

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy

Bakalářská práce

Autorka:

Lenka Fišarová

4. ročník bakalářský studijní program ošetrovatelství

Forma studia: kombinovaná

Studijní obor: OŠETŘOVATELSTVÍ

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy

Name of the work: Influence of the breast cancer on the female mental condition

Datum zadání práce: 2009-12-09

Datum odevzdání práce: 2010-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Lenka Fišarová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Odborný konzultant: MUDr. Josef Fišar, oddělení radiační onkologie

Abstrakt: Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má karcinom prsu na psychiku ženy. Teoretická část se zaměřuje na obecné informace týkající se tohoto onemocnění. Empirická část zkoumá prostřednictvím dotazníkového šetření reakci žen na sdělení diagnózy, jejich největší obavy během léčby, motivaci k léčbě a jaké změny se vyskytly v jejich nejbližším psychosociálním okolí. Práce dále objasňuje, kdo byl ženě během léčby největší oporou a jaký dopad mělo onemocnění na psychiku ženy. Výsledky jsou shrnuty v diskuzi a závěrečné části.

Klíčová slova: karcinom/rakovina, prsní žláza, diagnostika, chemoterapie, radioterapie, operace, rehabilitace, epitéza, psychika

Abstract: The aim of the baccalaureate work was to find out what influence does the breastcancer have on the mental condition of a woman. Theoretical part of the work is aimed on general information about this disease. Empirical part of the work investigates per questionnaire the women reaction on learning of their diagnosis, their most fears during the therapy, motivation to the therapy and changes in their nearest psychosocial surround. In addition the work shows who was the most support for the woman during the therapy and what consequences the disease made on mental condition of the woman. The outcomes are summarized in the discussion and in the summary.

Key words: cancer, breast, diagnostics, chemotherapy, irradiation therapy, operation, rehabilitation, epithese, mental condition

Rozsah: 86 stran

Místo zpracování: Olomouc

Místo uložení: Ošetrovatelské informační a školicí centrum, FZV UP v Olomouci-archiv

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc. a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Současně také souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne.....

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za ochotu, vstřícnost, trpělivost a cenné rady, které mi byly poskytovány po celou dobu psaní bakalářské práce.

OBSAH

I	Úvod	7
II	Teoretická část	5
1	Karcinom prsu	9
1.1	Historie karcinomu prsu	9
2	Anatomie mléčné žlázy	10
2.1	Anatomická sublokalizace	10
3	Epidemiologie	11
3.1	Incidence a prevalence karcinomu prsu u žen	11
3.2	Mortalita na nádory prsu u žen	12
3.3	Věk žen s nádorem prsu	12
3.4	Morfologie nádorů prsu a stadia onemocnění	12
4	Rizikové faktory	13
4.1	Prokázané rizikové faktory	13
4.2	Pravděpodobné – diskutované rizikové faktory	14
5	Protektivní faktory	15
6	Prevence	16
6.1	Primární prevence	16
6.2	Sekundární prevence	16
6.3	Terciární prevence	17
7	Příznaky	18
8	Diagnostika	19
8.1	Klinické vyšetření	19
8.2	Zobrazovací metody	19
8.3	Vyšetření krve	20
8.4	Biopsie	21
8.5	Molekulárně biologické vyšetření	22
8.6	Staging	22
8.6.1	TNM klasifikace	22
8.7	Histologická klasifikace	24
9	Léčba	25
9.1	Lokální léčba	26
9.1.1	Léčba chirurgická	26
9.1.2	Radioterapie	28
9.2	Systémová léčba	28
9.2.1	Chemoterapie	29
9.2.2	Hormonální léčba	30
9.2.3	Biologická léčba	31
9.2.4	Léčba podpůrná	31
9.3	Alternativní a komplementární léčba	32
9.4	Psychoterapie	34
9.5	Léčba recidivujícího onemocnění	34
10	Vedlejší účinky léčby	35
10.1	Nežádoucí účinky chemoterapie	35
10.2	Nežádoucí účinky radioterapie	36
10.3	Nežádoucí účinky operace	38
11	Prognóza	40

12	Rehabilitace	41
12.1	Psychologická rehabilitace	41
12.2	Sociální rehabilitace	43
12.3	Fyzikální rehabilitace	43
13	Péče o psychický stav	44
13.1	Péče o psychiku v jednotlivých stádiích nemoci	44
13.2	Klasifikace reakce na zátěž	45
14	Prsní náhrady a zdravotní prádlo	47
15	Péče po léčbě	49
III	Empirická část	50
1	Cíl práce	50
2	Metodika práce	51
2.1	Charakteristika zkoumaného souboru	51
2.2	Užitá metoda výzkumu	51
2.3	Členění dotazníku	52
2.4	Organizace šetření	53
2.5	Zpracování získaných dat	53
3	Výsledky šetření	54
3.1	Položka č. 1: „Jaký je Váš věk?“	54
3.2	Položka č. 2: „Jakého jste dosáhla vzdělání?“	55
3.3	Položka č. 3: „Jaká byla Vaše první reakce po sdělení diagnózy karcinom (rakovina) prsu?“	56
3.4	Položka č. 4: „Čeho jste se v průběhu léčby jako žena nejvíce obávala?“	57
3.5	Položka č. 5: „Čeho jste se v průběhu léčby ve Vašem okolí nejvíce obávala?“	58
3.6	Položka č. 6: „Čeho jste se v průběhu léčby nejvíce obávala po tělesné stránce?“	59
3.7	Položka č. 7: „Obávala jste se v průběhu léčby odchodu manžela/partnera?“	60
3.8	Položka č. 8: „Koho považujete za nejbližší osobu?“	61
3.9	Položka č. 9: „Kdo Vám byl během léčby největší oporou?“	62
3.10	Položka č. 10: „Kdo Vám byl největší oporou mezi zdravotníky?“	63
3.11	Položka č. 11: „Konzultovala jste svoje problémy s psychologem?“	64
3.12	Položka č. 12: „Zapojila jste se do nějakého klubu či sdružení pro ženy nemocné karcinomem prsu?“	65
3.13	Položka č. 13: „Změnilo se vůči Vám chování rodiny a nejbližších přátel během léčby?“	66
3.14	Položka č. 14: „Změnilo se vůči Vám chování širšího okruhu přátel, známých či spolupracovníků během léčby?“	67
3.15	Položka č. 15: „Co pro Vás bylo v průběhu terapie největší motivací k léčbě?“	68
3.16	Položka č. 16: „Pomohla Vám psychicky informace o možnosti náhrady prsu (např. epitéza či rekonstrukční operace)?“	69
3.17	Položka č. 17: „Uklidňovala Vás psychicky možnost nošení paruky a po ukončení léčby nárůst vlasů?“	70
3.18	Položka č. 18: „Jak Vás nemoc psychicky ovlivnila?“	71
3.19	Kazuistika ženy s karcinomem prsu	72
4	Diskuze	74
5	Závěr	79
	Literatura	81
	Seznam tabulek	83
	Seznam grafů	84
	Seznam zkratk	85
	Seznam příloh	86

I ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje ženám, které onemocněly rakovinou prsu a dopadu tohoto onemocnění na psychiku ženy. Rakovina prsu neboli karcinom mléčné žlázy je v současné době nejčastějším zhoubným onemocněním ženské populace a zařazuje se mezi civilizační choroby. Výskyt tohoto karcinomu se stále zvyšuje a zasahuje do všech oblastí života ženy, její rodiny a tak i do celé společnosti. Rakovina prsu není pouze zdravotnickým problémem, ale také ekonomickým a sociálním.

Incidence stoupá po 50. roce života ženy. Díky včasné diagnostice a účinnější léčbě sice stále více žen žije i po zjištění rakoviny plnohodnotným životem, přesto však mnoho žen umírá zbytečně. Proto je velice důležité zachytit onemocnění včas a intenzivně ho léčit. Podle odborníků je vysoká četnost nových případů rakoviny prsu přičítána nejen dědičnosti, ale svoji negativní roli sehrává i životní prostředí a životní styl, které lze do značné míry ovlivnit. Je proto velice důležité, aby žena o prsy pečovala a to jak po stránce hygienické, tak i preventivní a zdravotní.

V současné době je o ženy s karcinomem prsu po somatické stránce dobře postaráno, avšak vyvstává otázka, zda se někdo zajímá o psychiku pacientky. Jak uvádí Javůrková, při sdělení diagnózy se spousta žen ptá: „Proč právě já?“, nebo doufají že: „To nic nebude, jde jen o nezávadnou bulku“¹, v neposlední řadě věří, že lékař diagnózu spletl. Podobné reakce žen na sdělení diagnózy a následnou mastektomii uvádí ve svých publikacích mnoho dalších autorů, např. Dostálová cituje myšlenku pacientky: „A teď tu jsem, zmrzačená, a na tu jizvu se vůbec nemám odvahu podívat. A pořád si říkám, proč právě já? Jak je to vůbec možné? Co bude dál? Hrozím se všeho, co přijde...“²

Ženě je tedy sdělena diagnóza, nabídnuta léčba, jsou řešeny komplikace. Je však nutné zamyslet se i nad psychickou stránkou nemoci. Jaký dopad má karcinom prsu na psychiku ženy. Pacientka mnohdy přijde vlivem léčby o celý prs či jeho část, mohou jí vypadat vlasy, zhubne, zvrací. Jistě se bojí o svůj život, připadá si jako žena neatraktivní, nemůže zabezpečit rodinu a starat se o ni. Obvykle však onemocní ženy starší 50 let, je tedy docela možné, že některé aspekty nemoci je psychicky neovlivňují, např. tělesný vzhled. Nabízí se i úvaha nad tím, zda rakovina prsu vůbec ženy psychicky ovlivní, nebo ji vnímají jako každou jinou nemoc.

¹ Konopásek, Javůrková, 1998, s. 12

² Dostálová, 1993, s. 10

Cílem bakalářské práce je proto objasnit diagnózu karcinom prsu, prevenci, vyšetření, léčbu a péči po léčbě. Dále zjistit, jaké pocity žena prožívala po sdělení diagnózy, čeho se v průběhu terapie nejvíce obávala, jaké změny se během léčby vyskytly v jejím nejbližším psychosociálním okolí, kdo byl ženě největší oporou a motivací k léčbě a dále zmapovat dopad onemocnění na psychiku ženy po ukončení léčby.

K získání potřebných informací v mé bakalářské práci byla vybrána metoda dotazníku, který nejlépe splňoval požadavky na získání přesných dat bez přímého kontaktu s respondenty. Nejprve byla provedena pilotní studie. Dotazníky byly vypracovány anonymně, respondentky na ně odpovídaly písemně vyplněním vždy jedné odpovědi.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Karcinom prsu

„Termínem karcinom prsu jsou označovány různé histologické formy maligních nádorů vznikajících z epiteliálních buněk mléčné žlázy. Jednotlivé typy se liší klinickým a radiologickým nálezem, biologickými vlastnostmi a aktivitou. Navzdory těmto odlišnostem mají společné to, že infiltrují maligními buňkami prsní žlázu, mají schopnost invaze do okolních struktur a tvorby vzdálených metastáz. Růst nádoru je velmi často závislý na hormonální stimulaci, z čehož plyne i možnost využití hormonální léčby. Karcinomy prsu jsou středně chemosenzitivní a radiosenzitivní, takže tyto léčebné postupy jsou spolu s hormonoterapií používány jak v rámci adjuvantní či neadjuvantní léčby operabilních stadií nemoci, tak v rámci paliativní léčby inoperabilních či metastatických nálezů.“³

1.1 Historie karcinomu prsu

Karcinom prsu je onemocnění se starobyrou historií, které doprovází lidstvo od nepaměti. První zmínky o této chorobě pocházejí z doby 3000 let před Kristem, uložených ve staroegyptských papyrech. Tímto onemocněním se zabýval i Hippokrates, později Galén. Novější historie poznávání charakteru onemocnění a snah o účinnou léčbu se datuje od počátku 19. století.

Ve výtvarném umění byla ňadra zobrazována jako atribut ženství, ženské krásy a plodivé síly po celé dějiny. Existují četná vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly zhoubným nádorem prsu. Nejznámější z tohoto hlediska je Rembrandtův obraz „Betsabé v lázni“. Modelkou byla umělcova druhá žena, která je namalována se známkami pravděpodobného karcinomu levého prsu. Znamky karcinomu prsu jsou patrné i u ženských postav zobrazených v dílech od Michelangela či Raffaela. Svatá Agáta, která zemřela mučednickou smrtí, je zobrazována s podnosem, na kterém jsou umístěny prsy odejmuté během tortury. Tato žena se koncem 19. století začala považovat za patronku žen po amputaci prsu.

³ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 195

Dvacáté století je poznamenáno prudkým vývojem znalostí a rozvojem léčebných způsobů a metod a tak dochází k prodloužení života, zlepšení jeho kvality a snížení úmrtnosti.⁴

2 Anatomie mléčné žlázy

Mléčná žláza je největší kožní žláza tvořící jeden z přídatných pohlavních orgánů. Její vývoj i rozvoj je regulován hormony vaječnicků a podvěsku mozkového. Zakládá se u obou pohlaví v době embryonálního vývoje jako ztlustění epidermis, které se táhne od podpažní jamky do tříselné krajiny.⁵

„Normální dospělá mléčná žláza se skládá z epitelových a stromálních elementů. Epitel vytváří sérii větviček se duktů, které se spojují ve strukturální a funkční jednotku mléčné žlázy – lobulus (lalůček). Hlavní mlékovody vyúsťují v bradavce. Stroma se skládá z variabilního množství tukové a fibrózní pojivové tkáně a představuje většinu objemu nelaktujícího prsu.“⁶

Prs se vyklenuje ve svislém směru na přední stěně hrudní od třetího k šestému žeburu, příčně od okraje hrudní kosti ke kolmici spuštěné ze středu podpažní jamky. Velikost i tvar prsu je individuální a závisí na mnoha faktorech. Obvykle však oba prsy nebývají symetrické. Kůže prsu je tenká a jemná, značně citlivá. Na vrcholu vyklenutí prsu se nachází tmavě pigmentovaný prsní dvorec s bradavkou prsní, která je bohatě zásobena senzoryckými nervovými vlákny.⁷

Mléčná žláza může být postižena různými funkčními či vývojovými odchylkami.

2.1 Anatomická sublokace

„Karcinom prsu (C 50).

Anatomická sublokace: bradavka (C50.0), centrální část (C50.1), horní vnitřní kvadrant (C 50.2), dolní vnitřní kvadrant (C 50.3), horní zevní kvadrant (C50.4), dolní zevní kvadrant (C 50.5), axilární výběžek (C 50.6). Diagnóza musí být histologicky ověřena.“⁸

⁴ Abrahámová, Dušek, a kol., 2003, s. 11-13

⁵ Linc, Doubková, 2003, s. 81

⁶ Abrahámová, Povýšil, Horák, a kol., 2000, s. 19

⁷ Linc, Doubková, 2003, s. 81-82

⁸ Šlampa, a kol., 2007, s. 92

Nejčastěji bývá postižen horní zevní kvadrant (47 %), následuje horní vnitřní kvadrant (14 %), dolní zevní kvadrant (7 %) a dolní vnitřní kvadrant (2 %).

3 Epidemiologie

„Epidemiologie je věda zabývající se studiem výskytu chorob a faktory, které jej ovlivňují. Původně epidemiologie studovala výskyt a šíření především infekčních nemocí, ale dnes sleduje i ostatní nemoci, zejména civilizační.“⁹

„V ČR vydává přehled epidemiologických ukazatelů Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Z údajů vyplývá, že incidence nádorových onemocnění v ČR trvale stoupá. Ve srovnání se světovým standardem je u nás vzestup počtu nádorových onemocnění vyšší.“¹⁰

„Zásadním předpokladem hodnocení epidemiologie zhoubných nádorů je dostupnost dostatečně rozsáhlých a úplných populačních dat. Díky populačnímu Národnímu onkologickému registru má Česká republika takováto data k dispozici, a to aktuálně s údaji validovanými až do roku 2005. U nejvýznamnější onkologické diagnózy ženské populace, zhoubného novotvaru prsu, přinášejí data NOR mimo jiné také důkaz skutečného populačního vlivu organizovaného programu screeningu karcinomu prsu.“¹¹

3.1 Incidence a prevalence karcinomu prsu u žen

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. V roce 2005 představoval 17 % všech nově diagnostikovaných maligních onemocnění v ženské populaci. V roce 2005 dosáhl počet nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen počtu 5533, což představuje 105,4 nádorů na 100 tisíc žen. Počet žijících žen s nádorem prsu nebo jeho historií (tedy tzv. prevalence) pak byl v roce 2005 celkem 49 539, což je 944 na 100 tisíc žen.

⁹ Vokurka, Hugo, 1998, s. 109

¹⁰ Klener, 2002, s. 7

¹¹ Abrahámová, 2008, s. 126

Česká republika zaujímá ve srovnání s evropskými zeměmi 17. místo a ve srovnání s ostatními zeměmi světa 23. místo v počtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 tisíc žen.¹²

3.2 Mortalita na nádory prsu u žen

„Nádory prsu představují nejen hlavní incidenční nádorovou zátěž ženské populace, ale jsou také stále nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění. Ročně na ně v ČR umírá přibližně 1950 žen, tedy 37 ze 100 tisíc žen. Celkově jsou pak nádory prsu příčinou úmrtí 3,6 % žen v populaci. Pozitivním zjištěním je, že přes stále rostoucí incidenci nádorů prsu úmrtnost na tento typ nádoru dlouhodobě stagnuje, což je důsledek zlepšování úspěšnosti léčby a vyšší efektivity při zachytu časných stadií onemocnění.“¹³

3.3 Věk žen s nádorem prsu

Incidence karcinomu prsu u žen výrazně narůstá po 40. roku věku. V období 2001-2005 bylo ve věku 53-73 let 50 % nemocných, střední hodnota byla 62 let. Z pohledu trendu incidence je pozorován největší nárůst nově diagnostikovaných nádorů prsu na 100 tisíc žen ve věku 50-59 let o 34 % a ve věku 60-69 let o 24 %. Rostoucí trend je patrný i v jiných věkových kategoriích, je však méně výrazný. Vývoj u žen do 39 let lze označit za stagnující.¹⁴

Přehled incidence karcinomu prsu u žen dle věkové kategorie, časového vývoje a regionální přehled s indexem růstu v procentech je uveden v příloze č. 3.

3.4 Morfologie nádorů prsu a stadia onemocnění

„Zásadní charakteristikou nově diagnostikovaného nádoru je jeho morfologický typ, biologické chování (maligní nebo benigní), přesná lokalizace (topografie) a stadium pokročilosti onemocnění. Podle údajů z let 2000-2005 je nejčastějším typem zhoubného

¹² Tamtéž

¹³ Tamtéž, s. 127

¹⁴ Tamtéž

novotvaru prsu u žen skupina duktálních karcinomů (73 %), druhým nejčastějším typem je karcinom lobulární (14 %).¹⁵

4 Rizikové faktory

Můžeme rozdělit na rizikové faktory prokázané a pravděpodobné – diskutované. Přehled závažnosti rizikových faktorů pro karcinom prsu viz příloha č. 4.

4.1 Prokázané rizikové faktory

1) **Věk** - riziko karcinomu prsu prudce narůstá v období aktivního menstruačního období. Před 20. rokem věku se karcinom prsu vyskytuje spíše výjimečně, nejvyšší incidence je patrná kolem 65. roku věku. Po menopauze se dále zvyšuje, ale už ne tak strmě.

2) **Karcinom prsu v rodinné anamnéze** - karcinom prsu u pokrevných příbuzných zvyšuje pravděpodobnost výskytu tohoto nádoru. Riziko se zvyšuje, je-li postiženo karcinomem prsu více pokrevních příbuzných.

3) Na podkladě rizikové rodinné anamnézy z hlediska výskytu nádorového onemocnění posuzujeme nejméně 3 generace.¹⁶

4) **Celková doba menstruační aktivity** - u žen s delší dobou estrogenní stimulace, tj. časný věk menstruace a pozdní věk menopauzy, hrozí zvýšené riziko onemocnění rakovinou prsu. Bylo prokázáno, že ženy, u kterých proběhla menopauza po 55. roce věku, mají dvojnásobně vyšší riziko rozvoje nádoru prsu než ženy s menopauzou před 45. rokem věku.¹⁷

5) **Radiace** - ozáření mléčné žlázy hlavně v období jejího vývoje má za následek zvýšené riziko pro vznik karcinomu v pozdějším věku. Jedná se především o ženy, které byly ozářeny v dětství pro benigní afekce, při léčbě poporodní mastitidy a při protizánětlivé léčbě (v souladu s tehdejším stavem vědomostí a znalostí léčby). Jiným

¹⁵ Mužík, J., Dušek L., Abrahámová, J., a Koptíková, J. Stručný přehled epidemiologie zhoubného novotvaru prsu v České republice [online] [cit 2009-12-14]. Dostupné na <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro.lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>

¹⁶ Konopásek, Petruželka, 1997, s. 19

¹⁷ Abrahámová, Povýšil, Horák, a kol., 2000, s. 11

případem jsou ženy, které v dětství prodělaly zhoubný nádor, a základ mléčné žlázy byl obsažen v ozařovaném objemu.¹⁸

6) Věk prvního těhotenství - ženy prvorodičky po 35. roce věku mají riziko vzniku karcinomu prsu až třikrát vyšší než prvorodičky před 20. rokem věku. Ženy, které nerodily, mají obecně větší riziko vzniku rakoviny prsu.

7) Fibrocystická nemoc prsu - jako nejčastější rizikový faktor se udává atypická hyperplazie prsu. K posouzení rizika vzniku karcinomu prsu je základní podmínkou histologická diagnóza.¹⁹

8) Jiná zhoubná onemocnění - výskyt jakéhokoliv jiného maligního onemocnění zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu.

9) Obezita - výrazně obézním ženám po menopauze hrozí zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu.²⁰

4.2 Pravděpodobné – diskutované rizikové faktory

1) Faktory životního stylu - např. dieta bohatá na tuky, alkohol, perorální kontraceptiva, kouření, nedostatek fyzické aktivity apod.

2) Faktory osobní anamnézy - např. rasa, geografická oblast, tělesná výška, střední krevní tlak apod.

3) Ostatní faktory - např. vzdělání, bydliště, životní prostředí, psychologické aspekty apod.

¹⁸ Tamtéž, s. 14

¹⁹ Konopásek, Petruželka, 1997, s. 20

²⁰ Tamtéž, s. 21

5 Protektivní faktory

Jsou známé některé vlivy, které mohou snižovat riziko vzniku karcinomu prsu, mezi které patří:

- 1) **Těhotenství před 20. rokem věku** - první těhotenství ukončené porodem před 20. rokem věku snižuje riziko vzniku nádoru prsu o 2/3 oproti ženě, která poprvé porodí po 35. roce věku.
- 2) **Fyzická aktivita** - ženy, které měly v dětství větší fyzickou aktivitu, mají nižší riziko.²¹
- 3) **Kojení** - „akt kojení a délka doby kojení ovlivňují přímo hladinu estrogenů v ženském organismu a byly potvrzeny jako faktory s protektivním účinkem na rozvoj maligního onemocnění prsu.“²²
- 4) **Vitamín A, β-karoten, omega-3 mastné kyseliny.**

²¹ Tamtéž, s. 22

²² Abrahámová, Dušek, a kol., 2003, s. 46

6 Prevence

„Prevence znamená předcházení nemoci. Rozlišujeme primární prevenci, která je zaměřena proti vzniku nemoci a sekundární prevenci, která se snaží zabránit dalšímu rozvoji nemoci již vzniklé.“²³ Dispenzarizací již vyléčených pacientů se zabývá terciární prevence.

6.1 Primární prevence

Doporučení s cílem primární prevence:

- 1) omezení užívání exogenních estrogenů,
- 2) dieta s nízkým obsahem tuku,
- 3) omezená spotřeba alkoholu²⁴ a tabákových výrobků,
- 4) zdravější životní styl a zvýšená tělesná aktivita.

6.2 Sekundární prevence

Doporučení s cílem sekundární prevence:

- 1) **Samovyšetřování prsů** - je nejjednodušší metodou včasného záchytu karcinomu prsu, kterou si žena provádí pravidelně každý měsíc sama. Samovyšetřování je doporučeno pro všechny ženy starší 25 let vždy druhý až třetí den po ukončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí.
- 2) **„Vyšetření prsů lékařem** - mezi 20. - 40. rokem věku by se měla žena podrobit nejméně jednou za tři roky lékařskému vyšetření prsů. U žen nad 40 let, kdy riziko značně narůstá, by mělo být preventivní lékařské vyšetření provedeno každý rok.“²⁵
- 3) **Mamografický screening** - screeningem nazýváme aktivní vyhledávání a diagnostiku prekanceróz a zhoubných nádorů v časných stádiích.

Národní program mamografického screeningu probíhá v ČR od roku 2002. Zdravotní pojišťovny vyšetření hradí pacientkám od 44 let, vždy jednou za dva roky. U žen se zvýšeným rizikem karcinomu prsu od 35 let věku. Záchyt časných stadií vede až k 30 % poklesu mortality.

