

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Možnosti pacientek s nádorovým onemocněním prsu v souvislosti  
s plastickou rekonstrukční operací**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Soňa Galušková  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.  
Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

## **Možnosti pacientek s nádorovým onemocněním prsu v souvislosti s plastickou rekonstrukční operací**

Onkologické onemocnění patří mezi onemocnění, které člověk v zásadě není schopen ovlivnit. Není to onemocnění, které by kdokoliv z nás chtěl. Nastupuje pozvolna, plíživě a mnohdy ho přehlédneme. Onkologické onemocnění, ale vždy změní celý náš dosavadní život a to v rodině, zaměstnání, v našich volnočasových aktivitách a z hlediska fyzického tak i psychického. Každý pacient se s tímto onemocněním vyrovnává jinak, i přístup k těmto pacientům musí být velmi individuální. Každý projde různě rychle a s různým úspěchem všemi fázemi onemocnění a každý jinak se s tímto také vyrovná a je schopen se znovu vrátit ke svému původnímu životu. Onkologické onemocnění je jedním z nejnáročnějších onemocnění a troufám si tvrdit, že onemocnění prsu je pro ženy velmi traumatizující, změní jejich postavení ve všech rolích, náročnost je především na psychiku ženy. Každá žena potřebuje individuální přístup a to jak od lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků, tak hlavně od své rodiny. Toto onemocnění nezasáhne jen pacientku, ale celou rodinu a společnost okolo ní.

Tato diplomová práce se zabývala možnostmi pacientek s nádorovým onemocněním prsu v souvislosti s plastickou rekonstrukční operací. Byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit úroveň informovanosti pacientek o možnostech rekonstrukce chybějícího prsu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacientky mají nedostatek informací a převážná většina respondentek získala ucelené informace od mamologa, popřípadě chirurga při řešení základní diagnózy karcinomu prsu. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají pacientky zájem spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu. Z šetření jsme došli k závěru, že ano. Mají zájem spolurozhodovat o metodě, ale je pro ně velmi důležité mít dostatek informací a znát názor lékaře. Třetím cílem bylo zjistit, zda mají pacientky možnost spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu. Z výsledků vyplynulo, že pacientky mají možnost spolurozhodovat o výběru metody, ale s ohledem na možnosti, které jsou u každé pacientky individuální. Není možné využití a výběr ze všech metod u každé pacientky, je třeba ke každé respondentce přistupovat individuálně a s kompletní znalostí jejího průběhu onemocnění. Čtvrtý, poslední cíl měl definovat nejčastější dotazy pacientek spojených s rekonstrukcí prsu.

Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji se dotazy vztahovaly k délce a počtu hospitalizací a k návratu do společenského, pracovního a osobního života.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část popisuje historický vývoj rekonstrukce prsu, základní nádorové onemocnění a jeho rozdělení. Větší část obsahuje možnosti rekonstrukce chybějícího prsu a specifickou ošetrovatelskou péči o tyto pacientky. Pro zpracování empirické části této diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumný soubor tvořilo 11 pacientek oddělení plastické chirurgie Fakultní nemocnice Plzeň a 1 klientka centra Mama Help v Plzni. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. 1. Jaké existují překážky nedostatku informací o rekonstrukci prsu? Z šetření vyplývá, že pacientky mimo velká specializovaná mamologická centra mají menší přístup k odborným informacím a obecně ze šetření vyplývá absence písemných informací pro pacientky na toto téma. 2. Jaká úroveň informovanosti pacientky rozhoduje o jejím aktivním zájmu při výběru metody rekonstrukce prsu? Výsledky šetření ukázaly, že kompletní informovanost, znalost časového harmonogramu léčby znamená větší aktivní zapojení pacientek do spolupráce a do procesu spolurozhodování. 3. Jaké existují překážky v možnosti spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu? Rozbor rozhovorů ukazuje, že pokud existuje překážka v možnosti spolurozhodovat o metodě rekonstrukce je to velké množství informací a nedostatečné porozumění těmto informacím. Druhou možnou překážkou je nedostatek času s ohledem na onkologické onemocnění a nutnost časného zákroku.

Výsledky zjištěné šetřením při této diplomové práci budou použity pro tvorbu informační brožury pro pacientky po úspěšně zvládnuté léčbě karcinomu prsu. Brožura bude tvořit stručný a jasný přehled možností rekonstrukce chybějícího prsu. Domníváme se, že může být využita jak v odborných ambulancích plastické chirurgie, tak v odborných centrech mamologických a hlavně v nemocnicích, kde tato odborná pracoviště nejsou. Dále se domnívám, že by bylo vhodné, aby se s výsledky této diplomové práce seznámily sestry pracující v mamologických centrech, chirurgických ambulancích a na pracovištích plastické chirurgie.

**Klíčová slova**

Rekonstrukce

Prsa

Informace

Pacientka

Spolurozhodování

Plastická chirurgie

## **Possibilities of Breast Cancer Patients in Connection with Plastic Reconstructive Surgery**

Oncological disease is one of the diseases basically no one is able to influence. It is not a disease anyone would want. It starts slowly, stealthily and is often overlooked. Yet, oncological disease always changes our whole past life, within family, workplace, and our leisure activities, both in physical and psychological terms. Any patient deals with this disease differently, also the approach to these patients has to be highly individualized. Every patient goes through all the phases of the disease at a different pace and with varying success and every patient copes with it in a different way and is then able to return to his or her old life. Oncological disease is one of the most serious diseases and I dare say that breast cancer is for women very traumatic, changing their position in all roles; intensity is usually placed on a woman's psyche. Every woman needs an individual approach from a physician, non-physician and especially from her family. The disease does not affect only the patient, but also the whole family and her environment.

This diploma thesis deals with the possibilities of breast cancer patients in connection with plastic reconstructive surgery. Four objectives were set... The first objective was to determine the level of patient awareness of the possibilities of reconstructing the missing breast. The research showed that patients lack information and the majority of respondents received complete information from a mammologist, or a surgeon when dealing with the primary breast cancer diagnosis. The second objective was to find out whether patients are interested in co-decisions on the method of breast reconstruction. Based on the research, we concluded that yes, they are interested in deciding on the method, but it is important for them to have enough information and to know the doctor's opinion. The third objective was to see whether patients have the opportunity to co-decide on the method of breast reconstruction. The results showed that patients have the possibility to decide on the choice of method, but in dependence on the possibilities, which are for each patient individual. It is not possible to use and select from all methods for each patient, it is necessary to approach each respondent individually and with complete knowledge of the course of her disease. The fourth

objective was to define the most frequent patients' questions in connection with breast reconstruction. The results of interviews showed that the most frequently asked questions related to the length and number of hospitalizations and return to the social, professional and personal life.

The diploma thesis is divided into two parts—theoretical and empirical. The theoretical part describes the historical development of reconstructing the missing breast, primary cancer disease and its classification. A greater part includes the possibilities of reconstructing the missing breast and specific nursing care for these patients. To process the empirical part of this thesis, qualitative research was chosen. The method of questioning, using semi-structured interviews with open questions, was selected. The research sample consisted of 11 patients at the Department of Plastic Surgery, University Hospital in Pilsen and 1 client of Mama Help Center in Pilsen. Three research questions were formulated. 1. What are the obstacles to the lack of information about breast reconstruction? The research shows that the patients outside the big specialized mammological centers have less access to specialized information and the research shows generally apparent absence of written information for patients on this topic. 2. What level of patient awareness is decisive for her active interest in selecting the method of breast reconstruction? Research results showed that complete awareness, knowledge of the timing of treatment means more active involvement of patients in cooperation and co-decision procedure. 3. What are the obstacles in the possibility of co-deciding on the method of breast reconstruction? Analysis of the interviews shows that if there is an obstacle in the possibility of deciding on the method of reconstruction, it is a large amount of information and lack of understanding this information. A second obstacle is the lack of time with regard to the oncological disease and the need for early intervention.

The results obtained during the thesis research will be used for a brochure for patients after a successful treatment of breast cancer. The brochure will include a concise and clear overview of the possibilities of reconstructing the missing breast. We believe it can be used in specialized plastic surgery clinics as well as in specialized mammological centers and especially in hospitals with no such specialized units. We

also think that it would be appropriate if nurses working in mammological centers, outpatient surgery clinics, and plastic surgery clinics became familiar with the results of this thesis.

**Keywords**

Reconstruction

Breast

Information

Patient

Co-deciding

Plastic surgery



#### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

Bc. Soňa Galušková

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi ochotně poskytovala během psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat primáři MUDr. Vlastimilovi Bursovi a MUDr. Tomášovi Kydlíčkovvi za odbornou konzultaci a podporu. Poděkování patří také všem kolegyním za vstřícnou spolupráci při sběru dat.

## Obsah

Seznam použitých zkratk	13
Úvod	14
<b>1 Současný stav</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Historie rekonstrukce prsu</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Anatomie a fyziologie prsu</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Nádorové onemocnění prsu</b>	<b>19</b>
1.3.1 Benigní nádory	19
1.3.2 Maligní nádory	19
1.3.2 Možnosti léčby	20
1.3.3 Psychologický přístup	21
<b>1.4 Možnosti rekonstrukce</b>	<b>23</b>
1.4.1 Rekonstrukce implantátem	24
1.4.2 Rekonstrukce lalokem	25
1.4.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a laloku	28
<b>1.5 Operační výkony - doplňující</b>	<b>28</b>
<b>1.6 Ošetrovatelská péče</b>	<b>29</b>
<b>1.7 Organizace zabývající se onemocněním prsu</b>	<b>32</b>
<b>2 Cíle</b>	<b>33</b>
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
<b>3 Metodika</b>	<b>34</b>
3.1 Metodika práce	34

3.2	<i>Výzkumný soubor</i> .....	34
4	<b>Výsledky</b> .....	35
4.1	<i>Kategorizace získaných dat</i> .....	35
4.2	<i>Analýza výsledků</i> .....	37
4.3	<i>Souhrn výsledků</i> .....	61
5	<b>Diskuse</b> .....	69
6	<b>Závěr</b> .....	76
7	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	79
8	<b>Přílohy</b> .....	84

## **Seznam použitých zkratk**

TRAM Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap

DIEP Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Flap

FCF Fasciocutaneous Flap

MCF Musculocutaneous Flap

AMK Areolomammilar Complex

NLZP Nelékařský zdravotnický pracovník

OPCH Oddělení plastické chirurgie

Ca Karcinom

## Úvod

Výskyt nádorového onemocnění všeobecně stoupá, karcinom prsu je bohužel u žen na prvním místě co do četnosti výskytu. Každý rok narůstá počet žen s tímto onemocněním, ale současně se každý rok snižuje věk těchto pacientek. Péče o ženy s karcinomem prsu se stále zkvalitňuje a především se klade hlavní důraz na prevenci a včasný záchyt tohoto onemocnění. Doby, kdy byla pacientkám doporučena, aby se spokojily s vyléčením nádoru a kosmetické důsledky léčby ponechala stranou, jako nedůležité, již dávno neodpovídá pocitům a potřebám žen, ale ani moderní medicíně. Všichni víme, že velký vliv na úplné vyléčení a opětovné zařazení se do plnohodnotného, kvalitního života má psychika nemocných a ta je u žen po mastektomii velmi křehká. Dnes je rekonstrukce prsu nedílnou součástí komplexní péče o ženy s karcinomem prsu. Rekonstrukce prsu posouvá své možnosti co do technického provedení, tak i dokonalosti provedení stále dopředu.

Neodmyslitelnou součástí náročné léčby zůstává komunikace mezi pacientkou a zdravotníky. Pacientka prožívá obrovský zásah do své identity a je pro ni nezbytně nutné znát všechny informace a možnosti týkající se jejího onemocnění. Každá pacientka má právo na dostatek informací, podaných ve správnou dobu a pro ni srozumitelným způsobem. Má právo na možnost položit dotazy a dostat na ně odpovědi. Nedostatečná nebo nesrozumitelná odpověď může vyvolat negativní postoj až zhoršení průběhu nemoci. Dostatečné a správně podané informace stimulují a motivují pacientky do dalšího spolurozhodování, spoluzodpovědnosti a do aktivního zapojení se do léčebného procesu. Každý pacient je individuální osobnost a je nutné k němu tak také přistupovat a jednat s ním. Jedním z mnoha úkolů sestry je zajistit pacientům pocit jistoty a bezpečí. Pokud chceme být schopny poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, je nutné umět pacientům naslouchat a sdílet jejich potřeby a pocity. Sestra by měla u nemocných zůstat vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou dávkou tolerance řešit. Sestra má k pacientům mnohdy blíže než lékař, stává se prostředníkem, získává si důvěru nemocného a v případě onkologického onemocnění prsu, toto platí dvojnásob. Sestra je také žena, která dokáže

lépe pochopit psychickou náročnost situace. Je třeba mít stále na paměti, že objektem naší práce je člověk. Každá pacientka v těžkém období nemoci musí provést důležitá rozhodnutí a je nezbytné, aby měla veškeré informace k možnostem léčby a současně důvěru ve zdravotníky a jejich postupy.

Cílem této diplomové práce je zjistit možnosti patientek s nádorovým onemocněním prsu v souvislosti s plastickou rekonstrukční operací. Pokládáme si otázku, zda a jaké existují překážky v nedostatku informací o rekonstrukci prsu, jaká úroveň informovanosti patientek rozhoduje o jejich aktivním zapojení se do výběru možnosti rekonstrukce prsu a jaké existují, pokud existují překážky v možnosti spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu.

Zvolené téma souvisí s každodenní činností autorky, která pracuje na oddělení plastické chirurgie a velmi často přichází do kontaktu s pacientkami po nádorovém onemocnění prsu. Cílem práce bylo zmapovat informace o dané problematice, edukovat sestry z pozice vrchní sestry a umožnit tak kvalitnější a srozumitelnější informace pro pacientky od nelékařských zdravotnických pracovníků. Autorka chtěla umožnit pacientkám větší přístup k informacím a možnostem řešení po úspěšném zvládnutí chirurgické a onkologické léčbě nádorového onemocnění.

## **1 Současný stav**

Karcinom prsu je v České republice nejčastějším zhoubným nádorem žen. Ročně onemocní v naší republice kolem 100 z 100 000 žen. Podobná situace je i v ostatních vyspělých zemích, kde si rakovina prsu také udržuje přední místo v statistických tabulkách. Podařilo se zlepšit léčitelnost tohoto onemocnění díky včasné diagnostice v časných stádiích v souvislosti s prevencí, která je u žen nad 45 let povinná (85% pacientek je ve věku nad 45 let). Bohužel čím dál častěji se setkáváme s pacientkami mladšími, proto je opravdu nutná časná prevence a široká informovanost žen v této problematice (Měšťák, Dražan, 2006).

Léčba karcinomu prsu je mezioborová, podílí se na ni mamolog, onkolog, radiolog, patolog, gynekolog, chirurg, psycholog a plastický chirurg. Léčebná strategie závisí na typu nádoru, věku, hormonálním stavu, celkové kondici a počtu metastáz. Základní metodou léčby je chirurgický výkon. Z pohledu radikality lze chirurgické výkony rozdělit do dvou skupin. Radikální chirurgická léčba, která zahrnuje mastektomii od rozšířené radikální mastektomie přes modifikovanou až po mastektomii prostou. A konzervativní výkony tzv. záchovné s odstraněním nádoru a okolní tkáně v různém rozsahu, aniž by byl postižen prs z hlediska celku.

Fáze rekonstrukce prsu patří plastickému chirurgovi, ale rozhodnutí kdy výkon provést závisí na onkologovi, psychologovi a prsním chirurgovi současně. S ohledem na stále nižší věk pacientek a možnosti včasné léčby a vyléčení současně stoupá i zájem o rekonstrukce prsu. V současné době je rekonstrukce prsu nedílnou součástí léčby karcinomu prsu. Rekonstrukce je možné provádět jako bezprostřední operační výkon nebo v druhé době, a to nejméně šest měsíců od ukončené léčby a bez známek a příznaků další recidivy (Měšťák, Urban, 2007; Keshtgar, 1999).

### ***1.1 Historie rekonstrukce prsu***

Nejstarší dochované dokumenty, které hovoří o onemocnění prsu, jsou egyptské papyry z 18. dynastie. Popisují několik případů onemocnění prsu a jeho léčbu pomocí operace. Další záznamy o onemocnění a léčbě prsu jsou v klasickém Řecku



Hippokrates, Galenós, Platón, Aristoteles. K tomuto období se vztahují i první zápisy odstranění prsního nádoru.

Jedny z prvních známek prevence a samovyšetřování prsu se objevují ve 13. století u italského chirurga Theodorova Borgogneho, který poukázal na důležitost vyšetření.

Prvním chirurgem, který provedl zachovnou operaci prsu prostou exstirpací nádoru, byl Adrian Helvétius (1661 – 1741). Helvétius rozlišoval mezi amputací prsu a exstirpací pokud se nádor nerozšířil do celého prsu (Měšťák, Dražan, 2006).

Ve druhé polovině 19. století dochází k velkému pokroku v celé medicíně a to díky anestezii a antisepsi, která ovlivnila také celou léčbu karcinomu prsu. V roce 1894 to byla radikální mastektomie (Halsted). Až v 60. letech 20. století se začíná pohlížet na onemocnění prsu jako na onemocnění systémové. V 90 letech dochází k zúžení indikace k mastektomiím a začíná se více využívat zachovných operací plus radioterapie.

Pokud se podíváme do historie na operace karcinomu prsu, najdeme mnoho údajů a záznamů, oproti tomu historie rekonstrukce prsu se začíná psát až ve 20. století v 60 letech.

Z hlediska historie v rekonstrukci prsu, je jedním z nejdůležitějších okamžiků rok 1963, kdy Cronin zavedl výrobu silikonových implantátů, které se začaly používat v chirurgické operativě. V roce 1977 byl silikonový implantát také poprvé použit k rekonstrukci prsu. V roce 1982 přichází další operační možnost a to využití expandéru a následné vložení silikonového implantátu. V roce 1984 Becker používá dvojitý silikonový implantát s chlopní, přes kterou je možné implantát plnit a tím dosáhnout žádané velikosti.

Další postup v rekonstrukční chirurgii prsu je využití kombinace silikonového implantátu a autologní tkáně. Již v roce 1912 zdokumentoval d' Este dorzální lalok k rekonstrukci prsu metodou Tansini. Tansini jako první popsal tento lalok v r. 1896.

Velkou změnou v rekonstrukční chirurgii je využití příčného ostrůvkového laloku na cévní svalové stopce, tzv. TRAM flap, který publikoval Hartrampf v r. 1982 (Pintér, 2007).

Následným velkým krokem vpřed byla osmdesátá léta, kdy vstupuje mikrochirurgie do rekonstrukčních výkonů. Jedním z prvních byl v r. 1982 Serafin, kdy využil mikrochirurgické metody přenosu tkáně po ablaci prsu (Pintér, 2007).

## ***1.2 Anatomie a fyziologie prsu***

Prs je žláza s vnější sekrecí. Prsa jsou párový žlázový orgán nacházející se ve střední části hrudníku v 3. – 6. mezižebří.

Na vrcholu prsu je dvorec (areola mammae), v jehož středu je bradavka (mamilla), na jejímž vrcholu ústí mlékovody (duktus lactiferi).

Prsní dvorec je kruhová oblast o poloměru 15 – 20 mm, který je situovaná na vrcholu prsu. Je tmavší barvy než okolní kůže.

Bradavka má cylindrovitý nebo kuželovitý tvar. Její velikost je různá, avšak je přímo spojená s velikostí prsou. Z vnějšku je bradavka nepravidelná a hrbolatá v důsledku mnohačetných papil a vrásek, které pokrývají její povrch. V areole a mamile je hladká svalovina.

Mléčná žláza (glandula mammae) svými dvěma horními třetinami naléhá na velký prsní sval, dolní třetinou na povázku břišních svalů. Mléčná žláza má okrouhlý tvar, pouze v zevním horním kvadrantu je uložen její mohutnější výběžek směřující k podpaží.

Mléčná žláza se skládá z 15 – 20 laloků, které se dále větví v lalůčky mléčné žlázy složené ze žlázoých alveolů. Z lalůček vycházejí mlékovody, které se spojují vždy z jednoho laloku žlázy ve společný mlékovod. V době laktace se na nich objevují dutiny, kde se hromadí mléko před odchodem z mamily (Čihák, 1997; Abrahams, 2003; Feneiz, 1996).

