V ošetrovatelství existuje mnoho definic, popisujících kvalitu života z různých úhlů, avšak ani jedna z nich není doposud všeobecně uznávanou. Na první pohled jednoduchý pojem, který však lze těžko zhodnotit pro jeho komplexnost (Gurková, 2011, s. 13 – 15). Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala kvalitu života jako subjektivní vnímání životní situace se vztahem ke kultuře, životním cílům, hodnotám, očekáváním a zvyklostem každého člověka (Payne, 2005, s. 205 – 207). Dá se rozdělit na část subjektivní a objektivní. Subjektivní složka vyjadřuje emoce člověka a jeho životní uspokojení. Objektivní složka představuje plnění materiálních podmínek života, sociální postavení ve společnosti a tělesné zdraví člověka (Hnilicová, Bencko, 2005, s. 656 – 657). Slováček a kol. (2008, s. 16 – 17) obecně definuje kvalitu života jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Uvádí, že je posuzována jako veličina zahrnující nejen fyzické zdraví, ale i psychickou pohodu, společenské postavení, spirituální a ekonomické potřeby. Kalvodová a kol. (2010, s. 576) doplňuje, že se kvalita života u onkologického pacienta mění v čase a závislosti na změnách stavu. Současně je ovlivněna věkem, nemocí a její léčbou, ale i tím, jak se sám pacient vyrovná s měnícím se stavem a stádiem nemoci. Payne (2005, s. 289) je toho názoru, že kvalita života určuje míru do jaké onemocnění a jeho terapie ovlivňuje pacientův život, který by mu přinesl uspokojení, na čemž se shodují i většina onkologických odborníků.

6.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Hodnocení kvality života slouží zejména k tomu, abychom zjistili, jak samotná nemoc zasahuje do života pacienta a v čem ho omezuje, dále k hodnocení účinnosti terapeutických postupů. Různá hodnocení škodlivosti onkologické léčby neposkytují informace o tom, jak pacient léčbu a její nežádoucí účinky prožívá ani to, jak jej případně omezují v běžném životě. Z těchto důvodů byly sestaveny škály posuzující kvalitu života společně s objektivními indikátory léčby. Cílem bylo získat důležité informace, které případně povedou k pozměnění léčby a snížení nežádoucích vedlejších účinků. Současná medicína zastává názor, že je důležité pochopit pacientův pohled na nemoc, jelikož jeho posouzení se často odlišuje od hodnocení lékaře (Payne, 2005, s. 290 – 292).

Karnofského index (viz příloha č. 1) posuzuje vliv onkologické léčby na kvantitu i kvalitu života. Procentuální rozsah 0 – 100% jenž byl použit, hodnotí celkovou funkční zdatnost, tzv. performance status. Ohodnocením 100% je pacientovi připsáno plné zdraví, naopak 0% představuje smrt. Bohužel použití tohoto indexu spadá do kompetencí výhradně lékaře (Payne, 2005, s. 290). Dalším měřítkem sloužícím k hodnocení je symbolické vyjádření kvality života pomocí křížků (viz příloha č. 2). Zjednodušeně platí, čím více křížků, tím horší pacientův stav. Mnoho odborníků přistupuje k tomuto hodnocení velmi kriticky a považuje jej za velice subjektivní, což může výsledky výrazně ovlivnit (Payne, 2005, s. 284 – 285).

Co se týká dalších měřítek, bylo vytvořeno spousta dotazníků, které vyplňují sami pacienti. Dotazníky lze rozdělit na generické a specifické. Generické dotazníky patří mezi všestranně použitelné. Slouží k celkovému zhodnocení stavu pacienta, bez ohledu na pohlaví a věk. Zatímco specifické jsou určeny ke konkrétnímu onemocnění, tím pádem jsou i spolehlivější (Slováček et al., 2004, s. 6 - 9). Mezi generické dotazníky, jež se dodnes využívají, řadíme Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) sestávající se z 38 otázek a Functional Living Index – Cancer (FLIC) obsahující 22 otázek. Tyto pomůcky lze použít u všech onkologických pacientů bez ohledu na typ a stupeň nádoru. V současnosti nejvíce užívaným dotazníkem je EORTC QLQ – C30, který sestavila Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC). Dotazník EORTC QLQ – C30 je širokospektrý dotazník složený z třiceti otázek rozčleněných do pěti funkčních škál (kognitivní, tělesná, emociální, sociální, vykonávání rolí) a tří symptomatických k detekci únavy, bolesti, nauzey a zvracení. Slouží všeobecně k hodnocení kvality života onkologických pacientů. K posouzení kvality života pacientky s nádorovým onemocněním prsu byl vytvořen specifický modul EORTC QLQ – C23 (viz příloha č. 3), který posuzuje vzhled, sexuální funkci, obavy z budoucna, vedlejší účinky léčby a problémy s prsem a paží. Obsahuje celkem 53 otázek. Otázky se týkají posledního týdne před vyplněním, s výjimkou sexuální oblasti. V té jsou hodnoceny problémy v průběhu čtyř předešlých týdnů. Možnosti odpovědí u většiny otázek jsou „vůbec ne“, „trochu“, „dost“ a „velmi hodně“ (Kim, Ko a Kang, 2012, s. 1194). Kromě těchto dotazníků existuje řada dalších, zaměřujících se na symptomy spojené s terapií (Payne, 2005, s. 291 – 292). Výzkumy dokazují, že se zvyšujícím se věkem pacientů klesá ochota k vyplňování dotazníků. Podobná situace nastává i u lidí s nižším stupněm vzdělání, kteří odmítají spolupracovat ve větší míře než lidé vzdělanější (Shuleta – Qehaja, Sterjev a Shuturková, 2015, s. 459- 465).