²³ Vokurka, Hugo, 1998, s. 361

²⁴ Konopásek, Petruželka, 1997, s. 23

²⁵ Tamtéž, s. 23-24

Za další metodu screeningu řadíme samovyšetřování prsu u žen mladších 25 let věku, fyzikální vyšetření prsů a regionálních uzlin praktickým lékařem a gynekologem při preventivních prohlídkách 1x ročně.

V České republice je screening karcinomu prsu řadu let běžnou součástí zdravotní péče, proto není pravidelná výzva k vyšetření provázena zvýšenou anxiozitou. Lze tedy obecně říci, že screening rakoviny prsu u žen má i pozitivní psychologické aspekty.

6.3 Terciární prevence

„Terciární prevence znamená sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním s cílem včas odhalit recidivu nebo relaps onemocnění. Nelze zapomínat, že u nemocných, kteří prodělali protinádorovou léčbu, je kromě rizika recidivy onemocnění i jisté riziko vzniku tzv. sekundárních malignit. K zajištění terciární prevence významně přispívá dispenzární péče. Vyhláška MZ ČR č. 60/1997 Sb. ukládá povinnost dispenzarizovat všechny nemocné s diagnostikovaným maligním nebo potenciálně maligním onemocněním, dále všechny osoby s familiárním výskytem nádorů a nemocné s diagnostikovanou prekancerózou. Vyhláška stanoví u těchto osob pravidelné prohlídky v intervalech 3-12 měsíců.“²⁶

„Trvalá dispenzarizace plní tři úkoly:

- 1) snaží se včas odhalit lokální recidivu či vzdálené metastázy nádorové nemoci,
- 2) sleduje a léčí pozdní následky onkologické terapie,
- 3) snaží se zachytit možnou duplicitní nádorovou chorobu.“²⁷

²⁶ Klener, 2002, s. 111

²⁷ Konopásek, Petruželka, 1997, s. 100

7 Příznaky

V počátečních stadiích růstu neprovází karcinom prsu obvykle žádné klinické příznaky. Nádor větších rozměrů se může projevit jako hmatná bulka, většinou nebolestivá, později může být provázena i zvětšením podpažních lymfatických uzlin.

Je proto velice důležité, aby žena dobře znala své prsy, pravidelně si prováděla jejich samovyšetřování a aktivně pátrala po eventuálních příznacích zhoubného onemocnění. Při výskytu jednoho nebo více symptomů by se měla žena dostavit k podrobnému vyšetření lékařem.

Samovyšetřování prsu viz příloha č. 5.

Mezi nejčastější příznaky při vyšetřování patří:

- 1) **hmatná bulka či uzel v prsu nebo v axile,**
- 2) **změny konfigurace prsu** - jeho zvětšení, zmenšení či retrakce,
- 3) **zvýrazněné žilní pleteně,**
- 4) **povrchové změny na bradavce** - šupinatění nebo eroze, asymetrie bradavek, ulcerace a ekzém bradavky, oploštění bradavky či její vpáčení,
- 5) **vtahování kůže** - rezistence svou částečnou fixací vtahuje kůži,
- 6) **důlkovatění** - rezistence v prsu vtahuje část tkáně tak, že je zevně viditelná změna tvaru důlku,
- 7) **bolest či zatuhnutí prsu,**
- 8) **edém či erytém kůže,**
- 9) **vážnutí při souhybu** - asymetrie prsu při pohybech paží, kdy dochází k překážce při pohybu a vtahování,
- 10) **otok paže.**

Mezi příznaky pokročilého onemocnění řadíme:

- 1) **výtok z bradavky** - zejména s příměsí krve,
- 2) **exulcerace,**
- 3) **bolesti v kostech** - z metastatického postižení skeletu,
- 4) **celkové příznaky** - úbytek hmotnosti, nechutenství, febrilie, dušnost,
- 5) **paraneoplastické příznaky** - dermatomyozitida, neuromuskulární syndromy, acanthosis nigricans.

Samotné samovyšetřování prsu ženou a odborné vyšetření lékařem mnohdy nestačí ke zjištění všech nádorů prsu. Zde pomáhají preventivní vyšetření jinými metodami, např. mamografie, ultrazvuk atd.

8 Diagnostika

Diagnóza karcinomu prsu musí být stanovena na základě odborného vyšetření, jejímž základem je klinické vyšetření a zobrazovací metody. Mezi další metody řadíme vyšetření krve, biopsii, molekulárně biologické vyšetření a histopatologické vyšetření.

Další diagnostické postupy nás informují o případném metastatickém postižení či o zřejmí vztah nádoru a plánované terapie.

8.1 Klinické vyšetření

Klinické vyšetření představuje základní vyšetření, které žena podstupuje. Skládá se z rodinné, osobní a gynekologické anamnézy a z fyzikálního vyšetření, které se zaměřuje především na prsy a spádové uzliny, ale i na jiné potíže pacientky (např. potíže při dýchání, bolesti v zádech, aj.)²⁸

„**Pohledem** zjišťujeme symetrii prsů, souhyby s dýcháním, pravidelnost areoly, stav bradavek a kůže prsu. Rozšířená žilní pleteň může svědčit o zvýšené aktivitě v prsu postiženém nádorem. Někdy se patologické změny zvýrazní při upažení. Také charakter kůže připomínající pomerančovou kůru je známkou nádoru.

Pohmatem vyšetříme systematicky všechny kvadranty prsu, nejlépe proti tvrdé podložce. Posoudíme velikost rezistence, její pohyblivost proti hrudní stěně a kůži, ohraničení a konzistenci. Palpace musí zahrnovat též vyšetření axilárních, nadklíčkových a podklíčkových uzlin.“²⁹

8.2 Zobrazovací metody

Nejdostupnější ze zobrazovacích metod je ultrazvuková diagnostika a rentgenové vyšetření, které se doporučuje provádět nejlépe 5. - 8. den po ukončení menstruace.

²⁸ Šlampa, Petera, a kol., 2007, s. 206

²⁹ Klener, 2002, s. 499-500

1) Mamografie (MG) - tato rentgenová metoda se zaměřuje na preventivní vyšetření prsní žlázy žen, u kterých se dosud neobjevily žádné příznaky karcinomu prsu. Cílem je vyhledávat nehmatné patologické změny v prsu. Další úlohou mamografického vyšetření je zobrazování a hodnocení hmatných změn prsní žlázy. Cílem je zjistit velikost a počet útvarů v prsu a vztah k okolním strukturám. Největší uplatnění má MG u žen středního a vyššího věku, kdy bývá parenchym žlázy již v involuci a tak je obraz dobře hodnotitelný a přehledný. Přínos MG u mladých žen se snižuje a hrozí riziko neodhalení malé i větší změny v prsu.³⁰

2) Ultrasonografické vyšetření prsu - se užívá jako doplňující vyšetření prsu při MG, při vyšetření hmatných změn v prsu u mladých žen a dále při hodnocení pooperačních změn a k vyhledávání recidiv.³¹ Ultrasonografie má vysokou senzitivitu (až 95 %) a umožňuje i cílené bioptické vyšetření. Jedná se o nezatěžující vyšetření, které mohou podstoupit i těhotné ženy. Společně s ultrasonografií prsu se doporučuje provádět i sonografie axily a nadklíčku.

3) Magnetická rezonance - indikací k tomuto zobrazovacímu vyšetření jsou nádorová ložiska ve stejném kvadrantu jako primární tumor, více skrytých ložisek mimo kvadrant s primárním tumorem, těžké dysplazie u mladých žen, či vyšetření prsu např. po zavedení silikonového implantátu.

4) Výpočetní tomografie (CT) - tato metoda slouží k posouzení vztahu primárního nádoru ve vztahu k okolním tkáním a orgánům.

5) Duktografie - se užívá k odhalení intraduktálních nádorů, zejména při sekreci krve z prsní bradavky.³²

6) Pneumocystografie - „po předchozí evakuaci tekutého obsahu cystického útvaru umožňuje následná insuflace vzduchu přesnější posouzení vnitřního povrchu cysty a event. identifikaci expanzivních změn.“³³

8.3 Vyšetření krve

Mezi standardní laboratorní vyšetření řadíme hematologické a biochemické vyšetření.

³⁰ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 196-197

³¹ Tamtéž, s. 197

³² Šlampa, Petera, a kol., 2007, s. 207

³³ Abrahámová, Povýšil, Horák, a kol., 2000, s. 45

1) Hematologické vyšetření - jedná se o základní vyšetření krve, které nám upřesňuje celkový stav pacientky, nádorové onemocnění neodhalí. O přítomnosti nádorových buněk nás informuje vyšetření kostní dřeně.

2) Biochemické vyšetření - zahrnuje vyšetření hladiny jaterních testů, minerálů, urey, kreatininu a biochemické vyšetření moči, jejich výsledky slouží pouze jako součást základního vyšetření, či k odhalení průvodních komplikací základního onemocnění.

Pro stanovení diagnózy karcinomu prsu či k detekci metastáz a recidiv se v krvi vyšetřují tzv. **nádorové markery**. Mezi nejčastěji sledované patří **CEA** (tzv. karcinoembryonální antigen), který se vyskytuje až v 50 % případů s přítomností vzdálených metastáz. Dalším vyšetřovaným markerem je **CA 15-3**, který však může být zvýšen i v případě lokálního onemocnění. V praxi mívá přibližně 60 % pacientek zvýšený jen či druhý uvedený marker, ale není výjimkou, že i u pokročilého onemocnění může být pacientka zcela bez zvýšených hodnot těchto markerů.³⁴

8.4 Biopsie

„Bioptické vyšetření patologického útvaru má rozhodující význam pro stanovení diagnózy. Punkce tenkou jehlou (FNA) má význam spíše pro rozlišení cystického a solidního útvaru, ale histologické vyšetření je možné pouze samořeznou jehlou (core biopsy, »tru-cut«) v místní nebo celkové anestézii. Touto biopsií se získá dostatečné množství nádorové tkáně k histologickému vyšetření i k určení hormonálních receptorů.

U nehmatných útvarů zjištěných zobrazovacími metodami lze provést otevřenou biopsii z chirurgického řezu, po předchozím označení patologického ložiska háčkem z tenkého drátu, zavedeným pod ultrasonografickou kontrolou. Osvědčila se též aplikace methylenové modři do těsného okolí nádoru. Barva zůstává ve tkáni několik dní.

Nejbezpečnějším diagnostickým postupem je operační biopsie při extirpaci celého nádoru. Histologické vyšetření ze zmrazeného řezu v průběhu operace umožní chirurgovi rozhodování o rozsahu operačního výkonu.³⁵

Kromě biopsie patologického ložiska můžeme provádět i biopsii sentinelové uzliny, což je první spádová lymfatická uzlina na přímé drenážní cestě z místa primárního nádoru.

³⁴ Adam, Vorlíček, Vaníček a kol., 2002, s. 199

³⁵ Klener, 2002, s. 501-502

Cílem bioptického vyšetření je kromě potvrzení diagnózy i získání informací o histologickém typu tumoru, radikalitě operačního výkonu (bezpečnost okrajů) a dalších vlastnostech nádoru.

Růst nádoru prsu je často regulovaný ženskými pohlavními hormony, proto se provádí stanovení buněčné koncentrace estrogenních a progesteronových receptorů v tumoru. Lze tak zjistit, které pacientky mají dobrou prognózu a současně lze předpovědět benefit antihormonální terapie. Toto vyšetření se provádí pomocí imunohistochemie ze vzorku nádorové tkáně.³⁶

8.5 Molekulárně biologické vyšetření

„V současné době lze již standardně vyšetřit ER a PR. U žen mladších 30 let s pozitivní rodinnou anamnézou anebo u žen s bilaterálním karcinomem prsu nebo karcinomem ovaria je potřebné určení mutace genů BRCA-1 a BRCA-2.“³⁷

8.6 Staging

Staging neboli stanovení klinického stadia nemoci musíme určit před zahájením léčby, jelikož má zásadní význam pro volbu léčebných prostředků.

Ke stanovení klinického stadia nemoci používáme klasifikaci **TNM**. Po operaci se na základě operačního nálezu a histologického vyšetření stanovuje tzv. **pTNM** neboli pooperační patologická klasifikace.

8.6.1 TNM klasifikace

„Při srovnávání výsledků léčby, a to jak mezi jednotlivými pracovišti v jedné zemi, tak i při srovnávání mezinárodním, je nutné ujednacení srovnatelných podmínek. V našem případě rozsahu choroby. Samozřejmě, že rozsah choroby má velký vliv na prognózu onemocnění. Jsou používány nejrůznější systémy, z nichž nejuniverzálnější je systém TNM, vypracovaný UICC (Union Internationale Contre le Cancer).

³⁶ DeVita, Jr., Hellman, a Rosenberg, 2005, s. 3-4

³⁷ Šlampa, Petera, a kol., 2007, s. 207

Podle tohoto systému je každé histologicky ověřené onemocnění ohodnoceno pomocí tří kategorií:

T - rozsah primárního nádoru

N - stav regionálních lymfatických uzlin

M - přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

K těmto písmenům se přiřazují dle rozsahu postižení hodnoty - u T 0-4, u N 0-3, u M 0-1. Čím vyšší číslo, tím větší rozsah a šíření. Tímto způsobem používaná klasifikace představuje velké množství kombinací, a proto se tyto kombinace shrnují do čtyř stadií.

Stadium I - představuje pouze lokální růst, bez jakékoliv diseminace.

Stadium II - představuje buď rozsáhlý lokální růst, bez diseminace, nebo minimální růst s počínající regionální diseminací.

Stadium III - představuje rozsáhlé lokální a regionální postižení bez vzdálené diseminace.

Stadium IV - představuje buď lokální přerůstání na jiné okolní tkáň, nebo i při malém místním postižení tvorbu vzdálených metastáz.

Klasifikace má svá všeobecná pravidla, která musí být striktně dodržena.³⁸

Primární nádor je klinicky klasifikován následovně:

T - rozsah primárního nádoru

TX - primární nádor nelze hodnotit

T0 - bez známek primárního nádoru

TIS - karcinom in situ: intraduktální nebo lobulární karcinom in situ nebo Pagetova choroba bradavky bez prokazatelného nádoru

T1, T1a, T1b, T1c, T2, T3, T4, T4a, T4b, T4c, T4d → přesná velikost primárního nádoru, jeho prorůstání do hrudní stěny.

Patologická klasifikace (pT) je stejná jako klinická.

N - stav regionálních lymfatických uzlin

NX - regionální mízní uzliny nelze hodnotit

N0 - v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy

N1, N2a, N2b, N3, N3a, N3b, N3c → přesná lokalizace a velikost metastáz v uzlinách.

³⁸ Spurný, Šlampa, 1999, s. 7

Patologická klasifikace regionálních uzlin (pN) je klasifikovaná následovně:
pNx - regionální mízní uzliny nelze hodnotit
pN0 - v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
pN1, pN1a, pN1b, pN1bi, pN1bii, pN1biii, pN1biv, pN2, pN3 → přesná lokalizace a velikost metastáz v uzlinách.

M - přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

MX - vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 - nejsou vzdálené metastázy

M1 - přítomnost vzdálených metastáz.

Patologická klasifikace (pM) je stejná jako klinická.³⁹

8.7 Histologická klasifikace

Rakovina prsu se nejčastěji vytváří z terminálních lalůčků a vývodů mléčné žlázy. Mléčná žláza může být postižena různými funkčními či vývojovými odchylkami. Rozlišujeme:

1) „Premaligní změny - karcinom prsu může vzniknout i na podkladě benigních změn v prsní žláze. Mezi premaligní změny patří duktální hyperplazie, atypická duktální a lobulární hyperplazie.

2) Maligní neinvazivní nádory - duktální karcinom in situ (DCis) a lobulární karcinom in situ (LCis) se řadí již mezi maligní, avšak neinvazivní tumory.

3) Maligní invazivní nádory - invazivní karcinomy mléčné žlázy se dělí na duktální (84 %), lobulární (15 %), a nezařaditelné (1 %). Pro lobulární karcinom je typický častý multifokální či multicentrický výskyt jak v rámci jednoho prsu, tak častější bilaterální postižení. Inflatorní karcinom je charakterizován difuzní červenohnědavou indurací kůže prsu s erysipeloidními okraji, většinou bez hmatné resistance pod kůží. Tato klinická manifestace je způsobena nádorovou embolizací do kožních lymfatických cév. V prsní žláze se může rovněž vyskytnout cystosarcoma phyloides, angiosarkom nebo primární lymfom.

Karcinomy prsu jsou dále rozdělovány dle určitých mikroskopických vlastností tzv. **histologickým gradingem**. Histologický grading zahrnuje tkáňovou diferenciaci

³⁹ EORTC, 2000, s. 30-32

(množství vytvořených tubulárních struktur), buněčnou diferenciaci (hodnotící velikost a tvar buněk, jader, počet jadérek) a proliferaci (hodnotící počet mitóz). Používán je 4 - stupňový grading, tj. systém G1-G4, kde G1 znamená dobrou diferenciaci, G2 střední diferenciaci, G3 nízkou diferenciaci a G4 buňky nediferencované (anaplastické).⁴⁰

4) Metastatický (diseminovaný) karcinom prsu - je komplexní název pro karcinom prsu se vzdálenými metastázami různé pokročilosti. Vyznačuje se širokým spektrem klinických projevů a variabilním průběhem. Včasně indikovaná léčba přispívá k relativně dlouhému přežití žen s nádorem prsu. Cílem této paliativní léčby je tady přežití pacientek s co nejmenšími toxickými příznaky způsobenými léčbou.⁴¹ Karcinom prsu nejčastěji metastazuje do skeletu (70 % nemocných), do jater (25 % nemocných), do plic a mozku.

9 Léčba

Po stanovení diagnózy je léčba určena na základě multidisciplinární spolupráce oborů, ke kterým se řadí klinická a radiační onkologie, radiodiagnostika, chirurgie, patologie, gynekologie, event. psychologie a další. Standardní léčebné postupy pro danou diagnózu musí být v souladu se standardy České onkologické společnosti.

Zvolená léčba závisí na rozsahu a klinickém stadiu onemocnění, přidružených onemocněních, prediktivních a prognostických faktorech, věku a na celkovém stavu a přání pacientky. Léčebná strategie zahrnuje většinou kombinaci lokální léčby (operace, radioterapie) a systémové léčby (chemoterapie, hormonální léčba, imunoterapie, léčba podpůrná apod.)

„Všechny léčebné postupy mají své dané indikace. Podle rozsahu onemocnění lze karcinomy prsu rozdělit na čtyři základní prognosticky odlišné skupiny:

- 1) čisté neinvazivní nádory, tj. DCis a LCis (st. 0),
- 2) operabilní stadia - lokoregionálně invazivní karcinomy (st. I, II a některé IIIA),
- 3) inoperabilní - lokoregionálně invazivní (IIIB a některé st. IIIA),
- 4) metastazující či recidivující onemocnění (st. IV).⁴²

⁴⁰ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 199-202

⁴¹ Abrahámová, Povýšil, Horák, a kol., 2000, s. 282

⁴² Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 202

Léčba karcinomu prsu je odlišná u jednotlivých stadií:

- 1) **Stadium I** - základní metodou je léčba chirurgická, přednost se dává méně radikálním výkonům. Operaci je nutno doplnit radioterapií, která omezí riziko lokální recidivy. Ozařuje se 2 týdny po operaci dávkou 45-50 Gy. Po radikální operaci se adjuvantní radioterapie neindikuje.
- 2) **Stadium II** - na prvním místě stojí opět léčba chirurgická. Operace se doplňuje s adjuvantní chemoterapií, která se užívá u žen před menopauzou, bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost hormonálních receptorů. Chemoterapie se podává i ženám po menopauze, pokud nejsou přítomny estrogení receptory. V opačném případě se doporučuje hormonální léčba (tamoxifen, inhibitory aromatázy).
- 3) **Stadium III** - přednost se dává neadjuvantní chemoterapii. Po aplikaci 3-4 cyklů kombinované chemoterapie se doporučuje léčba chirurgická (většinou segmentální resekce či prostá mastektomie) po níž následuje pooperační radioterapie. Pokračuje se adjuvantní chemoterapií nebo hormonální léčbou podle stavu ovariální funkce a věku nemocných.
- 4) **Stadium IV** - užívá se léčba celková. Jako první se obvykle použije léčba hormonální. Při jejím selhání a v případech, ve kterých se hormonální léčba nehodí, se přistupuje k chemoterapii. Chirurgická léčba má jen doplňkový význam. Paliativní ozáření bývá vhodným prostředkem pro léčbu uzlinových či kožních metastáz a metastáz ve skeletu.⁴³

9.1 Lokální léčba

Do této kategorie řadíme operační léčbu a radioterapii.

9.1.1 Léčba chirurgická

V současné době při operačním odstranění nádoru dáváme přednost méně radikálním výkonům. Smyslem tohoto postupu je lokálně odstranit nádor, zachovat co největší funkci a co nejméně mutilovat pacienta.

Mezi operační výkony řadíme **modifikovanou radikální mastektomii** (dle Pateyho) při které se odstraňuje prs s pektorální fascií a tukově lymfatické tkáně

⁴³ Klener, 1996, s. 544-546

v rozsahu I. a II. axilární etáže. Techniky této operace jsou různé, výkon lze provést z jednoho či dvou řezů. V poslední době se lymfadenektomie omezuje na vynětí sentinelové uzliny.

Omezeně je indikovaná **prostá mastektomie**, provádí se jako doplňkový nebo sanační výkon u stadia III B nebo IV.

Axilární lymfadenektomie (exenterace axily) se provádí z druhé operační incize a je součástí radikální operace mléčné žlázy. Indikací k tomuto výkonu je fakt, že téměř 40 % žen s karcinmem prsu má uzliny postižené nádorem, i když je palpační nález negativní.

Mezi záchovné operace řadíme **kvadrantektomii** (segmentální mastektomii) kdy se vyjímá příslušný kvadrant prsu s nádorem, nebo se provádí **lumpektomie** (tumorektomie), což je extirpace nádoru s minimálně centimetrovým lemlem tkáně, která je nepostižená nádorem. Záchovné operace lze v některých případech doporučit i po úvodní chemoterapii u lokálně pokročilého karcinomu.

U žen, které podstoupily amputaci prsu a jsou 2-5 let bez známek nádoru a po skončené léčbě, se mohou provést **operace rekonstrukční**, kdy se s použitím implantovaného syntetického materiálu nebo z vlastní tkáně vytvaruje prs. Zdrojem této tkáně pro nový prs bývá užitá tkáň břišní stěny (přímý břišní sval) nebo tkáň z oblasti zad (široký sval zádový). Jako výplň slouží syntetický materiál nebo vlastní tuková tkáň. Rekonstrukce prsu by měla být nabídnuta jako jedna z možností před každou chirurgickou léčbou.⁴⁴

Pro prs šetřící výkony existují i absolutní a relativní kontraindikace:

„**Absolutní kontraindikace**: nesouhlas pacientky, chtěná gravidita mladší 18 týdnů (porod musí být před zahájením radioterapie), předchozí ozáření prsu nebo hrudníku, extenzivní difúzní známky přítomnosti suspektních ložisek v prsu (mikrokalcifikace), přítomnost nádorových buněk v okrajích preparátu po reoperaci, zánětlivý karcinom prsu.

Relativní kontraindikace: tumor větší než 4-5 cm v největším průměru, nepoměr mezi velikostí nádoru a prsu (špatný kosmetický výsledek), multifokalita nebo multicentricita nádoru, extenzivní intraduktální komponenta (přítomnost DCis na

⁴⁴ Klener, 2002, s. 504-505

periferii tumoru), diagnózy nebo stavy kontraindikující lokální radioterapii (sklerodermie, lupus erytematodes, syndrom ataxie-teleangiectázie).⁴⁵

Po operaci prsu je rekonvalescence podobná jako po jiných chirurgických zákrocích srovnatelného obsahu. Rozdíl je v rehabilitaci a psychickém stavu pacientky, kdy je třeba zabránit rozvoji deprese, úzkosti či pocitu méněcennosti.

9.1.2 Radioterapie

Je další z metod lokální léčby karcinomu prsu. Dělíme ji na radioterapii kurativní a radioterapii paliativní.

1) Radioterapie s kurativním záměrem - je možná pouze u ohraničených nádorů, a to ve formě **adjuvantní teleradioterapie** z vysokoenergetických zdrojů záření, jako jsou izotopové ozařovače a lineární urychlovače. Indikuje se především u nádorů větších než 5 cm, u pacientek ve III. klinickém stadiu, nebo jako doplněk konzervativních operačních výkonů.