Nervy prsu přicházejí z mezižebních nervů II. – VI. žebra. Pro citlivost centrální části prsu, včetně dvorce a bradavky, je nejdůležitější 4. mezižební nerv.

Mízní cévy prsu vytvářejí pleteně pod dvorcem a pod kůží, dále pak sbírají další síť ze žlázy a odtékají do hlubokých lymfatických pletení a dále do regionálních uzlin. Více než 75 procent lymfatické drenáže prsu směřuje do podpažních lymfatických uzlin (Netref, 1989; McCarthy, 1990).

Vývoj prsu závisí na komplexu hormonů. Klidové stadium trvá od novorozeneckého věku do začátku puberty. Největší vliv mají estrogény, kdy prs začíná růst a dochází k pigmentaci bradavky. Na optimálním vývoji prsu se podílí kortizon, inzulin, prolaktin a růstový hormon. Růst bývá zpravidla ukončen okolo 20 roku věku. Změny ve fertlím období souvisejí s těhotenstvím a kojením, dále probíhají pravidelné změny v souvislosti s menstruačním cyklem. K dalším změnám dochází okolo 35 roku věku, kdy se k cyklickým změnám přidávají změny involuční. Po menopauze dochází k involuci mléčné žlázy v prsu (Dylevský, 2009; Strauch, 2006; Merkunová, 2006).

### **1.3 Nádorové onemocnění prsu**

#### **1.3.1 Benigní nádory**

*Cysty* se vyskytují samostatně nebo se mohou objevovat společně s jinými benigními změnami v prsu. Velikost od mikroskopických až po makroskopické cysty. Jejich obsah může být čirý, zkalený, s příměsí krve.

*Adenom* je tumor, který se skládá se ze žlázek oválného nebo kulatého tvaru.

*Fibroadenom* je typem nádoru, který se může objevovat i u mladých žen ve věku 20 až 25 let, jedná se o nebolestivou, volnou, tvrdší bulku, která je ve většině případů dobře ohraničená. U starších žen dochází ke kalcifikaci. Fibroadenom se může vyskytnout jedno i oboustranně.

*Papilom* představuje nádor, u kterého rozeznáváme stromkovitý nebo prstovitý benigní nádor. Jeho velikost může být od mikroskopických až po makroskopické léze (Abrahámová, 2000).

#### **1.3.2 Maligní nádory**

Maligní nádory jsou rychle rostoucí útvary, pronikající do okolní tkáně, metastazující do celého organismu a to cestou hematogenní nebo lymfagenní.

*Duktuální karcinom* je nejčastější maligní tumor prsu se 75 procentním výskytem patří k nejčastějším maligním tumorům prsu. Jeho velikost je od mikroskopických ložisek až po zasažení celého prsu. Je charakteristický šedobílými tuhými ložisky, která nejsou pravidelně ohraničené. Velmi často metastazují do plic, kostí, jater a mozku.

*Lobulární karcinom* se vyskytuje v 6 – 8 procentech případů karcinomu prsu. Velikost karcinomu je od milimetrů až po zasažení celého prsu. Metastazuje do retroperitonea, ovarií a dělohy. Prognóza tohoto nádoru je velmi dobrá, pokud je diagnostikován v počátku onemocnění. Ale může dojít k záměně při diagnostice za zatuhnutí mléčné žlázy a ložiska nejsou dobře identifikovatelná.

*Medulární karcinom* se objevuje se asi v 8 procentech všech onemocnění. Rozlišujeme dva druhy typický meduální karcinom a atypický meduální karcinom. Typický roste expanzivně a metastázy se objevují jen výjimečně. Atypický se dá srovnat na úroveň duktálního karcinomu.

*Pagetův karcinom* je nádorem, který není vždy hmatný, prvotně se projevuje svěděním a pálením bradavky, mohou se objevit eroze a ulcerace. Může dojít k záměně s dermatitidou a jeho diagnostika přichází pozdě. Je zvláštní formou duktálního karcinomu in situ.

*Bilaterální karcinom* se objeví u pacientek až v 5 – 8 procentech případů, z toho důvodu se provádí pravidelné kontroly druhého prsu (Konipásek, 2000; Abrahámová a kolek. 2000).

### 1.3.2 Možnosti léčby

Chirurgické možnosti léčby z pohledu následné rekonstrukce prsu rozdělujeme na:

*Radikální mastektomie, rozšířenou radikální mastektomie*, kdy tento typ výkonu zahrnuje odstranění celého prsu včetně žlázy a kůže nad ní, podle onkologického stavu i bradavku a dvorec. U rozšířené se odstraňují nitrohruční uzliny. V současné době se již tak často neuvžívají právě pro svoji radikalitu a s ohledem na pozdější rehabilitaci a rekonstrukci prsu.

*Prs šetřící výkony* představují odstranění nádoru prsní žlázy, plus dostatečný bezpečnostní lem zdravé tkáně a současně zůstává zachovaná symetrie a objem prsů z kosmetického hlediska. Dle radicality výkonu rozlišujeme lumpektomie, segmentektomie, kvadrantektomie (Coufal, Fait, 2011; Abrahámová, 2009)

*Při kůži šetřící mastektomie* dochází k odstranění celé žlázy, bradavky i dvorce, ale zůstává kožní kryt z bývalého prsu.

*Subkutánní mastektomie* zahrnuje k odebrání celé žlázy, ale neodstraňuje se bradavka s dvorcem a zůstává kožní kryt. Tento typ výkonu se provádí u žen, kde není zhoubný nádor, ale hrozí velké riziko jeho vzniku.

Dalším typem chirurgické léčby jsou tzv. *záchovné operace* mezi, které řadíme operační vyjmutí primárního nádoru a části prsu s co nejmenší deformitou prsu, axiální lymfadenektomií.

Ke komplexní léčbě karcinomu prsu samozřejmě patří její nechirurgické součásti a to radioterapie, chemoterapie a hormonální léčba. Radioterapie využita jak v době předoperační, pooperační nebo jako paliativní léčba. U záchovného typu operace se radioterapie provádí skoro vždy a je možné ji zahájit ihned po zhojení operační rány.

Chemoterapie a hormonální léčba neboli systémová léčba se rozděluje na adjuvantní, neadjuvantní a paliativní systémovou léčbu. (Coufal, 2011, Abrahamová, 2009).

### *1.3.3 Psychologický přístup*

Onkologická onemocnění vedou ke společenským, ekonomickým a emocionálním následkům, které poznamenají nejen zdraví pacienta, ale i jeho postoj k okolí, jeho životní styl, jeho vztah k ostatním lidem a v neposlední řadě představu o vlastním těle. Ošetřování nemocných s onkologickým onemocněním vyžaduje od sestry nejen dokonalé odborné znalosti a dovednosti, ale také se projeví její etické a morální vlastnosti (Gulášová, 2009).

Ošetrovatelská péče o pacienty s onkologickou diagnózou zahrnuje klinickou péči, ale současně péči psychologickou, sociální, spirituální za současného respektování psychického a somatického stavu pacienta. U většiny pacientů se strach z onkologického onemocnění projevuje psychickou reakcí. Po potvrzení diagnózy prochází pacient náročným obdobím, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese, na které navazuje fáze vyrovnání či odevzdanosti. Nemocného provází bezradnost, úzkost a tíseň, často i smutné myšlenky na to, že mu život končí. Reakce pacientů na onkologickou diagnózu je odlišná od reakcí na jiný druh onemocnění, a proto je psychologická podpora těchto pacientů ze strany

zdravotníků nejen potřebná, ale vyžaduje i vysokou profesionalitu (Křivohlavý, 2002, 2004).

Ke komplexní ošetrovatelské péči musíme zahrnout i správné pochopení nemoci. Mnoho pacientů po stanovení své diagnózy nemá dostatek informací o průběhu léčby, léčebných postupech, negativních reakcích, které se mohou objevit v souvislosti s léčebným procesem o době trvání léčení. Důležitou součástí léčebného procesu je přístup zdravotníků, ale hlavně přístup rodinných příslušníků a osob nemocnému nejbližších. Právě rodina může pacientce pomoci zvládat změny emocionálních stavů, reakce a chování v průběhu celého léčebného procesu. Rodina může pomoci pozitivně ovlivňovat změny osobnosti, které jsou touto závažnou nemocí způsobeny. U nemocných se zvyrazňují obavy ze ztráty zaměstnání, mají obavy o ekonomické zajištění rodiny, ale i obavy o možné narušení partnerského vztahu (Haluzíková, 2006).

Velmi důležité postavení v systému psychické podpory pacienta s onkologickou diagnózou zastává sociální komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Pacient má právo na přímou a otevřenou komunikaci, na tomto základě vzniká důvěra pacienta směrem ke zdravotníkům. Pacient musí věřit, že ošetrovatelský personál udělá vše pro to, aby výsledky jeho léčení byli co nejlepší. Postoj ke komunikaci s pacientem má být pravdivý jak při pozitivním vývoji, tak i při negativním vývoji nemoci. Pacient si potřebuje informace o svém onemocnění zpracovat, pochopit je sám v sobě. Povinností, nás zdravotníků je snažit se o to, aby proces léčení a léčby byl pro pacienta snesitelný. Cílem komunikace mezi sestrou a pacientem je dodat mu odvalu o nemoci hovořit, klást otázky, svěřit se rodině, neodmítat pomoc od své rodiny a svého okolí. Pacient nesmí mít pocit, že v tak těžkém období zůstal sám (Křivohlavý, 2002, 2004, 2009).

První fáze onemocnění nastupuje v době, kdy si pacientka uvědomí první příznaky, u každé ženy je toto jiné období. Velkou roli zde hraje přístup k prevenci. Ženy, které pravidelně navštěvují gynekologa nebo mamologa mají několikrát větší šanci, že bude nádor zachycen v prvních fázích nemoci a tudíž bude i větší šance jeho na vyléčení. Je ovšem pravdou, že takovýchto žen přivívá, ale bohužel jsou stále takové, které první příznaky zaznamenají, ale podcení nebo záměrně jim nepřikládají

důležitost. Mnoho žen si nechce připustit možnost tohoto onemocnění u své osoby, mají strach z dalšího průběhu, ze zvládnutí léčení, z přijetí této zprávy rodinou, v zaměstnání a svého okolí (Měšťák, Dražan, 2006).

Druhá fáze nastupuje ve chvíli, kdy pacient vyhledá odbornou pomoc, dostává se do nemocničního prostředí a přichází velká neznámá. Co bude následovat? Co vzejde z určení diagnózy? Mohu se vyléčit? Přijde bolest? Jak vše bude dál? V tento okamžik je velmi důležité, aby pacient získal oporu a pomoc nejen od zdravotníků, ale především od své rodiny (Bárlová, 2005, 2009).

Třetí fáze nastává ve chvíli, kdy pacientka přijímá svou diagnózu a je smířena s tím, že se stala pacientem a je nutná léčba. Každý člověk v této fázi reaguje jinak. Mnoho lidí se uzavírá do sebe, omezují své kontakty, opakem jsou pacienti, kteří vyžadují až nadměrnou pozornost. Je třeba ke každému pacientovi přistupovat velmi individuálně. Je nezbytné uvědomit si u onkologického onemocnění prsu jeho náročnost na psychiku pacienta. Od nepaměti byl ženský prs považován za jeden z hlavních znaků ženskosti, ať už se jednalo o jakoukoliv dobu z historického pohledu. Představa ztráty prsu je pro každou ženu obrovskou psychickou zátěží, pro mnohé z nich je to i důvod sociální izolace, strachu ze ztráty rodiny, manžela, místa, své společenské hodnoty, proto mnohdy své onemocnění tají nebo bagatelizují a oddalují návštěvu lékaře (Dražan, Měšťák, 2006; Bárlová, 2009).

#### ***1.4 Možnosti rekonstrukce***

Snahou a cílem rekonstrukce je doplnění odstraněné tkáně a vytvoření symetrického prsu.

Rekonstrukci prsu lze rozdělit na dvě základní doby. *Primární* neboli okamžitá se provádí v jedné době při odstranění prsu. *Sekundární* čili odložená se provádí po ukončení radioterapie a chemoterapie, po následném multidisciplinárním konsiliu (Měšťák, 2005).

Existuje několik možností rekonstrukce prsu, pro vhodný výběr operačního postupu je nutné respektovat stav kůže, stav svalů hrudní stěny, velikost prsu, tělesný stav, možnosti odběrových míst pro lalok. Výběr operačního postupu je dále ovlivněn

omezujícími faktory, mezi které řadíme kouření, obezitu, diabetes mellitus a dřívější radioterapie. Samozřejmě nesmíme opomenout psychologické faktory ze strany ženy, které mají velkou důležitost při výběru vhodného operačního postupu a jeho načasování (Měšťák, Urban, 2007; Guyuron, 2009).

#### 1.4.1 Rekonstrukce implantátem

Použití prsního implantátu je nejjednodušší metoda pro rekonstrukci prsu.

Výhodou rekonstrukce implantáty je výkon jednou až dvěma méně časově náročnými operacemi, nevzniká zde sekundární defekt po odběru tkáně, délka hospitalizace je významně kratší a i tak pooperační rekonvalescence. Pro pacientku je výhodou okamžitý viditelný výsledek. Rekonstrukce implantátem se používá nejčastěji u profylaktické mastektomie, u pacientek s menšími prsy, kde je menší ptóza a zvláště při oboustranné mastektomii.

Nevýhodou je možná tvorba vaziva, vzniku pouzdra tzv. kapsuly okolo implantátu a následné srašťování, kdy může docházet ke změně tvaru, velikosti a umístění implantátu. Tato kapsulární fibróza se může objevit kdykoliv po operaci, někdy i po 10-20 ti letech, její důvod není dosud znám (Měšťák, Dražan, 2006, 2007; Nievergelt, 1989).

Nejvíce využívanou metodou jsou *silikonové implantáty* plněné gelem, byl, zaznamenám ústup od implantátů plněných fyziologickým roztokem. Implantáty prošly velkými vývojovými změnami a to pokud se týká povrchu implantátů. Původně implantáty s hladkým pouzdem (povrchem) byly doplněny implantáty s hrubou povrchovou texturou a v posledních letech ještě implantáty s mikrotexturou. (příloha 15).

Silikonové implantáty se vkládají pod prsní sval z menšího řezu v podprsni rýze, cestou periareolární nebo axilární přístupem. Velikost implantátu je zvolena s ohledem na kvalitu a kvantitu kůže, tělesnou konstituci pacientky, v případě jednostranné rekonstrukce na tvar zdravého prsu (Měšťák, 2005; Hall-Findlay, 2010).

Další možností je použití *Beckerova expandéru / implantátu* což je kombinovaný implantát tvořený vnitřním pouzdem, kde je prostor pro plnění fyziologickým



roztokem a vnějším texturovaným pouzdem naplněným silikonovým gelem. Beckerův implantát je expandér a implantát současně, je výhodnější u žen silnějších a s objemnějšími prsy.

Expandér je vložen současně s plnicím terčíkem, přes který se aplikuje fyziologický roztok. K naplnění expandéru se přistupuje velmi brzy po implantaci, expandér se postupně naplní při několika ambulantních návštěvách, až lehce přeplní a takto naplněný se ponechává zhruba po dobu tří měsíců. Po té se jeho objem lehce zmenší a tím se dosáhne přirozenějšího vzhledu rekonstruovaného prsu. Plnicí terčík se odstraňuje v druhé fázi, některé ženy však využívají možnost terčík neodstraňovat a ponechat ho pro případnou korekci velikosti prsu (Měšťák, Urban, 2007; Renault, 1984).

Výhodou kombinovaného Beckrova expandéru / implantátu je jeden operační výkon na daném prsu.

Třetí možností je využití *tkáňového expandéru a implantátu*, které se také volí při nedostatečném prostoru a nedostatku volného kožního krytu. Tkáňový expandér vytvoří dostatečný prostor a následně se vkládá prsní implantát. V první fázi se vloží expandér, který se po zhojení operační rány začne plnit fyziologickým roztokem a to v intervalech 1 – 2 týdnů, s ohledem na operační ránu, schopnost kůže expandovat a subjektivní vnímání pacientky. Expandér se naplní do požadované velikosti a po té zůstává na místě 3 – 6 měsíců. Pak následuje druhý operační výkon, kdy se vyjme expandér a je nahrazen silikonovým implantátem. Velikost implantátu se volí o něco menší, aby byl docílen přirozený pokles prsu.

Tato rekonstrukční možnost znamená pro pacientku mírně větší náročnost dvou operačních výkonů a s tím spojené možné komplikace. Výsledek však bývá velmi hezký a přirozený (Měšťák, Dražan, 2006).

#### *1.4.2 Rekonstrukce lalokem*

Pro rekonstrukci prsu lalokem je vhodným odběrovým místem přední stěna břišní. Přední stěna břišní poskytuje dostatečné množství kůže a tuku na rekonstrukci průměrně velkého prsu.

Stopkovaný TRAM lalok (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap ) je původní možnost rekonstrukce prsu. Lalok se odebírá na přední stěně břišní spolu s větší částí přímého břišního svalu a cévní stopkou. Při tomto operačním výkonu není třeba mikrochirurgické vybavení. V podbřišku v místě odběru vzniká obloukovitá jizva. Je nutné v pooperační době aplikace břišního pásu k posílení stěny břišní. Velmi často se také používá ke zpevnění břišní stěny speciální síťka.

Volný TRAM lalok (Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap) lalok z příčného břišního svalu. Tkáň se odebírá v podbřišku ženy, kde následně vzniká delší obloukovitá jizva (stejná jako u kosmetické abdominoplastice). Lalok se vypreparuje a úplně oddělí od stěny břišní a volně se přenese na hrudník. Na hrudníku se pod mikroskopem napojí přívodné cévy a obnoví se krevní cirkulace (Měšťák 2006). K provedení tohoto výkonu je třeba speciálního mikrochirurgického vybavení, erudovaný personál a speciální mikrochirurgické instrumentarium. Výhodou volného TRAM laloku je menší zásah do přímého břišního svalu a tím menší riziko oslabení břišní stěny a menší riziko vzniku pooperační kýly oproti stopkovanému laloku.

Nevýhodou volného TRAM laloku je delší čas operačního výkonu a s tím spojená rizika komplikací a náročnější pooperační rekonvalescence pro pacientku (Dražan, Dungelová, 2004; Měšťák, 2006).

DIEP lalok (Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Flap lalok se také odebírá na přední stěně břišní, ale s minimálním zásahem do přímého břišního svalu. Tento lalok je nejvíce náročný na preparaci a přenos. Je nutné mikrochirurgické vybavení, zkušený operatér a čas operace se pohybuje okolo 6 – 9 hodin. S délkou výkonu je spjata i náročnost a rizika pro pacientku (Dražan, Dungelová, 2004; Měšťák, 2006).

Musculokutánní latissimus dorsi využití laloku latissimus dorsi ustoupilo do pozadí, když se více začali využívat laloky z přední stěny břišní, přesto i tento lalok má stále své uplatnění v rekonstrukci prsu. Tato metoda se využít u pacientek kuřáček, s nadváhou, diabetem a tím spojenými možnými poruchami cirkulace. Operační výkon nevyžaduje mikrochirurgické vybavení, z pohledu plastického chirurga patří mezi „jednodušší“, spolehlivé laloky. U pacientek nedochází k téměř žádnému fyzickému

omezení v pooperační době. Nevýhodou tohoto laloku je jeho menší objem, z estetického hlediska vzniká na zádech jizva (Měšťák, 2006).

Ošetrovatelská péče:

Vzhledem ke své náročnosti a délce výkonu jsou tyto pacientky umisťovány na jednotku intenzivní péče nebo na pooperační pokoj.

U tohoto typu operačního výkonu je velice důležitá následná specifická pooperační ošetrovatelská péče. Odborné znalosti a zkušenosti ošetřující sestry zde mohou významně ovlivnit včasné rozpoznání pooperačních komplikací a tím zvýšit možnost úspěšnosti operačního výkonu.

Pacientky jsou uloženy do mírně zvýšené polohy a současně mají zvýšenou polohu nohou, aby nedocházelo k napnutí v oblasti břicha, kde byl odebrán volný lalok. Oblast břicha je zpevněna speciálním břišním pásem, který je nutné mít trvale několik týdnů, konkrétní doba je dle zvyklostí každého oddělení. Kvalitní polohovatelné lůžko je u těchto pacientek velkou výhodou a je důležité zajistit komfort polohy, která může být pro některé pacientky i částečně nepříjemná.