7 SHRNUÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

Cílem práce bylo předložit publikované poznatky dle stanovených cílů. První kapitola se zabývá preventivními opatřeními. Je to zejména díky vzrůstajícímu trendu výskytu karcinomu prsu. Nejen z důvodu včasné diagnostiky, ale i u žen po ablaci prsu je nutné dodržovat preventivní postupy, aby nedocházelo k recidivě onemocnění. Dispenzarizace má za úkol odhalit včas lokální recidivu, popřípadě vzdálené metastázy. Ženy jsou v rámci prevence po úspěšné primární léčbě zvány k pravidelným prohlídkám. Druhá kapitola se zaměřuje na psychickou stránku ženy. Výskyt onkologické diagnózy často vyvolává u žen i jejich blízkých úzkost a strach. Hlavním důvodem, který k úzkosti směřuje je neustálé pozorování známek recidivy na svém těle. Může se dostavit strach z pracovní neschopnosti a nedostatku finančních prostředků. Úzkost se často objevuje i po ukončení léčby ve spojitosti s výročím od sdělení onkologické diagnózy. Úspěšné odstranění depresí a úzkosti spočívá zejména v aktivním vyrovnání se s danou situací. Je důležité, aby pacientky pohlížely na problém z více úhlů, byly schopné jej přijmout, zaujmout bojovný postoj a hledat podporu. Nejen ženy, ale i jejich partnery trápí deprese. Poruchami nálad trpí 20 až 30 % manželů, kteří poté nepředstavují pro ženu dostatečnou oporu. Třetí kapitola je proto věnována sociální podpoře, která se zabývá on - line svépomocnými podpůrnými skupinami, stejně jako organizacemi pro podporu žen trpících rakovinou. Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že lidé touží po radách a vlastních zkušenostech od osob, které mají stejný problém. Část kapitoly je věnována sexualitě a návratu do zaměstnání jako velmi častých problémů, které ženy ve většině případů řeší. Čtvrtá kapitola řeší okrajově rehabilitaci a její přínos a možnosti rekonstrukce prsu. Rehabilitace je totiž považována v rámci primární léčby za nezbytnost. Pomáhá předcházet komplikacím např. lymfedému, zhoršení mobility, snížení svalové síly a funkčnosti horní končetiny, vadného držení těla a mnoho dalších. Rekonstruovat prs lze několika metodami, které zkonzultuje s ženou lékař a informuje ji o výhodách a nevýhodách každé z nich. Společným cílem zůstává však obnovit přirozený vzhled prsu. Závěr hodnotí pojem kvality života. V ošetrovatelství existuje mnoho definic, popisujících kvalitu života z různých úhlů, ale ani jedna z nich není doposud všeobecně uznávanou. Stejně jako pomůcek k hodnocení kvality je spousta, některé z nich jsou znázorněny v přílohách bakalářské práce.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou karcinomu prsu. Je zaměřena na kvalitu života ženy po ablaci prsu. Cílem práce bylo dohledat dostatečné množství informací k tématu a vytvořit tak přehledovou práci.

Prvním cílem bylo předložit publikované poznatky o preventivních opatřeních. Karcinom prsu postihuje velkou část populace. Česká republika se umísťuje v celosvětovém žebříčku na 26. místě, nicméně mezi nádorovými onemocněními se vyskytuje u žen na prvním místě. Zatímco incidence se neustále zvyšuje, mortalita úspěšně klesá (SVOD ©2014). Právě díky vzrůstajícímu výskytu je důležité poukázat na nutnost prevence, a to nejen samovyšetřením ale i díky mamografického screeningu. Výzkumy však dokazují, že spousta žen preventivní prohlídky absolvovat nechce. Hlavním důvodem je bolestivost a nepříjemnost vyšetření (Skovajsová et al., 2014, s. 2S75). Prevence se týká také žen po ablaci prsu, u kterých je snahou zabránit recidivě onemocnění. Nádor všeobecně spadá mezi chronická onemocnění, tudíž je nutné po primární léčbě absolvovat pravidelné kontroly. Cílem dispenzarizace je sledovat účinky onkologické léčby, popřípadě včas odhalit recidivující nádor (Pachrová, Fišarová, 2012, s. 38). Karcinom prsu je schopen recidivy po dobu deseti let, teprve poté můžeme označit ženu za vyléčenou (Chovanec, Dostálová, Navrátilová, 2008, s. 89). První cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo předložit publikované poznatky o psychické stránce ženy, která se v průběhu celé terapie značně mění. Elisabeth Kübler Rossová ve své knize „O smrti a umírání“ popsala pět fází, kterými prochází člověk, vyrovnávající se s těžkou životní situací. Jsou jimi šok a popírání, hněv spojený s agresi, dále smlouvání, deprese a nakonec smíření. Do fáze smíření se nemusí dostat každý člověk, stejně jako výše popsaná stádia nemusí následovat v tomto pořadí. Není ani výjimkou, že některé se opakují, jiné naopak chybějí (Ávila, de la Rubia, 2013, s. 110). Výzkumy dokazují, že 38% žen s diagnózou rakoviny prsu jakéhokoliv stupně hlásí projevy úzkosti, což má dopad na snížení kvality života (Grassi et al., 2004, s. 485 - 490). Bulotiene, Ostapenko a Veseliūnas (2007, s. 93 - 95) pomocí své studie zjistili, že největší míra deprese se u žen vyskytuje přibližně týden před chirurgickým odstraněním prsu. Poté intenzita klesá, ovšem po devíti měsících opět narůstá. Hlavním důvodem, který k úzkosti vede je neustálé pozorování známek recidivy na svém těle (Beatty et al., 2008, s. 337). Yang, Brothers a Andersen (2008, s. 189 - 190) uvádí, že nejvíce využívaným postupem jak se vyrovnat s úzkostí je přijetí dané