Záření se zpravidla zahajuje po skončené adjuvantní chemoterapii a to zhruba do 6 měsíců. Tam, kde nelze použít systémovou léčbu, se ozařuje ihned, jakmile se operační rána zahojí. Prs se ozařuje ze dvou protilehlých polí dávkou 50 Gy v pěti týdnech. Následně je možné dosycení (boost) na oblast lůžka nádoru až do dávky 65 Gy. Pro dosažení tohoto efektu lze použít intersticiální aplikaci iridiových drátků, tzv. **brachyradioterapii**.⁴⁶

2) Radioterapie paliativní - je indikována v případech inoperabilních nádorů, vždy na oblast prsu a svodné lymfatické oblasti, dále u metastatického postižení (např. bolestivé metastázy skeletu či u hrozících kostních fraktur, nebo u metastatického onemocnění mozku). Dále se paliativní radioterapie používá v případě lokálních recidiv.⁴⁷

9.2 Systémová léčba

Do této kategorie řadíme chemoterapii, hormonální léčbu, imunoterapii, léčbu podpůrnou atd.

⁴⁵ Pavlišta, *Referátový výběr z Onkologie*, 2006, č. 1, s. 57

⁴⁶ Klener, 2002, s. 505

⁴⁷ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 203

9.2.1 Chemoterapie

Využívá systémového cytotoxického účinku a vzhledem k časně systémové diseminaci zaujímá pevné místo v komplexní léčbě rakoviny prsu.

Protinádorovou chemoterapii lze rozdělit do tří základních indikačních skupin:

1) „Adjuvantní chemoterapie - je léčba druhého sledu hned po předchozí chirurgické léčbě. Jejím cílem je likvidace tzv. zbytkové nemoci. Před menopauzou je indikována u všech nemocných s pozitivními uzlinami. Nepodává se u karcinomu »in situ«. Dále není nutná v případech, kdy velikost nádoru nepřesahovala 1 cm, a nebylo zjištěno postižení uzlin. Jinak, při negativním nálezu v uzlinách, se adjuvantní léčba považuje za vhodnou jen u rizikových nemocných. Podává se kombinace CMF (6 cyklů) nebo kombinace s antracykliny.

Trvání adjuvantní léčby je 6 měsíců. Může se kombinovat s adjuvantní hormonální léčbou. Ačkoliv adjuvantní léčba může být provázena řadou nežádoucích účinků, převažuje její pozitivní efekt.

2) Neadjuvantní chemoterapie - našla uplatnění u žen s pokročilým, ale technicky operabilním primárním nádorem s případným limitovaným postižením regionálních uzlin nebo u žen s velkým primárním nádorem omezené operability. Jejím cílem je zmenšení primárního nádoru, popř. uzlin, zlepšení operability a event. umožnění záchovných operací. Konečným cílem je ovšem prodloužení bezpříznakového období a celkové doby přežití. Pro neadjuvantní léčbu se osvědčila zejména kombinace FAC, nověji se dává přednost kombinaci doxorubicinu s docetaxelem.

3) Paliativní chemoterapie - je hlavní léčebnou metodou diseminovaného onemocnění. Za této situace nemá sice kurativní účinek, ale může navodit různě dlouho trvající remisi a přispět významně k prodloužení doby přežití.⁴⁸

„Fyzická zdatnost a efekt chemoterapie spolu souvisí. S klesající fyzickou zdatností mizí i přínos chemoterapie. Fyzická zdatnost pacienta má tedy předpovědní hodnotu pro rozhodování o podání či nepodání chemoterapie. K usnadnění komunikace byly proto vytvořeny klasifikační systémy⁴⁹, např. klasifikace celkové zdatnosti dle stupnice Karnofského viz příloha VI.

⁴⁸ Klener, 2002, s. 507

⁴⁹ Vorlíček, Vyzula, Adam, a kol., 2000, s. 21

9.2.2 Hormonální léčba

Má v léčbě rakoviny prsu své pevné místo. „Možnost dosáhnout remise souvisí s denzitou hormonálních receptorů. V neselektovaných souborech dosahuje hormonoterapie remise u 30 % pacientek a zastavení progresu u 40 %.“⁵⁰ Má různé formy, které dělíme do čtyř kategorií:

1) Ablativní léčba - jedná se o odstranění nebo vyřazení z funkce žlázy, které produkuje příslušný hormon, tj. ovaria. Účinek **ovarektomie** je rychlý a ekonomicky nejúspěšnější. Používá se nejdéle, avšak v současné době je stále častěji nahrazován dalšími možnostmi. Dnes nejčastěji používáme **radiační kastraci**, avšak nevýhodou je opožděný nástup - za dva až tři měsíce po aplikaci 15 Gy na oblast ovarií. Při **farmakologické kastraci** podáváme nadfyziologické dávky agonistů GnRH, což vede ke zvýšené produkci gonadotropinů a následkem vyčerpání hypofýzy dojde k dlouhodobému poklesu plazmatických koncentrací gonadotropinů a výsledkem je hypogonadotropní ovariální insuficience.⁵¹

2) Kompetitivní léčba - „znamená léčbu antiestrogeny. Mechanismus účinku spočívá zejména v obsazení ER, čímž znemožní vazbu estrogenu na ER. Základním antiestrogenem je tamoxifen, který se v současné době doporučuje v adjuvantním podání na dobu 5 let v dávce 20 mg/den. V léčbě paliativní je dávka stejná, a to do progresu onemocnění.“

3) Inhibiční léčba - spočívá v inhibici syntézy estrogenů produkovaných v postmenopauzálním období. V této době je hlavním zdrojem estrogenů aromatizace nadledvinových androgenů, která probíhá v periferních tkáních, a to zejména v tkáni tukové, svalech, játrech a nádorové tkáni. Na konečné konverzi androgenů na estrogeny se podílí enzym aromatáza ze skupiny enzymů cytochromu P-450.⁵² Neselektivní inhibitory aromatázy se již neužívají, nyní podáváme výhradně **selektivní inhibitory aromatázy**.

4) Aditivní léčba - spočívá v podání farmakologických dávek gestagenů, které způsobí pokles produkce FSH, LH a ACTH.⁵³

U lokalizovaného onemocnění **adjuvantní hormonální léčba** brání vzniku recidivy a popř. eliminuje zbytkovou nemoc. Předpokladem její účinnosti je přítomnost

⁵⁰ Adam, Vorlíček, Vaniček a kol., 2002, s. 205

⁵¹ Tamtéž, s. 205-206

⁵² Tamtéž, s. 206

⁵³ Tamtéž, s. 206

hormonálních receptorů na buňkách nádoru. Optimální účinek u žen po menopauze má léčba antiestrogeny (tamoxifen), který se pro svou nízkou toxicitu a dobrou toleranci a nízkou cenu považuje za lék první volby. Podává se v dávce 20 mg denně.⁵⁴ Při užívání tamoxifenu jsou v případě gynekologické symptomatologie doporučována pravidelná gynekologická vyšetření. Pokud je tamoxifen kontraindikován, zahajujeme adjuvantní hormonální léčbu inhibitorem aromatázy.

Hormonální léčba metastatického onemocnění se uplatňuje jak u žen po menopauze, tak i před menopauzou. „Léčba je indikována v přítomnosti oligosymptomatického, pomalu progredujícího onemocnění. V opačném případě, u symptomatického a rychle progredujícího onemocnění, je vhodnější zvolit chemoterapii, která má potenciál dosáhnout léčebné odpovědi rychleji a u většího počtu pacientek.“⁵⁵

9.2.3 Biologická léčba

„Biologická léčiva cíleně účinkují na specifické signální dráhy, které jsou důležité pro přežívání a proliferaci nádorových buněk. Ve srovnání s klasickými cytostatiky mají jiný profil toxicity a mechanismus účinku, a proto se s výhodou používají i v moderní multimodální a kombinované onkologické terapii. V současnosti je u nás registrován trastuzumab pro adjuvantní a paliativní terapii a bevacizumab pro paliativní léčbu karcinomu prsu. Přidání těchto léčiv k chemoterapii a jejich podávání v dlouhodobé udržovací léčbě významně zvyšuje procento klinických odpovědí, prodlužuje čas do progresu a prodlužuje dobu celkového přežívání pacientek. V klinických studiích se testuje řada dalších biologických látek, nejbližší k využití v běžné klinické praxi má lapatinib.“⁵⁶

9.2.4 Léčba podpůrná

Je neoddelitelnou součástí komplexní protinádorové léčby, neboť léčba cytostatiky nezpůsobuje pouze likvidaci nádorových buněk, ale i poškození buněk zdravých. Proto mohou být výsledky léčby ovlivněny komplikacemi, které způsobují

⁵⁴ Klener, 1996, s. 549

⁵⁵ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 207

⁵⁶ Büchler, T. Biologická léčba karcinomu prsu [online][cit 2010-04-21]. Dostupné na <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2008/3-2008/Biologicka-lecba-karcinomu-prsu/e-9q-a3-js.magarticle.aspx>

nežádoucí účinky vlastní protinádorové léčby, ale také samo nádorové onemocnění může být provázeno řadou velmi závažných komplikací.

„Komplexně pojatá podpůrná léčba je nepostradatelnou součástí protinádorové léčby. Jejím smyslem je především zabránit předčasnému úmrtí nemocných na komplikace provázející intenzivní léčbu. Přežije-li nemocný kritické období komplikací, má naději na remisi, popřípadě i na vyléčení. Podpůrná léčba využívající technické novinky a možnosti moderní farmakoterapie může však udržet při životě i nemocné s infaustní prognózou. Zdá se neetické tyto možnosti nevyužít, ale prodlužovat utrpení nemocného rovněž odporuje zásadám lékařské etiky.“⁵⁷

Léčba komplikací a nežádoucích účinků protinádorové léčby je popsána v kapitole 10 – „Vedlejší účinky léčby“.

9.3 Alternativní a komplementární léčba

Pod pojmem **alternativní léčba** u onkologických pacientů rozumíme různé léčebné prostředky nebo metody, které jsou aplikované u nemocných, kteří vkládají naději na úplné uzdravení, aniž by se léčili osvědčenými prostředky vědecké medicíny. Rozdíly mezi vědeckou a alternativní medicinou podle Heřta jsou uvedeny v příloze VII.

Tyto alternativní léčebné metody však mohou závažným způsobem ohrozit zdraví i život nemocného, protože léčitel obvykle nemá odpovědnost, a to jak právní, tak i lidskou. Některé léčitelské praktiky spočívají v podpůrné léčbě, či kladném působení na psychiku, která nemusí být nežádoucí, ale prokazatelně dosud žádný léčitel nevyléčil žádný zhoubný nádor.

Přehled tzv. alternativních a neprůkazných metod doporučovaných k léčbě nádorových onemocnění:

- 1) **spirituální a psychologické** - např. hypnóza, astrologie, okultismus, psychotronika, působení senzibilů, holotropní dýchání,
- 2) **nutriční** - makrobiotická dieta, polyvitamínové přípravky,
- 3) **manipulační** - akupunktura, akupresura, reflexologie, osteopatie,
- 4) **terapeutické a diagnostické přístroje** - negativní ionizátory, depolar, Abramův osciloklast, dichrograf,

⁵⁷ Klener, 1996, s. 263

- 5) **přírodní látky** - Bachova květinová léčba, verbalismus,
- 6) **léčení magnetismem** - magnetické náramky, radionika, eliminace geopatogenních zón, biomagnetismus, pulzní magnetické pole,
- 7) **léčba kameny** - drahokamy, barevné kameny,
- 8) **medikamentózní terapie** - homeopatie, živá a mrtvá voda, žraločí chrupavky, Beresovy kapky.⁵⁸

Komplementární léčba u onkologických pacientů se vyznačuje léčebnými způsoby, které mohou zlepšit toleranci protinádorové léčby a kvalitu života nemocných, nemají žádné nežádoucí účinky, ale nemohou být použity samostatně jako alternativa vědecké medicíny.

Do této kategorie lze zařadit fytoterapii, tedy léčbu čaji a některé komerční přípravky, ze kterých je nejznámější Wobenzym. Ten je doporučován např. v léčbě rezistentních otoků po mastektomii. Dalším přípravkem může být extrakt z pšeničných klíčků (Avemar), který v experimentu inhibuje tvorbu metastáz, apoptózu a má antioxidační účinky.

Vždy je však nutné, aby pacient každý takový „potravinový doplněk“ konzultoval se svým ošetřujícím onkologem.⁵⁹

⁵⁸ Klener, 2002, s. 251

⁵⁹ Tamtéž, s. 254

9.4 Psychoterapie

Psychologická péče je nedílnou součástí komplexní péče o ženy, které jsou postižené nádorovým onemocněním, nehledě na prognózu krátkodobou či dlouhodobou. Vždy je velice důležitý první kontakt nemocné s lékařem, kdy se vytváří vzájemný vztah a důvěra. Získá-li lékař důvěru pacientky, dá se očekávat dobrá spolupráce ženy po celé období nemoci. V průběhu léčby se doporučuje myslet na lidi a věci, kteří dávali nemocné v minulosti sílu, neuzavírat se do sebe, ale pokusit se mluvit o svých pocitech a obavách s blízkými lidmi.

V případě potřeby lékař indikuje psychiatrické nebo psychologické vyšetření, při odmítavém postoji nemocné nelze tato vyšetření nutit, ale nemocná by měla být s touto možností pomoci seznámena.

U žen postižených nádorem prsu se nejčastěji objevuje deprese, úzkost či pocit méněcennosti, mají snížené sebevědomí a sebeúctu, v preterminálním stadiu nemoci nastává ztráta idejí, regrese, egocentrismus, pasivita, závislost a netrpělivost. Mnohdy ale záleží na typu osobnosti; hůře se s omezením nemocí vyrovnávají zvýšeně sebevědomí lidé a ti, kteří dosud žili bezproblémově a materialisticky. Nemoc v podstatě nemění osobnost nemocného, mnohdy však mění jeho žebříček hodnot.⁶⁰

Všem pacientkám by měla být aktivně nabízena pomoc psychologa, event. psychiatra. Psychologická péče je však u nás zatím i přes svou mimořádnou důležitost značně opomíjená.

Při zabezpečování komplexní bio-psycho-sociální péče nesmíme zapomínat ani na spirituální aspekty. Respektujeme práva pacientky na vlastní hodnoty a víru, neboť mnohé ženy získávají sílu a víru k uzdravení právě v některém náboženství.

9.5 Léčba recidivujícího onemocnění

„Pacientky s výskytem lokoregionální recidivy bez známek diseminace jsou léčeny v závislosti na předchozím způsobu léčby. Byla-li původně provedena mastektomie, je nyní indikována chirurgická resekce a radioterapie, pokud hrudní stěna nebyla původně ozářena nebo je-li její provedení bezpečné. Ženy, které byly primárně léčeny parciálním výkonem, jsou nyní indikovány k mastektomii. V obou případech je

⁶⁰ Jakoubková, a kol., 1998, s. 81

opět indikována systémová léčba dle věku a stavu pacientky a též s ohledem na pozitivitu hormonálních receptorů.

Pacientky s výskytem vzdálené recidivy jsou léčeny s ohledem na zachování kvality života. Léčba není kurativní, nýbrž jen paliativní, proto je preferována léčba spojená s minimální toxicitou.⁶¹

10 Vedlejší účinky léčby

10.1 Nežádoucí účinky chemoterapie

Nežádoucí účinky a komplikace se mohou objevit po podání chemoterapie bezprostředně (hodiny-dny), časně (dny-týdny), oddáleně (týdny-měsíce) a pozdně (měsíce-roky).

Mezi nejčastější komplikace a jejich léčbu řadíme:

- 1) **Nauzea a zvracení** - léčba antiemetiky, psychoterapie, dechové cviky, jíst a pít častěji a po malých dávkách.
- 2) **Anorexie** - nechutenství konzultujeme s nutričním terapeutem, který společně s pacientkou sestaví vhodný energetický jídelníček. Dáváme přednost enterální výživě, při těžkém nutričním deficitu podáváme výživu parenterálně. Dále doplňujeme minerály, hydratujeme. Anorexie se zpravidla upraví spontánně po ukončení léčby.
- 3) **Poruchy krvetvorby:**
 - **leukopenie** - léčba kortikoidy, solí lithia, růstovými faktory,
 - **trombocytopenie** - léčba převody trombocytů v náplavech,
 - **anémie** - léčba krevními transfuzemi,
 - **granulocytopenie** - léčba substitucí, glukokortikoidy,
 - **poruchy krevního srážení** - nejúčinnější jsou v léčbě transfúze krve nebo mrazené plazmy; podávání hemostyptik má většinou jen doplňkový význam.
- 4) **Infekční komplikace** - předpokladem optimální léčby je stanovení vyvolávajícího agens a výběru vhodného léčebného prostředku. Léčba může být antibiotická, antivirotická, antimykotická, u rizikových pacientů léčba profylaktická.

⁶¹ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 210

Infekčním komplikacím lze předejít prevencí (např. mytí rukou veškerého ošetrovatelského personálu před kontaktem s pacientkou, péče o kůži, dutinu ústní, pravidelné čištění zubů).

5) Mukozitida - léčbou jsou výplachy dutiny ústní roztokem jedlé soli každé 4 hodiny, dietní opatření (vyloučit ze stravy kořeněná, ostrá, horká a kyselá jídla), při bolestech používat roztoky s anestetickým účinkem (lidokain), antimykotická léčba.

6) Orgánová toxicita - nejčastěji se vyskytuje kardiotoxicita a vaskulární toxicita, gastrointestinální toxicita, poškození jater a pankreatu, pneumotoxicita, nefrotoxicita a urotoxicita, neurotoxicita, gonadální toxicita aj. Při léčbě postupujeme podle stejných zásad jako při orgánovém postižení vzniklém na jiném podkladě.

7) Poškození kůže a kožních adnex - alopecie (plešatost) - bývá u žen nejčastějším nežádoucím projevem kožní toxicity a psychickým traumatem. Vždy je nutné před zahájením léčby o tomto riziku pacientku poučit a zdůraznit reverzibilitu této komplikace. Bezprostředně po ukončení léčby začnou vlasy růst, mnohdy jsou nové vlasy kvalitnější. Mezdobí lze překonat nošením paruky, na kterou přispívá zdravotní pojišťovna v hodnotě tisíc korun.

Dalším častým poškozením bývá změna pigmentace kůže, akné, celulitida, erytém kůže, alergické kožní reakce.

8) Bolest - bývá nejčastějším příznakem nádorového onemocnění v preterminálním a terminálním stadiu. Analgetika podáváme dle Vizuální analogové škály pro měření bolesti, kdy pacient sám určí intenzitu bolesti od žebříčku 0-10 (0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná, největší bolest).

Můžeme podávat analgetika neopiátová (paracetamol, ibuprofen), slabé opiáty (kodein, tramadol), středně silné opiáty (pentazocin) nebo silné opiáty (morfin, fentanyl). Dávkujeme tak, abychom dosáhli maximální úlevy při minimálních vedlejších účincích.

10.2 Nežádoucí účinky radioterapie

Nežádoucí účinky a komplikace se mohou po radioterapii objevit akutně (časně), tedy do tří měsíců po skončení radioterapie a oddáleně (pozdě).

Mezi nejčastější komplikace a jejich léčbu řadíme:

1) Postradiační syndrom - únava, letargie, snížení chuti k jídlu. Léčba spočívá v úpravě denního režimu (odpočinek, čerstvý vzduch) a dietním opatření (lehká strava, vitamíny).

2) Poškození krvetvorby - závisí na velikosti ozářeného objemu a použité dávce záření.

3) Poškození kůže - nejčastěji se vyskytuje erytém, suchá deskvamace, svědění, ulkus. Nemocní jsou poučeni o vhodnosti nosit volné oblečení, vyhýbat se slunci, udržovat kůži suchou. Ozařovaná místa neomývat mýdlem, po sprchování jen zlehka vysušit, netřít. Kůži je možné ošetřovat indiferentním zásypem, při výraznějším erytému aplikovat lokálně kortikoidy. Ulcerace a nekrózy se řeší chirurgicky.

4) Poškození kožních adnex - k alopecii dochází obvykle po třech týdnech od zahájení radioterapie a růst nových vlasů se obnoví do tří měsíců. Po větších dávkách je poškození nevratné.

K dalším poškozením řadíme omezení činnosti mazových a potních žláz, které ošetřujeme indiferentní mastí.

5) Poškození sliznic - je způsobeno inhibicí proliferace rychle se dělicího slizničního epitelu. Deepitelizační změny mají různou symptomatologii, která závisí na lokalizaci poškození.

Dutina ústní: stomatitida, mukozitida, omezení salivace a snížené vnímání chuti. Jícen: dysfagie, odynofagie, ezofagitida.

Léčba je vždy symptomatická, doplněná režimovým opatřením. Některé příznaky vymizí do několika týdnů po skončení léčby.

6) Poškození jater - tolerance jaterního parenchymu klesá při zvyšování jednotlivé dávky na frakci. Léčba je symptomatická.

7) Poškození srdce a plic - perikarditida obvykle vzniká s odstupem 6 měsíců, ale i několika roků. Pneumonitida se může objevit za 1-3 měsíce po skončení radiace. V případě klinických projevů je vhodný klidový režim a podávání glukokortikoidů.

8) Poškození urogenitálního ústrojí - je časté při ozařování malé pánve pro nádory rekta, prostaty, děložního hrdla nebo močového měchýře. Nejčastěji se objevuje cystitida a její léčba bývá obtížná a zpravidla vyžaduje specializovanou urologickou péči.

9) Reprodukční orgány - u žen může dojít k opoždění menstruace až k potlačení ovariálních funkcí, opět záleží na dávce záření. Ve vagině může dávka 50 Gy poškodit sliznici a vyvolat dyspareunii a pak je vhodné používat lubrikační přípravky.

10) Poškození CNS - závisí na délce a lokalizaci ozařovaného úseku a na frakcionačním režimu. Mícha je k ozařování citlivější než mozek. Objevují se bolesti hlavy, poruchy vizu, hybnosti a zvracení.

Většinou nemocných jsou při ozařování podávány glukokortikoidy za účelem snížení nitrolebního tlaku.

11) Poškození jiných orgánů je méně časté.⁶²

10.3 Nežádoucí účinky operace

Pooperační komplikace můžeme dělit na časné a pozdní, lokální a celkové, které mohou souviset se samotnou operací, nebo s anestezií. Mezi časné pooperační komplikace patří např. respirační či oběhová insuficience, krvácení, trombóza. Mezi lokální komplikace řadíme např. otok, zarudnutí operační rány, hematom v ráně, infekce v ráně, fasciitida, nekróza operační rány, dehiscence rány či kožní záněty v okolí pooperační rány. Dále se vyskytuje bolestivost operační rány či zvýšená tělesná teplota.

Pooperační komplikace léčíme na chirurgii obvykle moderními převazovými materiály nebo reoperací.

Mezi nejčastější komplikace po operaci prsu pro karcinom bývá **lymfedém**, na jehož vzniku se podílí blokáda odtoku lymfy způsobená odstraněním lymfatických uzlin. Patogenetickým mechanismem vzniku lymfedému je snížení transportní kapacity makromolekulárních látek a jejich hromadění v tkáních s osmoticky vázanou tekutinou.

Riziko vzniku lymfedému navíc znásobuje následná terapie, což může způsobit znesnadnění či znemožnění odtoku lymfy z paže na straně operovaného prsu. Končetina je pak oteklá a zvětšená a navíc hrozí riziko vzniku infekčních komplikací i při minimálním poranění kůže ruky nebo paže. Velikost lymfedému může dosahovat obrovských objemů s naprostou parézou akra končetiny vlivem tlaku, který působí na probíhající nervové struktury.⁶³

Pacientky po chirurgických výkonech by měly být dostatečně informovány o nutnosti šetřit končetinu na operované straně, vyvarovat se nošení těžkých předmětů a

⁶² Klener, 2002, s. 257-261

⁶³ Trávníčková-Kittlerová, Hradil, a Vacek, 2004, s. 27

těžkých tašek v ruce i na rameni operované končetiny, dlouhodobé práce v předklonu jako je pletení, žehlení, psaní na stroji, při šití používat náprstek, při práci používat rukavice (např. úklid, zahrádka), nosit oblečení s volnými rukávy a podprsenku se širokými podloženými ramínky, každou ranku na ruce či paži na straně operovaného prsu pečlivě ošetřit, na operované straně neměřit krevní tlak a nepřikládat manžetu při odběrech krve. Dále by se pacientky neměly několik měsíců vystavovat velkým teplotním rozdílům a slunci, neporučuje se ani saunování, neboť teplota nad 38 °C vede k překrvení končetiny na operované straně a tak riziko vzniku lymfedému.

Lymfatickému otoku je nutné předcházet např. pravidelným cvičením, plaváním, nošením vhodného prádla. Doporučuje se polohovat končetinu ve dne i v noci, omezit solení a dbát na tělesnou váhu, neboť nadváha způsobuje vyšší zatížení lymfatického oběhu.

Problematiku lymfedému řeší rehabilitace. Jednotlivé metody jsou uvedeny v příloze č. 8.

Rehabilitační režim je neúčinný, pokud lymfedém vznikl na podkladě nádorové blokády.

11 Prognóza

Prognóza je závislá na klinickém stadiu nemoci. Pokud nejsou postiženy podpažní uzliny, dosahuje až 82 % pacientek 5letého přežití. Prognóza přežití se snižuje dle velikosti nádoru a počtu postižených podpažních uzlin. Ženy, u kterých jsou přítomny vzdálené metastázy, mají dobu přežití přibližně 24 měsíců.