Pacientky jsou hospitalizovány na pooperačním pokoji, kde jsou trvale monitorovány fyziologické funkce, bilance tekutin, operační odběrová plocha na břicho a lalok. V pravidelných intervalech 20 – 30 minut sledujeme prokrvení laloku, barvu, teplotu a vitalitu laloku. Sestra provádí kontrolu pohledem a pohmatem. První známkou možné komplikace je změna barvy laloku, který může začít blednout na části nebo na celé ploše. Pohmatem také sestra zjistí teplotu laloku, která musí být shodná s teplotou okolního těla. Chladný, ale i teplejší povrch laloku mohou opět být známkou počínající ischemie. Při vzniku hematomu, výrazné bolesti, vyblednutí laloku je třeba okamžitě informovat lékaře. Nejčastější pooperační komplikací je vznik ischemie části nebo celého laloku. Tento stav se může projevit bezprostředně po operačním výkonu jako nekróza, nebo později jako drobná rezistence v části laloku. V případě výskytu komplikací je nutná co nejčasnější bezprostřední revize laloku. Sestra musí okamžitě svolat operační tým, zajistit převoz pacientky na operační sál s kompletní dokumentací.

Provedení revize laloku je velmi časově omezeno, je nutné provést tento výkon co nejdříve.

#### *1.4.3 Rekonstrukce kombinací implantátu a laloku*

V operační metodě kdy je využíván autologní lalok se nejčastěji využívá torakoepigastrický lalok, kontralaterální epigastrický lalok, posuvný břišní lalok, překlopený břišní lalok, laterální torakodorzální lalok a lalok musculokutánní latissimus dorsi. Dnes tyto metody nejsou první volbou rekonstrukce, přednost je dávana přenosu tkáně z přední stěny břišní.

Musculokutánní latissimus dorsi s implantátem tato operační metoda se používá u pacientek, které podstoupily radioterapii po mastektomii a kožní kryt je touto terapií negativně ovlivněn. V druhém případě se tento lalok využívá při neúspěšném přenosu tkáně z břišní stěny jako záchranný lalok. Implantát se vkládá buď v jedné operační době, nebo s časovým odstupem.

Laterální torakodorzální lalok, je fasciokutánní lalok, který umožní využití kožního krytu na prsní krajinu. U tohoto laloku nedochází k přerušení cévního zásobení. Nejčastěji se využívá při rekonstrukci menších prsů. U takto rekonstruovaného prsu je možnost vložit pod lalok silikonový implantát menších rozměrů a doplnit tak objem prsu (Měšťáci, Dražan, 2006; Thore, 2007; Lejour, 1994).

#### **1.5 Operační výkony - doplňující**

U většiny pacientek jsou nutné korektivní operační výkony na druhém zdravém prsu. Tyto výkony se provádí za účelem vytvoření co největší možné symetrie. Tyto výkony je možné provádět nejdříve tři měsíce po rekonstrukci prsu.

U pacientek s většími prsy a ptózou prsů je nutná *redukce a následná modelace* zdravého prsu. Tkáň se odebírá souměrně z celého prsu a současně se redukuje kožní kryt prsu.

V případě asymetrie ve smyslu menšího prsu se využívá *augmentace* silikonového implantátu vloženého většinou pod prsní sval. Je možné i využití expandéru k dosažení požadované velikosti a v druhé době k implantaci silikonového implantátu.

*Rekonstrukce bradavky a dvorce* se provádějí jako poslední výkony, většinou tři měsíce od poslední rekonstrukční operace prsu, na kterém se již nebude měnit tvar a velikost. Rekonstrukce dvorce je možné provádět několika způsoby: přenos kožního štěpu, přenos části opačného dvorce nebo tetováním okolní kůže. Rekonstrukce bradavky je možná: přenesením autotransplantátu z druhé bradavky, místními laloky a tetováním (Měšťák, Dražan, 2006).

### **1.6 Ošetřovatelská péče**

Sdělení onkologické diagnózy je pro pacientku velký šok, je důležité dát ji dostatek času a prostoru k přijetí této negativní informace (Křivohlavý, 2002, 1995). Zde sehraává významnou roli sestra, která se velmi často stává prostředníkem mezi pacientkou a lékařem. Sestra, která tráví s pacientkou více času je schopna lépe zhodnotit její potřeby a obavy. Mnoho pacientek cítí u sestry větší pochopení z pohledu ženy k ženě, svěří jí více informací a nebojí se dotázat. Znalost všech informací je pro pacientku velmi důležitá a často pozitivně motivující. Sestra významně ovlivňuje nejen subjektivní vnímání nemoci, ale současně může přispět ke zlepšení pocitu pohody a úspěchu celé terapie (Kořenek, 2004, Mastilikáková, 1999; Staňková, 1996). Sestra je ta, která provází pacientku od první ambulantní konzultace, přes předoperační přípravu, zvládnutí pobytu v nemocnici, pooperační rekonvalescenci až po vrácení do společenského, pracovního a rodinného života.

V dnešních moderních nemocnicích je nutné brát v úvahu i ekonomické faktory

Sestra je zde prvním členem multidisciplinárního týmu, se kterým se při příchodu k plánované hospitalizaci pacientka setkává. Důležitým momentem je představení se pacientce a seznámení ji s uspořádáním oddělení. Sestra převezme od pacientky veškerou dokumentaci, společně s pacientkou zkontrolují její úplnost. Po té, pokud je to možné, dá pacientce možnost výběru lůžka. Pacientky, které přicházejí k rekonstrukční operaci přenosem volného laloku, umístíme na pooperační pokoj, pacientce vysvětlíme,

že je zde větší možnost monitorace a kontrola v pooperační době. Ale i zde si může pacientka vybrat, zda si přeje lůžko u okna či nikoliv. Dále sestra pacientku seznámí s domácím a provozním řádem oddělení, umístěním sociálního zařízení, možnostmi přivolání sestry pomocí vnitřního komunikačního zařízení. Pokud to provoz oddělení umožňuje, jde doprovod pacientky až na pokoj, pacientka má své blízké u sebe co možná nejdéle, pomůže jí to lépe se aklimatizovat na nemocniční prostředí (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Po uložení na lůžko a seznámení se prostředím oddělení sepíše sestra s pacientkou vstupní ošetřovatelskou anamnézu, sestaví plán ošetřovatelské péče a seznámí s ním pacientku. Je nutné, aby rozhovor probíhal v klidném a důstojném prostředí a atmosféře, pacientka musí mít pocit jistoty a empatie ze strany sestry. Je důležité dát pacientce dostatečný prostor na případné dotazy a otázky. Sestra je mnohdy pacientce blíže a ta k ní má důvěru a spíše se jí svěřuje se svými obavami či strachem. Druhý rozhovor podstupuje pacientka s lékařem, který ji přijímá na oddělení a s lékařem, který bude operátér. I zde platí nutnost klidného a důvěrného prostředí ke získání vzájemné důvěry. Lékař s pacientkou znovu probere výběr operační rekonstrukční metody, znovu ji vysvětlí přednosti, ale také možné komplikace. Pacientka má dostatek časového prostoru k položení svých dotazů, které jí lékař vysvětlí. Pokud je pacientka seznámena se všemi podrobnostmi operačního výkonu podepíše příslušné informované souhlasy a dokumenty (Navrátil, 2008; Andryšek, 2011; Venglářová, 2006; Kebza, 2009).

Po ukončení všech administrativních úkonů přichází sestra provádět nutné předoperační přípravy. Pacientce je zajištěn centrální žilní katétr, připraveno operační pole, zajištěna premedikace v anesteziologické ambulanci, prevence TEN, ATB profylaxe (dle zvyklosti oddělení). Všechny tyto úkony jsou vždy pacientce vysvětleny a je vždy včas informována o tom, co bude následovat. V operační den je pacientka předána na operačním sále anesteziologické sestře s kompletní dokumentací. Délka operačního výkonu je závislá od zvolené metody rekonstrukce prsu.

Po skončení operačního výkonu si opět sestra převezme pacientku zpět z operačního sálu a převezme ji na pooperační pokoj. Zde jsou pacientce monitorovány fyziologické funkce, v časovém intervalu dle ordinace lékaře, velká pozornost je

věnována vitalitě a stavu laloku, při zvolené metodě přenosu volného břišního laloku. Lalok je v pravidelných dvacetiminutových intervalech (toto je dle zvyklosti každého oddělení) kontrolován, jakou má barvu, teplotu, tvar. Pozornost věnuje sestra bilanci tekutin, krvácení, odvodu z drénů, samotné operační ráně. Jakákoliv změna je nutná ihned hlásit lékaři. U pacientky je zajištěna dostatečná analgezie dle ordinace lékaře.

Pooperační období a doba hospitalizace je různá dle zvolené metody rekonstrukce. Doba hospitalizace se pohybuje od pěti do dvaceti dní. Již druhý den je zahájena včasná rehabilitace. Pacientky jsou mobilizovány dle náročnosti operačního výkonu, je kontrolována bilance tekutin, pravidelně kontrolována operační rána. Pacientkám je přikládána speciální elastická podprsenka, kterou pacientky nosí několik týdnů v rámci rehabilitace a rekonvalescence. Pokud probíhá hojení bez komplikací je pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Je řádně poučena o domácí péči, o fyzické námaze, o možných komplikacích, o postupu při komplikacích, je vybavena příslušnou dokumentací.

Domácí rekonvalescence probíhá ještě několik týdnů, je to velmi individuální. Pacientky v pravidelných intervalech navštěvují ambulanci lékaře, po deseti až čtrnácti dnech jsou odstraněny stehy a pacientka začíná péči o jizvy. Péče začíná prostým omytím nebo osprchováním jizvy, vysušením a pak namazáním a promazáním mastnějším krémem, nebo mastmi speciálně určeným na ošetřování jizev. Toto opakovat tři až čtyřikrát denně. Po celou dobu je vhodné nosit speciální podprsenku. Deset až čtrnáct dní po odstranění stehů se zahajují takzvané tlakové masáže a je možné začít přikládat silikonové plátky pro lepší estetický vzhled jizvy (Praško, Vyskočilová, 2008; Šimánková, 2011; Šatenková, 2009).

I po skončení léčby, a to jak chirurgicko – onkologické, tak i plastické, by měla každá žena pamatovat na prevenci a pravidelné kontroly a nevynechat ani tu nejpřístupnější metodu prevence samovyšetření prsu. Toto vyšetření může a měla by provádět každá žena pravidelně doma. Při vyšetření si lehněte na záda a prs vyšetřujte prsty protilehlé ruky tak, že prsní žlázu tlačíte proti stěně hrudní a krouživým pohybem zjišťujeme, zda nenarazíme na přítomnost nějaké rezistence pod prsty. Postupujeme od

bradavky k okrajům prsu a postupně vyšetříme celý prs. Totéž opakujeme na druhém prsu (Onderková, 2007; Skovajsová, 2010; Abrahámová, 2003).

### ***1.7 Organizace zabývající se onemocněním prsu***

**Mamma HELP** - je ženským patientským sdružením v ČR. Má celostátní působnost a své služby nabízí v síti MAMMA HELP CENTER.

**Aliance českých organizací a žen s rakovinou prsu o.p.s.** - byla založena devatenácti organizacemi onkologických pacientek jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost.

**Klub ŽAP** - ženy s nádorovým onemocněním, pracuje od roku 1993 jako samostatný právní subjekt.

**Liga proti rakovině Praha** - je nezisková organizace, hlavní cíle jsou nádorová prevence a výchova ke zdravému způsobu života, zlepšení kvality života onkologických pacientů, podpora onkologického výzkumu.



## **2 Cíle**

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit úroveň informovanosti pacientek o možnostech rekonstrukce prsu.
2. Zjistit, zda má pacientka zájem o spolurozhodování o metodě rekonstrukce prsu.
3. Zjistit, zda má pacientka možnost spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu
4. Zjistit nejčastější otázky pacientek k rekonstrukci prsu.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaké existují překážky nedostatku informací o rekonstrukci prsu?
2. Jaká úroveň informovanosti pacientky rozhoduje o jejím aktivním zájmu při výběru metody rekonstrukce prsu?
3. Jaké existují překážky v možnosti spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu?

### **3 Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Pro zpracování empirické části této diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření.

K získání sběru dat pro zvolenou problematiku byla použita metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Celkem bylo osloveno 16 respondentek, 12 respondentek souhlasilo a poskytlo rozhovor, 4 respondentky s rozhovorem nesouhlasily. Rozhovory byly zaznamenány, následně přepsány a analyzovány. Analýza rozhovorů byla prováděna vzájemným porovnáním jednotlivých rozhovorů. Získaná data byla zpracována do SmarArtů a tabulek pomocí programu Microsoft Office Word 2007.

#### ***3.2 Výzkumný soubor***

Bylo osloveno 13 pacientek hospitalizovaných na oddělení plastické chirurgie Fakultní nemocnice Plzeň a 3 klientky centra Mama Help. S každou respondentkou byly provedeny dva až tři rozhovory.

## 4 Výsledky

Tabulka 1 Oslovené respondentky

		oslovené	realizovaný rozhovor	odmítnutý rozhovor
OPCH	počet	13	11	2
	%	81,25%	68,75%	12,50%
MamaHelp	počet	3	1	2
	%	18,75%	6,25%	12,50%
Celkem	počet	16	12	4
	%	100%	75,0%	25,0%

Z celkového počtu 16 respondentek (100%) bylo osloveno 13 respondentek (81,25%) na oddělení plastické chirurgie, z tohoto počtu bylo realizováno 11 rozhovorů (68,75%) a 2 rozhovory (12,50%) byly odmítnuty. V centru Mama Help byly osloveny 3 respondentky (18,75%), z toho počtu byl 1 rozhovor (6,25%) realizován a 2 rozhovory (12,50%) byly odmítnuty.

### 4.1 Kategorizace získaných dat

Pro lepší analýzu rozhovorů byly stanoveny kategorie získaných informací. V rámci jedné kategorie bylo rozlišeno několik témat. Základní kategorie jsou uvedeny v první linii SmartArtů.

Do první kategorie byly zařazeny *osobní údaje*, které zahrnovaly věk respondentky, rodinný stav, sociální statut, místo bydliště a zájmy. Druhá kategorie obsahovala *anamnestické údaje onemocnění*, které obsahovaly primární diagnózu, druh operačního výkonu, pooperační průběh a následnou onkologickou léčbu. Třetí kategorie vyjadřuje *potřebu informovanosti*, která rozlišovala témata první získané informace o onemocnění a první získané informace o postupu léčby. Čtvrtá kategorie se zabývala *rozsahem informovanosti* o možnostech rekonstrukce chybějícího prsu a začleňovala kdo, kdy a jak podal první informace o možnostech případné rekonstrukce. Pátá

kategorie se zaměřuje na *spokojenost s podanými informacemi* v odborné ambulanci plastického chirurga a zahrnovala rozsah, obsah, čas na rozmyšlenou a možnost volby rekonstrukčního postupu. Šestá kategorie zahrnuje *návrhy na zlepšení problematiky informovanosti* respondentek v oblasti rekonstrukce chybějícího prsu. Na závěr rozhovoru v sedmé kategorii byla dána respondentkám možnost vyjádřit *klady a zápory rekonstrukce prsu* z pohledu pacientek. Poslední část rozhovoru dala respondentkám možnost *vznést dotazy* ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu a této oblasti je věnována osmá kategorie.

## 4.2 Analýza rozhovorů

Schéma 1 Respondentka 1

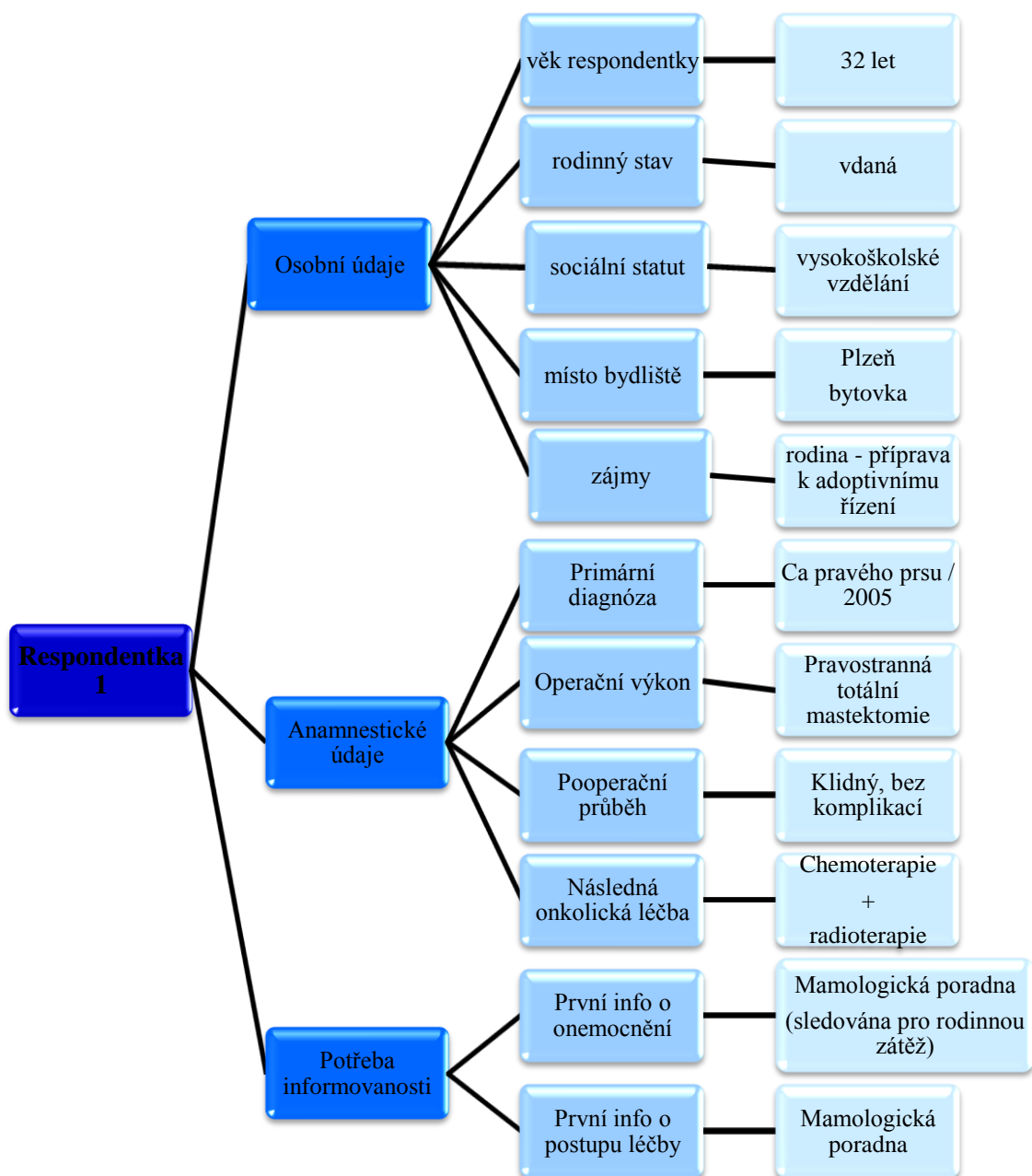
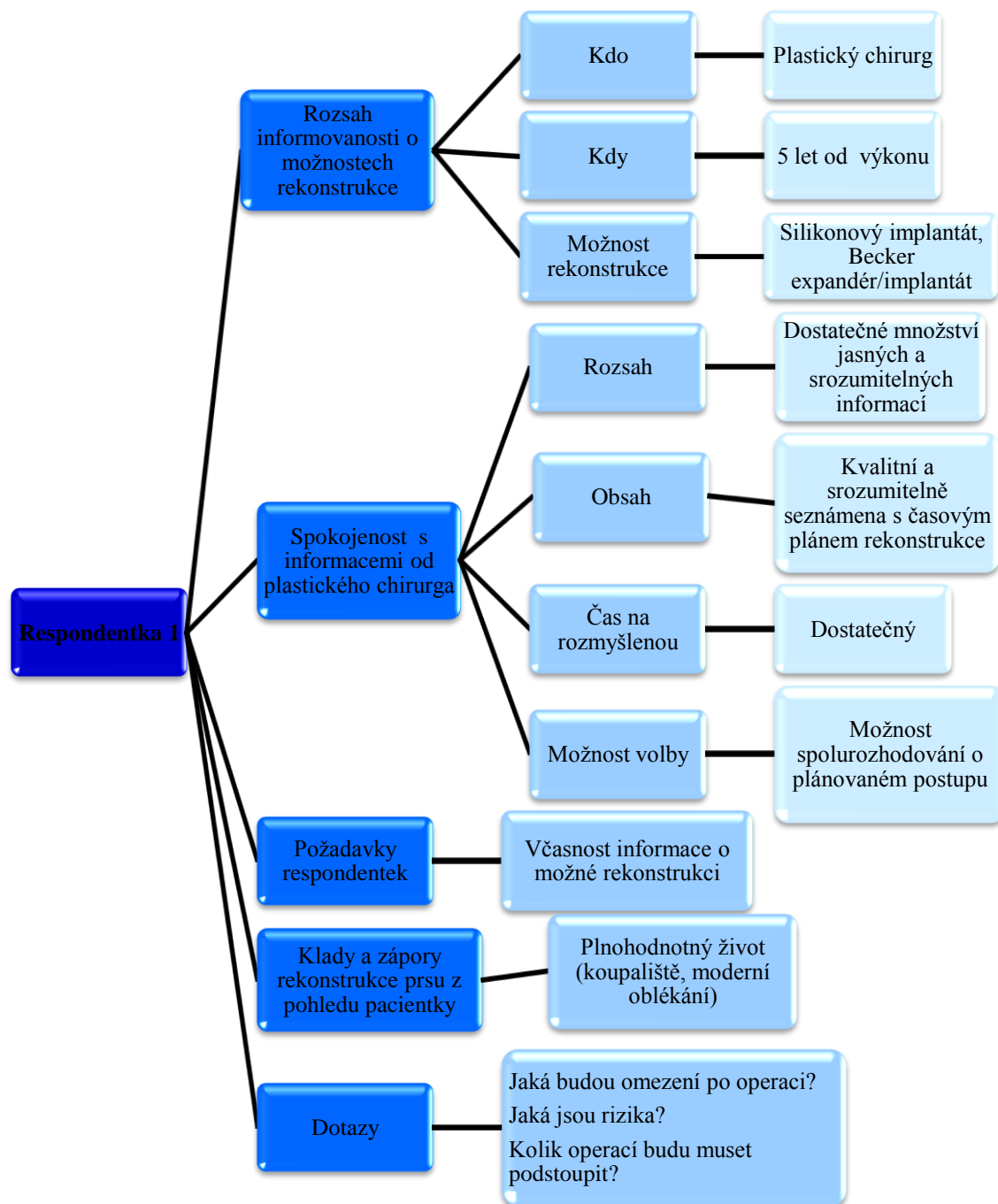