situace a hledání sociální opory. V průběhu terapie dochází i ke změně obrazu těla. Operace zanechává jizvu, mění pocity ženy a může způsobit i postižení ramene (Nesvold et al., 2008, s. 835 – 842). Záření způsobuje zbarvení kůže, dermatitidu i bolestivost ozařované oblasti. Díky chemoterapii ženám vypadávají vlasy a přibývají na váze. Připadají si neatraktivně, odmítají prohlížet si své tělo (Fobair et al., 2006, s. 584-586). Některým ženám trvá několik let, než se s problémem sžijí. Aby se cítily lépe, líčí se, nosí paruky a atraktivní spodní prádlo, které jim dodává pocit ženskosti (Beatty et al., 2008, s. 336). Podle studií většina pacientek onkologickou léčbu úspěšně dokončí, to však nemění nic na tom, že mají strach z recidivy nádorového onemocnění i více než deset let po dokončení léčby (Harrison et al., 2009, s. 1117 – 1118). Strach dokáže ovlivnit 33 až 56 % pacientů s rakovinou a vede k celkovému snížení kvality života (Llewellyn et al., 2008, s. 525 – 532). Výzkumy také upozorňují, že nejen ženy ale i jejich partnery postihuje deprese a úzkost. 20 až 30% manželů pacientek trpí poruchami nálad a upadají do depresí (Braun et al., 2007, s. 4829 – 4830). V dnešní době však existují programy, které páry naučí jak se vyrovnat s diagnózou a léčbou rakoviny (Kayser, 2005, s. 175 – 177). Druhý cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo předložit publikované poznatky o sociální opoře, kterou ženám poskytuje jejich partner, rodina, přátelé i členové zdravotnického týmu či jiné organizace (Oudsten et al., 2010, s. 500). Tito lidé pomohou ženě vyrovnat se s onemocněním a po ukončení léčby se jí snaží navrátit do běžného života (Yoo et al., 2009, s. 1522). Sílu a naději ženám dodává taky včasné odhalení nádoru a informace o prognóze onemocnění (Drageset, Lindstrøm a Underlid, 2010, s. 152-153). Z výzkumů vyplývá, že ženy potřebují podpořit i po ukončení léčby, což si jejich blízcí mnohdy neuvědomí a po ukončení léčby jim přestávají být oporou (Beatty et al., 2008, s. 337). Existuje rovněž spousta on – line svépomocných skupin zabývajících se touto tematikou. Ženy si zde mohou přečíst zkušenosti a rady od jiných žen s karcinomem prsu. Také samy mohou poskytnout pomocnou ruku a sdělit důležité informace a rady ostatním (Lieberman a Winzelberg, 2009, s. 691). Kromě internetových podpůrných skupin najdeme i organizace, které se věnují ženám s rakovinou prsu. Využívají je nejen nemocné, ale také jejich příbuzní a známí (Zášková a Bolková, 2012, s. 450 – 452). Členky se společně snaží zjistit, jak může onemocnění zlepšit jejich život (Kornblith et al., 2007, s. 897). Součástí sociální problematiky jsou obtíže v partnerském životě. Výskyt sexuálních obtíží se pohybuje v rozsahu 15 až 64 %. Změna vzhledu a vnímání sama sebe, ztráta libida, změny v sebehodnocení a mnoho dalších jsou

běžnými starostmi žen po ablaci prsu. (Krychman, Katz, 2012, s. 5). Studie zabývající se problémy pacientů s onkologickou diagnózou poukazuje na zhoršenou schopnost mít pohlavní styk jako na šestý nejčastější problém (Baker et al., 2005, s. 2565 – 2566). Součástí třetího cíle bylo dohledat informace o návratu do zaměstnání, který je spojován s lepší kvalitou života. Některé ženy jej vnímají jako prostředek pro znovuzískání pocitu normálnosti a změny sebepojetí (Kennedy et al., 2007, s. 17 – 18). Celková nezaměstnanost onkologických pacientů dosahuje 33,8 %, u zdravé populace jen 15,2%. Průměrná délka absence pro onkologicky nemocné byla vymezena na 151 dnů (Coté et al., 2008, s. 486). Třetí cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo předložit publikované poznatky o následné péči po chirurgickém zákroku. Mobilizace a následná rehabilitační péče by měla být zahájena co nejdříve po chirurgickém výkonu. Výzkumy dokazují, že včasné cvičení zabraňuje otoku paže, omezení hybnosti horní končetiny na operované straně, popř. postmastektomickému syndromu (Macháčková, 2010, s. 69). Rehabilitace může zmírnit vedlejší účinky léčby a zlepšit kvalitu života (Lin a Pan, 2012, s. 1 – 2). Nejčastější komplikace, při kterých se rehabilitace využívá, jsou lymfedém, zhoršení mobility, snížení svalové síly a funkčnosti horní končetiny, vadné držení těla a další (Irsay et al., 2014, s. 141). Základ tvoří rehabilitace horní končetiny. Pokud jde o elektroléčbu, doporučují se nízkofrekvenční proudy. Hydrogymnastika není kontraindikována, ale sauna a termoterapie se nedoporučuje (Irsay et al., 2014, s. 144 – 145). Rekonstrukce nabízí zlepšení stránky kosmetické i psychické. Měla by být nabídnuta všem ženám bezprostředně i v pozdním období od svého lékaře (Howard et al., 2011, s. 1640 – 1641). Rozlišujeme rozdílné metody rekonstrukce, z nichž jedna spočívá ve vložení silikonového implantátu, dále tkáňová expanze a implantování vlastní tkáně. Rozhodnutí o tom, který typ je nejvhodnější by mělo být ponecháno pacientkám a lékařům po poskytnutí rad o výhodách a omezeních každé metody (Shea – Budgell et al., 2015, s. 104). V období mezi chirurgickým odstraněním a rekonstrukcí prsu mohou ženy využít kompenzační pomůcku, tzv. prsní epitézu, která zajišťuje normální vzhled prsu a umožňuje přirozený pohyb (Gallagher et al., 2010, s. 64). Čtvrtý cíl byl splněn.