Dosažení 5letého přežití však ještě neznamená úplné vyléčení, neboť se u některých nemocných mohou objevit v období 10-20 let od předchozí léčby pozdní metastázy.⁶⁴

Základní klinické vyšetření se provádí po dobu 5 let ve 3 až 6 měsíčních intervalech a potom 1x za rok.

⁶⁴ Adam, Vorlíček, Vaniček, a kol., 2002, s. 210

12 Rehabilitace

„Cílem léčebné rehabilitace je co nejdříve a co nejlépe pomoci pacientce nalézt cestu zpět do společnosti, k rodině, přátelům, k práci, k zálibám a ke všem dřívějším i novým aktivitám. Někdy nezbyvá než se vyrovnat s novými životními podmínkami, které nemoc přinesla, ukázat, jak plnohodnotně se dá i v této výrazně změněné situaci žít.“⁶⁵

Rehabilitace pacientek po operaci prsu je multidisciplinární záležitost a umožňuje odstranění či zmírnění bolesti a dosažení psychické pohody, zajišťuje kostní stabilitu zejména v oblasti dlouhých kostí a páteře, zlepšuje svalovou dysbalanci a udržuje maximální možný rozsah hybnosti v oblasti ramenního kloubu a horní končetiny na postižené straně a v neposlední řadě poskytuje podporu, edukaci a návrat k maximální soběstačnosti a sociálním aktivitám.⁶⁶

Rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve po stanovení diagnózy a měla by pokračovat ve všech fázích léčby až do stabilizace stavu a zotavení. Při vstupním vyšetření je vhodné ohodnotit pacientku stupnicí celkové zdatnosti dle Karnofského, která je uvedena v příloze č. 6. Tato škála posuzuje celkový stav, schopnost sebeobsluhy a postižení funkcí jednotlivých systémů následkem malignity nebo léčby. Karnofski scale má 10 stupňů, kdy stupeň 10-8 nevyžadují žádnou speciální péči ani pomoc, stupeň 7-5 znamená, že pacienti nejsou schopni návratu do zaměstnání nebo jen s velkým omezením, ale mohou setrvávat v domácím prostředí a vyžadují různý stupeň pomoci, při stupni 4-0 pacienti nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují nemocniční péči.⁶⁷

12.1 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace by měla být zahájena ihned po stanovení diagnózy, kdy je vhodná spolupráce terapeuta s klinickým psychologem. Nemocné je třeba srozumitelně sdělit informace o diagnóze, důvod i rozsah léčby. Psychologická rehabilitace je v rukou prakticky celé společnosti.

⁶⁵ Konopásek, Petruželka, 1997, s. 97

⁶⁶ Trávníčková-Kittlerová, Hradil, a Vacek, 2004, s. 47

⁶⁷ Tamtéž, s. 10

Mezi psychologicky náročné situace řadíme: sdělení diagnózy karcinomu prsu, získat pacientku pro léčebný plán, dodržet celý terapeutický program i přes výskyt nežádoucích účinků léčby, udržet onkologickou bdělost i v období remise, přesvědčit pacientku, že recidiva onemocnění neznamena ukončení léčby, dávat naději i v konečných fázích nemoci.⁶⁸

Psychologická rehabilitace pomáhá ženám vyrovnat se s ablací prsu a úzkostí, která doprovází onkologické onemocnění, jako je např. strach ze smrti, komplikace léčby, pocit fyzické nepřítažlivosti, poruchy sexuálních funkcí, apod.

Psycholožka a sexuoložka Anne Hooperová uvádí, že chirurgický zákrok i celková anestezie jsou pro ženu nesmírně deprimující a trvá určitou dobu, než se funkce tělesných systémů znovu upraví. Během tohoto období trpí žena depresi, zármutkem a potlačením libida, běžně se stává, že si přestává věřit jako žena, neboť prsy představují symbol ženskosti. Pacientka tedy potřebuje čas, aby se zotavila po stránce psychické i emocionální. Fyzické zotavení po rozsáhlém chirurgickém zákroku trvá nejméně dva měsíce a podstoupí-li pacientky také chemoterapii a radioterapii, rekonvalescence se dále prodlužuje.

Autorka dále uvádí, že pokud žena bojuje s chorobou, často je nucena od základů změnit své priority a tak vybízí k nenáročným cvičením, které posílí sebedůvěru.⁶⁹

Součástí psychologické rehabilitace je i kosmetická rehabilitace, tedy obnovení původního vzhledu prsu adekvátní náhradou (mamární epitézy a vhodné doplňky), nebo plastická rekonstrukce prsu včetně areoly. Operace je prováděna na plastické chirurgii a je hrazena ze zdravotního pojištění.

Ženy, které přišly o prs, svůj stav velmi často nesou psychicky těžce, obávající se, že jim ubylo na ženskosti. V současné době existuje na trhu široká škála typů, tvarů a velikostí epitéz, velký výběr prádla a plavek s úpravou pro prsní epitézu všech cenových kategorií a tak se mohou ženy po ablaci prsu bez ostychu či pocitu méněcennosti pohybovat ve společnosti, sportovat a plnohodnotně žít, aniž by si jejich handicapu někdo všiml.

⁶⁸ Konopásek, Petruželka, 1997, s. 98

⁶⁹ Franklin, Goodman, 1999, s. 147-149

12.2 Sociální rehabilitace

V rámci sociální rehabilitace se snažíme o zařazení ženy zpět do společnosti. Měli bychom respektovat povahové rysy pacientky, její psychický a fyzický stav a další aspekty, které souvisejí s nádorovým onemocněním. V některých případech je vhodné navrhnout pacientkám důchodové řízení, nebo naopak včasné zařazení do pracovního procesu a dalších aktivit, které napomáhají k plnohodnotnému zařazení ženy do společnosti.

Indikace lázeňské léčby (která má však svá indikační omezení) má v případě rakoviny prsu nejen příznivý vliv na zdravotní stav, ale i obrovský psychologický význam, stejně jako různé rekondiční pobyty a občanská sdružení a organizace, které se snaží spojovat pacientky s onkologickým onemocněním. Tyto organizace spolupracují s lékaři a odborníky zaměřenými na onkologickou a přidruženou problematiku např. LIGA proti rakovině. Provoz Mamma Help (sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu) je zajišťován pod odbornou garancí samotnými ženami s vlastní zkušeností s nemocí.

Tam, kde je dobré rodinné zázemí a spolupráce rodinných příslušníků s ošetřujícím personálem, je situace pacientky mnohem snazší.

12.3 Fyzikální rehabilitace

Fyzikální rehabilitaci cvičením zahajujeme již v první pooperační den, čímž předcházíme syndromu zmrzlého ramene, otoku horní končetiny a její omezené hybnosti nebo vertebrogenním obtížím. K návratu do původní fyzické i psychické kondice přispívá i plavání a cvičení ve vodě. Nepříznivý stav lze ovlivnit také pomocí analgetické terapie a metodami fyzikální terapie.

Horní končetina na operované straně má být rozcvičena do 2-3 týdnů od operace. Čím později pacientka začne cvičit, tím bude rozcvičování namáhavější a bolestivější. Rehabilitační terapie je prováděna pod odborným vedením rehabilitační sestry nejdříve za hospitalizace a pokračuje i v následné ambulantní péči. Rehabilitační plán pro pacientky je uveden v příloze č. 9.

Důležité je včasné a správné užívání prsních epitéz, které kromě kosmetické funkce přispívají rovněž ke správnému držení těla a dynamice páteře.

13 Péče o psychický stav

Psychický stav pacientek s rakovinou prsu vychází z akceptace nebo neakceptace onemocnění. Psychika nemocných žen sehrává při onemocnění důležitou úlohu, neboť každá pacientka potřebuje různě dlouhý čas na akceptaci nemoci, až posléze nabude duševní rovnováhy a zbaví se negativního duševního prožívání nemoci. V tomto období je velice důležité ženu povzbuzovat a motivovat, aby se neuzavírala do sebe.⁷⁰

13.1 Péče o psychiku v jednotlivých stadiích nemoci

Psychický stav onkologicky nemocných je v jisté míře závislý na jednotlivých etapách onemocnění, proto by měl lékař a každý zdravotnický pracovník ke každému stadiu zaujmout různá stanoviska.

1) Stanovení diagnózy - při stanovení diagnózy a prvních kontaktech s pacientkou je mnohdy pro lékaře dilematem, zda sdělit či nesdělit nemocné pravdivou diagnózu. První kontakt nemocné s lékařem je významný pro vytvoření vzájemného vztahu, neboť získá-li lékař důvěru nemocné, obvykle žena po celou dobu léčby spolupracuje a nedostaví se u ní obava z toho, že lékař nestanovil diagnózu správně a že ji léčí neadekvátně.

Vždy je nutno při sdělení diagnózy zvážit (a to i po domluvě s rodinou), zda v určitém konkrétním případě prospěje nemocné více polopravda než nepravda. Pokud se nemocná dozví pravdivou diagnózu, ať je sebezávažnější, musí dát lékař naději na možnost léčení. U nemocných se zpravidla dostaví šoková reakce, která závisí na povaze pacientky. Následuje období negace.

2) V průběhu léčby - se přidávají další faktory, které mívají zpravidla nepříznivý vliv na psychiku nemocné. Po chirurgické léčbě to mohou být kosmetické defekty (amputace prsu), po radioterapii a chemoterapii anatomické či funkční poruchy (alopecie, sterilita) aj. Tato poškození nemocnou psychicky traumatizují a kladou zvýšené nároky na její psychickou a sociální adaptaci.

3) Při progresi onemocnění - se situace zásadně mění. Nemocná cítí úbytek sil a vyzývá se na svoji bezprostřední budoucnost. Lékař by měl dát najevo, že bude i nadále věnovat nemocné patřičnou pozornost a připustit, že je situace závažná. Současně by

⁷⁰ Cibulová, *Sestra-slovenská verze*, 2004, č. 5, s. 33

měl nemocnou ujistit o možnosti léčby a tak ponechat iluzi naděje. V této etapě onemocnění je již pacientka zpravidla upoutána na lůžko a je odkázaná na pomoc zdravotnického personálu a rodiny. Ke strachu ze smrti přistupuje pocit bezmocnosti, deprese a někdy i agresivita, kterou je nutno zvládnout medikamentózně.

4) V terminálním stadiu- dochází ke změně v psychice, kdy je část umírajících žen vyrovnána se svým osudem, jiné propadají zoufalství nebo jsou nepřiměřeně euforické. Povinností lékaře a dalšího zdravotnického personálu je zajistit umírajícím důstojné a klidné umírání, prevenci a zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání a podporu jejich blízkých.⁷¹

Psychický stav pacientek je samozřejmě v každé situaci a v každém stadiu onemocnění velice individuální, obecně se proto doporučuje adekvátní a systematická psychoterapie a individuální přístup.

13.2 Klasifikace reakce na zátěž

Závažné onemocnění, kterým rakovina prsu bezesporu je, působí jako silný stres, jako zátěž, se kterou se člověk musí nějakým způsobem vyrovnat. Tato stadia, při kterých se nemocní vyrovnávají se závažným, život ohrožujícím onemocněním popsala a rozčlenila do jednotlivých fází lékařka E. K. Rossová. Jednotlivé fáze jsou za sebou zařazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí však zachovávat tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá fáze chybí. Zpravidla pozorujeme klasickou psychologickou křivku.

1) Fáze šoku a popření - následuje po zjištění nemoci s nutností zahájit léčbu. Nemocná doufá, že se musí jednat o omyl, že její nemoc není pravda, že jí zaměnili výsledky, nechává se vyšetřit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Smyslem tohoto obranného mechanismu popření je dopřát člověku krátký oddech před přijetím nepříznivé skutečnosti, že již nebude zdravý (nebo dokonce nebude žít). Popření je nerealistickou psychickou reakcí. V této fázi tedy nemá smysl podávat nemocné mnoho informací o chorobě a léčbě, protože by tato fakta nepřijala, ale spíše se snažíme navázat kontakt a získat důvěru.

⁷¹ Klener, 1996, s. 261-263

2) Fáze agrese, hněvu - u nemocné převládá hněv a její jednání je často zaměřeno proti okolí. Má zlost na zdravotníky, zdravé lidi, snaží se na někoho shodit vinu za svoji nemoc, nechápe, proč je nemocná ona a ne někdo jiný, zdravým lidem závidí, někdy obviňuje sama sebe.

Toto období následuje po seznámení s nemocí a zahájením léčby. Důležité je nepohoršovat se nad chováním nemocné a dovolit jí odreagování.

3) Fáze smlouvání, vyjednávání - dostavuje se iracionalita a magické myšlení, nemocná vyhledává alternativní způsoby léčby, upíná se k víře, za zázračné léky je ochotna zaplatit cokoliv, sama se sebou uzavírá smlouvy a určuje si mezníky.

Je nemoudré pacientku za její angažovanost a víru kritizovat nebo jí něco vymlouvat, je však důležité dát si pozor na šarlatány a podvodníky. Lékař by měl o těchto aktivitách vědět.

4) Období deprese - se projevuje spíše jako smutek nad ztrátou významných hodnot, smutek z hrozící ztráty a strach o zajištění rodiny. Pro nemocnou je významné, aby okolí projevilo empatii a porozumělo jejím pocitům a aby rodina našla způsob, jak projít tímto obdobím.

5) Smíření, souhlas - dochází k přijetí nevyhnutelného, nemocný je vyrovnaný, skončil pro něj boj, nastává loučení. Zužují se zájmy nemocného, vyžaduje spíše pouhou přítomnost blízké osoby, držet za ruku, utřít slzu. Psychoterapeutické vedení potřebují nejen pacienti, ale i rodinní příslušníci a pozůstalí.⁷²

Pro zdravotníky, kteří se starají o ženy s nádorem prsu, z toho vyplývá, aby přistupovali citlivě, individuálně, laskavě a empaticky a dávali si pozor na negativní neverbální projevy. A naopak - úsměv, pohlazení či laskavý dotek nic nestojí, ale dělá velké zázraky. Samozřejmě je třeba brát v úvahu věk patientek, protože mladé ženy v produktivním věku se s touto diagnózou vyrovnávají mnohem hůř. Těžce nesou změnu své ženské role, resp. nemožnost okamžité reprodukce. Prožívají pocit méněcennosti, úzkosti, strach ze změny ve svých sociálních rolích, ze změn v partnerském vztahu. Všechny tyto i další změny je nutné včas rozpoznat a řešit.⁷³

⁷² Klener, Vorlíček, a kol., 1998, s. 205-206

⁷³ Cibulová, *Sestra-slovenská verze*, 2004, č. 5, s. 32

14 Prsní náhrady a zdravotní prádlo

Prsní náhrady neboli epitézy slouží ženám po částečné nebo úplné mastektomii a jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, pouze u luxusních epitéz si musí žena rozdíl mezi úhradou pojišťovny a skutečnou cenou doplatit sama. Prsní epitézy jsou vyrobeny ze silikonového gelu pokrytého polyuretanovou fólií. Jsou zdravotně nezávadné a svými vlastnostmi připomínají lidskou tkáň a chovají se přirozeně jako vlastní prs.

Možnost nošení epitéz společně se zdravotním prádlem přispívá ke zlepšení psychiky ženy. V současné době jsou k dispozici různé typy epitéz, takže není obtížné vybrat si prsní náhradu odpovídající tvarem i velikostí zdravému prsu.

Již před operací ženu seznámíme s tím, že při propuštění z nemocnice bude vybavena podprsenkou s epitézou, kterou si vybere na základě konzultace se sestrou specialístkou. Ta pacientce vysvětlí manipulaci a údržbu epitézy, tzn. každodenní čištění mýdlem, vlažnou vodou apod. K dispozici jsou i samolepící epitézy, které však nejsou hrazeny pojišťovnou a doporučují se používat až rok po operaci, kdy je rána pevně zhojena a stabilizována.⁷⁴

Epitézy, zdravotní prádlo a další pomůcky žena zakoupí v prodejně zdravotních potřeb. Doporučuje se vyzkoušet si epitézu v jednobarevném upnutém tričku, ve kterém vyniknou případné velikostní a tvarové nesrovnalosti. Zákaznice musí dbát návodu na použití, tzn. vyhýbat se kontaktu s ostrými předměty (brože, zvířecí drápky), neboť propíchnutou či protrženou epitézu nelze opravit. Se silikonovou epitézou se žena může koupat ve slané i sladké vodě.

Na trhu jsou k dispozici např. epitézy pooperační (jsou měkké a lehké, vhodné pro citlivou pokožku hojící se po operaci), dále epitézy silikonové symetrické, asymetrické, korekční (používají se v případě, kdy není nutné nahradit celý prs, ale pouze korigovat jeho novou velikost či tvar) a dále se vyrábí příslušenství (bradavky) a kosmetika pro epitézy.

Epitézy se mohou vkládat do bavlněné kapsy ve zdravotní podprsence nebo lepit přímo na tělo, korekční epitézy ke kůži přilnou samy.

Výrobce nabízí i zdravotní prádlo a plavky. Vhodná podprsenka je základem pro správný výběr epitézy a dokonalý vzhled. Ramínka musí být vhodně tvarována, aby předcházela vzniku lymfatického otoku. Podprsenka musí být celkově pevnější, aby se

⁷⁴ Rosolová, *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2007, č.4, s. 129

epitéza při pohybu a předklonu neposouvala. Některé modely prádla jsou vyztužené kosticemi, které jsou pružné a zdravotně nezávadné.

V nabídce je i domácí oděv, plavky a plážová móda. Plavky jsou opatřeny kapsičkou pro vložení epitézy, která je průhledná, konstrukčně odlehčená a má tužší silikon a tak se neprověšuje v mokřích plavkách.

15 Péče po léčbě

Po skončení léčby je nutné domluvit se s pacientkou na pravidelných kontrolách, zachovávat laskavý přístup a zabezpečit kontrolní vyšetření zaměřené na včasné odhalení případné recidivy. Dále je důležité zařadit ženu do rehabilitačních a reedukačních programů, předcházet lymfedému, nabídnout kontakt na různé organizace a sdružení zaměřených na problematiku žen s karcinomem prsu. Měli bychom doporučit možnost epitézy a doplňků včetně prádla a informovat o možnosti rekonstrukce prsu.

Podle Honoré de Balzaca je „*rezignace každodenní sebevraždou*“. Proto je třeba podpořit pacientky, aby se nevzdávaly, bojovaly s nemocí, nezanedbávaly prevenci a dodržovaly životosprávu.⁷⁵

⁷⁵ Mackovčáková, *Sestra a lékař v praxi*, 2008, č. 7-8, s. 29

III EMPIRICKÁ ČÁST

1 Cíl práce

Výzkumná otázka bakalářské práce: Zjistit, jaký vliv má karcinom prsu na psychiku ženy.

Cíle výzkumného šetření:

- 1) zjistit, jaké pocity ženy prožívaly po sdělení diagnózy karcinom prsu, jejich věk a vzdělání,
- 2) objasnit, čeho se žena s karcinomem prsu v průběhu terapie nejvíce obávala,
- 3) zjistit, kdo byl ženě s diagnózou karcinom prsu oporou, co bylo největší motivací k léčbě,
- 4) objasnit, jaké změny se během léčby vyskytly v nejbližším psychosociálním okolí ženy,
- 5) zmapovat dopad onemocnění na psychiku ženy po ukončení léčby.

2 Metodika práce

2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Základní charakteristikou zkoumaného souboru byly ženy s diagnózou karcinom prsu, v rozsahu 1 týdne až 1 roku po ukončené léčbě. Při jejich výběru bylo zohledněno několik požadavků. Jednalo se o ženy ve věku 35-85 let s různým stupněm vzdělání, které byly léčeny na oddělení radiační onkologie Nemocnice Jihlava, příspěvkové organizace.

Z celkového počtu 75 rozdaných dotazníků bylo k výzkumu použito 68 dotazníků. 5 dotazníků se nevrátilo a 2 dotazníky musely být pro chybné vyplnění z výzkumu vyřazeny.

2.2 Užitá metoda výzkumu

K získání potřebných dat byla v mé bakalářské práci použita metoda dotazníku, jehož výhodou je anonymita a plošná dostupnost. Dotazníky byly vypracovány anonymně, respondentky na ně odpovídaly písemně vyplněním vždy jedné odpovědi. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

„**Dotazník** je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je případně anonymní. Pokud dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu.

Zásady dotazníku: Dotazník má zahrnovat všechny podstatné problémy, na něž jeho prostřednictvím hledáme odpověď. Do dotazníku je třeba zahrnout celou šíři problematiky, abychom nemuseli provádět zbytečná a nákladná došetřování. Konstrukce dotazníku by měla být taková, aby respondenta přitahovala. Formulace otázek dotazníku jako celku musí být jednoznačná, aby dovolila pravdivé odpovědi bez obtíží. Formulace otázek se obvykle zkouší před zahájením výzkumu předvýzkumem. K otázkám dotazníku mohou patřit identifikační znaky respondenta, např. pohlaví, věk,

bydliště (město, vesnice, rodinný domek, panelák atd.). Jedná se o tzv. nezávisle proměnné. Závisle proměnné představují hlavní zorné pole dotazníku.

Výhody dotazníkové techniky: Jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného. Možnost hromadného počítačového zpracování.

Nevýhody dotazníkové techniky: Při eventuálním nepochopení otázky nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo zpřesnit. Kladné stránky dotazníku může znehodnocovat nízká návratnost. Důležitou roli hraje rovněž délka dotazníku. Příznivý dojem u dotazovaného navozuje i vhodná grafická úprava dotazníku. Vhodný je doprovodný dopis, který vysvětlí účel výzkumu.⁷⁶

2.3 Členění dotazníku

V tomto výzkumu byl metodou získávání dat užit anonymní dotazník, který tvořil celkem 18 položek. V úvodu dotazníkového formuláře byly respondentky osloveny a seznámeny se smyslem a důvodem tohoto výzkumného šetření. Byly požádány o vyplnění dotazníku, na který odpovídaly zatrhnutím vždy jen jedné odpovědi. V položkách byly uvedeny dané možnosti a u některých položek se mohly ženy vyjádřit doplněním odpovědi. Jednotlivé položky byly cíleně zaměřeny do skupin podle oblastí, které jsme chtěli sledovat.

Cíl 1: Položka č. 1 a 2 se zaměřuje na rozlišení respondentek dle věku a vzdělání, z položky č. 3 vyplývá, jaké pocity žena prožívala po sdělení diagnózy karcinomu prsu.

Cíl 2: Položka č. 4, 5, 6 a 7 nám poskytuje informace o tom, čeho se žena s karcinomem prsu v průběhu terapie nejvíce obávala.

Cíl 3: Položka č. 8 objasňuje, koho žena považuje za nejbližší osobu a položka č. 9 a 10 nás informuje, kdo byl pro ženu během léčby největší oporou. Položka č. 15 mapuje, co bylo největší motivací k léčbě. Položka 16 a 17 věnuje pozornost aspektům, které během léčby ženu psychicky uklidnily a pomohly jí.

Cíl 4: Položka č. 13 a 14 uvádí, jaké změny se během léčby vyskytly v nejbližším psychosociálním okolí ženy. Položka 12 má souvislost se zapojením do sociálního života.

⁷⁶ Kutnohorská, 2009, s. 41-42

Cíl 5: Položka č. **18** zjistila dopad onemocnění na psychiku ženy po ukončení léčby. Položka **11** objasňuje, zda žena své problémy konzultovala s psychologem.

2.4 Organizace šetření

Dotazníkové šetření bylo provedeno v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci na oddělení radiační onkologie. Výzkumné šetření probíhalo od 1. 11. 2009 do 15. 1. 2010 se souhlasem managementu Nemocnice Jihlava - viz příloha č. 2.

Před výzkumem byla nejprve provedena pilotní studie, kdy byl dotazník předložen třem pacientkám s diagnózou karcinom prsu. Cílem studie bylo zjistit, zda jsou jednotlivé položky dotazníku srozumitelné a jasné. Bylo zjištěno, že jednotlivým položkám v dotazníku ženy rozumí a jejich vyplňování jim nečiní obtíže. Tyto vyplněné dotazníky byly rovněž zařazeny do výzkumu.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel a následně předána k analytickému vyhodnocení Mgr. Langové PhD z Lékařské fakulty UP.

Jednotlivé položky jsou zařazeny do tabulek, slovně vyhodnoceny a graficky znázorněny.