Schéma 1 – pokračování Respondentka 1



## Schéma 2 Respondentka 2

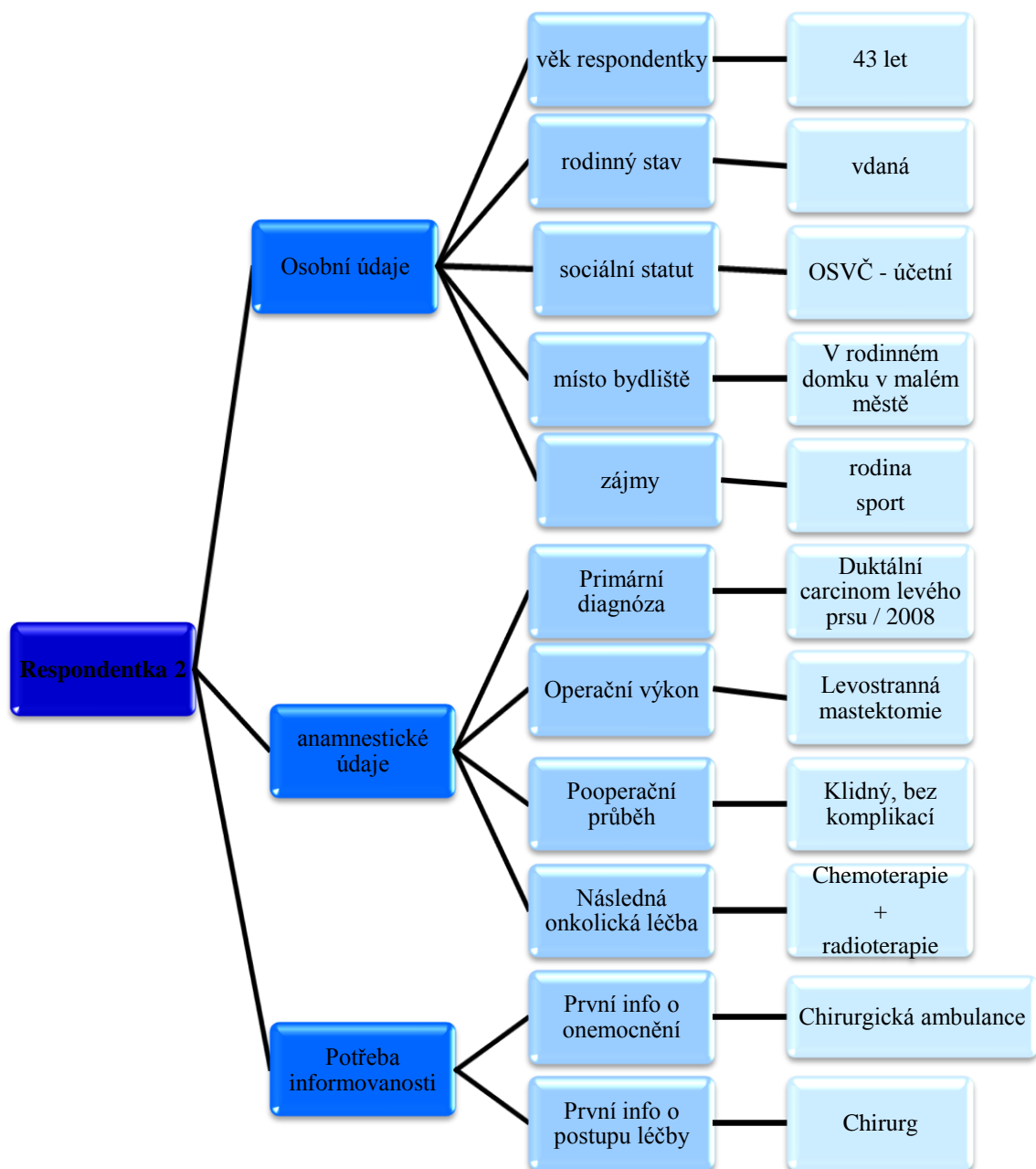
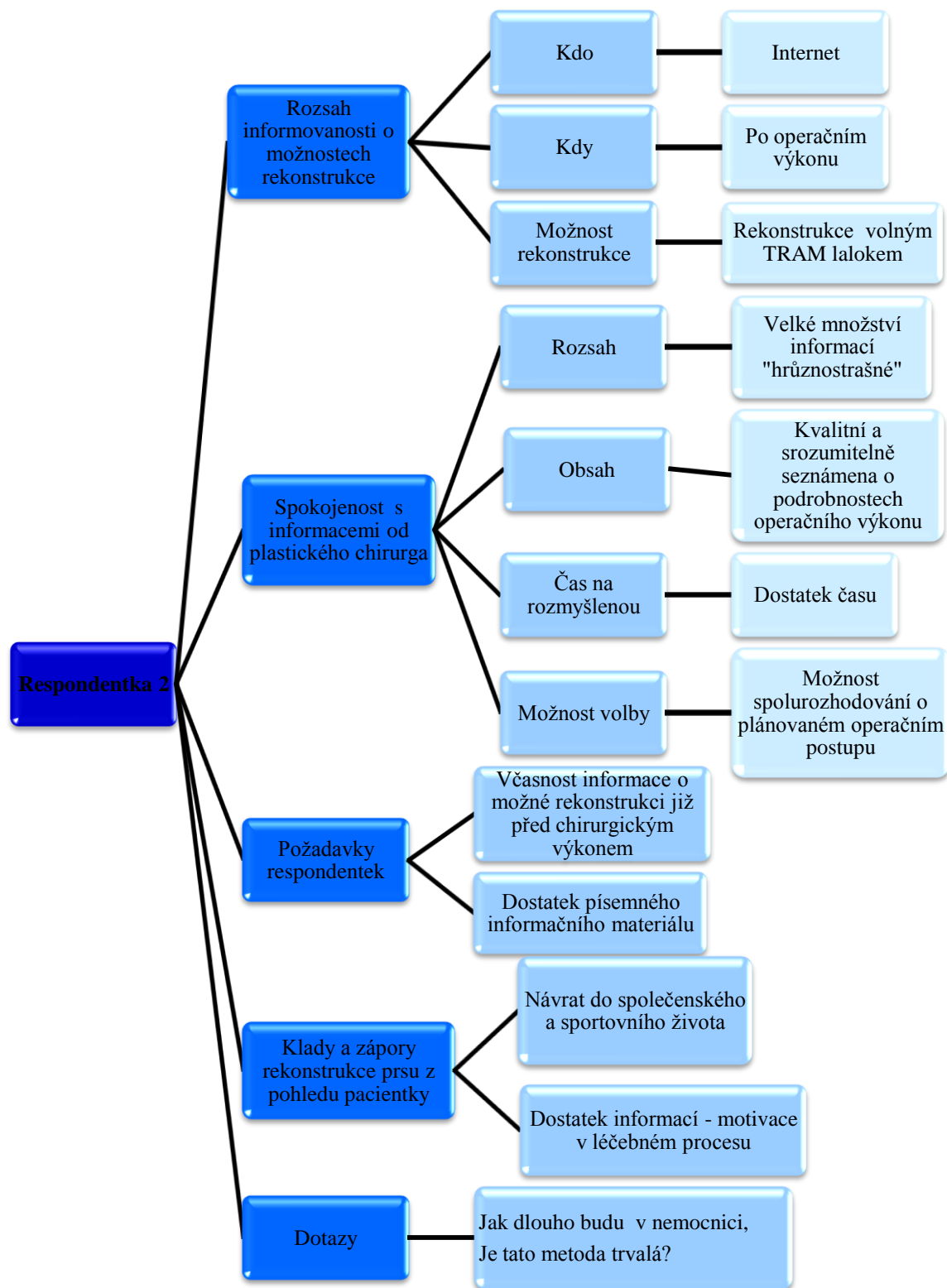


Schéma 2 pokračování – Respondentka 2





### Schéma 3 Respondentka 3

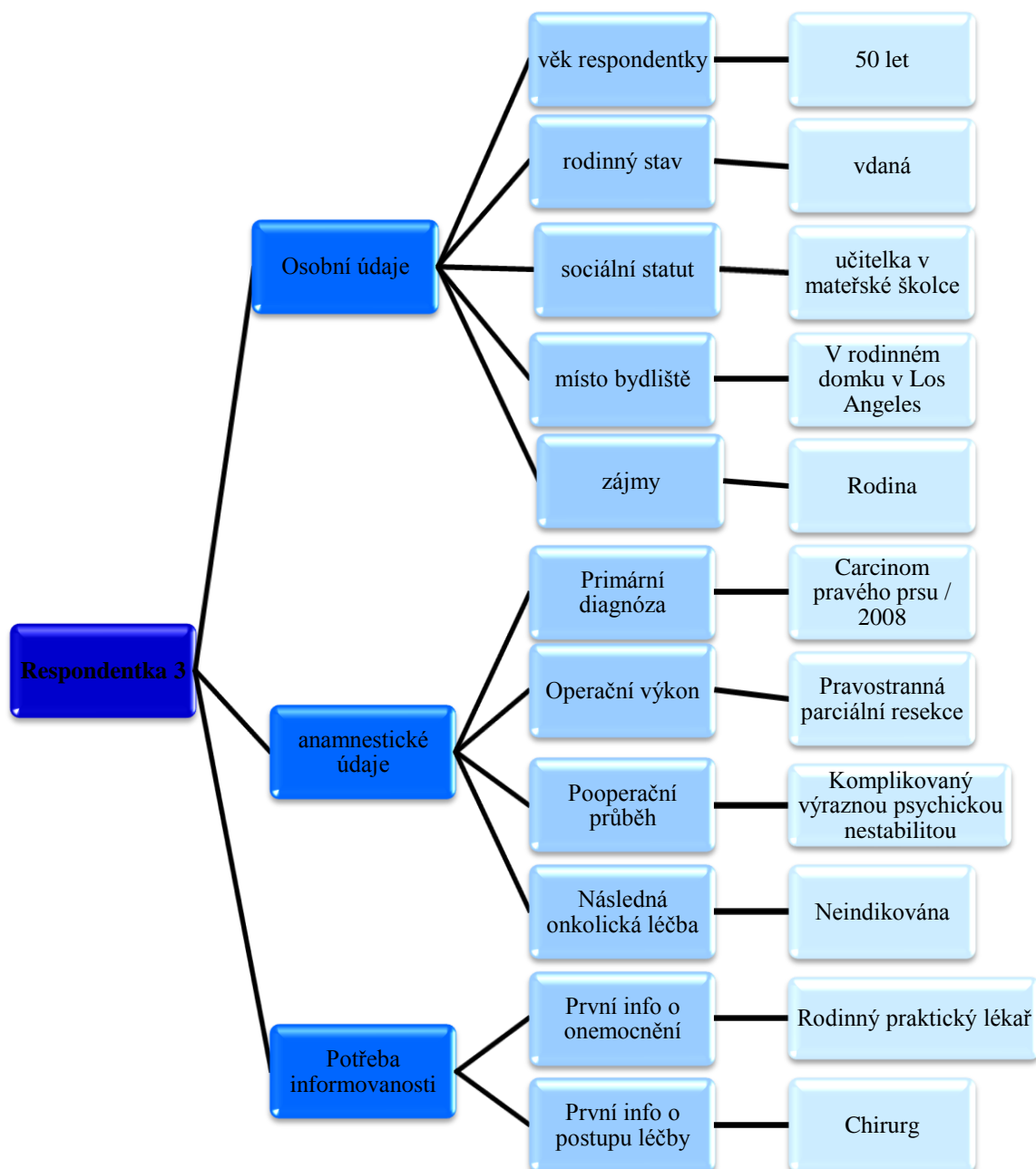
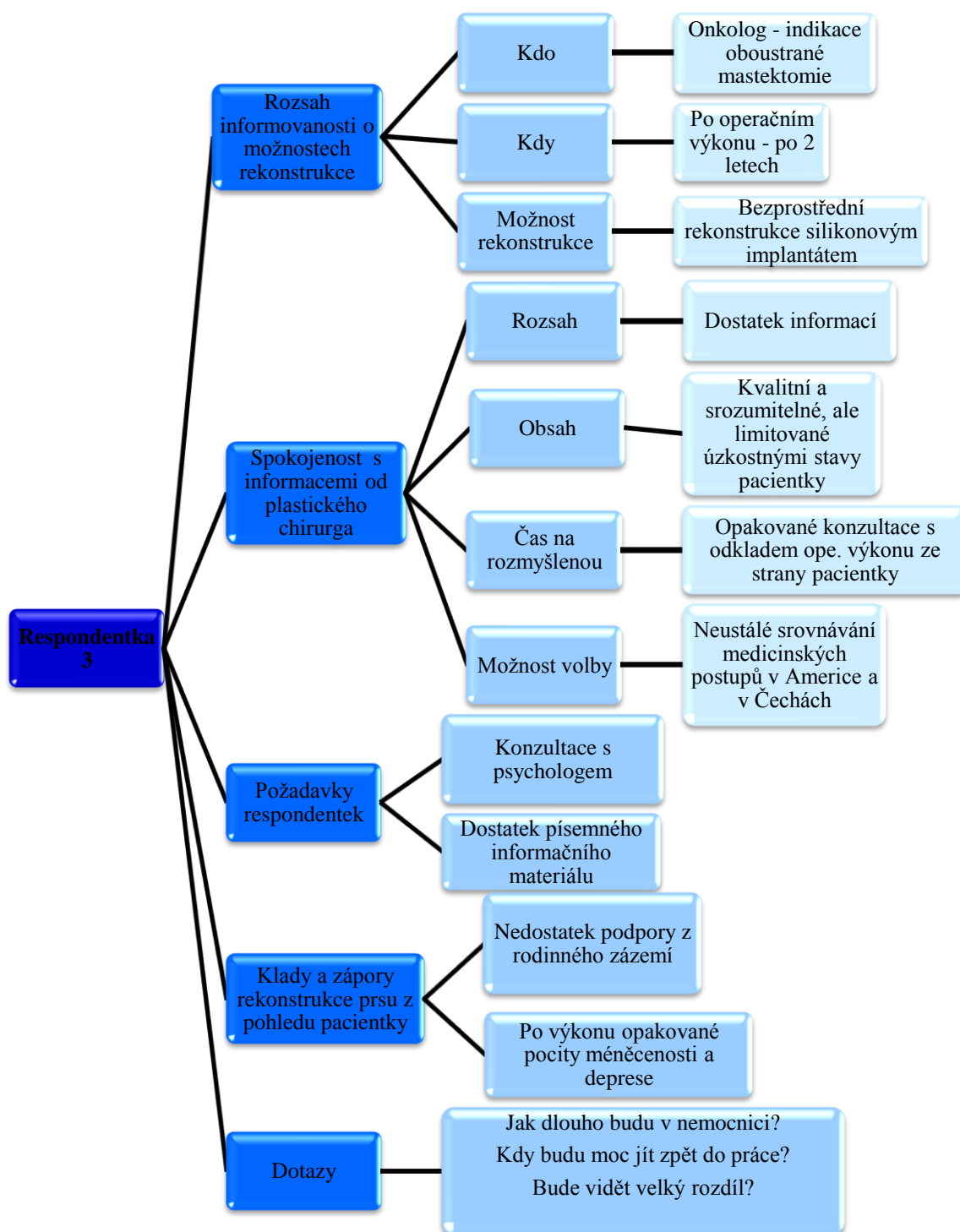