Pátým cílem bylo předložit publikované poznatky o kvalitě života u onkologicky nemocných. Bylo popsáno mnoho definic, popisujících kvalitu života z různých úhlů, avšak ani jedna z nich není doposud všeobecně uznávanou (Gurková, 2011, s. 13 – 15). Slováček a kol. (2008, s. 16 – 17) definuje kvalitu života jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Uvádí, že je posuzována jako veličina zahrnující nejen fyzické zdraví, ale i psychickou pohodu, společenské

postavení, spirituální a ekonomické potřeby. Kalvodová a kol. (2010, s. 576) dodává, že se kvalita života u onkologického pacienta mění v čase a závislosti na změnách stavu. Současně je ovlivněna věkem, nemocí a její léčbou, ale i tím, jak se sám pacient vyrovná s měnícím se stavem a stádiem nemoci. Hodnocení kvality života slouží k tomu, abychom zjistili, jak samotná nemoc zasahuje do života pacienta a v čem ho omezuje. Karnofského index posuzuje vliv onkologické léčby na kvantitu i kvalitu života. Procentuální rozsah 0 – 100% hodnotí celkovou funkční zdatnost, tzv. performance status. Použití tohoto indexu spadá do kompetencí výhradně lékaře (Payne, 2005, s. 290). Dalším měřítkem je symbolické vyjádření kvality života pomocí křížků, ale odborníci přistupují k tomuto hodnocení velmi kriticky (Payne, 2005, s. 284 – 285). Z dotazníků se nejvíce užívaným stal EORTC QLQ – C30 dotazník a jeho modul EORTC QLQ – C23 k hodnocení kvality života pacientek s nádorovým onemocněním. Posuzuje vzhled, sexuální funkci, obavy z budoucna, vedlejší účinky léčby a problémy s prsem a paží (Kim, Ko a Kang, 2012, s. 1194).

Význam využití pro teorii a praxi

Cílem práce bylo dohledat publikované poznatky k výše uvedeným oblastem. Karcinom prsu jakožto nejčastější onkologické onemocnění u žen si dle mého názoru zaslouží obrovskou pozornost. A to nejen zdravotnického personálu, ale stejně tak široké veřejnosti. Součástí této práce bylo absolvování praxe v organizaci Mamma HELP, kterou shledávám jako velice přínosnou. Dozvěděla jsem se nejen spoustu cenných informací o provozu takového typu zařízení, ale získala jsem také názor žen postižených rakovinou. Hlavním cílem bylo dokázat, že s rakovinou život nekončí, ba naopak. Snažila jsem se pomocí této práce zachytit nejčastější problémy žen a rovněž poukázat na některé možnosti jak se s tímto onemocněním vypořádat. Podle mého názoru spoustu žen stále v dnešní době netuší, jaké možnosti léčba karcinomu prsu přináší a naopak jsou toho názoru, že jejich život končí.

Vzhledem k dohledaným článkům především ze zahraničních zdrojů je zřejmé, že v České republice je tato problematika málo publikována. Ošetrovatelský výzkum zaměřený na kvalitu života onkologických pacientek by se stal obrovským přínosem pro české ošetrovatelství.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A REFERENČNÍCH ZDROJŮ

ABRAHÁMOVÁ, J. 2004. Prevence karcinomu prsu. *Postgraduální medicína* [online]. roč. 2004, č. 4. s. 48 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-karcinomu-prsu-163714>

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada. 143 s. Doktor radí. ISBN 9788024730639.

AMIR, Z. et al. 2008. Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: A UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. vol. 12, no. 3, s. 190-197 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ejon.2008.01.006.

ÁVILA, M., DE LA RUBIA, J. 2013. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. = The psychological significance of the five stages of grief proposed by Kübler-Ross through natural semantic networks. *Psicooncología*. [online]. vol. 10, no. 1, s. 109-130. [cit. 2015-03-29] ISSN 1696-7240. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=2c561836-9cfc-41ca-8c99-a8401cbce4d1%40sessionmgr4002&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=2013-21662-006>

BAKER, F. et al. 2005. Adult cancer survivors: How are they faring?. *Cancer* [online]. vol. 104, no. 11, s. 2565-2576 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: doi: 10.1002/cncr.21488.

BAK-SOSNOWSKA, M., OLESZKO K. a V. SKRZYPULEC-PLINTA. 2013. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Menopausal Review* [online]. vol. 2, s. 120-124 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.5114/pm.2013.35067.

BALAK, F. et al. 2008. Return to Work After Early-stage Breast Cancer: A Cohort Study into the Effects of Treatment and Cancer-related Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. vol. 18, no. 3, s. 267-272 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10926-008-9146-z.

BARDWELL, W. a FIORENTINO, L. 2012. Risk factors for depression in breast cancer survivors: An update. *International Journal of Clinical Health & Psychology* [online]. vol. 12, no. 2, s. 311-331 [cit. 2015-03-29]. ISSN: 1697-2600. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2c561836-9cfc-41ca-8c99-a8401cbce4d1%40sessionmgr4002&hid=4107>

BEATTY, L. et al. 2008. The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations* [online]. vol. 11, no. 4, s. 331-342 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x.

BIGATTI, S. M. et al. 2010. Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Supportive Care in Cancer* [online]. vol. 19, no. 4, s. 455-466 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-010-0835-8.