3 Výsledky šetření

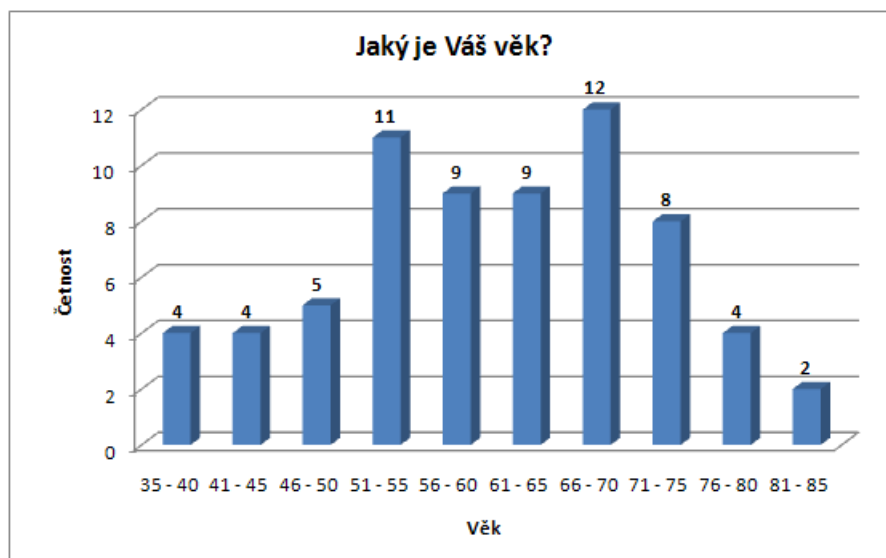
3.1 Položka č. 1: „Jaký je Váš věk?“

Položka nás měla informovat o věku žen s diagnózou karcinom prsu. Z výzkumného šetření vyplývá, že karcinomem prsu onemocnělo z celkového počtu 68 respondentek: 4 ženy (5,9 %) ve věku 35-40 let, 4 ženy (5,9 %) ve věku 41-45 let, 5 žen (7,4 %) ve věku 46-50 let, 11 žen (16,2 %) ve věku 51-55 let, 9 žen (13,2 %) ve věku 56-60 let, 9 žen (13,2 %) ve věku 61-65 let, 12 žen (17,6 %) ve věku 66-70 let, 8 žen (11,8 %) ve věku 71-75 let, 4 ženy (5,9 %) ve věku 76-80 let a 2 ženy (2,9 %) ve věku 81-85 let věku (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Věk respondentek

	Jaký je Váš věk?		
	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
35 - 40	4	5,9	5,9
41 - 45	4	5,9	11,8
46 - 50	5	7,4	19,1
51 - 55	11	16,2	35,3
56 - 60	9	13,2	48,5
61 - 65	9	13,2	61,8
66 - 70	12	17,6	79,4
71 - 75	8	11,8	91,2
76 - 80	4	5,9	97,1
81 - 85	2	2,9	100,0
Celkem	68	100,0	

Graf č. 1: Věk respondentek



3.2 Položka č. 2: „Jakého jste dosáhla vzdělání?“

Položka měla zjistit, jakého vzdělání ženy s diagnózou karcinom prsu dosáhly. Z celkového počtu 68 respondentek dosáhlo 12 žen (17,6 %) základního vzdělání, 27 žen (39,7 %) jsou pouze vyučeny, 26 žen (38,2 %) dosáhlo středoškolského vzdělání a 3 ženy (4,4 %) dosáhly vzdělání vysokoškolského (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Vzdělání respondentek

Jakého jste dosáhla vzdělání?			
	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
základní	12	17,6	17,6
vyučena	27	39,7	57,4
středoškolské	26	38,2	95,6
vysokoškolské	3	4,4	100,0
Celkem	68	100,0	

Graf č. 2: Vzdělání respondentek



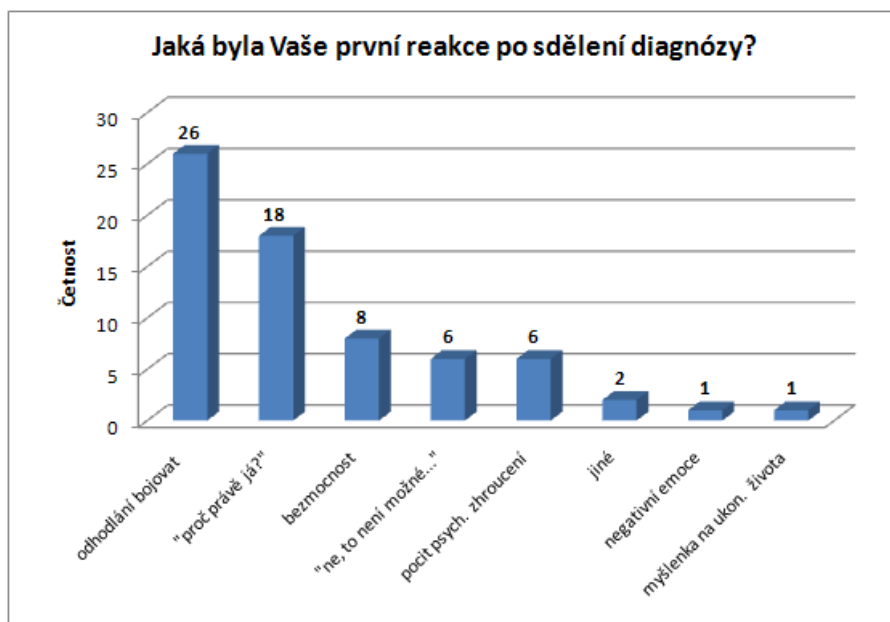
3.3 Položka č. 3: „Jaká byla Vaše první reakce po sdělení diagnózy karcinom (rakovina) prsu?“

Položka nás měla informovat, jaká nastala reakce u ženy poté, co jí lékař sdělil diagnózu rakoviny prsu. Z šetření vyplývá, že z celkového počtu 68 respondentek jich 18 (26,5 %) napadla jako první reakce „proč právě já?“, 6 žen (8,8 %) přiznává jako první reakci „ne, to není možné, lékař se spletl!“, 1 žena (1,5 %) prožila jako první reakci vztek, rozhořčení, negativní emoce, 8 žen (11,8 %) se cítilo bezmocných, 6 žen (8,8 %) sdělilo pocit psychického zhroucení a 1 žena (1,5 %) přiznala myšlenku na ukončení života. 26 žen (38, %) bylo při sdělení diagnózy odhodlaných bojovat proti rakovině a 2 ženy (2,9 %) uvedly položku „jiné“ reakce (viz tabulka č. 3).

Tabulka č. 3: Reakce ženy na sdělení diagnózy karcinomu prsu

Jaká byla Vaše první reakce po sdělení diagnózy karcinom prsu?		
	Četnost	Procenta
"proč právě já?"	18	26,5
"ne, to není možné, lékař se spletl!"	6	8,8
vztek, rozhořčení, negativní emoce	1	1,5
bezmocnost	8	11,8
pocit psychického zhroucení	6	8,8
myšlenka na ukončení života	1	1,5
odhodlání bojovat proti rakovině	26	38,2
jiné	2	2,9
Celkem	68	100,0

Graf č. 3: Reakce ženy na sdělení diagnózy karcinomu prsu



3.4 Položka č. 4: „Čeho jste se v průběhu léčby jako žena nejvíce obávala?“

Položka nás informovala, čeho se respondentky nejvíce obávaly v průběhu léčby po stránce svého ženství. Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 65 žen se 11 žen (16,2 %) nejvíce obávalo vypadání vlasů, 4 ženy (5,9 %) ztráty prsu, 2 ženy (2,9 %) měly obavy, že už nebudou jako žena atraktivní, 37 žen (54,4 %) udalo obavu o život, 10 žen (14,7 %) nedokázalo odpovědět a 4 ženy (5,9 %) uvedly položku „jiné“ obavy (viz tabulka č. 4).

Tabulka č. 4: Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému ženství

Čeho jste se v průběhu léčby jako žena nejvíce obávala?		
	Četnost	Procenta
vypadání vlasů	11	16,2
ztráta prsu	4	5,9
obava, že už nebudu jako žena atraktivní	2	2,9
obava o život	37	54,4
nedokážu odpovědět	10	14,7
jiné	4	5,9
Celkem	68	100,0

Graf č. 4: Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému ženství



3.5 Položka č. 5: „Čeho jste se v průběhu léčby ve Vašem okolí nejvíce obávala?“

Položka nám poskytla údaje o tom, čeho se ženy během léčby nejvíce obávaly ve svém okolí. Z celkového počtu 68 žen se jich 9 (13,2 %) nejvíce obávalo, zda je bude rodina v průběhu léčby podporovat, 5 žen (7,4 %) se obávalo samoty, 13 žen (19,1 %) falešné lítosti /soucitu a 22 žen (32,4 %) udává obavu, že budou závislé na jiných lidech. 15 žen (22,1 %) nedokázalo odpovědět a 4 ženy (5,9 %) uvedly položku „jiné“ obavy (viz tabulka č. 5).

Tabulka č. 5: Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému okolí

Čeho jste se v průběhu léčby ve Vašem okolí nejvíce obávala?		
	Četnost	Procenta
zda mě bude rodina v průběhu léčby podporovat	9	13,2
samoty	5	7,4
falešné lítosti/soucitu	13	19,1
obava, že budu závislá na jiných lidech	22	32,4
nedokážu odpovědět	15	22,1
jiné	4	5,9
Celkem	68	100,0

Graf č. 5: Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému okolí



3.6 Položka č. 6: „Čeho jste se v průběhu léčby nejvíce obávala po tělesné stránce?“

Položka nám měla ukázat, z čeho měly ženy během léčby největší obavu po somatické stránce. Z celkového počtu 68 respondentek jich 5 (7,4 %) uvedlo, že se obávaly změny tělesného vzhledu, 9 žen (13,2 %) bolesti, 13 žen (19,1 %) operace a 34 žen (50,0 %) nevolnosti, zvracení, únavy během chemoterapie. 6 žen (8,8 %) nedokázalo odpovědět a 1 žena (1,5 %) uvedla položku „jiné“ obavy (viz tabulka č. 6).

Tabulka č. 6: Obava v průběhu léčby ve vztahu k somatické stránce

Čeho jste se v průběhu léčby nejvíce obávala po tělesné stránce?		
	Četnost	Procenta
změny tělesného vzhledu	5	7,4
bolesti	9	13,2
operace	13	19,1
nevolnosti, zvracení, únavy během chemoterapie	34	50,0
nedokážu odpovědět	6	8,8
jiné	1	1,5
Celkem	68	100,0

Graf č. 6: Obava v průběhu léčby ve vztahu k somatické stránce



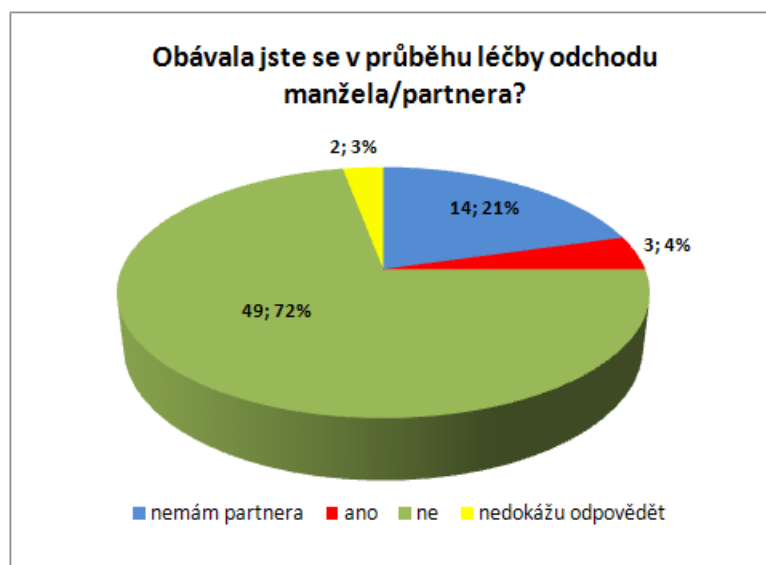
3.7 Položka č. 7: „Obávala jste se v průběhu léčby odchodu manžela/partnera?“

Položka nám měla zjistit, zda se respondentky v průběhu léčby obávaly odchodu partnera/manžela. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 68 respondentek nemá 14 žen (20,6 %) partnera, 3 ženy (4,4 %) se odchodu manžela/partnera obávaly, 49 žen (72,1 %) se jeho odchodu neobávalo a 2 ženy (2,9 %) na tuto otázku nedokázalo odpovědět (viz tabulka č. 7).

Tabulka č. 7: Obava ženy odchodu manžela/partnera v průběhu léčby

Obávala jste se v průběhu léčby odchodu manžela/partnera?		
	Četnost	Procenta
nemám partnera	14	20,6
ano	3	4,4
ne	49	72,1
nedokážu odpovědět	2	2,9
Celkem	68	100,0

Graf č. 7: Obava ženy odchodu manžela/partnera v průběhu léčby



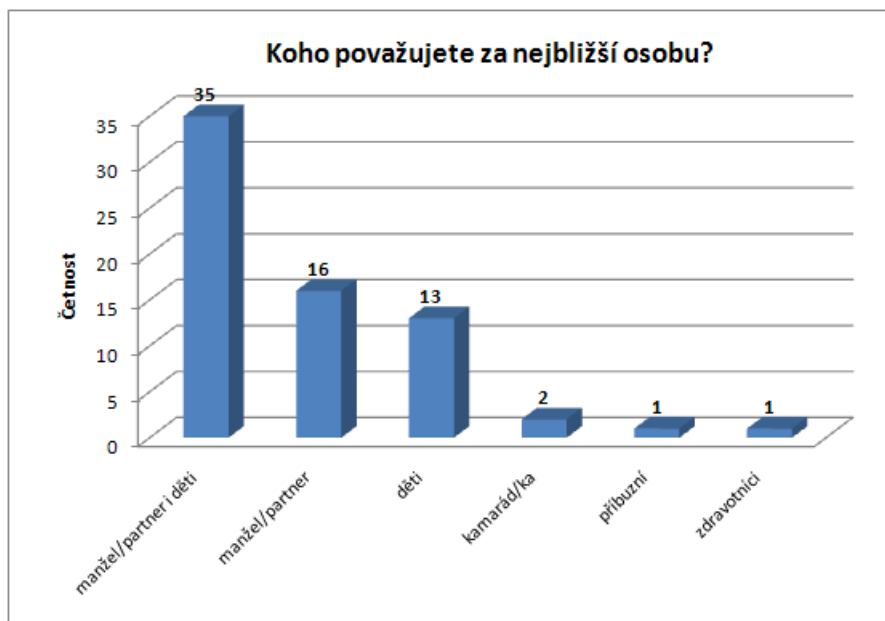
3.8 Položka č. 8: „Koho považujete za nejbližší osobu?“

Položka nám měla ukázat, koho respondentky považují za nejbližší osobu. Z celkového počtu 68 žen jich 16 (23,5 %) uvedlo, že považují za nejbližší osobu manžela/partnera, 13 žen (19,1 %) uvedlo děti, 35 žen (51,5 %) uvádí manžela/partnera i děti současně, 1 žena (1,5 %) považuje za nejbližší osobu své příbuzné, 2 ženy (2,9 %) uvedly kamarádka a 1 žena (1,5 %) zdravotníky (viz tabulka č. 8).

Tabulka č. 8: Nejbližší osoba žen s diagnózou karcinom prsu

Koho považujete za nejbližší osobu?		
	Četnost	Procenta
manžel/partner	16	23,5
děti	13	19,1
manžel/partner i děti	35	51,5
příbuzní	1	1,5
kamarád/ka	2	2,9
zdravotníci	1	1,5
Celkem	68	100,0

Graf č. 8: Nejbližší osoba žen s diagnózou karcinom prsu



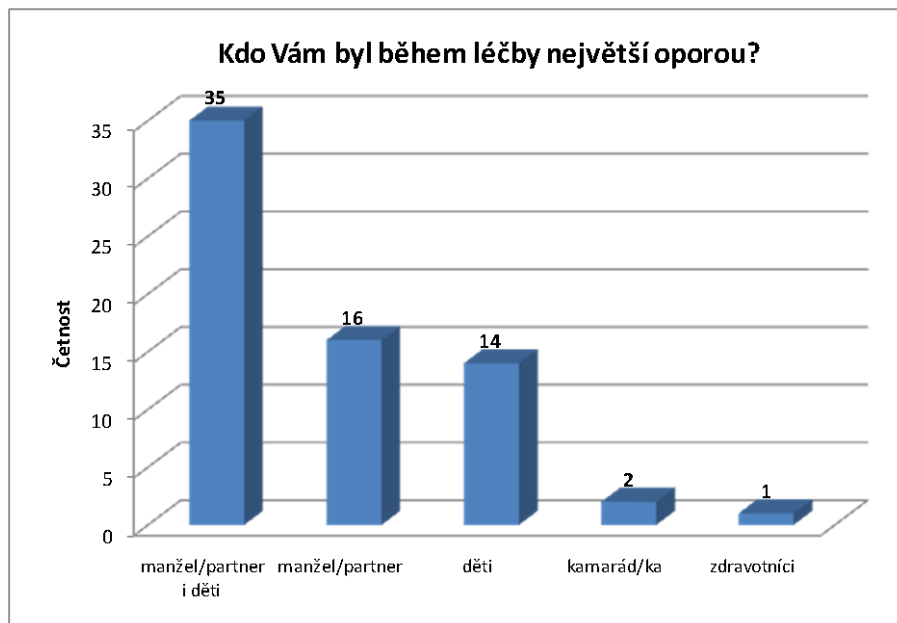
3.9 Položka č. 9: „Kdo Vám byl během léčby největší oporou?“

Položka udává, kdo byl ženě s diagnózou karcinom prsu během léčby největší oporou. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 68 žen byl pro 16 žen (23,5 %) největší oporou manžel/partner, 14 žen (20,6 %) uvedlo děti a 35 žen (51,5 %) manžela/partnera i děti současně. 2 ženy (2,9 %) považují za nejbližší osobu kamarádku a 1 žena (1,5 %) zdravotníky (viz tabulka č. 9).

Tabulka č. 9: Největší opora žen s diagnózou karcinom prsu

Kdo Vám byl během léčby největší oporou?		
	Četnost	Procenta
manžel/partner	16	23,5
děti	14	20,6
manžel/partner i děti	35	51,5
kamarád/ka	2	2,9
zdravotníci	1	1,5
Celkem	68	100,0

Graf č. 9: Největší opora žen s diagnózou karcinom prsu



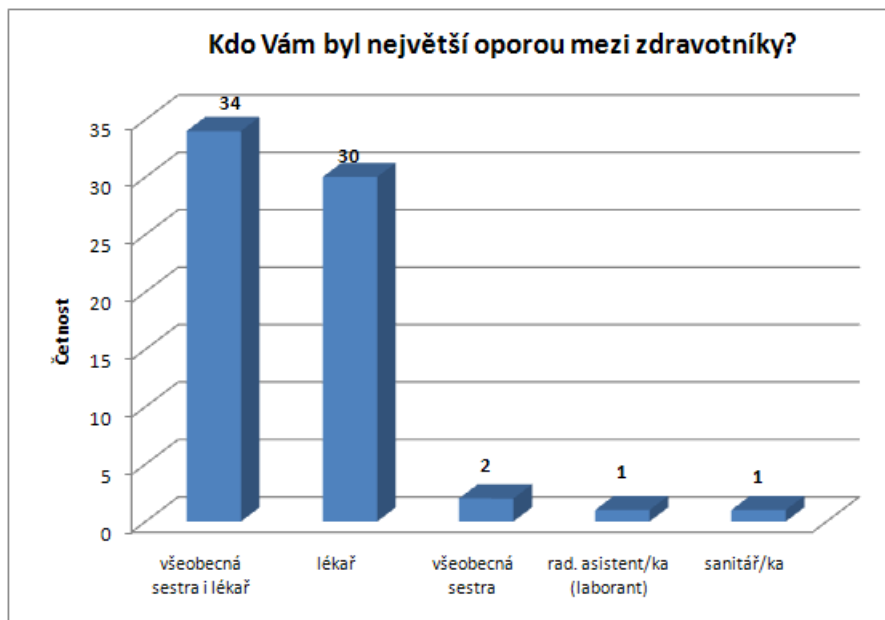
3.10 Položka č. 10: „Kdo Vám byl největší oporou mezi zdravotníky?“

Položka nám měla ukázat, koho respondentky považovaly za největší oporu mezi zdravotníky. Z celkového počtu 68 žen 2 ženy (2,9 %) uvedly všeobecnou sestru, 30 žen (44,1 %) uvádí lékaře, 34 žen (50,0 %) uvedlo všeobecnou sestru i lékaře současně, 1 žena (1,5 %) radiologického asistenta (laborant) a 1 žena (1,5 %) uvedla sanitáře/ku (viz tabulka č. 10).

Tabulka č. 10: Největší opora žen mezi zdravotníky

Kdo Vám byl největší oporou mezi zdravotníky?		
	Četnost	Procenta
všeobecná sestra	2	2,9
lékař	30	44,1
všeobecná sestra i lékař	34	50,0
rad. asistent/ka (laborant)	1	1,5
sanitář/ka	1	1,5
Celkem	68	100,0

Graf č. 10: Největší opora žen mezi zdravotníky



3.11 Položka č. 11: „Konzultovala jste svoje problémy s psychologem?“

Položka nám měla zjistit, zda respondentky v průběhu léčby konzultovaly svoje problémy s psychologem. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 68 žen svoje problémy s psychologem konzultovalo 7 žen (10,3 %), 54 žen (79,4 %) necítilo potřebu konzultace a 7 žen (10,3 %) uvedlo, že by konzultaci psychologa uvítaly, ale nebyla jim nabídnuta (viz tabulka č. 11).

Tabulka č. 11: Konzultace problémů s psychologem

Konzultovala jste svoje problémy s psychologem?		
	Četnost	Procenta
ano	7	10,3
ne, necítila jsem potřebu	54	79,4
ne, konzultaci psychologa bych uvítala, ale nebyla mi nabídnuta	7	10,3
Celkem	68	100,0

Graf č. 11: Konzultace problémů s psychologem



3.12 Položka č. 12: „Zapojila jste se do nějakého klubu či sdružení pro ženy nemocné karcinomem prsu?“

Položka nás informovala, zda se respondentky zapojily do nějakého sdružení či klubu pro nemocné karcinomem prsu. Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 68 žen se 6 žen (8,8 %) zapojilo a účast jim psychicky pomohla, 1 žena (1,5 %) se zapojila, ale účast ji psychicky neovlivnila, 31 žen (45,6 %) nemá zájem o zapojení, 13 žen (19,1 %) se do žádného klubu či sdružení nezapojilo, ale o zapojení uvažují a 17 žen (25,0 %) uvedlo, že se v blízkosti jejich bydliště žádné sdružení nenachází, ale sdružení by uvítaly (viz tabulka č. 12).

Tabulka č. 12: Zapojení do klubu či sdružení pro ženy s rakovinou prsu

Zapojila jste se do nějakého klubu či sdružení pro ženy nemocné karcinomem prsu?		
	Četnost	Procenta
ano - účast mi psychicky pomohla	6	8,8
ano - účast mě psychicky neovlivnila	1	1,5
ne - nemám zájem	31	45,6
ne - ale uvažuji o zapojení	13	19,1
v blízkosti mého bydliště se žádné sdružení nenachází, sdružení bych uvítala	17	25,0
Celkem	68	100,0

Graf č. 12: Zapojení do klubu či sdružení pro ženy s rakovinou prsu



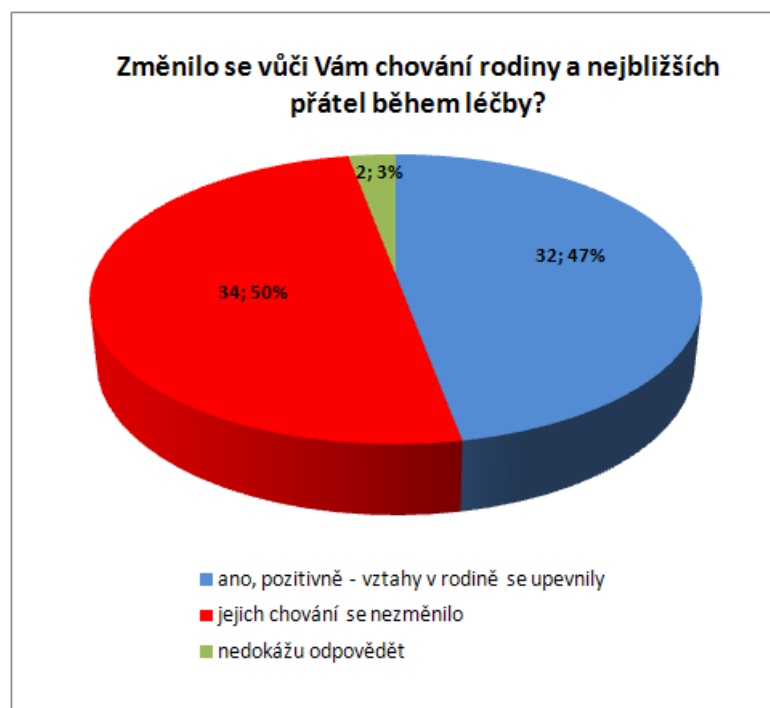
3.13 Položka č. 13: „Změnilo se vůči Vám chování rodiny a nejbližších přátel během léčby?“

Položka nám poskytla údaje o tom, zda se během léčby změnilo vůči nemocné ženě chování rodiny a nejbližších přátel. Z celkového počtu 68 respondentek 32 žen (47,1 %) uvedlo, že se vztahy v rodině pozitivně změnily - upevnily se, 34 žen (50,0 %) zaškrtnulo odpověď, že se chování blízkých nezměnilo a 2 ženy (2,9 %) nedokázaly odpovědět (viz tabulka č. 13).