Schéma 3 – pokračování Respondentka 3



#### Schéma 4 Respondentka 4

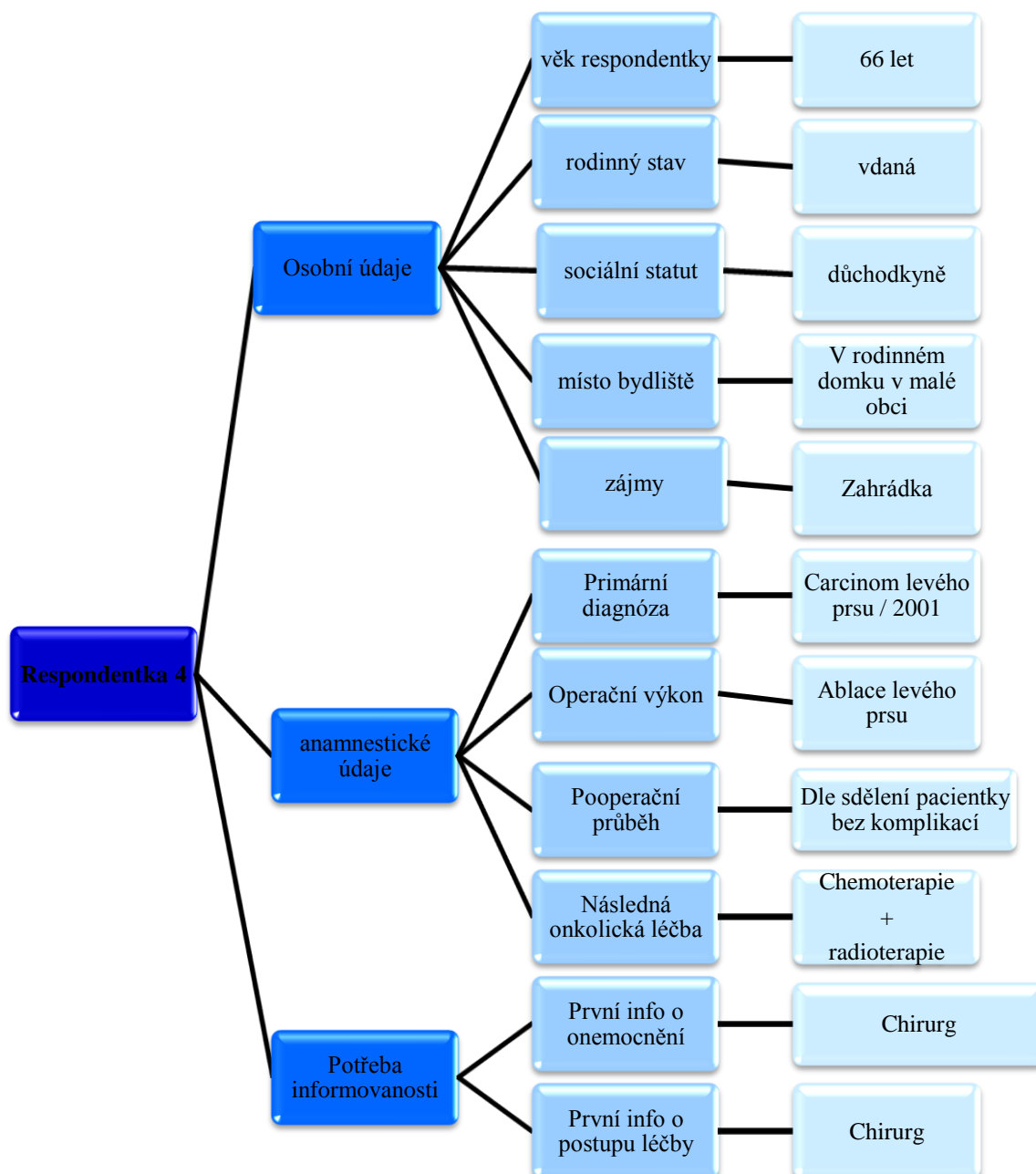


Schéma 4 – pokračování Respondentka 4

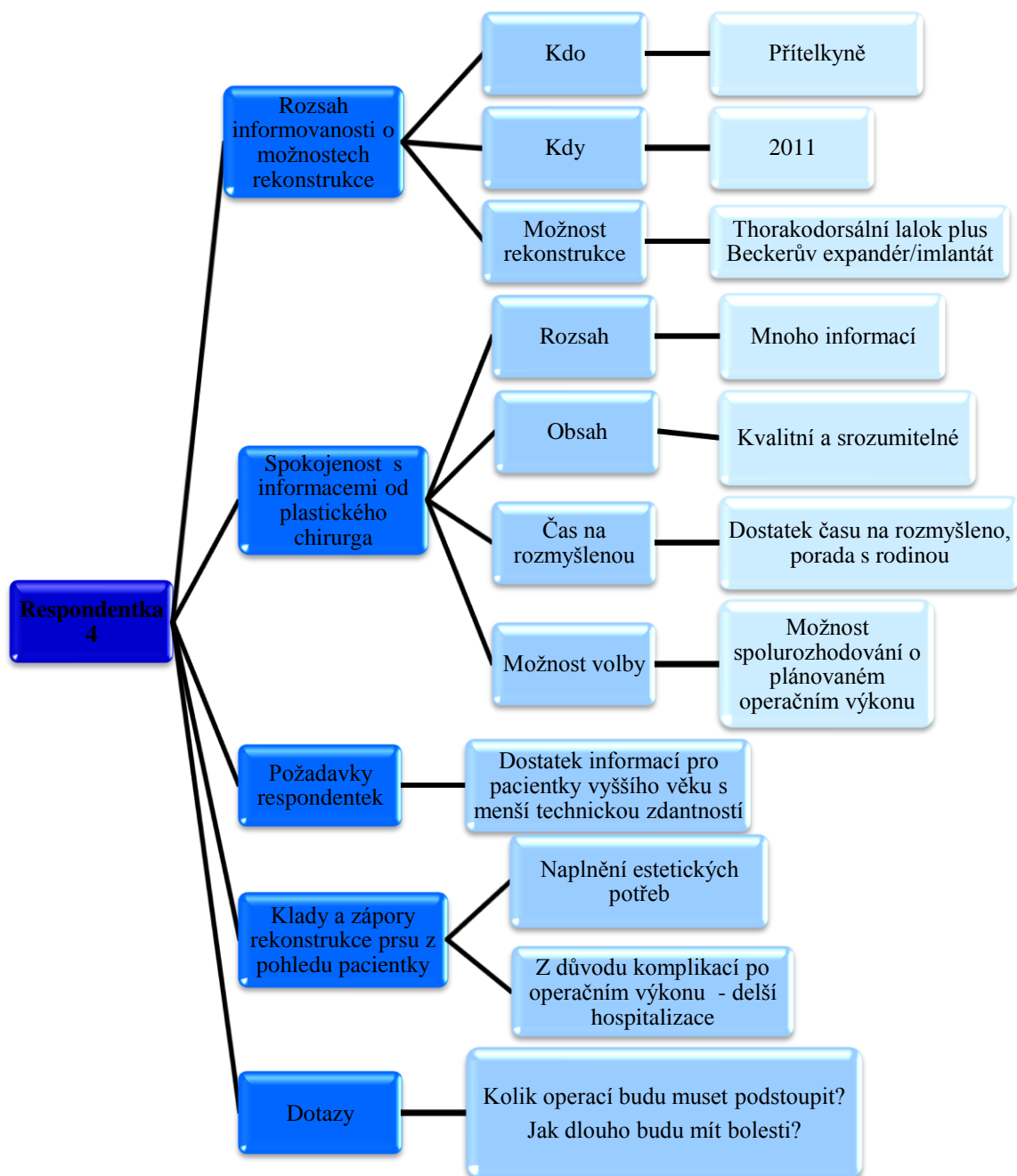


Schéma 5 Respondentka 5

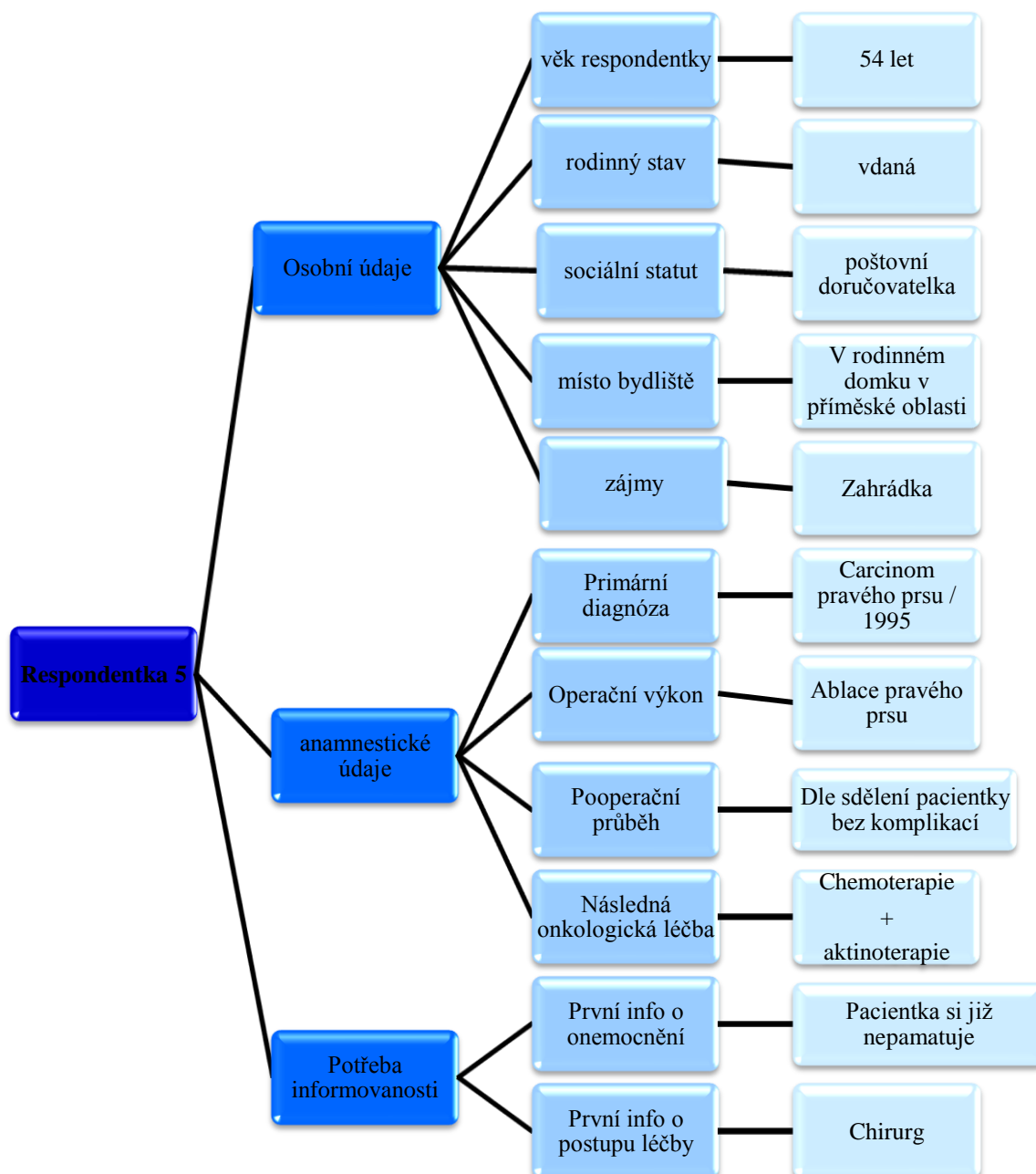


Schéma 5 – pokračování Respondentka 5

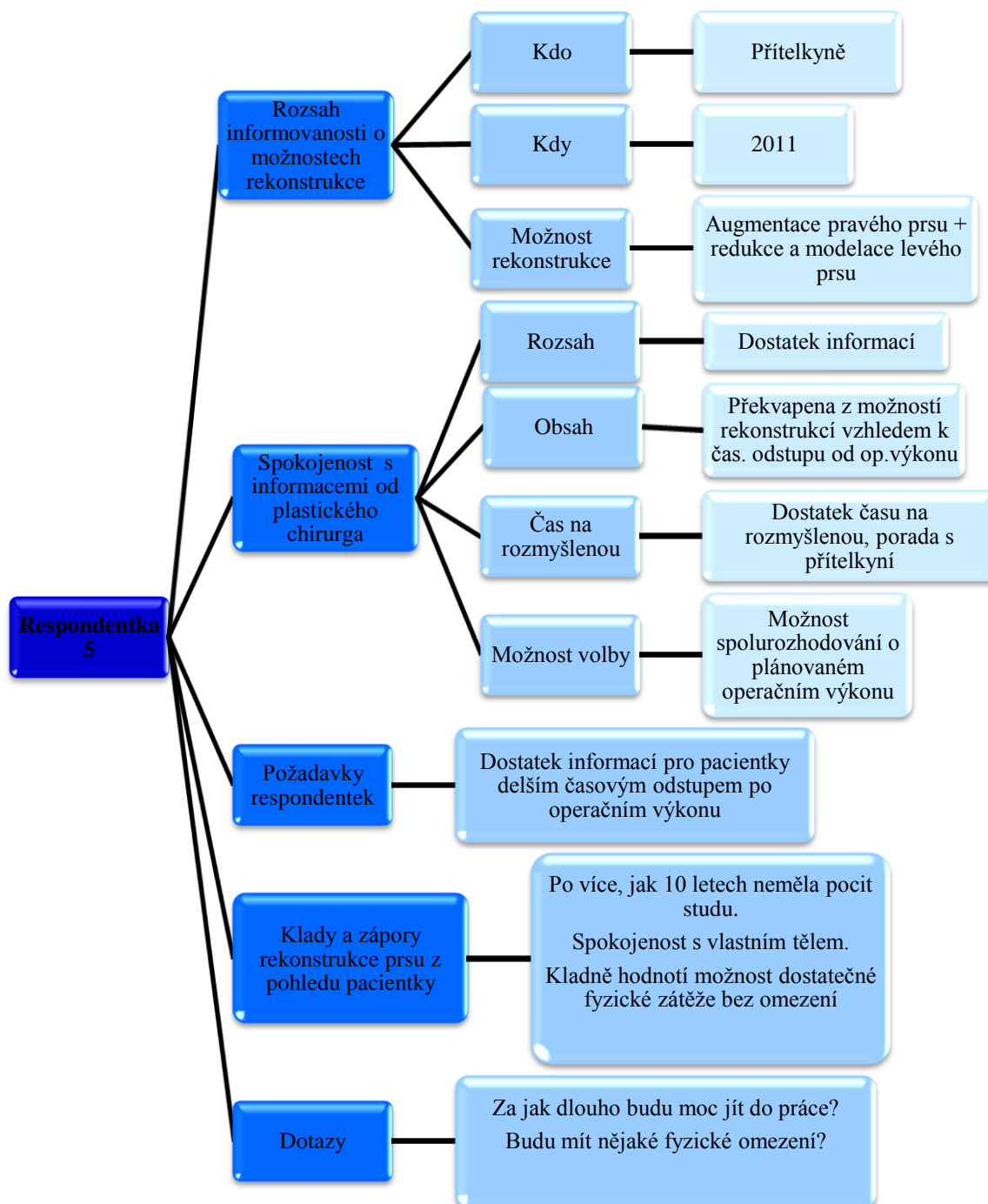


Schéma 6 Respondentka 6

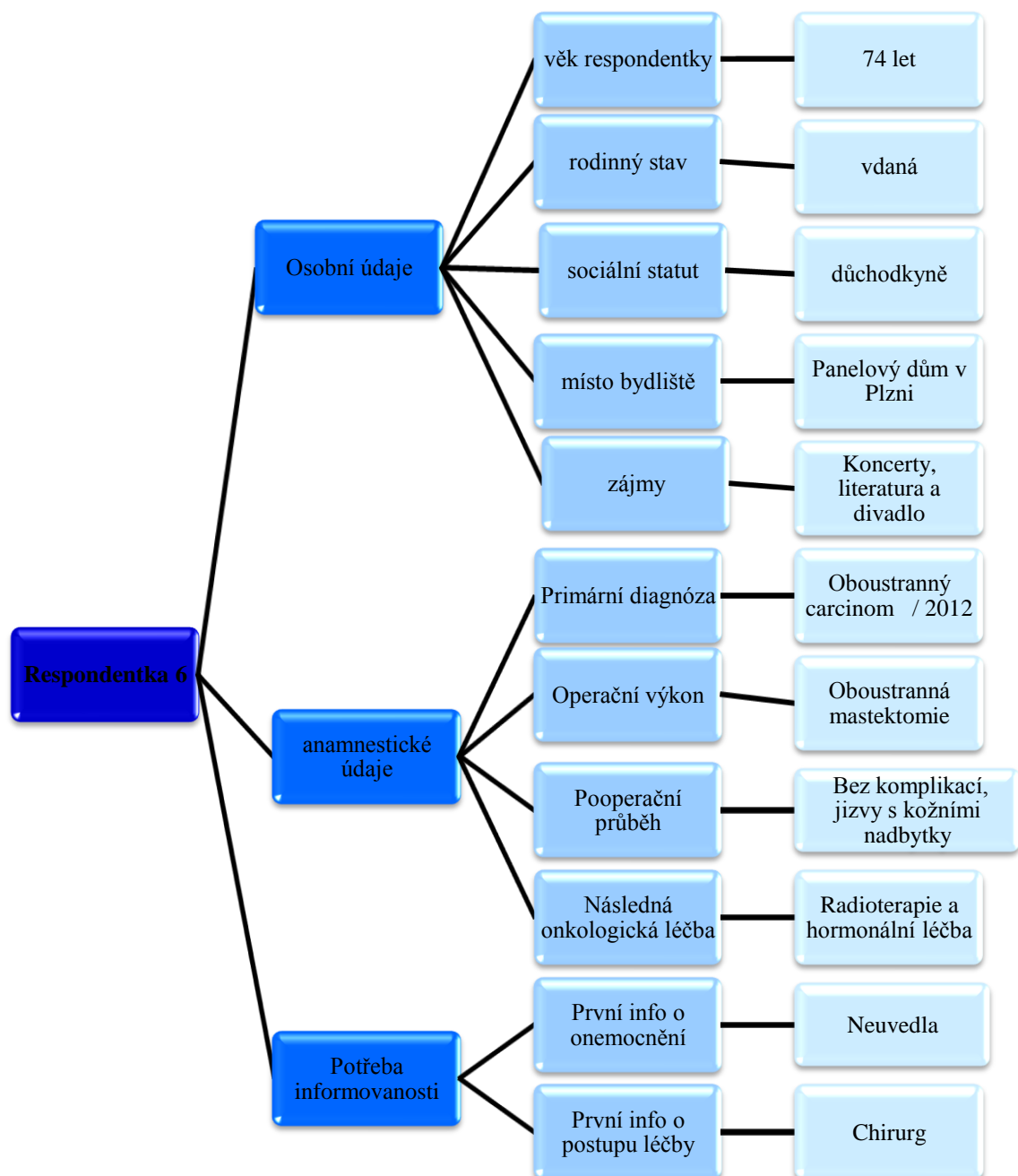


Schéma 6 – pokračování Respondentka 6