BLOMQVIST, L. et al. 2004. Evaluation of Arm and Shoulder Mobility and Strength after Modified Radical Mastectomy and Radiotherapy. *Acta Oncologica* [online]. vol. 43, no. 3, s. 280-283 [cit. 2015-04-03]. ISSN: 0284186X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=157&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110>

BOEHMER, U et al. 2013. Breast cancer survivors of different sexual orientations: which factors explain survivors' quality of life and adjustment?. *Annals of Oncology* [online]. vol. 24, no. 6, s. 1622-1630 [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: doi: 10.1093/annonc/mdt035.

BRAUN, M. et al. 2007. Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology* [online]. vol. 25, no. 30, s. 4829-4834 [cit. 2015-02-15]. ISSN: 1527-7755. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=65&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110>

BULOTIENE, G., VESELIUNAS J. a V. OSTAPENKO. 2007 Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *BMC Public Health* [online]. vol. 7, no. 1 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: doi: 10.1186/1471-2458-7-124.

CÔTÉ, P. et al. 2008. Patterns of sick-leave and health outcomes in injured workers with back pain. *European Spine Journal* [online]. vol. 17, no. 4, s. 484-493 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00586-007-0577-6.

CUSTERS, J. A. E. et al. 2014. The Cancer Worry Scale. *Cancer Nursing* [online]. vol. 37, no. 1, s. E44-E50 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.1097/ncc.0b013e3182813a17.

DALEY, A. et al. 2007. Randomized trial of exercise therapy in women treated for breast cancer. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*. [online]. vol. 25, no. 13, s. 1713-1721, [cit. 2015-04-25]. ISSN: 1527-7755. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=163&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110>

de BOER, A. M. et al. 2009. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *Jama* [online]. vol. 301, no. 7, s. 753-762 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2009.187

DIXON, K. a DIXON, P. 2006. The PLISSIT Model: care and management of patients' psychosexual needs following radical surgery. *Lippincott's Case Management: Managing The Process Of Patient Care* [online]. vol. 11, no. 2, s. 101-106 [cit 2015-04-28] ISSN: 1529-7764. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=114&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=16582703>

DONEPUDI, M. S., KONDAPALLI K. a S. J. VENKANTESHAN. 2014. Breast cancer statistics and markers. *Journal Of Cancer Research & Therapeutics* [online]. vol. 10, no. 3, s. 506-511 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: doi:10.4103/0973-1482.137927

DRAGESET, S., LINDSTRØM T. Ch. a K. UNDERLID. 2009. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing* [online]. vol. 66, no. 1, s. 149-158 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x.

EAKER, S. et al. 2011. Breast Cancer, Sickness Absence, Income and Marital Status. A Study on Life Situation 1 Year Prior Diagnosis Compared to 3 and 5 Years after Diagnosis. *PLoS ONE* [online]. vol. 6, no. 3, s. 18040-18050 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: doi: 10.1371/journal.pone.0018040.

Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR – Analýzy. 2015. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. [online]. vyd. Praha [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/>

EWERTZ, M. et al. 2011. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation: a retrospective longitudinal cohort study. *Acta Oncologica* [online]. vol. 50, no. 2, s. 187-193 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: doi: 10.3109/0284186X.2010.533190.

FANTONI, S. Q. et al. 2009. Factors Related to Return to Work by Women with Breast Cancer in Northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. vol. 20, no. 1, s. 49-58 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10926-009-9215-y.

FERGUS, K. a GRAY, R. 2009. Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology* [online]. vol. 18, no. 12, s. 1311-1322 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon.1555

FILAZOGLU, G. a GRIVA, K. 2008. Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine* [online]. vol. 13, no. 5, s. 559-573 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: doi: 10.1080/13548500701767353.

FILIPPI, M. K. et al. 2013. Breast Cancer Screening Perceptions among American Indian Women under Age 40. *Journal of Cancer Education* [online]. vol. 28, no. 3, s. 535-540 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: doi: 10.1007/s13187-013-0499-4.

FOBAIR, P. et al. 2006. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology* [online]. vol. 15, no. 7, s. 579-594 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon.991.

FRIEDMAN, L. C. et al. 2010. Self-blame, Self-forgiveness, and Spirituality in Breast Cancer Survivors in a Public Sector Setting. *Journal of Cancer Education* [online]. vol. 25, no. 3, s. 343-348 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: doi: 10.1007/s13187-010-0048-3.

GALLAGHER, P. et al. 2010. External breast prostheses in post-mastectomy care: women's qualitative accounts. *European Journal of Cancer Care* [online]. vol. 19, no. 1, s. 61-71 [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.00942.x.

GIENI, M. et al. 2012. Local breast cancer recurrence after mastectomy and immediate breast reconstruction for invasive cancer: A meta-analysis. *The Breast*. [online]. vol. 21, no. 3, s. 230-236 [cit. 2015-02-08]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.breast.2011.12.013.

GRASSI, L. et al. 2004. Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and Psychosocial Variables in Breast Cancer Patients. *Psychosomatics* [online]. vol. 45, no. 6, s. 483-491 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: doi: 10.1176/appi.psy.45.6.483.

GURKOVÁ, Elena. 2011 *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HACK, T. F. a DEGNER, L. F. 2004. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology* [online]. vol. 13, no. 4, s. 235-247 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon.739.

HARRIS, S. R. et al. 2012. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation. *Cancer*. [online]. vol. 118, no. 8, s. 2312-2324. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: doi: 10.1002/cncr.27461.

HARRISON, J. D. et al. 2009. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer* [online]. vol. 17, no. 8, s. 1117-1128 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-009-0615-5.