Tabulka č. 13: Změna chování nejbližších přátel a rodiny

Změnilo se vůči Vám chování rodiny a nejbližších přátel během léčby?		
	Četnost	Procenta
ano, pozitivně - vztahy v rodině se upevnily	32	47,1
jejich chování se nezměnilo	34	50,0
nedokážu odpovédět	2	2,9
Celkem	68	100,0

Graf č. 13: Změna chování nejbližších přátel a rodiny



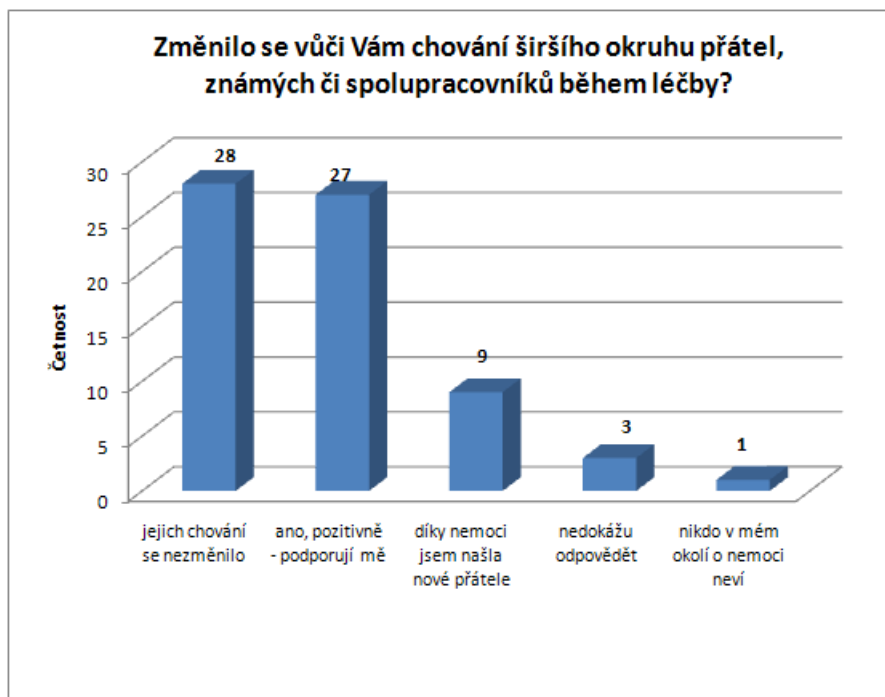
3.14 Položka č. 14: „Změnilo se vůči Vám chování širšího okruhu přátel, známých či spolupracovníků během léčby?“

Položka nám měla ukázat, zda se změnilo vůči ženám během jejich léčby chování širšího okruhu přátel, známých či spolupracovníků. Z celkového počtu 68 žen jich 27 (39,7 %) uvedlo, že se chování známých změnilo a to pozitivně- více pacientku podporují. 28 žen (41,2 %) uvedlo, že se chování známých nezměnilo, 9 žen (13,2 %) našlo díky nemoci nové přátele, 1 žena (1,5 %) sdělila, že nikdo v jejím okolí o nemoci neví a 3 ženy (4,4 %) na tuto problematiku nedokázaly odpovědět (viz tabulka č. 14).

Tabulka č. 14: Změna chování širšího okruhu přátel, známých a spolupracovníků

	Četnost	Procenta
ano, pozitivně - podporují mě	27	39,7
jejich chování se nezměnilo	28	41,2
díky nemoci jsem našla nové přátele	9	13,2
nikdo v mém okolí o nemoci neví	1	1,5
nedokážu odpovědět	3	4,4
Celkem	68	100,0

Graf č. 14: Změna chování širšího okruhu přátel, známých a spolupracovníků



3.15 Položka č. 15: „Co pro Vás bylo v průběhu terapie největší motivací k léčbě?“

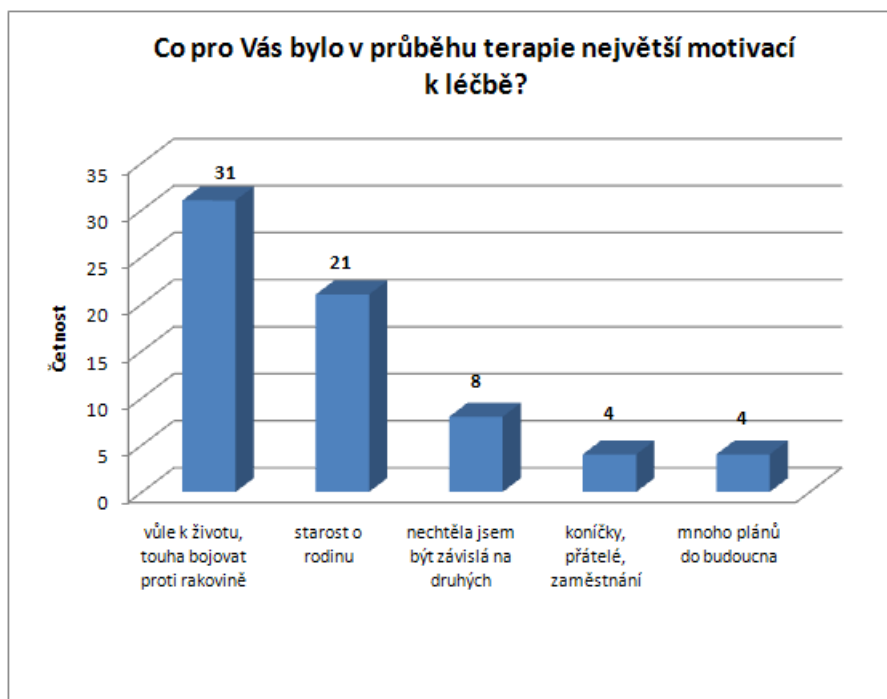
Položka nám měla zjistit, co bylo pro respondentky v průběhu léčby největší motivací k léčbě. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 68 respondentek jich 21 (30,9 %) uvádí starost o rodinu, 31 žen (45,6 %) považuje za největší motivaci k léčbě vůle k životu, touha bojovat proti rakovině, 4 ženy (5,9 %) uvádí koníčky, přátele, zaměstnání, 4 ženy (5,9 %) mnoho plánů do budoucna a 8 žen (11,8 %) nechtělo být závislých na druhých (viz tabulka č. 15).

Tabulka č. 15: Motivace k léčbě

Co pro Vás bylo v průběhu terapie největší motivací k léčbě?

	Četnost	Procenta
starost o rodinu	21	30,9
vůle k životu, touha bojovat proti rakovině	31	45,6
koníčky, přátele, zaměstnání	4	5,9
mnoho plánů do budoucna	4	5,9
nechtěla jsem být závislá na druhých	8	11,8
Celkem	68	100,0

Graf č. 15: Motivace k léčbě



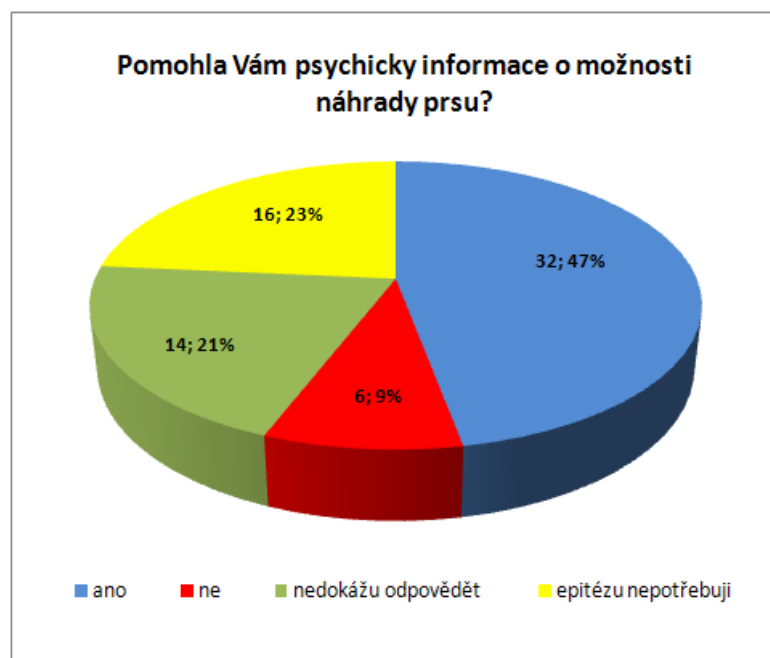
3.16 Položka č. 16: „Pomohla Vám psychicky informace o možnosti náhrady prsu (např. epitéza či rekonstrukční operace)?“

Položka nás informovala, zda respondentkám psychicky pomohla informace o možnosti náhrady prsu. Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 68 žen tato informace 32 ženám (47,1 %) pomohla, 6 žen (8,8 %) uvedlo, že jim tato informace psychicky nepomohla, 14 žen (20,6 %) nedokáže odpovědět a 16 žen (23,5 %) epitézu nepotřebuje (viz tabulka č. 16).

Tabulka č. 16: Psychická pomoc v podobě informace o možnosti náhrady prsu

Pomohla Vám psychicky informace o možnosti náhrady prsu?		
	Četnost	Procenta
ano	32	47,1
ne	6	8,8
nedokážu odpovědět	14	20,6
epitézu nepotřebuji	16	23,5
Celkem	68	100,0

Graf č. 16: Psychická pomoc v podobě informace o možnosti náhrady prsu



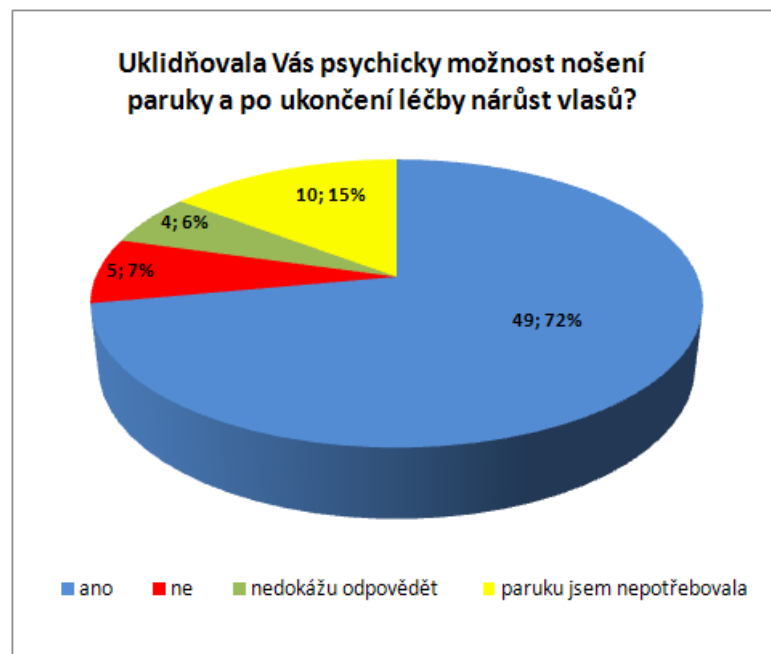
3.17 Položka č. 17: „Uklidňovala Vás psychicky možnost nošení paruky a po ukončení léčby nárůst vlasů?“

Položka nám měla ukázat, zda ženy psychicky uklidňovala možnost nošení paruky během léčby a po ukončení léčby nárůst vlasů. Z celkového počtu 68 respondentek 49 žen (72,1 %) uvedlo, že ano, 5 žen (7,4 %) sdělilo, že ne, 4 ženy (5,9 %) nedokázaly na otázku odpovědět a 10 žen (14,7 %) žen paruku nepotřebovalo (viz tabulka č. 17).

Tabulka č. 17: Psychická podpora v podobě informace o nošení paruky a nárůstu vlasů

Uklidňovala Vás psychicky možnost nošení paruky a po ukončení léčby nárůst vlasů?		
	Četnost	Procenta
ano	49	72,1
ne	5	7,4
nedokážu odpov. ědět	4	5,9
paruku jsem nepotřebovala	10	14,7
Celkem	68	100,0

Graf č. 17: Psychická podpora v podobě informace o nošení paruky a nárůstu vlasů



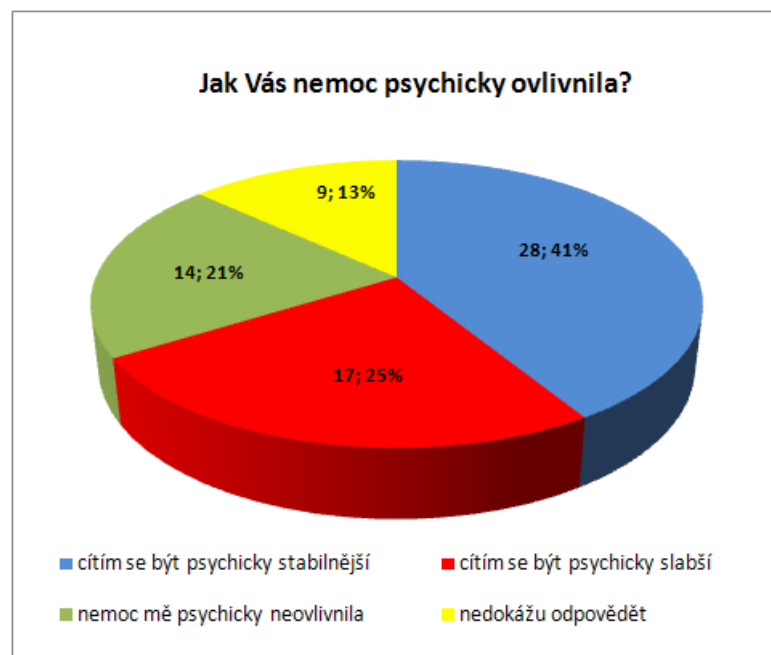
3.18 Položka č. 18: „Jak Vás nemoc psychicky ovlivnila?“

Položka nám poskytla údaje o tom, zda karcinom prsu, tedy tato nemoc, ženu psychicky ovlivnila. Z celkového počtu 68 respondentek jich 28 (41,2 %) uvedlo, že se cítí být psychicky silnější (v tabulce a grafu stabilnější), 17 žen (25,0 %) se cítí být psychicky slabší, 14 žen (20,6 %) nemoc psychicky neovlivnila a 9 žen (13,2 %) nedokázalo odpovědět (viz tabulka č. 18).

Tabulka č. 18: Ovlivnění psychiky nemocí

Jak Vás nemoc psychicky ovlivnila?		
	Četnost	Procenta
cítím se být psychicky stabilnější	28	41,2
cítím se být psychicky slabší	17	25,0
nemoc mě psychicky neovlivnila	14	20,6
nedokážu odpovědět	9	13,2
Celkem	68	100,0

Graf č. 18: Ovlivnění psychiky nemocí



3.19 Kazuistika ženy s karcinomem prsu

Kazuistika byla vypracována a zveřejněna v bakalářské práci se souhlasem pacientky. Současně respektuji zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, který zaručuje anonymitu účastníků výzkumu.

Pacientka A. M. ročník 1967 byla přijatá v listopadu na chirurgické oddělení Nemocnice Jihlava, p.o. pro operaci pravého prsu pro karcinom. Je rozvedená, žije s přítelem a svojí dcerou.

Bulku si poprvé nahmatala v červnu po skončení menstruace. Ta ale za několik dní spontánně zmizela a tak lézi pacientka nevěnovala pozornost. Za měsíc se však bulka opět objevila a byla již bolestivá. Paní M. znejistěla, napadlo ji, že by se mohlo jednat o rakovinu, ale tuto myšlenku zahnila. Řekla si, že počká, zda bulka zase nezmizí. A zmizela. Takto se to však za měsíc opakovalo a bulka přetrvávala.

Vzhledem k tomu, že pacientka pracuje jako sanitářka ve zmíněné nemocnici, snažila se paní M. konzultovat svůj problém s personálem, především s všeobecnými sestrami, ale i s nezdravotníky. Všichni jí doporučovali, aby se nechala odborně vyšetřit lékařem. Pacientka však stále váhala, přestože věděla, že by lékaře navštívit měla. Neustále si však říkala: „To nic nebude, určitě to je jenom nějaká neškodná bulka. Zase zmizí a bude to dobré.“ Měla i obavy z toho, aby ji neopustil přítel, se kterým v té době žila krátce.

Nakonec se však nechala přesvědčit a navštívila svého gynekologa, kterému se s problémem svěřila. Ten ji poslal na mamografii a sono prsu. Byla potvrzena diagnóza karcinom prsu. Pacientka udává: „V tu chvíli jsem měla pocit, že se mi zhroutil svět jako domeček z karet. Ve vteřině mi proběhlo hlavou, že umřu a pokud neumřu, budu muset podstoupit operaci, prso mi uříznou, chlap mě opustí a já budu sama na všechnu tu onkologickou léčbu. Nebudu mít prso, vlasy, chlapa, peníze, budu zvracet. A pak jsem si řekla, že to tedy ne, že se s tím musím poprat a že to zvládnou. Musím to zvládnout!“

Poté byla přijatá na chirurgii, kde jí byla provedená záchovná operace s exenterací axily. Pacientka tedy o celý prs nepřišla a navíc jí bylo sděleno, že se nebude muset podrobit ani následné onkologické léčbě. Operační rána se dobře hojila a paní M. byla po několika dnech propuštěná domů. Byla jí doporučena pracovní neschopnost minimálně tři měsíce a naplánována další léčba radioterapií.

„Byla jsem šťastná. Žádné zvracení, žádná paruka, prso mi nechali. A budu zdravá! Cítila jsem se skvěle. Taková nemoc v člověku přestaví žebříček hodnot. Najednou svět vnímám úplně jinak, vážím si každého dne a užívám si to.“

Pacientka se po sdělení diagnózy nejvíce obávala ztráty prsu a následné samoty. Nebyla si jistá, zda ji neopustí partner. Nemoc nyní zpětně vnímá jako zkoušku jejich vztahu, neboť byla příjemně překvapená, jak velkou jí poskytl oporu. Za nejbližší osobu však považuje dceru, na kterou se mohla ve všem spolehnout. Během onemocnění jí nejvíce psychicky pomáhal kolektiv v jejím zaměstnání, tvořený převážně ženami.

Paní M. uvádí: „Ten babinec mi opravdu pomohl. Holky pro mě byly takovým motorem k uzdravení. Nedokázala jsem si představit, že bych teď měla dřepět doma. Moc jsem se těšila do práce mezi lidi, do kolektivu. Nechtěla jsem být dlouho na nemocenské, jednak kvůli penězům, ale hlavně proto, že mi chyběli lidi a holky z práce. Je hrozné, když se dozvíte, že máte rakovinu. Potřebovala jsem to s někým probrat. Úplně nejlepší by bylo nějaké sdružení, kdy problémy konzultujete s někým stejně nemocným nebo vyléčeným. To jsem opravdu moc potrebovala. Potrebovala jsem slyšet, že se někdo té rakoviny zbavil a uzdravil se, nebo probrat takové ty babské rady. V Jihlavě ale žádné takové sdružení není, což je obrovská škoda. Když to řešíte s někým zdravým, není to ono, takový člověk vás nikdy nepochopí úplně.“

Potřebu konzultace s psychologem nepocítila a nyní, když se vrátila zpět do zaměstnání, uvádí, že se cítí být po prodělané nemoci psychicky silnější.

4 Diskuze

Bakalářská práce sledovala problematiku žen s diagnózou karcinom prsu a dopad tohoto onemocnění na psychiku ženy. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na obecné informace týkající se onemocnění rakoviny prsu u žen, které má v České republice stoupající incidenci. Praktická část obsahuje dotazníkové šetření, které proběhlo na oddělení radiační onkologie Nemocnice Jihlava, příspěvkové organizaci.

Získaná data dotazníkového šetření byla srovnávána s bakalářskou prací I. Dvořákové, dále s diplomovou prací L. Venusové a s publikací O. Dostálové a dále s publikací B. Konopáskova a E. Javůrkové.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké pocity ženy prožívaly po sdělení diagnózy karcinom prsu, jejich věk a vzdělání.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nejčastější reakcí ženy při sdělení diagnózy karcinom prsu byla myšlenka proti rakovině bojovat (38,2 %), další početnou skupinu tvořily ženy, které napadlo „proč právě já?“ (26,5 %) Tato reakce je totožná s těmi, které uvádějí další autoři, např. Javůrková,⁷⁷ Dostálová.⁷⁸ Jedná se tedy o velice časté pocity. Zastoupení ostatních reakcí je již méně početné, např. pocit psychického zhroucení, reakce: „ne, to není možné, lékař se spletl“, bezmocnost. Pouze jednu pacientku v momentu sdělení diagnózy napadlo ukončit život a jiná žena udává vztek, rozhořčení, negativní emoce.

Věk žen s karcinomem prsu se pohyboval v nejmenší míře do 46 let, poté se procento výskytu rakoviny zvyšovalo se stoupajícím věkem a nejvyšší výskyt tohoto onemocnění je patrný mezi 66-75 let života ženy. Od 76 let výskyt karcinomu prsu klesá. Potvrdilo se tedy, že incidence nádorového onemocnění prsní žlázy stoupá po 50tem roce života ženy.

Převážná většina žen dosáhla středoškolského vzdělání (95,6 %) nebo jsou jen vyučeny (57,4 %), 17,6 % pacientek má vzdělání základní. Pouze 3 respondentky vystudovaly vysokou školu.

⁷⁷ Konopásek, Javůrková, 1998, s. 12

⁷⁸ Dostálová, 1993, s. 10

Z mého pohledu lze toto zjištění odůvodnit např. tím, že vysokoškolsky vzdělané ženy více dbají o své zdraví, navštěvují pravidelně lékaře, dodržují termíny preventivních prohlídek. Lze však i oponovat, že rakovinou prsu může onemocnět každá žena bez ohledu na to, zda navštěvuje pravidelně lékaře či nikoli. Je však prokázané, že negativní roli při vzniku rakoviny prsní žlázy sehrává i životní styl. Dalším důvodem tohoto šetření by však mohlo být i to, že pacientky nad 50 let věku neměly v minulosti mnoho motivace a možností vysokoškolsky studovat, proto nespádají do skupiny vysokoškolsky vzdělaných respondentek.

Zajisté by bylo zajímavé se tomuto výzkumu věnovat podrobněji. Získané údaje lze srovnat s prací Venusové, avšak výsledky našich výzkumů se zde rozcházejí, neboť Venusová ve své diplomové práci uvádí vysokoškolsky vzdělané ženy jako nejpočetnější skupinu respondentek.⁷⁹

Cíl č. 1 byl splněn.

Druhým cílem bylo objasnit, čeho se žena s karcinomem prsu v průběhu terapie nejvíce obávala.

Toto šetření jsem rozdělila do 4 skupin a to na obavu ženy v průběhu léčby ve vztahu ke svému ženství, na obavu ve vztahu ke svému okolí, na obavu po tělesné stránce a na obavu odchodu manžela či partnera.

Bylo zjištěno, že se ženy s karcinomem prsu ve vztahu ke svému ženství nejvíce obávaly o život (54,4%). Jednoznačně tedy strach o život předčil vše ostatní. Je však zajímavé, že se 16,2 % respondentek obávalo vypadání vlasů. Domnívala jsem se, že se pacientky jako ženy budou více obávat ztráty prsu než vypadání vlasů, ale toto zastoupení se objevilo jen z 5,9 %. To lze odůvodnit tím, že v dnešní době jsou preferovány spíše zachovné operace prsu a respondentky tedy nemusely mít amputovaný celý prs. Dále se jedná spíše o ženy, které jsou starší 50 let věku, je tedy pravděpodobné, že se jich ztráta prsu psychicky nemusí příliš dotknout. V dnešní době existují kvalitní prsní náhrady, žena se tedy nemusí obávat vyjít do společnosti, okolí si ztráty prsu nevšimne, kdežto paruka je jistě „více do očí bijící“.

Respondentky se v průběhu léčby ve svém okolí nejvíce obávaly toho, že budou závislé na jiných lidech (32,4%) a 19,1 % žen falešné lítosti a soucitu.

⁷⁹ Venusová, 2007, s. 118

Po tělesné stránce se ženy strachovaly, aby během chemoterapie netrpěly nevolností, zvracením a únavou (50,0 %), dále následoval strach z operace (19,1 %) a strach z bolesti (13,2 %). Operace a s ní spojená bolestivost však může provázet všechny operované pacienty, nemusí tedy přímo souviset s rakovinou prsu. Největší strach žen po somatické stránce při onemocnění karcinomem mléčné žlázy jsou tedy vedlejší účinky chemoterapie.

Odchodu manžela se většina žen neobávala (72,1 %). Toto zjištění mě nepřekvapilo.