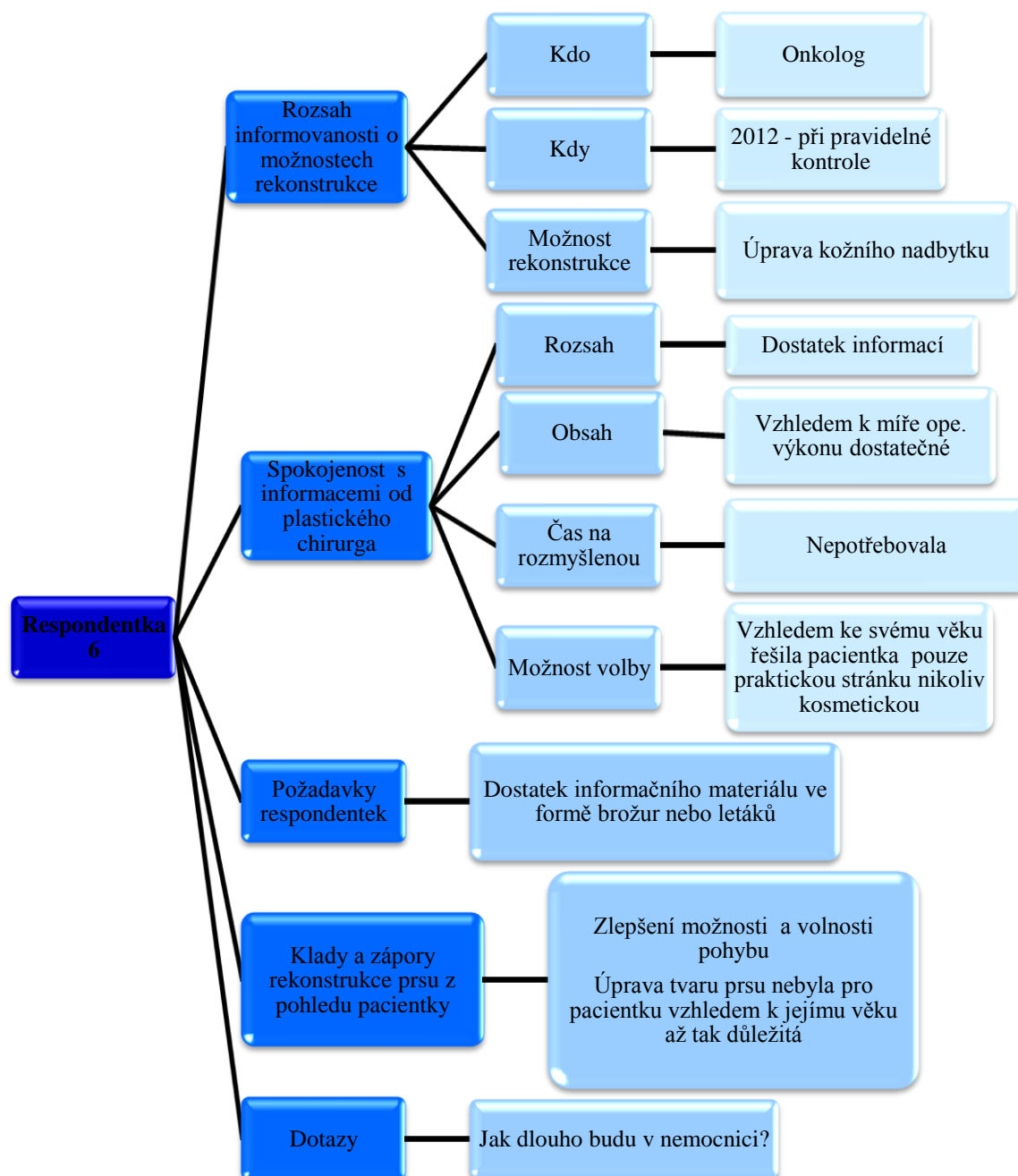




Schéma 7 Respondentka 7

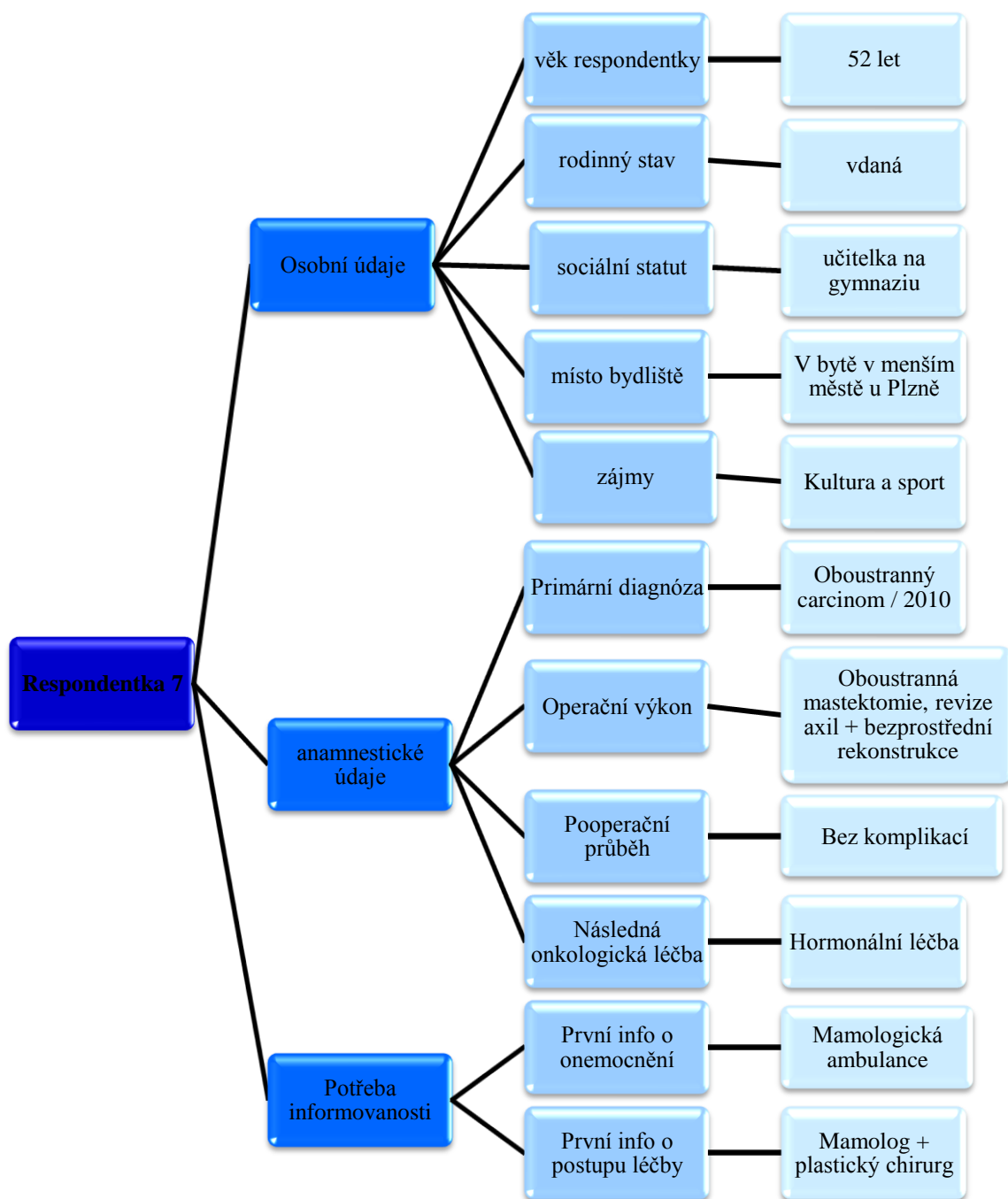


Schéma 7 - pokračování Respondentka 7

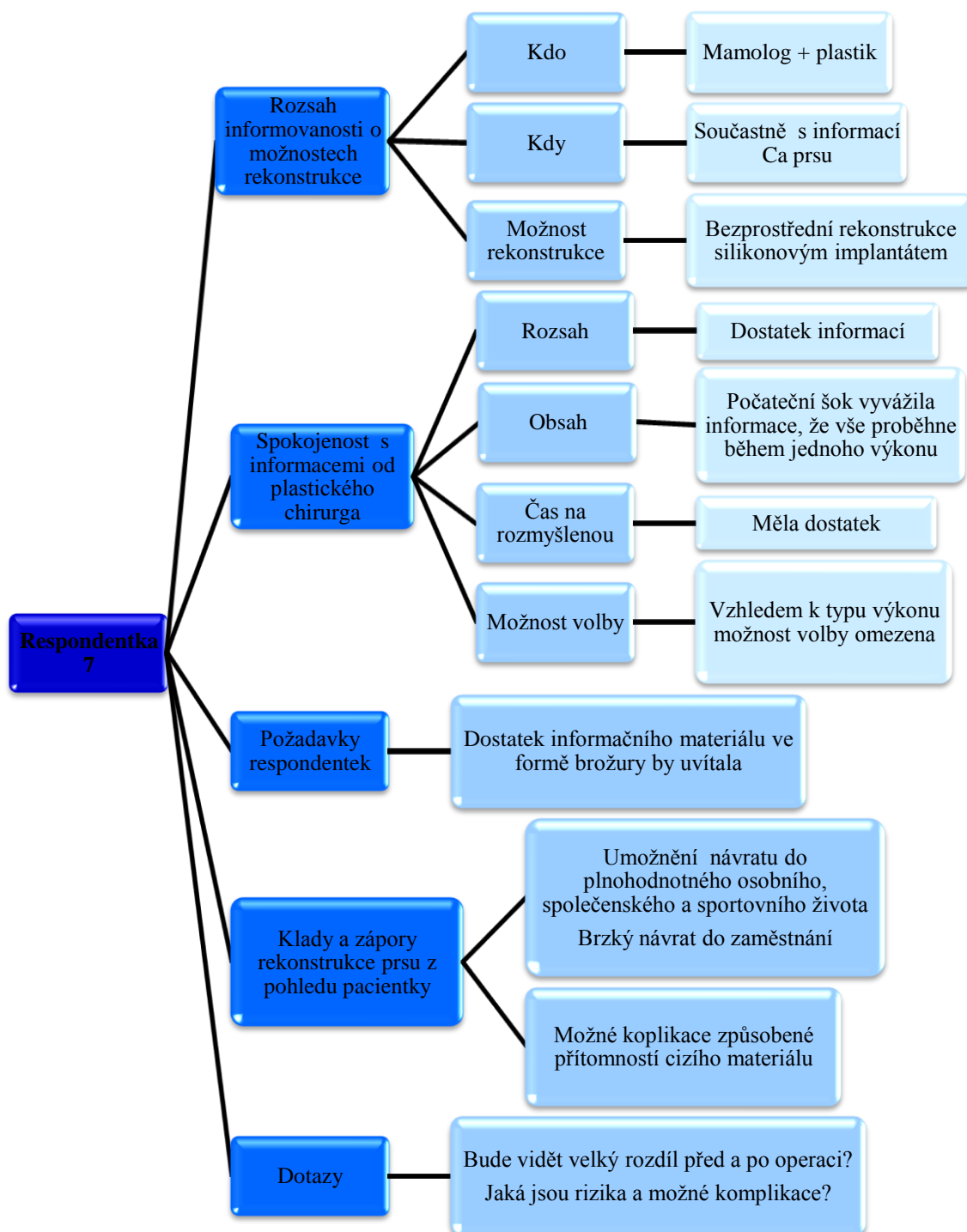


Schéma 8 Respondentka 8

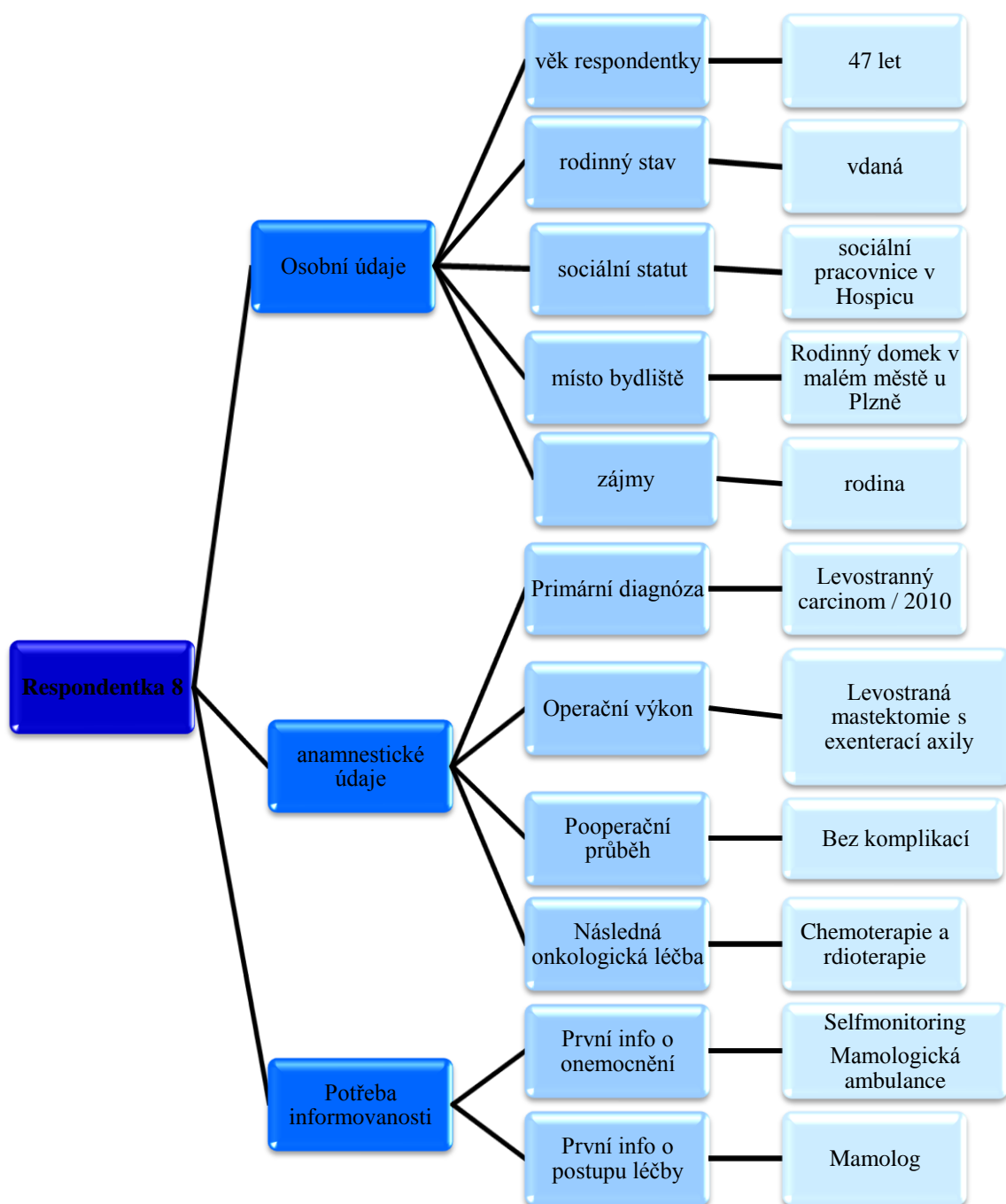


Schéma 8 - pokračování Respondentka 8

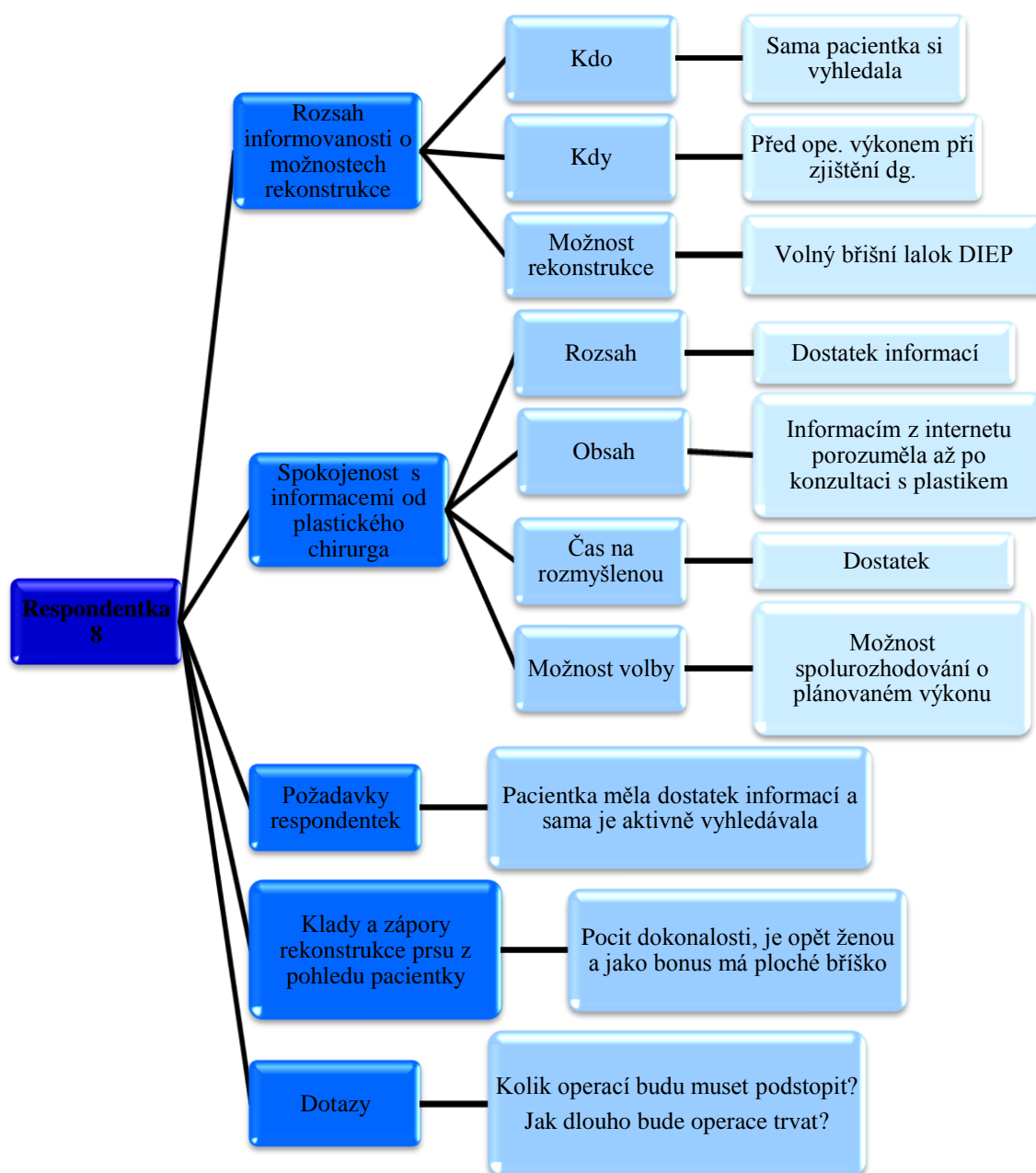


Schéma 9 Respondentka 9

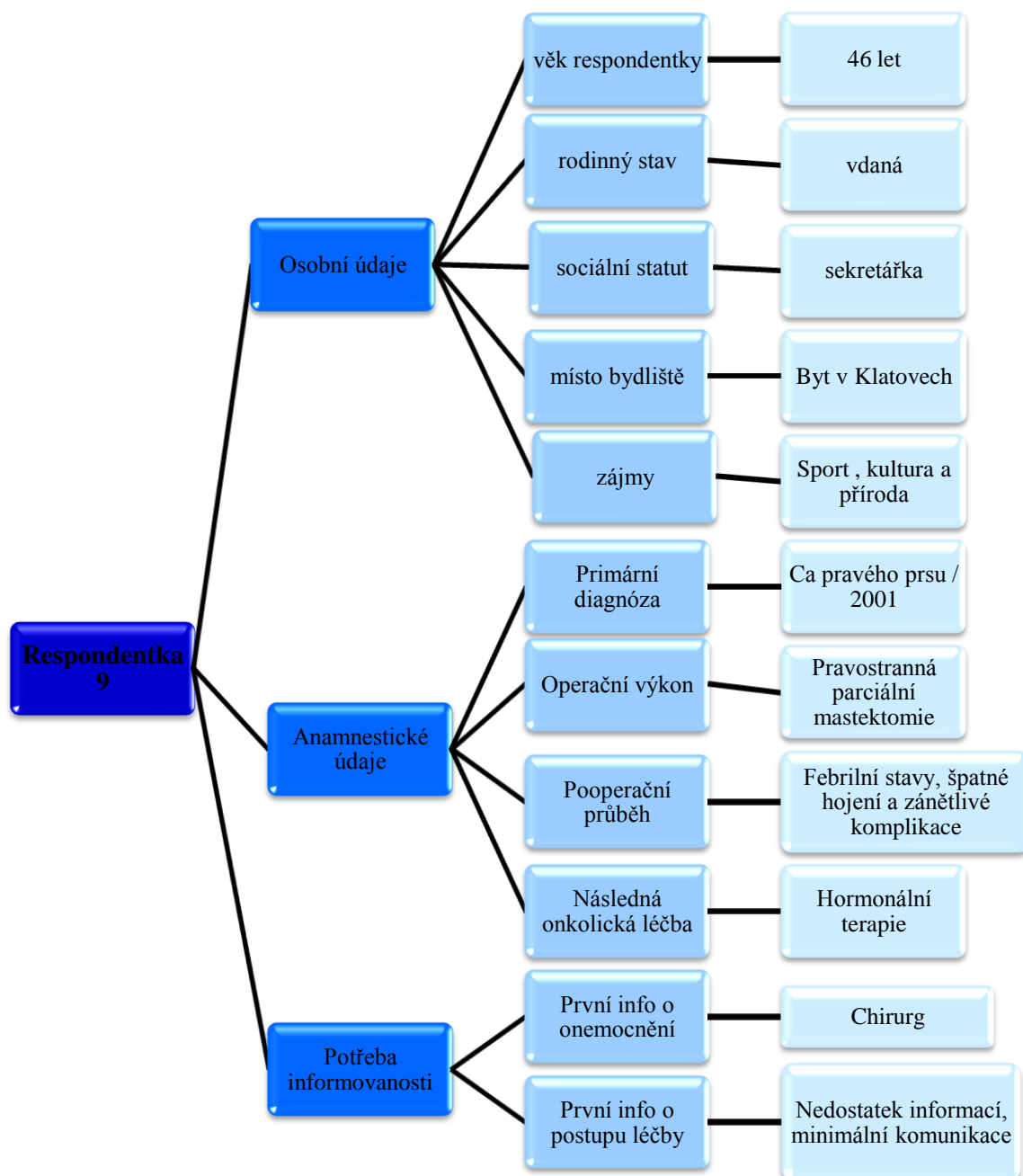
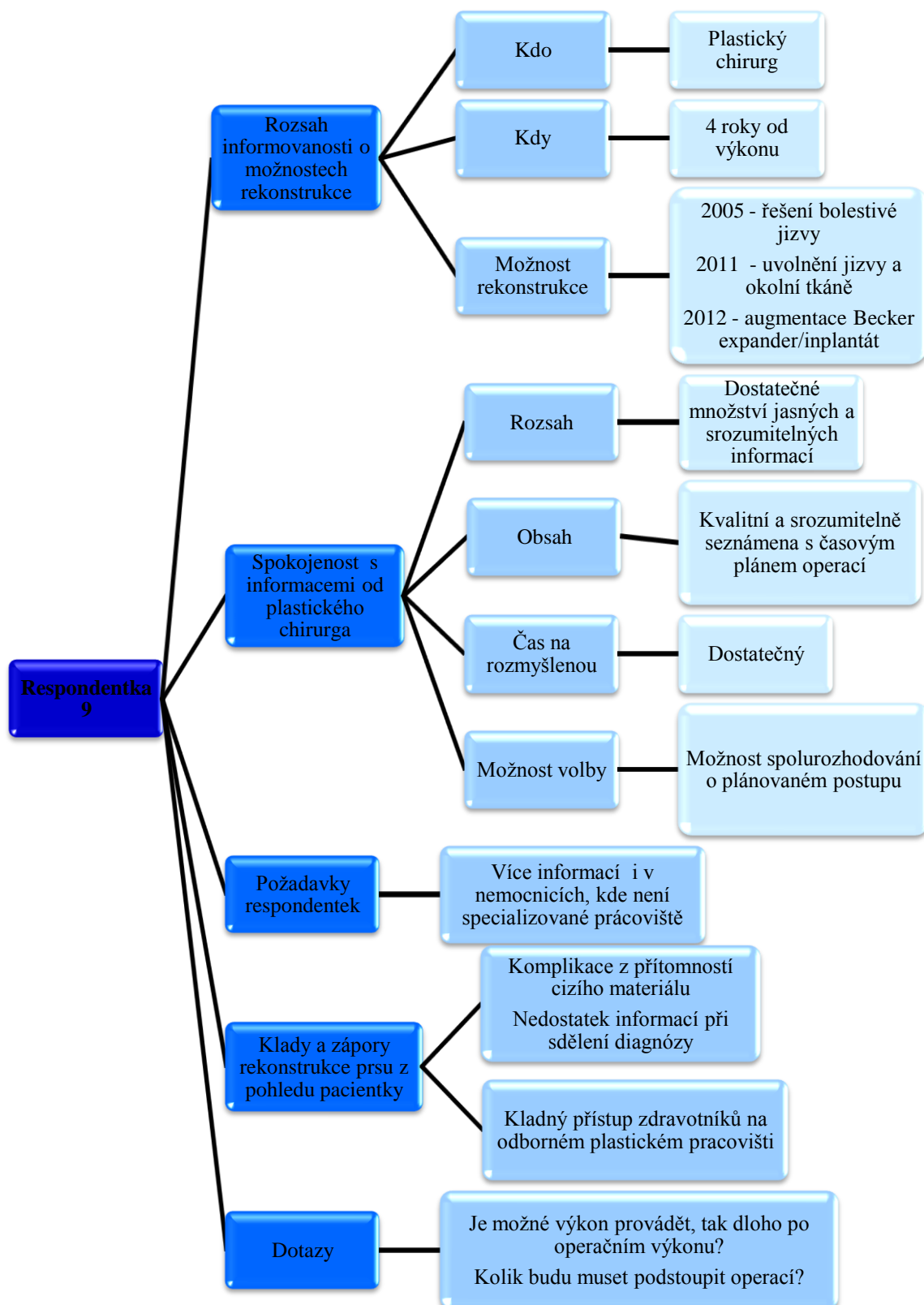