HNILICOVÁ, H. a BENCKO, V. 2005. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. roč. 85, č. 11, s. 656-660. ISSN 1803-6597

HOWARD, M. et al. 2011. Breast cancer reconstruction in the elderly. *The American Surgeon*. [online]. vol. 77, no. 12, s. 1640-1643 [cit. 2015-04-27]. ISSN: 1555-9823. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=165&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110>

HUBBARD, G. et al. 2013. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials* [online]. vol. 14, no. 1, s. 1-12 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: doi: 10.1186/1745-6215-14-175.

CHOVANEC, J., DOSTÁLOVÁ, Z. a J. NAVRÁTILOVÁ. 2008. Karcinom prsu - aktuální problém. *Interní medicína pro praxi* [online]. roč. 8, č. 2, s. 84-89 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/02/10.pdf>

IRSAY, L. et al. 2014. Principles of postoperative breast cancer rehabilitation.: Principii de reabilitare postoperatorie in neoplasmul mamar. *Palestrica of the Third Millennium Civilization & Sport*. [online]. vol. 15, no. 2, s. 140-145 [cit. 2015-04-20]. ISSN: 15821943. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=154&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110>

KALVODOVÁ, L. et al. 2010. Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu. *Vnitřní lékařství*. roč. 56, č. 6, s. 570-581. ISSN 0042-773X.

KAYSER, K. 2005. Enhancing Dyadic Coping During a Time of Crisis: A Theory-Based Intervention With Breast Cancer Patients and Their Partners, in Revenson. *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* [online]. vol. 10, no. 2, s. 175-194 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: doi: 10.1037/11031-009.

KENNEDY, F. et al. 2007. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care* [online]. vol. 16, no. 1, s. 17-25 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x.

KERSHAW, T. et al. 2004. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health* [online]. vol. 19, no. 2, s. 139-155 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: doi: 10.1080/08870440310001652687.

KIM, E., KO, S. a H. KANG. 2012. Mapping the cancer-specific EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR23 to the generic EQ-5D in metastatic breast cancer patients. *Quality of Life Research* [online]. vol. 21, no. 7, s. 1193-1203 [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: doi: 10.1007/s11136-011-0037-y.

KISSANE, D. W. et al. 2004. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. vol. 38, no. 5, s. 320-326 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1440-1614.2004.01358.x.

KORNBLITH, A. et al. 2007. Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*. [online]. vol. 16, no. 10, s. 895-903, [cit 2015-04-22]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon.1146

KREBS, L. U. 2008. Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods, and Strategies for Success. *Seminars in Oncology Nursing* [online]. vol. 24, no. 2, s. 80-90 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.002.

KROENKE, C. H. et al. 2012. Social networks, social support and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment* [online]. vol. 133, no 1, s. 375-385 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10549-012-1962-3.

KRYCHMAN, M. L. a KATZ, M. 2012. Breast Cancer and Sexuality: Multi-modal Treatment Options (CME). *The Journal of Sexual Medicine* [online]. vol. 9, no. 1, s. 5-13 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02566.x.

LEBEL, S. et al. 2013. Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology* [online]. vol. 32, no. 6, s. 695-705 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: doi: 10.1037/a0030186

LIEBERMAN, M. A. a WINZELBERG, A. 2009. The relationship between religious expression and outcomes in online support groups: A partial replication. *Computers in Human Behavior* [online]. vol. 25, no. 3, s. 690-694 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.chb.2008.11.003.

LIEN, Ch. et al. 2009. Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing* [online]. vol. 18, no. 16, s. 2311-2319 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x.

LIN, Y. et al. 2012. The use of rehabilitation among patients with breast cancer: a retrospective longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*. [online]. vol. 12, no. 1, s. 1-7. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: doi: 10.1186/1472-6963-12-282.

LLEWELLYN, C. D. et al. 2008. Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence?. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. vol. 65, no. 6, s. 525-532 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.03.014.

MACLEOD, U. et al. 2004. Anxiety and support in breast cancer: is this different for affluent and deprived women? A questionnaire study. *British Journal of Cancer* [online]. vol. 91, no. 5, s. 879-883 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.1038/sj.bjc.6602072.

MACHÁČKOVÁ, R. 2010. Zásady ošetrovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. *Sestra*. [online]. roč. 20, č. 7-8, s. 69-70 [cit. 2015-04-08]. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=453248>

MALY, R. C. et al. 2005. Mental health outcomes in older women with breast cancer: Impact of perceived family support and adjustment. *Psycho-Oncology* [online]. vol. 14, no. 7, s. 535-545 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon.869.

MÁJEK, O. et al. 2011. Breast cancer screening in the Czech Republic: time trends in performance indicators during the first seven years of the organised programme. *BMC Public Health* [online]. vol. 11, no. 1, s. 1-11 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: doi: 10.1186/1471-2458-11-288.

MÁJEK, O. et al. 2014. Implementation of Performance Indicators in the Czech Breast Cancer Screening Programme – Results of the Regular Monitoring. *Klinická onkologie* [online]. vol. 27, no. 2, s. 2S113-2S123 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: doi: 10.14735/amko20142s113.

MANTANI, T. et al. 2007. Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Supportive Care in Cancer* [online]. vol. 15, no. 7, s. 859-868 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-006-0209-4.

MAY, A. M. et al. 2009. Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: results from a randomized trial. *Supportive Care in Cancer* [online]. vol. 17, no. 6, s. 653-663 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-008-0519-9.

MCLEAN, L. a JONES, J. 2007. A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology* [online]. vol. 16, no. 7, s. 603-616, [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon1196

METCALFE, K. A. et al. 2012. Changes in Psychosocial Functioning 1 Year After Mastectomy Alone, Delayed Breast Reconstruction, or Immediate Breast Reconstruction: a randomized controlled trial. *Annals of Surgical Oncology* [online]. vol. 19, no. 1, s. 233-241. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: doi: 10.1245/s10434-011-1828-7.