20,6 % pacientek partnera nemá. Je třeba zdůraznit, že nejpočetnější skupina respondentek byla ve věku 66-75 let života, mohly tedy být již vdovy.

Cíl č. 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, kdo byl ženě s diagnózou karcinom prsu oporou, co bylo největší motivací k léčbě.

Nejprve jsem chtěla zjistit, koho žena považuje za nejbližší osobu a poté porovnat, zda je tato osoba pro ženu během léčby skutečnou oporou. Z výsledků vyplývá, že nejbližší osobou respondentek je manžel, partner a děti. Tito nejbližší členové rodiny poskytli ženám s karcinomem prsu i největší oporu během léčby. Zde se výsledky mého výzkumu shodují s výsledky Venusové, která uvádí, že největší oporu našly ženy ve svém partnerovi, dále uváděly celou svoji rodinu, příbuzné, některé i dobrou kamarádku a svého ošetřujícího lékaře.⁸⁰ I z šetření Dvořákové vyplynul stejný závěr, tedy podpora žen v rodině.⁸¹

Mezi zdravotníky našly ženy největší oporu v lékaři a všeobecné sestře. Ostatní zdravotnické pracovníky uváděly jen v minimálním procentu. Toto zjištění pravděpodobně vyplývá z toho, že s lékařem a sestrou se respondentky setkávají nejčastěji. Domnívám se, že sestře se pacientky mohou svěřit, sestra je navíc žena. Lékař je proti tomu autorita, pacientky mu věří, svěřují mu svůj život. Tyto aspekty jistě vytvářejí pocit opory a důvěry.

45,6 % ženám byla vůle k životu a touha bojovat proti rakovině největší motivací k léčbě, dalších 30,9 % žen uvádí starost o rodinu.

⁸⁰ Tamtéž, s. 119

⁸¹ Dvořáková, 2006, s. 74

47,1 % respondentek uvedlo, že jim psychicky pomohla informace o možnosti náhrady prsu, 23,5 % žen epitezu nepotřebuje, 72,1 % žen uvádí, že jim psychicky pomohla informace o možnosti nošení paruky a po ukončení léčby nárůst vlasů, 14,7 % respondentek paruku během léčby nepotřebovalo. Zde je opět patrné, jak moc je pro ženy důležité mít vlasy, paruka jim alespoň po psychické stránce pomáhá vyřešit problém alopecie, který vítězí nad ztrátou prsu.

Cíl č. 3 byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo objasnit, jaké změny se během léčby vyskytly v nejbližším psychosociálním okolí ženy.

Šetřením bylo zjištěno, že 50,0 % žen nepocítilo změnu v chování nejbližších přátel a rodiny a dalších 47,1 % žen uvedlo, že se chování nejbližších změnilo a to pozitivně-vztahy v rodině se více upevnily. Co se týče změny v chování širšího okruhu přátel, známých či spolupracovníků během léčby, výsledky dopadly podobně. 41,2 % respondentek změnu v chování širšího okruhu známých nepocítilo a 39,7 % žen uvedlo, že se jejich chování změnilo a to pozitivně-více ji podporují. Takovéto výsledky jsem očekávala. Jen 1 respondentka uvedla, že nikdo v jejích okolí o nemoci neví a 9 žen našlo díky nemoci nové přátele.

Na otázku, zda se žena zapojila do nějakého klubu či sdružení pro ženy nemocné karcinomem prsu jich 45,6 % uvedlo, že nemá zájem. Opět zde může být jedním z důvodů vyšší věk respondentek. Avšak 25,0 % žen by účast v nějakém sdružení uvítalo, ale v blízkosti jejich bydliště se žádné nenachází. V jihlavské nemocnici se pro karcinom prsu léčí ženy nejen z Jihlavy, ale prakticky z celé Vysočiny. V Jihlavě se skutečně žádné sdružení pro takto postižené ženy nenachází, ostatní města jsou na tom podstatně lépe. 8,8 % respondentek uvedlo, že jsou v nějakém sdružení zapojeny a účast jim psychicky pomohla. Pokud tedy ženám účast psychicky pomáhá, bylo by do budoucna dobré v Jihlavě nějaké sdružení či organizaci vybudovat.

V bakalářské práci Dvořákové se uvádí, že více než polovina žen (30 žen z 50) měla zájem se začlenit do nějaké organizace, nebo je již členkou, zbytek pacientek zájem nemělo⁸². Její šetření bylo provedeno v Přerově.

Cíl č. 4 byl splněn.

⁸² Tamtéž

Pátým cílem bylo zmapovat dopad onemocnění na psychiku ženy po ukončení léčby.

Na otázku jak nemoc ženy s karcinomem prsu psychicky ovlivnila, odpovědělo 41,2 % dotázaných žen, že se cítí být psychicky silnější, 25,0 % se cítí být psychicky slabší a 20,6 % nemoc psychicky neovlivnila. V bakalářské práci Dvořákové, která zjišťovala, zda nemoc a následná léčba ovlivnily dosavadní životní styl patientek, 28 žen odpovědělo kladně a 22 žen záporně.⁸³

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 79,4 % žen necítilo potřebu konzultovat svoje problémy s psychologem, 7 žen své problémy konzultovalo a 7 žen by konzultaci psychologa uvítalo, ale nebyla jim nabídnuta. Zde je možné srovnat s výsledky Dvořákové, ve kterých je uvedeno, že odbornou pomoc psychologa by využilo 50 % dotázaných.⁸⁴ V tomto se naše výsledky shodují.

Cíl č. 5 byl splněn.

⁸³ Tamtéž

⁸⁴ Tamtéž

5 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda má karcinom prsu vliv na psychiku ženy. V teoretické části práce jsem se zaměřila na obecné informace o karcinomu prsu a v praktické části jsou formou dotazníkového šetření zmapovány a popsány cíle práce, které se zabývaly následujícím šetřením: jaké pocity žena prožívala po sdělení diagnózy, čeho se v průběhu terapie nejvíce obávala, jaké změny se během léčby vyskytly v jejím nejbližším psychosociálním okolí, kdo byl ženě největší oporou a motivací k léčbě a jaký dopad mělo onemocnění na psychiku ženy po ukončení léčby.

Výzkumu se zúčastnilo 68 žen s diagnózou karcinom prsu, v rozsahu 1 týdne až 1 roku po ukončené léčbě. Jednalo se o ženy, které byly léčeny na oddělení radiační onkologie Nemocnice Jihlava, p.o.

V rámci Závěru bych chtěla shrnout nejčastější odpovědi respondentek, které vyplynuly z dotazníkového šetření:

Nejpočetnější skupinu respondentek tvořily ženy ve věku 51-75 let, které byly převážně vyučeny, nebo dosáhly středoškolského vzdělání. Při sdělení diagnózy karcinom prsu byly odhodlané bojovat proti rakovině, mnoho z nich napadla otázka „proč právě já?“ Během léčby se respondentky v největší míře obávaly o život a ztráty vlasů. To, že by mohly přijít o prs, trápilo jen 4 ženy. Z celkového počtu 68 žen se jich 22 bálo, že by mohly být během léčby závislé na jiných lidech. Dále měly ženy největší obavu z vedlejších účinků chemoterapie. Odchodu manžela či partnera kvůli nemoci se respondentky nebály, některé žily samy. Za nejbližší osobu pochopitelně považovaly manžela nebo partnera a děti a tyto osoby jí byly během léčby i oporou. Mezi zdravotníky zvítězil v rámci podpory lékař a všeobecná sestra. Dále ženy uvedly, že se vztahy v rodině a mezi širším okruhem známých více upevnily a změnily se pozitivně, anebo se chování okolí nezměnilo. To je pozitivní zjištění. Největší motivací k léčbě byla pro ženy vůle k životu a touha bojovat proti rakovině a samozřejmě starost o rodinu. Více než polovina respondentek neměla potřebu konzultovat svoje problémy ohledně nemoci s psychologem. O zapojení do nějakého klubu či sdružení pro ženy nemocné karcinomem prsu nemá většina respondentek zájem a další početná skupina žen uvádí, že o zapojení uvažují, nebo že se v blízkosti jejich bydliště žádné sdružení nenachází, ale uvítaly by ho. Pokud se nějaká respondentka již někam zapojila, uvádí, že ji účast psychicky pomohla. Jen jedna žena z celkového počtu uvádí, že ji účast

psychicky neovlivnila. Mnoho žen nepotřebovalo epitézu ani paruku, ale ty, které o prs či vlasy během léčby přišly, uvádí, že jim tyto náhrady psychicky pomohly.

V závěru z šetření vyplývá, že karcinom prsu ženy psychicky ovlivnil. 41,2 % žen se cítí být psychicky silnější, 25,0 % žen se cítí být psychicky slabší a 20,6 % žen uvádí, že je nemoc psychicky neovlivnila.

Všechny vytčené cíle byly splněny.

Podnětem pro další zkoumání, kterému by bylo jistě zajímavé věnovat pozornost a jejichž řešení by přesáhlo rámec méj bakalářské práce, by mohlo být např.: Zkoumat jen jednu věkovou skupinu respondentek, např. mladé ženy s karcinomem prsu do 40 let věku. Dále by se mohlo dotazníkové šetření provádět zvlášť mezi ženami s vysokoškolským vzděláním a mezi ženami, které jsou pouze vyučené a výsledky vzájemně porovnat. A v neposlední řadě by se šetření mohlo zaměřit na rozdíly v psychice u žen po amputaci prsu a u těch, kterým byla provedena záchovná operace. Výsledky těchto šetření by se jistě lišily s mými výsledky.

Literatura

1. ABRAHÁMOVÁ, J. *Vybrané otázky z onkologie XII*. Praha: Galén, 2008, 168 s., ISBN 978-80-7262-595-6
2. ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L., a kol. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2003, 227 s., ISBN 80-247-0499-4
3. ABRAHÁMOVÁ, J., POVÝŠIL, C., HORÁK, J., a kol. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 328 s., ISBN 80-7169-771-0
4. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J., a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 604 s., ISBN 80-7169-792-3
5. BAUER, J. *Onkologie praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Anomal, 1994, 88 s., ISBN 80-901474-1-0
6. BÜCHLER, Tomáš. Biologická léčba karcinomu prsu [online]. [cit. 2010-04-21] dostupné na <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2008/3-2008/Biologicka-lecba-karcinomu-prsu/e-9q-a3-js.magarticle.aspx>
7. CIBULOVÁ, M. Citovo hřejivý vzťah. *Sestra - slovenská verze*, 2004, roč. 3, č. 5., ISSN 1335-9444
8. DeVITA, V. T., Jr., HELLMAN, S. a ROSENBERG, S. A. *Cancer: Principles and practice of oncology*. 7. vyd. USA, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005, ISBN 0-781-74450-4
9. DIENSTBIER, Z., SKALA, E. *Nádorová diagnostika pro lékaře v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995, 184 s., ISBN 80-7169-152-6
10. DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum, 1993, 208 s., ISBN 80-7169-040-6
11. DVOŘÁKOVÁ, I. *Kvalita života žen po operaci prsu: bakalářská práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotních věd, 2006, 91 s., Vedoucí bakalářské práce Věra Vránová
12. EORTC. *Manuál pro klinický výzkum a léčbu karcinomu prsu*. 4. vyd. 2000, 156 s., ISBN 2-930064-31-5
13. FRANKLIN, C., GOODMAN, G. *Jak předcházet rakovině prsu*. Praha: Pragma, 1999, 171 s., ISBN 80-7205-639-5
14. JAKOUBKOVÁ, J., a kol. *Trendy soudobé onkologie: Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 125 s., ISBN 80-85824-78-7
15. KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002, 686 s., ISBN 80-7262-151-3
16. KLENER, P. *Protinádorová chemoterapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1996, 614 s., ISBN 80-85824-36-1
17. KLENER, P., VORLÍČEK, J., a kol. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 231 s., ISBN 80-902501-2-2
18. KONOPÁSEK, B., JAVŮRKOVÁ, E. *Karcinom prsu: Názor lékaře a zkušenost pacientky*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1998, 75 s., ISBN 80-86003-19-1
19. KONOPÁSEK, B., PETRUŽELKA, L. *Karcinom prsu*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 125 s., ISBN 80-85824-66-3
20. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2713-4
21. LINC, R., DOUBKOVÁ, A. *Anatomie hybnosti II.: Splanchnologia*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003, 155 s., ISBN 80-246-0363-2
22. MACKOVČÁKOVÁ, J. Podporit pacientky. *Sestra a lékař v praxi*, 2008, roč. 7, č. 7-8, ISSN 1335-9444

23. MUŽÍK, J., ABRAHÁMOVÁ, J. a KOPTÍKOVÁ, J., Stručný přehled epidemiologie zhoubného novotvaru prsu v České republice. In *Epidemiologie karcinomu prsu v ČR* [online]. [cit. 2009-12-14] dostupné na <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro.lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>
24. OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. 2008. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2008, 117 s., ISBN 978-80-204-1876-0
25. PAVLIŠTA, D. Operační léčba karcinomu prsu. *Referátový výběr z Onkologie*. 2006, roč. 23, č. 1
26. ROSOLOVÁ, E. Pohled sestry z mamologické poradny na problematiku onemocnění prsu. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č.4. ISSN 1801-1349
27. SPURNÝ, V., ŠLAPMPA, P. *Moderní radioterapeutické metody*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 118 s., ISBN 80-7013-267-1
28. ŠLAPMPA, P., a kol. *Radiační onkologie v praxi*. 2. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2007, 275 s., ISBN 978-80-86793-08-5
29. ŠLAPMPA, P., PETERA, J., a kol. *Radiační onkologie*. Praha: Galén, 2007, 257 s., ISBN 978-80-7262-469-0
30. TRÁVNÍČKOVÁ-KITTLEROVÁ, O., HRADIL, V. a VACEK, J. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 96 s., ISBN 80-7254-485-3
31. ÚZIS ČR. Nádory prsu, ženy: Časový vývoj, ASR(W) [online]. [cit. 2010-04-19] dostupné na <http://www.svod.cz/graph/?sessid=dcaa91b02c8ee837e0d14475c1e12c2&typ=incmor...>
32. ÚZIS ČR. Nádory prsu, ženy: Časový trend ve vývoji incidence k roku 1977, index růstu v procentech [online]. [cit. 2010-04-19] dostupné na <http://www.svod.cz/graph/?sessid=dcaa91b02c8ee837e0d14475c1e12c2&typ=trendy...>
33. ÚZIS ČR. Nádory prsu- Incidence ženy: Věková struktura populace pacientů % případů dle věkových kategorií [online]. [cit. 2010-04-19] dostupné na <http://www.svod.cz/graph/?sessid=dcaa91b02c8ee837e0d14475c1e12c2&typ=vek&di...>
34. ÚZIS ČR. Nádory prsu- Incidence ženy: Regionální přehled dle přepočtu na světový standard (ASR-W) za období 1977-2007 [online]. [cit. 2010-04-19] dostupné na <http://www.svod.cz/graph/?sessid=dcaa91b02c8ee837e0d14475c1e12c2&typ=regi onp...>
35. VENUSOVÁ, L. *Kvalita života žen po provedené ablaci prsu: bakalářská práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotních věd, 2007, 169 s., Vedoucí diplomové práce Nora Zlámalová
36. VORLÍČEK, J., VYZULA, R., ADAM, Z., a kol. *Praktická onkologie: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 344 s., ISBN 80-7169-974-8

Seznam tabulek

tabulka č. 1	Věk respondentek
tabulka č. 2	Vzdělání respondentek
tabulka č. 3	Reakce ženy na sdělení diagnózy karcinomu prsu
tabulka č. 4	Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému ženství
tabulka č. 5	Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému okolí
tabulka č. 6	Obava v průběhu léčby ve vztahu k somatické stránce
tabulka č. 7	Obava ženy odchodu manžela/partnera v průběhu léčby
tabulka č. 8	Nejbližší osoba žen s diagnózou karcinomu prsu
tabulka č. 9	Největší opora žen s diagnózou karcinomu prsu
tabulka č. 10	Největší opora žen mezi zdravotníky
tabulka č. 11	Konzultace problémů s psychologem
tabulka č. 12	Zapojení do klubu či sdružení pro ženy s rakovinou prsu
tabulka č. 13	Změna chování nejbližších přátel a rodiny
tabulka č. 14	Změna chování širšího okruhu přátel, známých a spolupracovníků
tabulka č. 15	Motivace k léčbě
tabulka č. 16	Psychická pomoc v podobě informace o možnosti náhrady prsu
tabulka č. 17	Psychická podpora v podobě informace o nošení paruky a vlasů
tabulka č. 18	Ovlivnění psychiky nemocí

Seznam grafů

graf č. 1	Věk respondentek
graf č. 2	Vzdělání respondentek
graf č. 3	Reakce ženy na sdělení diagnózy karcinomu prsu
graf č. 4	Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému ženství
graf č. 5	Obava v průběhu léčby ve vztahu ke svému okolí
graf č. 6	Obava v průběhu léčby ve vztahu k somatické stránce
graf č. 7	Obava ženy odchodu manžela/partnera v průběhu léčby
graf č. 8	Nejbližší osoba žen s diagnózou karcinomu prsu
graf č. 9	Největší opora žen s diagnózou karcinomu prsu
graf č. 10	Největší opora žen mezi zdravotníky
graf č. 11	Konzultace problémů s psychologem
graf č. 12	Zapojení do klubu či sdružení pro ženy s rakovinou prsu
graf č. 13	Změna chování nejbližších přátel a rodiny
graf č. 14	Změna chování širšího okruhu přátel, známých a spolupracovníků
graf č. 15	Motivace k léčbě
graf č. 16	Psychická pomoc v podobě informace o možnosti náhrady prsu
graf č. 17	Psychická podpora v podobě informace o nošení paruky a vlasů
graf č. 18	Ovlivnění psychiky nemocí

Seznam zkratek

BRCA-1, BRCA-2	onkosupresorové geny, jejichž mutace může být zdrojem familiárního výskytu některých nádorů
CMF, FAC	akronyma kombinace cytostatik používaných při léčbě karcinomu prsu
DCis	duktální karcinom in situ
ER	estrogenové receptory
LCis	lobulární karcinom in situ
PR	progesteronové receptory

Seznam příloh

Příloha I	Dotazník
Příloha II	Souhlas Nemocnice Jihlava, p.o. s dotazníkovým šetřením
Příloha III	Přehled incidence karcinomu prsu u žen dle věkové kategorie, časového vývoje a regionální přehled s indexem růstu v procentech
Příloha IV	Přehled závažnosti rizikových faktorů pro karcinom prsu
Příloha V	Samovyšetření prsu
Příloha VI	Klasifikace celkové zdatnosti dle Karnofského
Příloha VII	Rozdíly mezi vědeckou a alternativní medicínou podle Heřta
Příloha VIII	Lymfedém
Příloha IX	Rehabilitační plán pro pacientky po operaci prsu
Příloha X	Práva pacientů ČR

Příloha I – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Fišarová a jsem studentkou bakalářského oboru Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás poprosit o chvíli Vašeho času k vyplnění otázek přiloženého dotazníku. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy“. Toto téma zpracovávám pod vedením Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.

V dotazníku prosím uveďte vždy jen jednu odpověď.

Děkuji

Lenka Fišarová

E- mail: bojanovskal@seznam.cz

Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd

1) Jaký je Váš věk?

- | | |
|-----------|-----------|
| a) 35- 40 | f) 61- 65 |
| b) 41- 45 | g) 66- 70 |
| c) 46- 50 | h) 71- 75 |
| d) 51- 55 | i) 76- 80 |
| e) 56- 60 | j) 80- 85 |

2) Jakého jste dosáhla vzdělání?

- | | |
|------------|------------------|
| a) základn | c) středoškolské |
| b) vyučena | d) vysokoškolské |

3) Jaká byla Vaše první reakce po sdělení diagnózy karcinomu (rakovina) prsu?

- a) „proč právě já?“
- b) „ne, to není možné, lékař se spletl!“
- c) vztek, rozhořčení, negativní emoce
- d) bezmocnost
- e) pocit psychického zhroucení
- f) myšlenka na ukončení života
- g) odhodlání bojovat proti rakovině
- h) jiné, popište

4) Čeho jste se v průběhu léčby jako žena nejvíce obávala?

- a) vypadání vlasů
- b) ztráta prsu
- c) obava, že už nebudu jako žena atraktivní
- d) obava o život
- e) nedokážu odpovědět
- f) jiné, popište

5) Čeho jste se v průběhu léčby ve Vašem okolí nejvíce obávala?

- a) zda mě bude rodina v průběhu léčby podporovat, zda mi bude dostatečnou oporou
- b) samoty
- c) falešné lítosti/ soucitu
- d) obava, že budu závislá na jiných lidech a budu jim přítěží
- e) nedokážu odpovědět
- f) jiné, popište

6) Čeho jste se v průběhu léčby nejvíce obávala po tělesné stránce?

- a) změny tělesného vzhledu
- b) bolesti
- c) operace
- d) nevolnosti, zvracení, únavy během chemoterapie
- e) nedokážu odpovědět
- f) jiné, popište

7) Obávala jste se v průběhu léčby odchodu manžela/partnera?

- a) nemám partnera
- b) ano
- c) ne
- d) nedokážu odpovědět

8) Koho považujete za nejbližší osobu?

- a) manžel/partner
- b) děti
- c) manžel/partner i děti
- d) příbuzní
- e) kamarád/kamarádka
- f) spolupracovníci
- g) kněz
- h) zdravotníci
- i) jsem úplně sama

9) Kdo Vám byl během léčby největší oporou?

- a) manžel/partner
- b) děti
- c) manžel/partner i děti
- d) příbuzní
- e) kamarád/kamarádka
- f) spolupracovníci
- g) kněz
- h) zdravotníci
- i) jsem úplně sama

10) Kdo Vám byl největší oporou mezi zdravotníky?

- a) všeobecná sestra
- b) lékař
- c) všeobecná sestra i lékař
- d) psycholog
- e) radiologický asistent/asistentka (laborant)
- f) sanitář/sanitářka
- g) jiní, popište

11) Konzultovala jste svoje problémy s psychologem?

- a) ano
- b) ne, necítila jsem potřebu
- c) ne, konzultaci psychologa bych uvítala, ale nebyla mi nabídnuta

12) Zapojila jste se do nějakého klubu či sdružení pro ženy nemocné karcinomem prsu?

- a) ano- účast mi psychicky pomohla
- b) ano- účast mě psychicky neovlivnila
- c) ne - nemám zájem

- d) ne - ale uvažuji o zapojení
- e) v blízkosti mého bydliště se žádné sdružení nenachází, sdružení bych uvítala

13) Změnilo se vůči Vám chování rodiny a nejbližších přátel během léčby?

- a) ano, pozitivně- vztahy v rodině se upevnily (více mi pomáhají, podporují mě psychicky i fyzicky)
- b) jejich chování se nezměnilo
- c) ano, negativně- vztahy v rodině se zhoršily (straní se mě, cítím samotu, opovržení, posměch, falešný soucit či lítost)
- d) nedokážu odpovědět

14) Změnilo se vůči Vám chování širšího okruhu přátel, známých či spolupracovníků během léčby?

- a) ano, pozitivně- podporují mě
- b) ano, negativně- cítím opovržení, posměch, falešný soucit či lítost, straní se mě
- c) jejich chování se nezměnilo
- d) díky nemoci jsem našla nové přátele
- e) nikdo v mém okolí o nemoci neví
- f) nedokážu odpovědět

15) Co pro Vás bylo v průběhu terapie největší motivací k léčbě?

- a) starost o rodinu
- b) vůle k životu, touha bojovat proti rakovině
- c) koníčky, přátelé, zaměstnání
- d) mnoho plánů do budoucna
- e) nechtěla jsem být závislá na druhých
- f) potřebovala jsem se uzdravit, abych neztratila práci (z finančních důvodů)
- g) chyběla mi motivace, neměla jsem touhu zůstat naživu

16) Pomohla Vám psychicky informace o možnosti náhrady prsu (např. epitéza či rekonstrukční operace?)

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu odpovědět
- d) epitézu nepotřebuji

17) Uklidňovala Vás psychicky možnost nošení paruky a po ukončení léčby nárůst vlasů?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu odpovědět
- d) paruku jsem nepotřebovala

18) Jak Vás nemoc psychicky ovlivnila?

- a) cítím se být psychicky silnější
- b) cítím se být psychicky slabší
- c) nemoc mě psychicky neovlivnila
- d) nedokážu odpovědět

Příloha II - Souhlas Nemocnice Jihlava, p.o. s dotazníkovým šetřením


Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59
586 01 Jihlava

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Dobrý den,
v rámci zpracování mé bakalářské práce na téma „Vliv karcinomu prsu na psychiku ženy“
žádám o souhlas k provedení výzkumného šetření na oddělení radiační onkologie. Chtěla
bych formou dotazníku oslovit ženy s diagnózou karcinomu prsu na výše zmíněném pracovišti.
Dotazníky jsou anonymní a výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce
na FZV UP v Olomouci.

Za kladné vyřízení mé žádosti srdečně děkuji. Fišarová L.