Schéma 9 – pokračování Respondentka 9



## Schéma 10 Respondentka 10

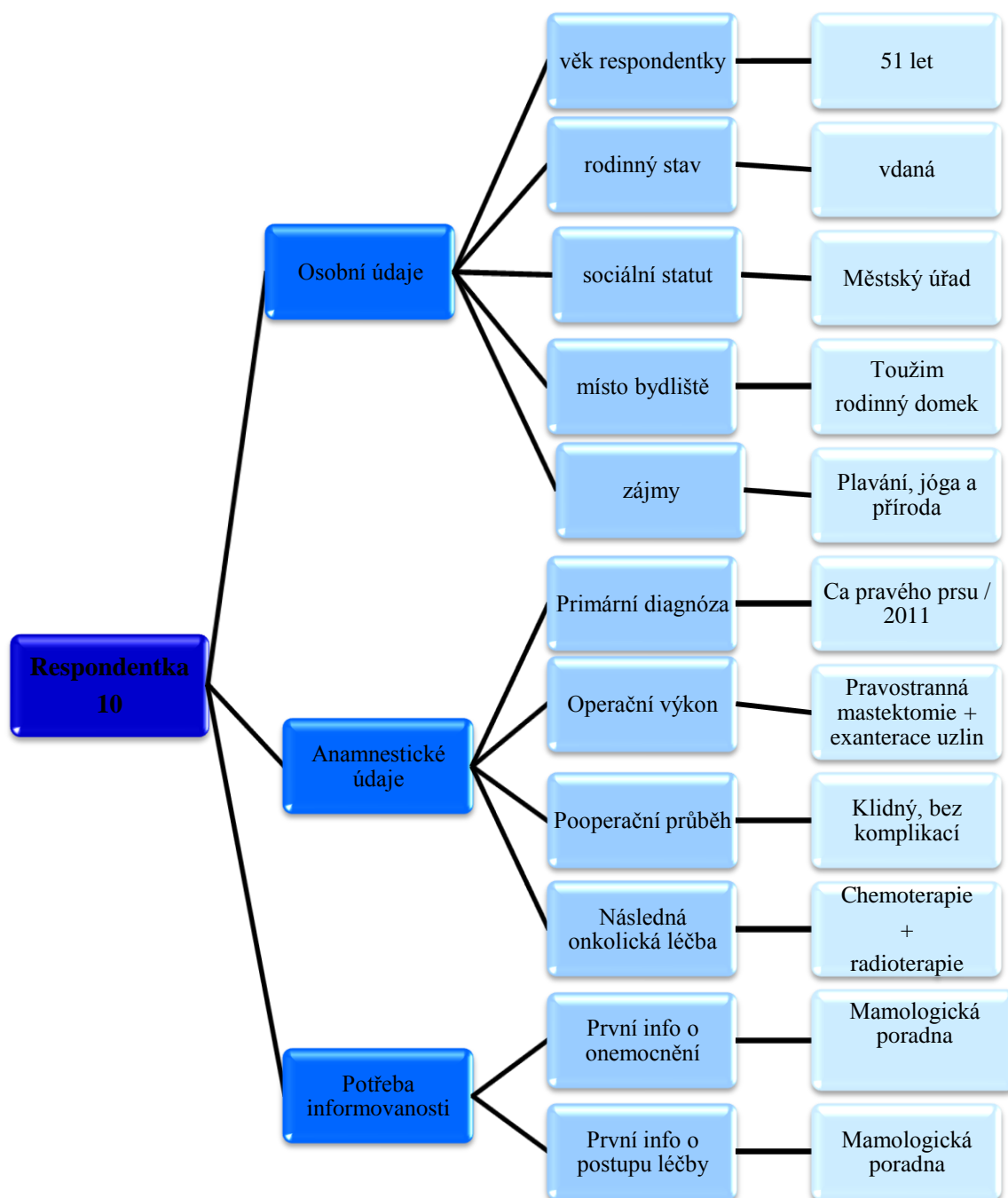


Schéma 10 – pokračování Respondentka 10

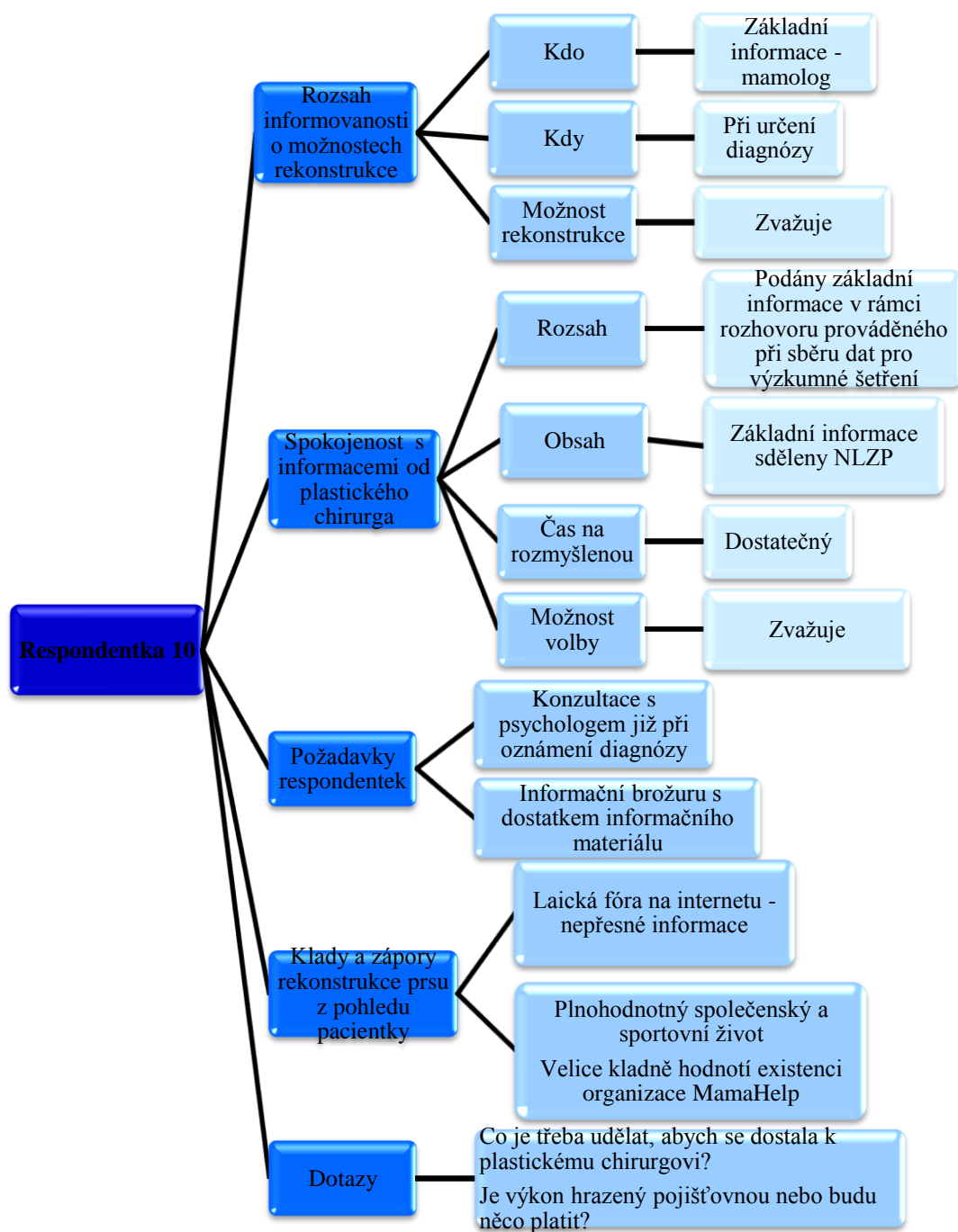




Schéma 11 Respondentka 11

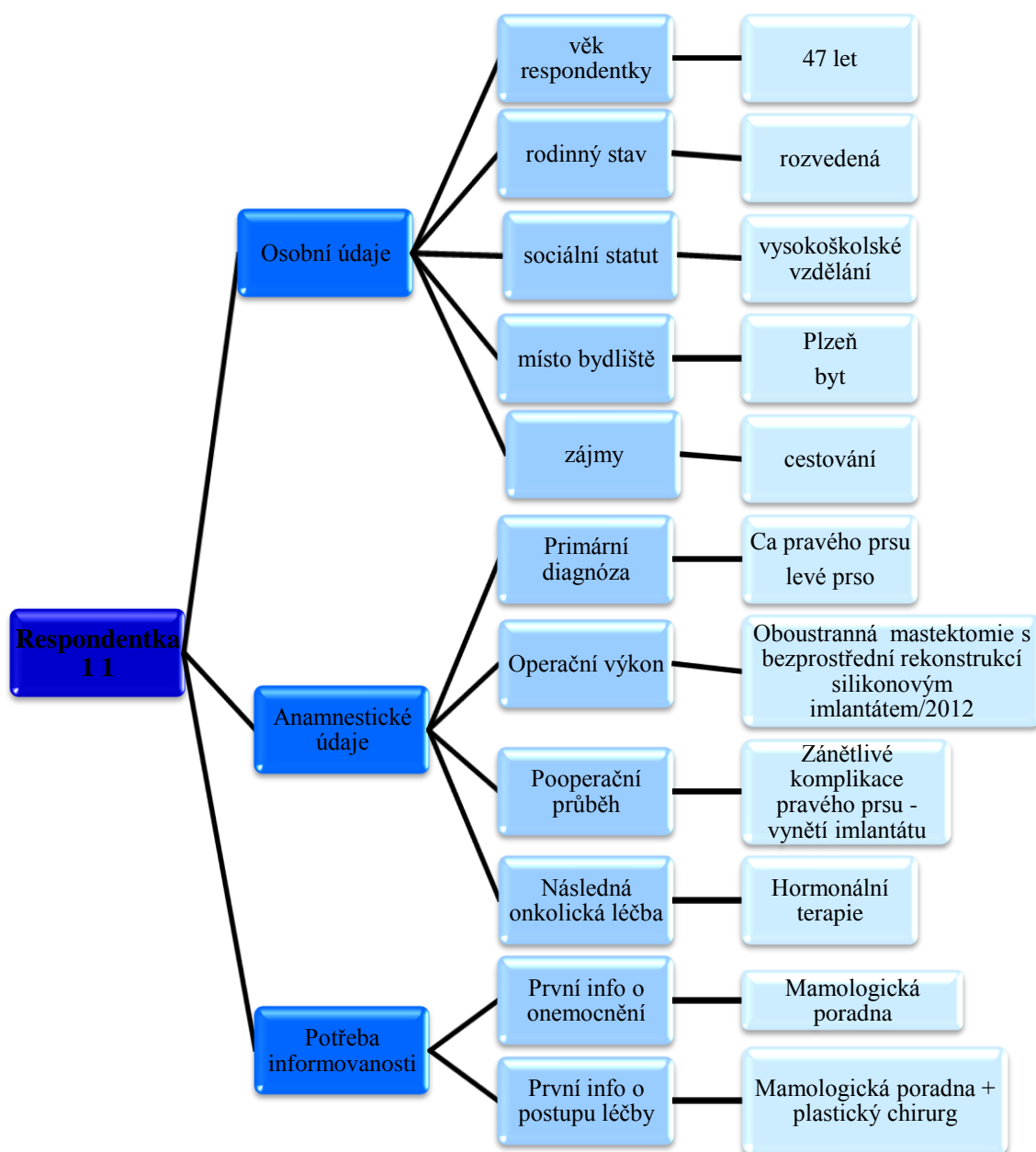


Schéma 11 – pokračování Respondentka 11

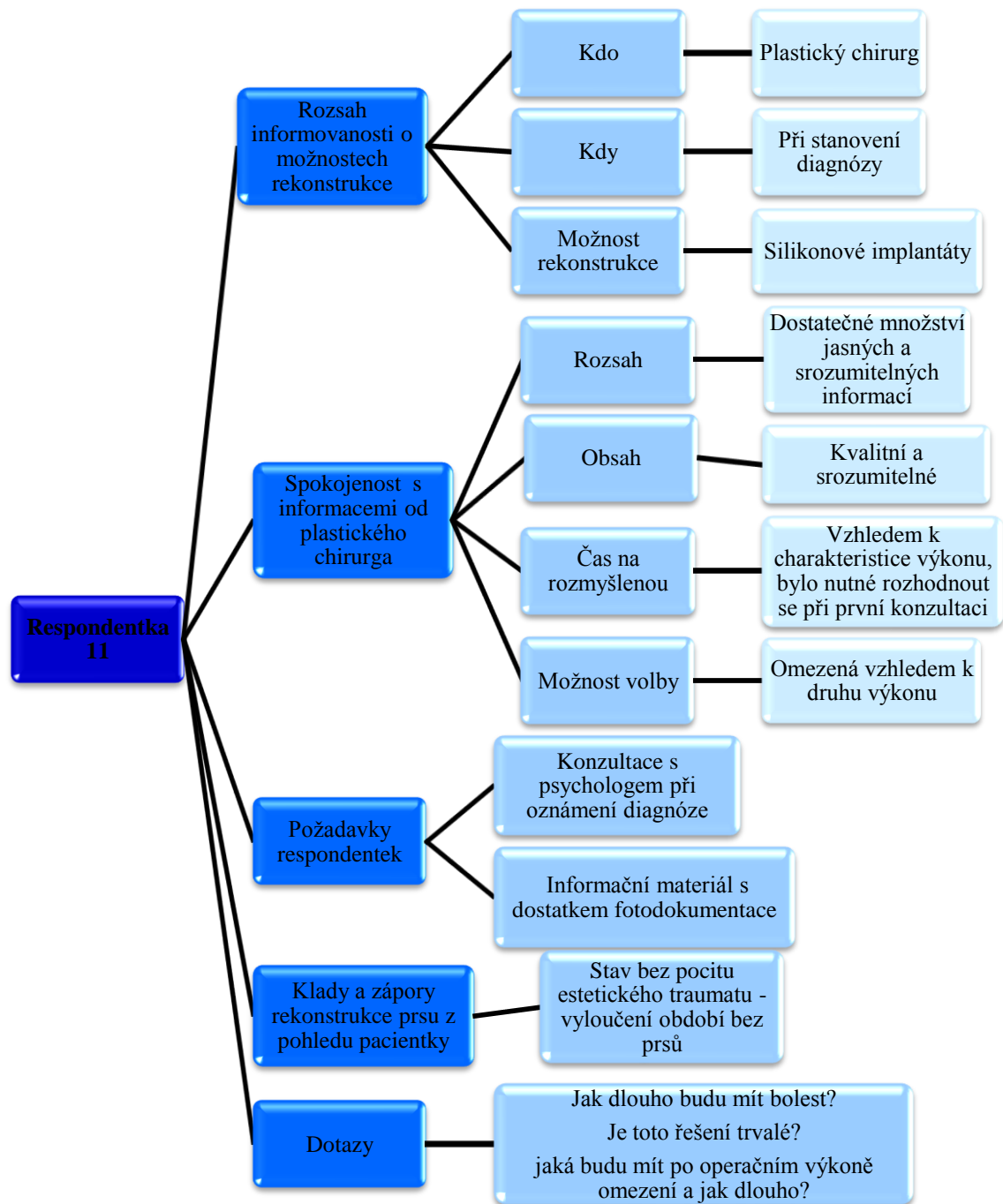


Schéma 12 Respondentka 12

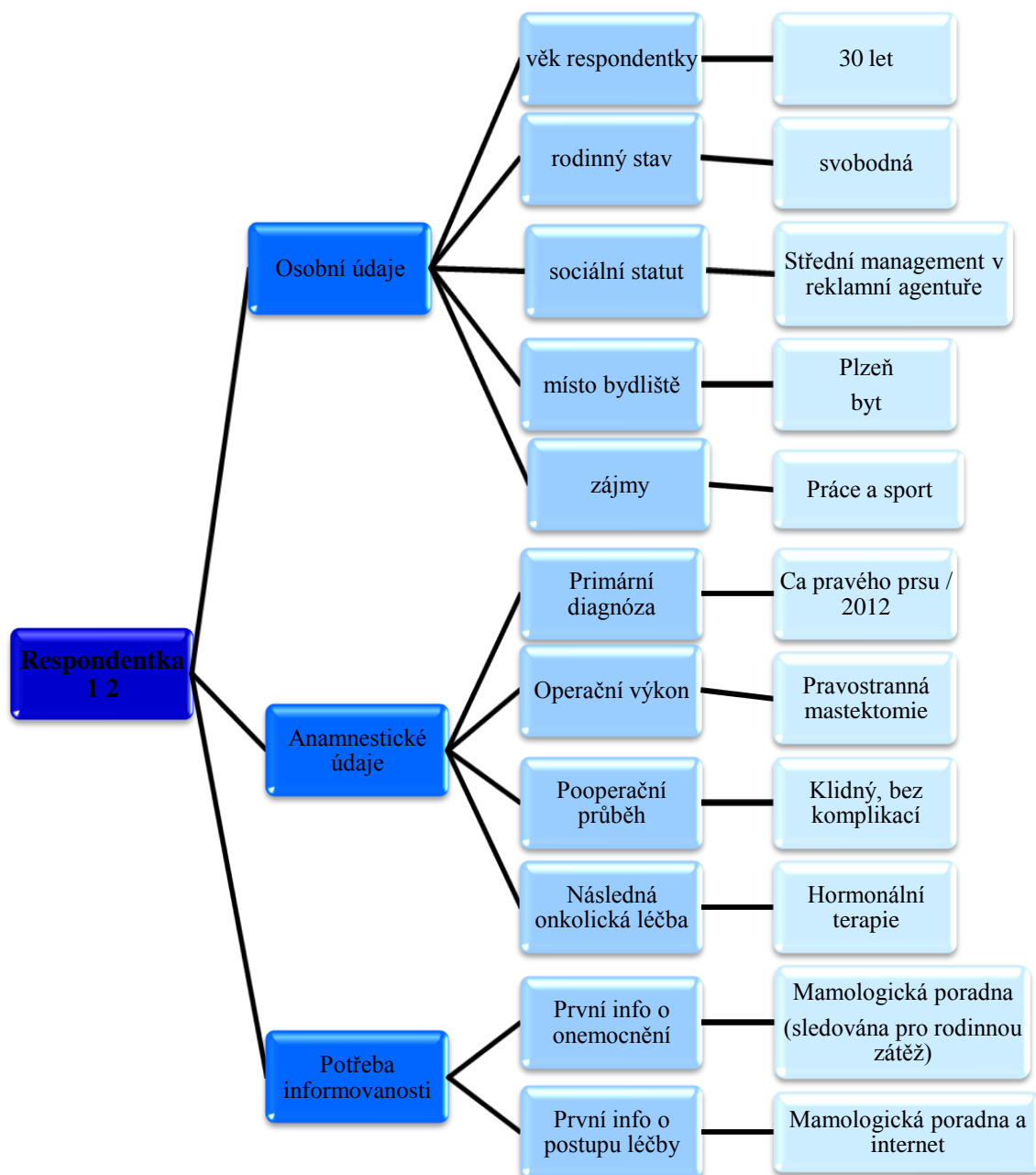
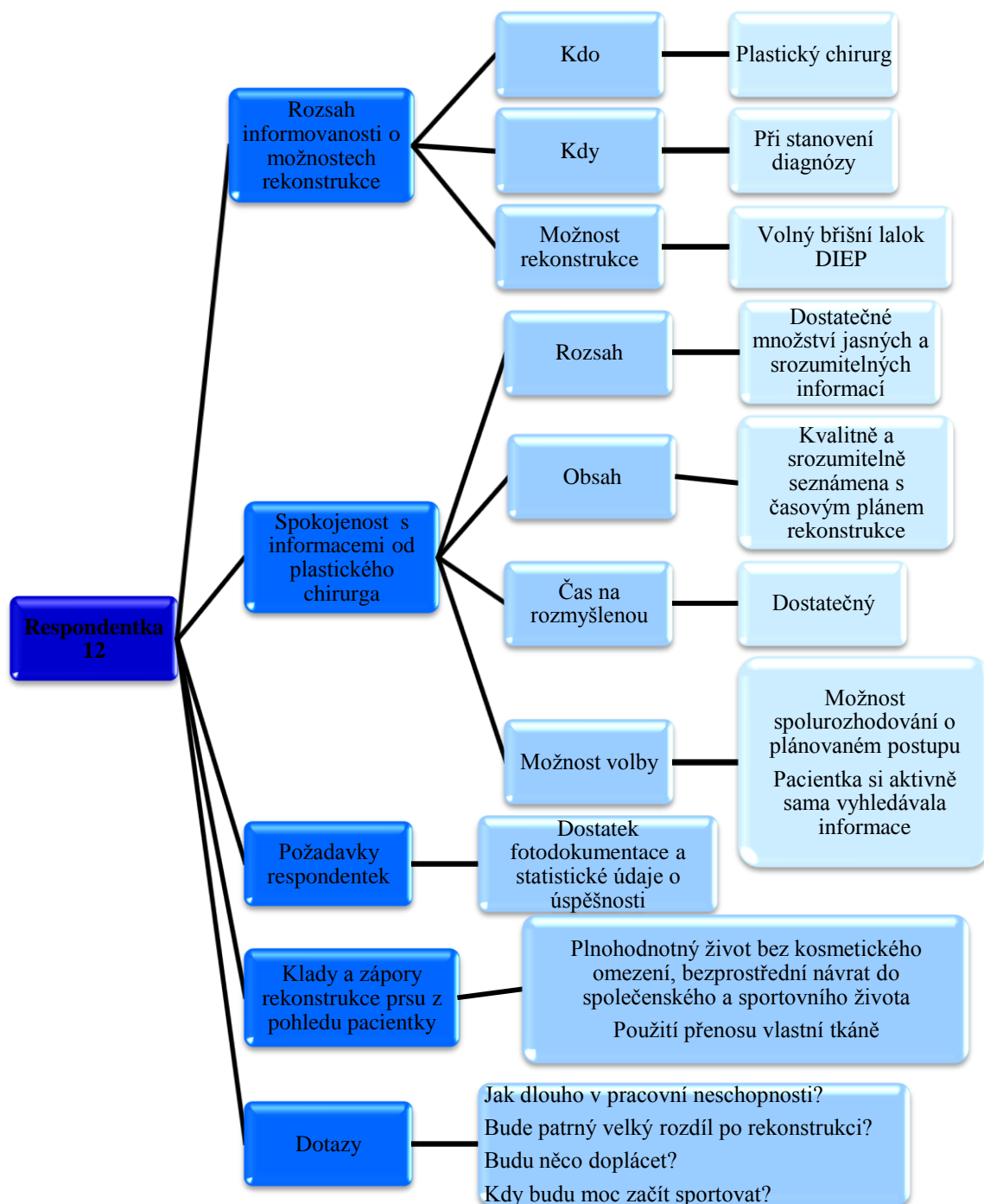
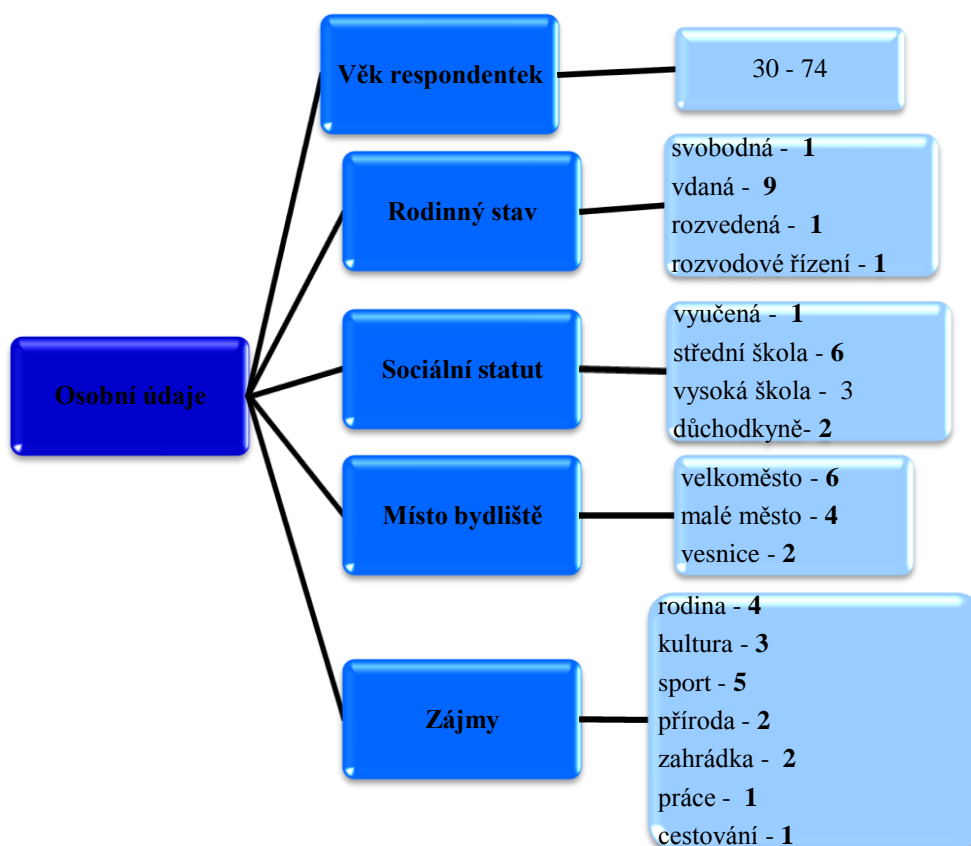


Schéma 12 – pokračování Respondentka 12



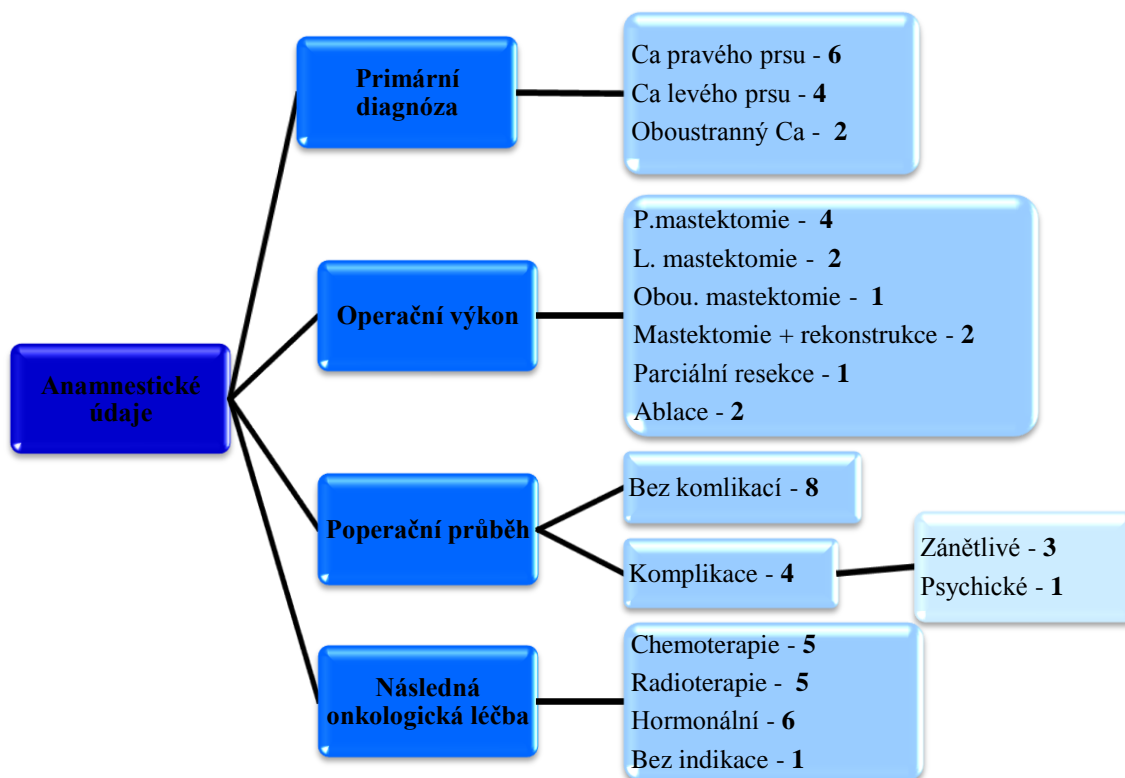
### 4.3 Souhrn výsledků

Schéma 13 Osobní údaje respondentek



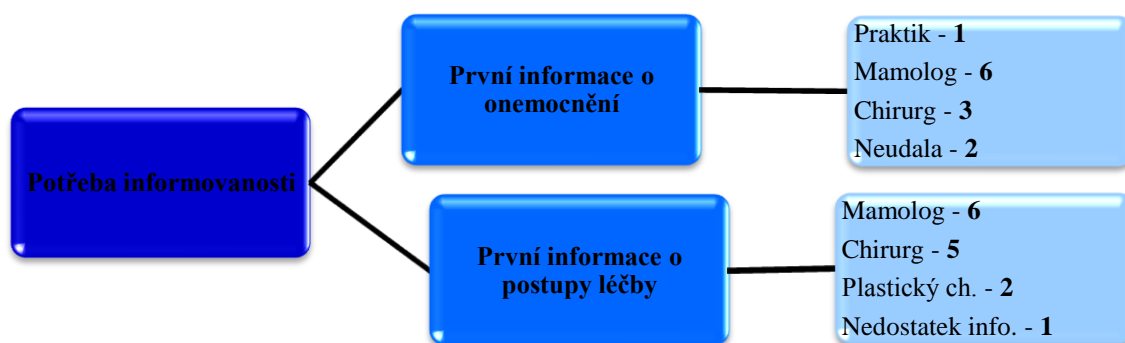
Respondentky se pohybovaly ve velice širokém věkovém rozpětí, nejmladší bylo 30 let a nejstarší 74 let. Z celkového počtu 12 respondentek bylo 10 vdaných, 1 svobodná a 1 rozvedená. 2 respondentky byly ve starobním důchodu, 1 měla nižší vzdělání, 3 měly středoškolské vzdělání, 6 mělo vysokoškolské vzdělání. 6 respondentek bydlelo ve velkém městě, 4 respondentky bydlely v menším městě a 2 respondentky bydlely na vesnici. Mezi rozmanitými zájmy a zálibami se nejčastěji objevovaly kultura 3 krát, sport 5 krát, rodina 4 krát, příroda 2 krát, zahrádka 2 krát, cestování 1 krát, práce 1 krát.

## Schéma 14 Anamnestické údaje



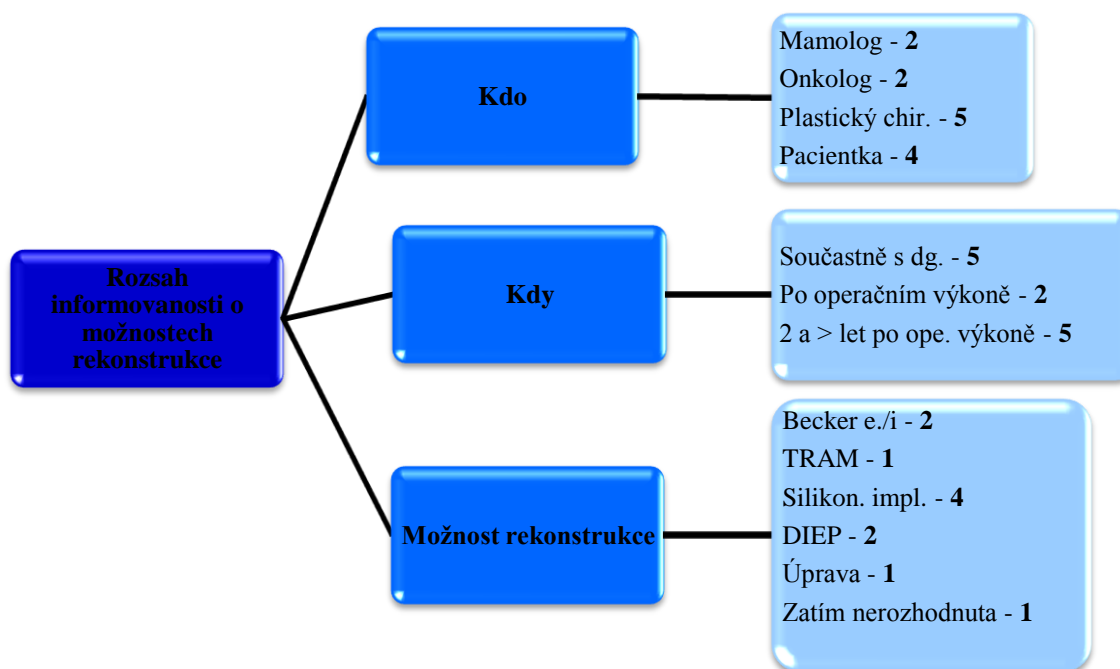