MICK, J., HUGHES, M. a COHEN, M. Z. 2004. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. vol. 8, no. 1, s. 84-86 [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: doi: 10.1188/04.cjon.84-86.

MILNE, H. M. et al. 2008. Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment* [online]. vol. 108, no. 2, s. 279-288 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10549-007-9602-z.

NEIPP, M. C. et al. 2008 Coping and adaptation in breast cancer patients at the follow-up stage. *Ansiedad y Estrés* [online]. vol. 14, no. 1, s. 115-126. [cit. 2015-04-21]. ISSN 1134-7937. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=757ab809-a2fe-4dea-8178-7f44e3440e33%40sessionmgr110&vid=49&hid=119>.

NESVOLD, I. et al. 2008. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. *Acta Oncologica* [online]. vol. 47, no. 5, s. 835-842 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: doi: 10.1080/02841860801961257.

LOUDSTEN, B. L. et al. 2009. Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Supportive Care in Cancer* [online]. vol. 18, no. 4, s. 499-508 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-009-0714-3.

OWEN, J. E. et al. 2005. Randomized pilot of a self-guided internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine* [online]. vol. 30, no. 1, s. 54-64 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: doi: 10.1207/s15324796abm3001_7.

PACHROVÁ, M. a FIŠAROVÁ, L. 2012. Karcinom prsu. *Sestra* [online]. roč. 10, č. 5, s. 38 [cit. 2015-04-05]. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/karcinom-prsu-464792>

PAYNE, Jan. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. Vyd. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

SHEA-BUDGELL, M. et al. 2014. Breast reconstruction following prophylactic or therapeutic mastectomy for breast cancer: Recommendations from an evidence-based provincial guideline. : La reconstruction mammaire après la mastectomie prophylactique ou thérapeutique du cancer du sein : recommandations tirées de lignes directrices provinciales fondées sur des données probantes. *Plastic Surgery*. [online]. vol. 22, no. 2, s. 103-111 [cit. 2015-04-28]. ISSN: 22925503. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=167&sid=14d39767-7315-43ff-b968-8a4ebc65d123%40sessionmgr198&hid=110>

SHULETA-QEHAJA, S., STERJEV Z. a SHUTURKOVA S. 2015. Evaluation of reliability and validity of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30, Albanian version) among breast cancer patients from Kosovo. *Patient Preference and Adherence* [online]. vol. 19, no. 9, s. 459 – 456 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: doi: 10.2147/ppa.s78334.

SCHOPPER, D. a de WOLF, Ch. 2009. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European Journal of Cancer* [online]. vol. 45, no. 11, s. 1916-1923 [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ejca.2009.03.022.

SILLENCE, E. 2013 Giving and Receiving Peer Advice in an Online Breast Cancer Support Group. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* [online]. vol. 16, no. 6, s. 480-485 [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: doi: 10.1089/cyber.2013.1512.

SKOVAJSOVÁ, M. et al. 2014. Results of the Czech National Breast Cancer Screening Programme. *Klinická onkologie* [online]. vol. 27, no. 2, s. 2S69-2S78 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: doi: 10.14735/amko20142s69.

SLOVÁČEK, L., HRSTKA, Z. a SLOVÁČKOVÁ, B. 2008 Kvalita života onkologicky nemocných: koncepční modely, možnosti hodnocení. *Diagnóza v ošetrovatelství*. roč. 4, č. 4, s. 16-17. ISSN 1801-1349.

SLOVÁČEK, L. et al. 2004. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické noviny*. roč. 73, č. 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025.

STANG, I. a MITTELMARK, M. B. 2010. Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry* [online]. vol. 17, no. 1, s. 47-57 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00465.x.

USSHER, J. M., PERZ J. a GILBERT, E. 2012. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* [online]. vol. 69, no. 2, s. 327-337 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x.

VAN MUIJEN, P. et al. 2013. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer Care* [online]. vol. 22, no. 2, s. 144-160 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: doi: 10.1111/ecc.12033.

VARELA, V. S., ZHOU, E. S. a BOBER S. H. 2013. Management of sexual problems in cancer patients and survivors. *Current Problems in Cancer* [online]. vol. 37, no. 6, s. 319-352 [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.currproblcancer.2013.10.009.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J. a VORLÍČKOVÁ, H. 2006 *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.

WADE, T. D., NEHMY, T. a KOCZWARA, B. 2005. Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology* [online]. vol. 14, no. 6, s. 503-509 [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: doi: 10.1002/pon.866.

WADDELL, G. a BURTON K. 2007. *Is work good for your health and well-being?*. TSO. London. ISBN 978-011-7036-949. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf

WHITE, J. L. a BOEHMER, U. 2012. Long-Term Breast Cancer Survivors' Perceptions of Support From Female Partners: An Exploratory Study. *Oncology Nursing Forum* [online]. vol. 39, no. 2, s. 210-217 [cit. 2015-04-07]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=757ab809-a2fe-4dea-8178-7f44e3440e33%40sessionmgr110&vid=25&hid=119>.

YANG, H., BROTHERS B. M. a ANDERSEN B. A. 2008. Stress and Quality of Life in Breast Cancer Recurrence: Moderation or Mediation of Coping?. *Annals of Behavioral Medicine* [online]. vol. 35, no. 2, s. 188-197 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: doi: 10.1007/s12160-008-9016-0.

YOO, G. J. et al. 2009. Older women, breast cancer, and social support. *Supportive Care in Cancer* [online]. vol. 18, no. 12, s. 1521-1530 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-009-0774-4.