Fišarová Lenka (CHIR 1A, kl. 499)
Kainarova 57
586 01 Jihlava

Podpis žadatele: 
Podpis managementu Nemocnice Jihlava:

V Jihlavě dne 28. 3. 2010

NEMOCNICE JIHLAVA,
příspěvková organizace
Jarmila Cmuntová
hlavní sestra



NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
IČO: 00090838, DIČ: CZ00090838
tel.: 567 157 111, fax: 567 301 212
-17-

Příloha III - Přehled incidence karcinomu prsu u žen dle věkové kategorie, časového vývoje a regionální přehled s indexem růstu v procentech

(<http://www.svod.cz/graph/?sessid=dcaa91b02c8ee837e0d14475c1e212c2&typ=...>)

C50,D05 - Nádory prsu, ženy Časový vývoj, ASR(W)

Rok	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Incidence	37.85	37.42	36.92	37.43	38.93	40.53	39.64	41.96	40.94	41.69	45.72	43.6	45.27	43.77	47.86
Mortalita	2.98	7.64	11.3	13.25	15.09	17.35	19.12	19.36	18.12	19.62	20.57	19.54	20.14	20.2	21.46

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Incidence	49.82	51.57	57	55.8	54.79	55.15	56.25	59.58	57.94	61.55	64.37	69.6	67.64	65.17	67.83	74
Mortalita	21.34	21.96	22.58	22.7	20.74	21.24	20.99	20.68	19.53	20.02	19.09	18.3	18.25	18.03	18.2	16.12

C50,D05 - Nádory prsu, ženy

časový trend ve vývoji incidence k roku 1977, index růstu v procentech

Rok	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Index růstu (%)	0	-1.84	-0.99	1.1	5.59	9.17	8.22	14.94	12.39	15.72	27.41	21.18	27.66	25.04	38.03

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Index růstu (%)	45.01	50.35	67.63	65.79	64.98	66.54	72.06	85.62	81.87	90.76	103.26	118.7	114.52	108.6	120.22	142.56

C50,D05 - Nádory prsu - Incidence, ženy

věková struktura populace pacientů
% případů dle věkových kategorií

Věková kategorie	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Incidence	0%	0%	0%	0.01%	0.07%	0.4%	1.37%	3.08%	5.85%

Věková kategorie	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Incidence	9.75%	11.1%	12.07%	12.32%	12.5%	11.9%	9.63%	6.07%	3.87%

C50,D05 - Nádory prsu - Incidence, ženy

regionální přehled dle přepočtu na světový standard (ASR-W) za období 1977-2007

Kraj	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK
Hodnota	60.06	50.61	49.51	53.59	51.25	52.11	50.62

Kraj	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
Hodnota	50.05	51.10	47.62	55.51	49.33	46.80	48.58

Česká republika: 51.93

Příloha IV - Přehled závažnosti rizikových faktorů pro karcinom prsu (Bauer, 2000, s. 57)

Rizikový faktor	Index rizika
Karcinom u přímé příbuzné (matka, sestra, dcera)	
žádný	1.0
jednostranný (po menopauze)	1.2
jednostranný (před menopauzou)	1.8
oboustranný (po menopauze)	4.0
oboustranný (před menopauzou)	8.8
Fibroepiteliální cystická mastopatie	
nepřítomna	1.0
bez proliferativní složky	1.5
s proliferativní složkou	3.0
Menarche ve věku:	
> 18	0.3
12 - 17	1.0
< 12	2.0
Prvé úplné těhotenství ve věku:	
< 18	0.3
< 20	1.0
20 - 24	1.3
25 - 29	1.8
30 - 35	2.2
36 a >	3.0
nulipara	2.0
Přechod ve věku:	
< 35	0.3
35 - 44	0.6
45 - 50	1.0
50 a >	1.3

Příloha V - Samovyšetření prsu (Dienstbier, Skala, 1995, s.108)

Postup samovyšetřování (jedna z možností)

1. Žena se postaví před zrcadlo (je nutné dobré, rozptýlené osvětlení) s pažemi podél těla a zrakem pozorně hledá změnu od minulého samovyšetření. Posuzuje velikost, tvar, záhyby, vyklenutí a vklesliny prsů, barvu a charakter povrchu jejich kůže, tvar a barvu bradavky.

2. Silně se opře pažemi do boků. Tím zpevní prsní svaly a hledané změny by byly zřetelnější.

3. Udělá mírný předklon, pomalu se narovná, zvedá obě paže nahoru a hodnotí symetrii pohybu prsů. Spojí prsty obou rukou v zátylku, pomalu se otáčí a hodnotí event. změny z obou bočních pohledů.

4. Další vyšetření je vleže, s ramenem vyšetřované strany podloženým polštářem. Žena pozorně prohmatává lehkým krouživým pohybem na plochu přiložených prstů druhé ruky prs po jednotlivých kvadrantech. Užije těsně vedle sebe uložených tří středních prstů, prs pomyslně rozdělí na čtyři výseče s vrcholem u bradavky a postupuje od horní vnitřní výseče dokola, vždy od bradavky k periférii. Hledá nově vzniklé zatvrdlinky, zhoršenou pohyblivost žlázové tkáně mírným tlakem proti stěně hrudníku, ev. jiné změny proti předchozímu vyšetření.

Někdy je výhodné vyšetřit dolní partie prsů bez podložení ramene polštářkem (hlava je trochu dolů).

5. Vleže ještě vyšetří lymfatické uzliny v obou celých podpažních jamkách, a to jak při plně upažené paži, tak při paži upažené jen málo. Tehdy vyšetří i obě nadklíčkové jamky.

6. Nakonec stiskne mezi palcem a ukazováčkem každou prsní bradavku. Dojde-li k výtoku sekretu, zapamatuje si jeho barvu a hustotu.

Vyšetření prsů je možné doplnit pohmatem při koupeli ve vaně.

U některých žen je horní zevní kvadrant prsu při pohmatu fyziologicky poněkud tužší.

Příloha VI - Klasifikace celkové zdatnosti dle Karnofského (Vorlíček, Vyzula, Adam, a kol., 2000, s. 21)

Celková fyzická zdatnost (performance status)

Fyzická zdatnost a efekt chemoterapie spolu souvisí. S klesající fyzickou zdatností mizí i přínos chemoterapie. Fyzická zdatnost pacienta má tedy předpovědní hodnotu pro rozhodování o podání či nepodání chemoterapie. K usnadnění komunikace byly proto vytvořeny klasifikační systémy, z nichž dva uvádíme v tabulce 1.2.

Tab. 1.2 Klasifikace celkové zdatnosti

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

Příloha VII - Rozdíly mezi vědeckou a alternativní medicínou podle Heřta (Klener, 2002, s. 250)

Vědecká medicína	Alternativní medicína
<ul style="list-style-type: none">● respektování přírodních zákonů● logika● jednotný systém● srozumitelnost● přesná terminologie● objektivita, experiment● reprodukovatelnost● přesná diagnostika● kauzální nebo symptomatická léčba● specifická léčba● přesná dokumentace a evidence● kontinuální vývoj● erudovaní lékaři● kolektivní spolupráce● pravdivost a serióznost	<ul style="list-style-type: none">● dosud nepoznané nebo iracionální síly● rozpor s logikou● nehomogenní soubor nejrůznějších metod● tajuplnost, mystika, magie● vágní, nepřesné termíny● subjektivita, spekulace● jedinečnost● nemožnost diagnózy● celostní léčba● panacea● chybění záznamů● dogmata nebo originalita● laici, často jen technické vzdělání● individuální přístup● demagogie, reklama, podvody, lži

Příloha VIII – Lymfedém (Trávníčková-Kittlerová, Hradil a Vacek, 2004, s. 27-29)

Lymfedém je velmi častou komplikací onkologických nemocných, na jeho etiologii se podílí blokáda odtoku lymfy vlivem operačního výkonu, nádorem samotným nebo radiační fibrózou. Nejpočetnější skupinou s lymfedémem jsou pacientky s nádorem prsu, následným operačním výkonem, exenterací axily a aktinoterapií na oblast spádových uzlin a hrudní stěny. Druhou častou skupinou jsou pacientky s gynecologickými tumory po operačních výkonech s následným ozářením pánevních a inguinálních uzlin. Dále se s ním můžeme setkat u pacientů po lymfadenektomii s karcinomem prostaty, tumorem ledviny, sarkomem měkkých tkání, po izolované perfúzi končetinou (ILP), terapii interleukinem-2.

Patogenetickým mechanismem vzniku lymfedému je snížení transportní kapacity makromolekulárních látek a jejich hromadění v tkáních s osmoticky vázanou tekutinou. Ke vzniku může dojít i při zachované kapacitě systému, ale nadměrné tvorbě tkáňového moku. Makromolekulární látky hromadící se v intersticiu mění svůj stav, rozpadají se, přeměňují se ve fibrinová vlákna a vytvářejí fibrinovou síť. Do této tkáňně pronikají fibroblasty, dochází k ukládání kolagenu a při delším trvání lymfedému dochází k fibróze s další progresí. Lymfedém narušuje metabolismus, hlavně oxidační procesy v buňkách, zhoršuje odstraňování produktů látkové výměny, oslabuje přísun a pohyb lymfocytů a makrofágů, čímž je narušena imunita a snížena odolnost k infekci. Velikost lymfedému může dosahovat až „sloních“ objemů s naprostou parézou akra končetiny vlivem tlaku na probíhající nervové struktury.

Z terapeutického hlediska rozlišujeme – reverzibilní stadium edému (měkký otok, Stemmerovo znamení negativní, tj. řasa na prstech se dá utvořit, „důlek na kůži proveditelný“) a ireverzibilní stadium edému (trvalý otok, Stemmerovo znamení pozitivní, fibrotizace, skleróza až deformity).

Rehabilitace řeší problematiku lymfedému těmito metodami:

- I. manuální lymfodrenáží**, kdy pomocí speciální manuální techniky terapeut pomáhá zlepšit odtok lymfy směrem z periferie. U nás tuto speciální techniku zavedl MUDr. Bechyně, který také pořádá speciální kurzy pro fyzioterapeuty. Tato metoda je velice efektivní, nevýhodou je však obrovská časová náročnost v rozsahu až něko-

lika hodin denně. Má za cíl nejen podporu dosud zachované vstřebávací a transportní funkce, ale i stimulaci makrofágů a zvýšení počtu monocytů ve tkáni. Ošetření při jednostranném lymfedému by mělo být prováděno v nemocnici 2× denně (60–90 min), ambulantně poté 3× týdně (45–60 min). Schematický postup lymfodrenáže je: nejprve v poloze na břicho oblast krku, hrudník nepostižené poloviny, hrudník postižené končetiny, ventrální strana končetiny, poté stejně v poloze na zádech. Tlaková síla při této metodě má být asi 30–60 mm Hg (4,0–7,99 kPa).

- II. **mechanoterapie pomocí tlakové masáže – tzv. pneumatická kompresivní terapie**, která pracuje na principu masážní přetlakové vlny v postupném systému komor od periferie centripetálně. Léčba probíhá 1–2× denně (60–90 min) 4–6 týdnů a je indikována u výrazných edémů s progredující fibrotizací podkoží. Užité tlak je 127 mm Hg (1–17 kPa). Na našem trhu se vyskytují přístroje různých firem včetně českého výrobku Pneuven (VÚK Panenské Břežany).
- III. **vakuum – kompresivní terapie** je ideální technikou pro léčbu lymfedému, problémem však bývá veliký objem končetiny, která se nevejde do pracovního válce, a finančně nákladné pořízení přístroje. Princip této techniky je založen na střídání přetlaku a podtlaku plynu v průhledném válci, do něhož je vložena končetina utěsněná nafukovací manžetou. V přetlakové fázi se zvyšuje arteriovenózní tlakový spád v kapilární oblasti, což má za následek snížení objemu venózní krve i extravazální tekutiny. Současně se snižuje trombotická aktivita a zrychluje lymfatická drenáž. V následné podtlakové fázi dochází ke snížení extravazálního tlaku s požadovanou zvýšenou filtrací plynů a látek do tkání a současně se významně stimuluje rozvoj kolaterálního oběhu. U nás jsou k dispozici přístroje české výroby (Extremiter firmy Embitron) a dalších zahraničních firem.
- IV. **kompresivní bandážování** – užívá se u reverzibilního i ireverzibilního stadia lymfedému, slouží k udržení dosaženého objemu končetiny, nelze jej použít k normalizaci objemu. Je vhodné tuto metodu použít v druhé fázi terapie, kdy objem končetiny je konstantní. Elastické bandáže mají vysoký klidový tlak a nízký tlak pracovní.
- V. **speciální cvičení** – zásady programu cvičení při lymfedému jsou uvedeny v knize „Terapie lymfedému“ autorů Bechyně – Bechy-

ňová. Zpočátku se cvičí 2× denně pod dohledem, nejlépe odpoledne a navečer, kdy se zvyšuje zátěž lymfatického systému. Hlavní zásady – všechny cviky se cvičí zdravou i nemocnou končetinou s kompresivní bandáží, začíná se zdravou končetinou, provádí se široký rozsah pohybů ve všech kloubech, všechny pohyby je třeba dotáhnout do krajních poloh, nespěchat a mezi jednotlivými cviky dodržovat 2–3 min uvolnění.

Nedílnou součástí komplexní terapie lymfedému je v časném pooperačním období polohování, elevace končetiny a použití ortéz a pažních návleků. Pacient by měl být instruován v autodrenáži a bandážování.

Je nezbytná maximální opatrnost v poranění kožního krytu (riziko infektu), zabránit excesivní námaze a vazodilataci, expozici extrémních teplot (sauna, pára, slunce...). Je nutné se vyhnout aplikaci injekcí, očkování a krevním odběrům na postižené končetině, měření krevního tlaku, nošení konstriktivního prádla, nošení těžkých předmětů v operované končetině. Je třeba se chránit teplými rukavicemi při chladném počasí, gumovými rukavicemi při domácích pracích s čisticími a abrazivními prostředky a při práci na zahradě, opatrnosti při manikúře a pravidelné používání krému na ruce.

Z preventivních opatření je zásadní včasná rehabilitace po chirurgických výkonech v oblasti axily či inguiny, správné polohování, podkládání a bandáž končetin, časně zapojení končetiny do tzv. běžných denních činností (česání, mytí, sebeobsluha). Musí následovat cílený rehabilitační program k obnovení rozsahů pohybů v postižených kloubech s posílením zachovaného svalstva. U pacientů po chirurgickém zákroku v inguině je nutná vertikalizace již 3. den po operaci, pokud to jeho stav dovolí.

V rámci farmakoterapie je určitý efekt zaznamenán po dlouhodobé enzymoterapii (Wobenzym, Wobemucos...) a podávání benzopyronů.

Za zmínku stojí i operační postupy, které v současnosti již nejsou téměř používány, např. lymfangioplastika (Handley), výstavba „pedicle flap“ k přemostění blokovaného lymfatického spádu, excize lymfatické tkáně nebo předstěrová transpozice (Goldsmith). V poslední době se jeví zajímavá anastomóza lymfaticko-cévního systému pomocí mikrochirurgických technik.

Příloha IX - Rehabilitační plán pro pacientky po operaci prsu (Trávníčková-Kittlerová, Hradil a Vacek, 2004, s. 40-47)

Rehabilitační plán pro pacientky s normální funkcí ramenního kloubu a předoperační radiací zahrnuje instruktáž cvičení k udržení stávajících rozsahů hybnosti. Soustava cviků by měla být prováděna 2–3× denně po dobu 6 měsíců, potom 1× denně po dobu 1–2 let po radiaci. Tam, kde je snížen rozsah hybnosti, je cvičení nutné s asistencí fyzioterapeuta zpočátku v odlehčení, poté proti gravitaci včetně protažení a uvolnění zkrácených struktur.

Bezprostředně po chirurgickém zákroku by mělo být rameno a paže bandážováno elastickou kompresí s cílem omezit lymfoprodukcii a minimalizovat lymfedém. Rameno a paže by neměly být po výkonu fixovány k hrudní stěně vzhledem k rychlému rozvoji adhezivní kapsulitidy ramenního kloubu. Jsou doporučeny různé techniky např. pooperační pozice dle Degensheina, tj. pravý úhel paže k hrudníku, rameno v zevní rotaci, podložení ruky polštářem. Tato pozice ponechává volný loketní kloub, a pokud je udržena 24–48 hodin je předpoklad, že pacient bude mít 90° nebolestivý rozsah abdukce a plnou zevní a vnitřní rotaci v ramenním kloubu.

Po disekci axily nebo disrupci některého svalu v oblasti ramenního pletence je doporučeno zahájit aktivní rehabilitaci 3.–5.den po operaci, kdy je operační rána stabilizována a jsou odstraněny drény. Intenzita tenze v suturační linii je posuzována při šetrném pasivním pohybu v ramenním kloubu do abdukce, anteflexe a zevní rotace.

Obecné schéma povolených pasivních rozsahů v ramenním kloubu při nekomplikovaném průběhu je shrnuto v tabulce 5.

Tabulka 5: RH program po mastektomii v Národním institutu zdraví (INH)

V pooperační dny jsou povoleny maximální pasivní RH v ramenním kloubu včetně jemné mobilizace glenohumerálního kloubu.

Pooperační den	FLEXE	ABDUKCE	ZEVNÍ A VNITŘNÍ ROTACE
1.–2.den	40°	40°	do tolerance
3. den	45°	45°	do tolerance
4.–6. den	45–90°	45°	do tolerance
od 7. dne	do tolerance	do tolerance	do tolerance
po vyjmutí drénů přidat aktivní asistované RH a kladková cvičení			

Samozřejmostí je od 1. dne po výkonu aktivní cvičení rozsahů hybnosti prstů, zápěstí, lokte, druhostranné končetiny a dolních končetin, včetně cévní a dechové gymnastiky. Od 1. dne je vhodné začít s prováděním cviku tzv. „stisknutí ruky“, kdy má nemocná v dlani měkký smotek obvazu a provádí stisk v dlani. Současně elevuje abdukovanou paži, dokud v ní nepocítuje tlak a tíhu. Tento cvik podporuje lymfatickou drenáž a snižuje pooperační otoky.

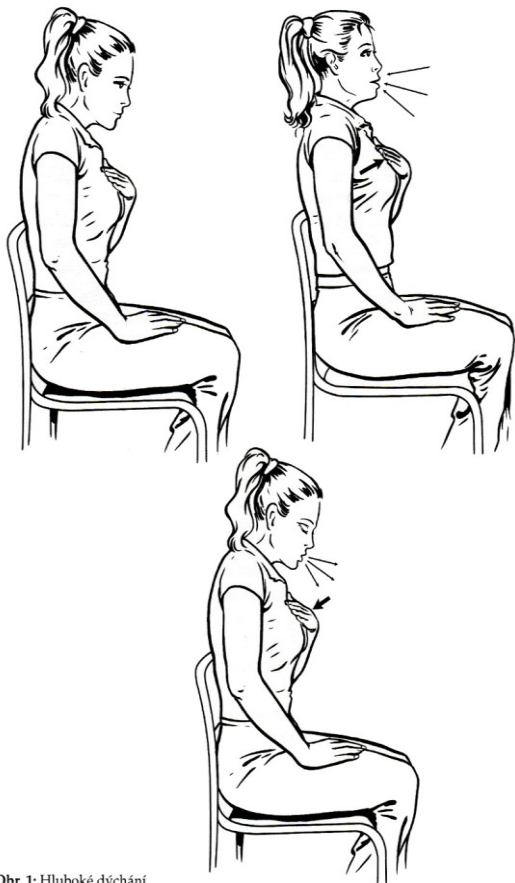
Aktivní cvičení, mimo zapojení horní končetiny do tzv. běžných denních činností, by mělo začít 2.–3.den po operaci. Soubor cviků, které by měly být prováděny 3× denně dle možností pacientky 10–15 min, uvádí v knize Rehabilitation Medicine J. Goodgold a v knize Rehabilitation oncology J. Herbert Dietz.

Patří sem např.:

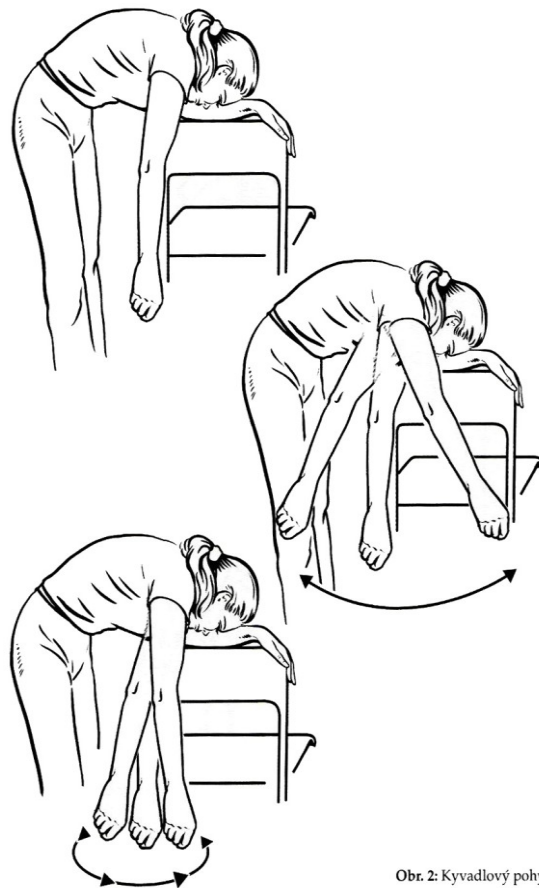
- Hluboké dýchání – obr. 1,
- Kyvadlový pohyb – obr. 2,
- Dosah a roztahování – obr. 3,
- Šplhání po zdi – obr. 4,
- Cvičení s kladkou – obr. 5.

Dále je nezbytné izometrické posilování oslabených svalových skupin, zde především svalstvo manžety rotátorů, flexory a extenzory ruky a předloktí pomocí terabandů, s postupným přechodem i na koncentrické cvičení. Při odstranění mm. pectorales jsou indikována odporová cvičení k prevenci dislokace. Lymfedém a jeho terapie byly popsány v předchozí obecné části. Rizikové faktory pro jeho vývoj jsou zde rozsáhlý operační výkon, chirurgická technika, aktinoterapie axily a obezita.

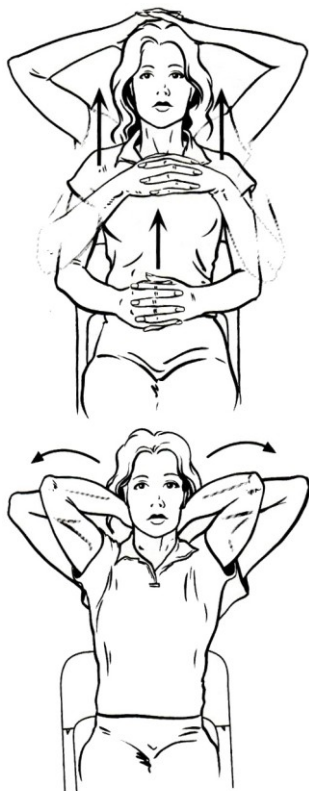
Rehabilitace pacientek s pokročilým karcinomem prsu s metastatickým postižením skeletu, plic, pleury a CNS představuje náročnou problematiku pro rehabilitační tým.



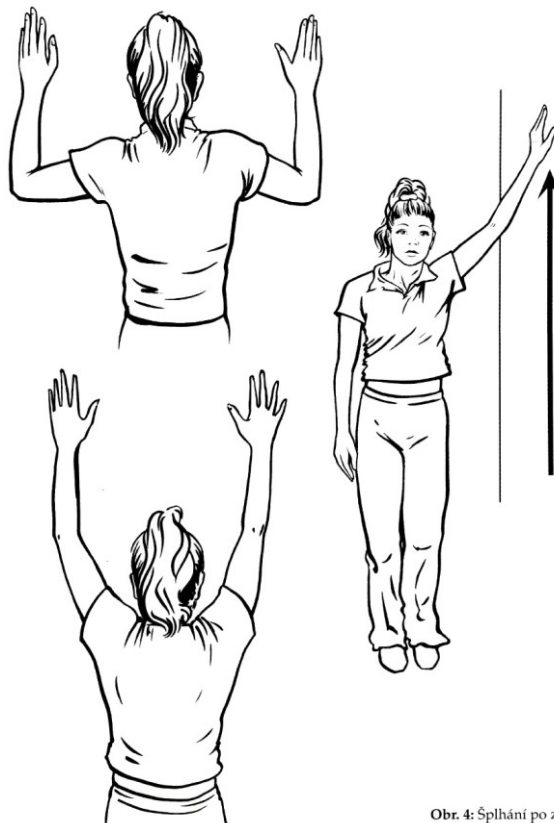
Obr. 1: Hluboké dýchání



Obr. 2: Kyvadlový pohyb



Obr. 3: Dosah a roztahování



Obr. 4: Šplhání po zdi



Obr. 5: Cvičení s kladkou

Příloha X - Práva pacientů ČR (Opatrná, 2008, s. 112-114)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zsvěčeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.