ZÁŠKODNÁ, H. a BOLKOVÁ, Z. 2012 Zátěžové aspekty onkologického onemocnění a možnosti psychosociální pomoci v rámci sociální práce a svépomocných skupin: Stressing aspects of oncological diseases and possibilities of psychosocial help within the framework of social work and self-helping groups. *Kontakt* [online]. vol. 6, no. 11, s. 444-455 [cit. 2015-03-21]. ISSN: 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214125758780249.pdf>

Zdravotnická ročenka České republiky. 2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. vyd. Praha [cit. 2015-04-20]. ISSN 12109991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Kanofského index

Příloha č. 2 – Symbolické vyjádření kvality života pomocí křížků

Příloha č. 3 – EORTC QLQ – C23

Příloha č. 1 – Karnofského index

Stupnice WHO		Karnofský index	
0	Normální aktivita.	100%	Normální, praceschopný člověk, nevyžadující žádné speciální podpory
1	S příznaky choroby, ale téměř plně schopen ambulantní léčby.	90%	Vykonává normální životní aktivitu, má přítomny příznaky choroby
		80%	Zvládá normální životní aktivitu, ale již s větším úsilím než zdravý člověk, má přítomny příznaky nemoci
2	Tráví na lůžku méně než 50% denní doby.	70%	Není schopen vykonávat veškerou práci jako dříve, běžnou životní aktivitu zvládá
		60%	Nepracuje, je však schopen samostatného pohybu doma, potřebuje jen minimálně pomoci
3	Tráví na lůžku více než 50% denní doby.	50%	Jeho život doma potřebuje již výraznější pomoc
		40%	Není schopen se o sebe postarat, vyžaduje stálou péči ústavní, nebo ekvivalentní péči doma
4	Neschopen opustit svoje lůžko.	30%	Výrazně nesoběstačný, vyžaduje pomoc a pobyt v nemocnici
		20%	Vážně nemocný, vyžaduje podpůrnou léčbu
		10%	Moribundní, poslední síly člověka rychle opouštějí a smrt se přibližuje
5	Mrtvý.	0%	Mrtvý

(Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2006, s. 53)

Příloha č. 2 – Symbolické vyjádření kvality života pomocí křížků

+	Pacient je po fyzické stránce v dobrém stavu, je zcela nezávislý na druhých lidech z hlediska sebeobsluhy, dobře se dá s ním hovořit i vyjít a přitom zaujímá realistický postoj k životu.
++	Pacient je psychicky alterován (vzrušen nebo naopak v depresi), v drobných úkonech sebeobsluhy potřebuje pomoc, případně se zdá, že jeho vztahy k druhým pacientům a jeho kontakt s nimi nejsou nejlepší.
+++	Pacient není zcela soběstačný, ale je třeba mu pomáhat v sebeobsluze, kontakt s ním dosti vážne a moc se s ním nedá mluvit, zdá se, že i styk pacienta s rodinou a přáteli není moc dobrý.
++++	Pacient je z hlediska sebeobsluhy zcela závislý na druhých lidech, dost dobře asi neví, co se s ním i kolem něho děje, a celkově je v dosti těžké osobní situaci.

(Payne, 2005, s. 285)

Příloha č. 3 - EORTC QLQ – C23



EORTC OLO - BR23

Pacienti někdy uvádějí, že mají následující příznaky nebo problémy. Označte, prosím, v jakém rozsahu se tyto příznaky nebo problémy vyskytovaly u Vás v průběhu minulého týdne.

Během minulého týdne:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
31. Měla jste sucho v ústech?	1	2	3	4
32. Chutnalo Vám jídlo a pití jinak, než obvykle?	1	2	3	4
33. Měla jste bolavé, podrážděné nebo slziící oči?	1	2	3	4
34. Vypadávaly Vám vlasy?	1	2	3	4
35. Na tuto otázku odpovězte pouze, pokud jste ztrácela vlasy: byla jste ztrátou vlasů rozrušená?	1	2	3	4
36. Cítila jste se nemocná nebo Vám nebylo dobře?	1	2	3	4
37. Měla jste návaly horka?	1	2	3	4
38. Bolela Vás hlava?	1	2	3	4
39. Cítila jste se v důsledku své nemoci nebo léčby fyzicky méně přitažlivá?	1	2	3	4
40. Cítila jste se v důsledku své nemoci nebo léčby méně žensky?	1	2	3	4
41. Bylo pro Vás nepříjemné vidět se nahá?	1	2	3	4
42. Byla jste nespokojená se svým tělem?	1	2	3	4
43. Měla jste obavy o své zdraví do budoucnosti?	1	2	3	4
Během minulých <u>čtyř</u> týdnů:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
44. Do jaké míry jste měla zájem o sex?	1	2	3	4
45. Do jaké míry jste byla sexuálně aktivní? (s pohlavním stykem, nebo bez něj.)	1	2	3	4
46. Na tuto otázku odpovězte pouze v případě, že jste byla sexuálně aktivní: do jaké míry Vás sex uspokojoval?	1	2	3	4

Prosím, přejděte na následující stranu

Během minulého týdne:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
47. Bolela Vás paže nebo rameno?	1	2	3	4
48. Měla jste oteklou paži nebo ruku?	1	2	3	4
49. Bylo pro Vás obtížné zvednout paži nebo jí pohybovat do stran?	1	2	3	4
50. Měla jste bolesti v oblasti postiženého prsu?	1	2	3	4
51. Byla oblast postiženého prsu otěklá?	1	2	3	4
52. Byla oblast postiženého prsu zvláště citlivá?	1	2	3	4
53. Měla jste problémy s pokožkou v oblasti postiženého prsu (např. svědění, suchost, loupání kůže)?	1	2	3	4