Z celkového počtu 12 respondentek byla primární diagnóza 6 krát karcinom pravého prsu, 4 krát karcinom levého prsu, 2 krát v obou prsech. Operační výkon byl 4 krát pravostranné mastektomie, 2 krát levostranné mastektomie, 1 krát oboustranná mastektomie, 2 krát oboustranná mastektomie plus bezprostřední rekonstrukce silikonovým implantátem, 1 krát parciální resekce, 2 krát ablace prsu. Poperační průběh probíhal 8 krát bez komplikací, 4 krát s komplikacemi, z toho 3 krát zánětlivé komplikace, 1 krát psychická komplikace. Následná onkologická léčba byla 5 krát chemoterapie, 5 krát radioterapie, 6 krát hormonální léčba, 1 krát bez indikace.

### Schéma 15 Potřeba informovanosti



Z celkového počtu 12 respondentek první informaci o onemocnění získalo 6 respondentek od mamologa, 3 respondentky od chirurga, 1 respondentka od praktika, 2 respondentky neudaly. První informace o léčbě získalo 6 respondentek od mamologa, 5 respondentek od chirurga, 2 respondentky od plastického chirurga, 1 respondentka měla nedostatek informací.

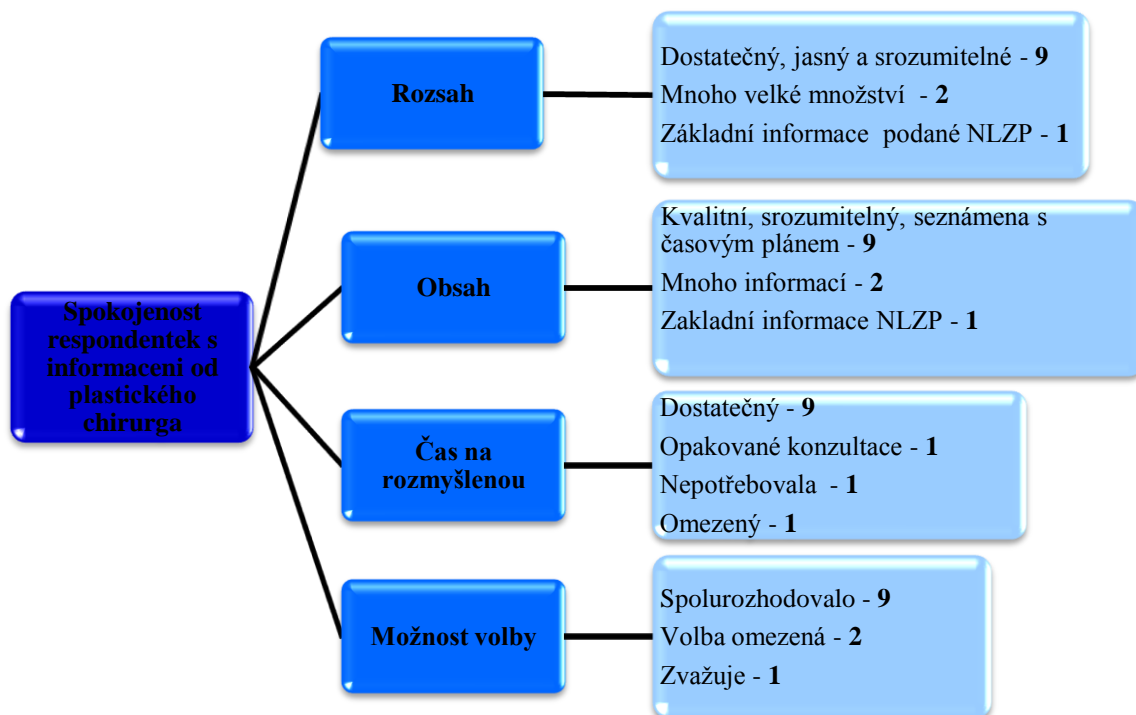
**Schéma 16 Rozsah informovanosti o možnostech rekonstrukce**



Informace o možnostech rekonstrukce prsu dostalo 5 respondentek od plastického chirurga, 2 respondentky od mamologa, 2 respondentky od onkologa, 4 respondentky si informace opatřily samy. Současně se základní diagnózou dostalo informace o možnosti rekonstrukce prsu 5 respondentek, do dvou let od základního operačního výkonu 2 respondentky, dva a více let od základního operačního výkonu 5 respondentek. Z možných technik rekonstrukce podstoupily 4 respondentky použití silikonového implantátu, 2 respondentky Becker expandér/implantát, 2 respondentky DIEP, 1 respondentka TRAM, 1 respondentka pouze úpravu a 1 respondentka se zatím nerozhodla.

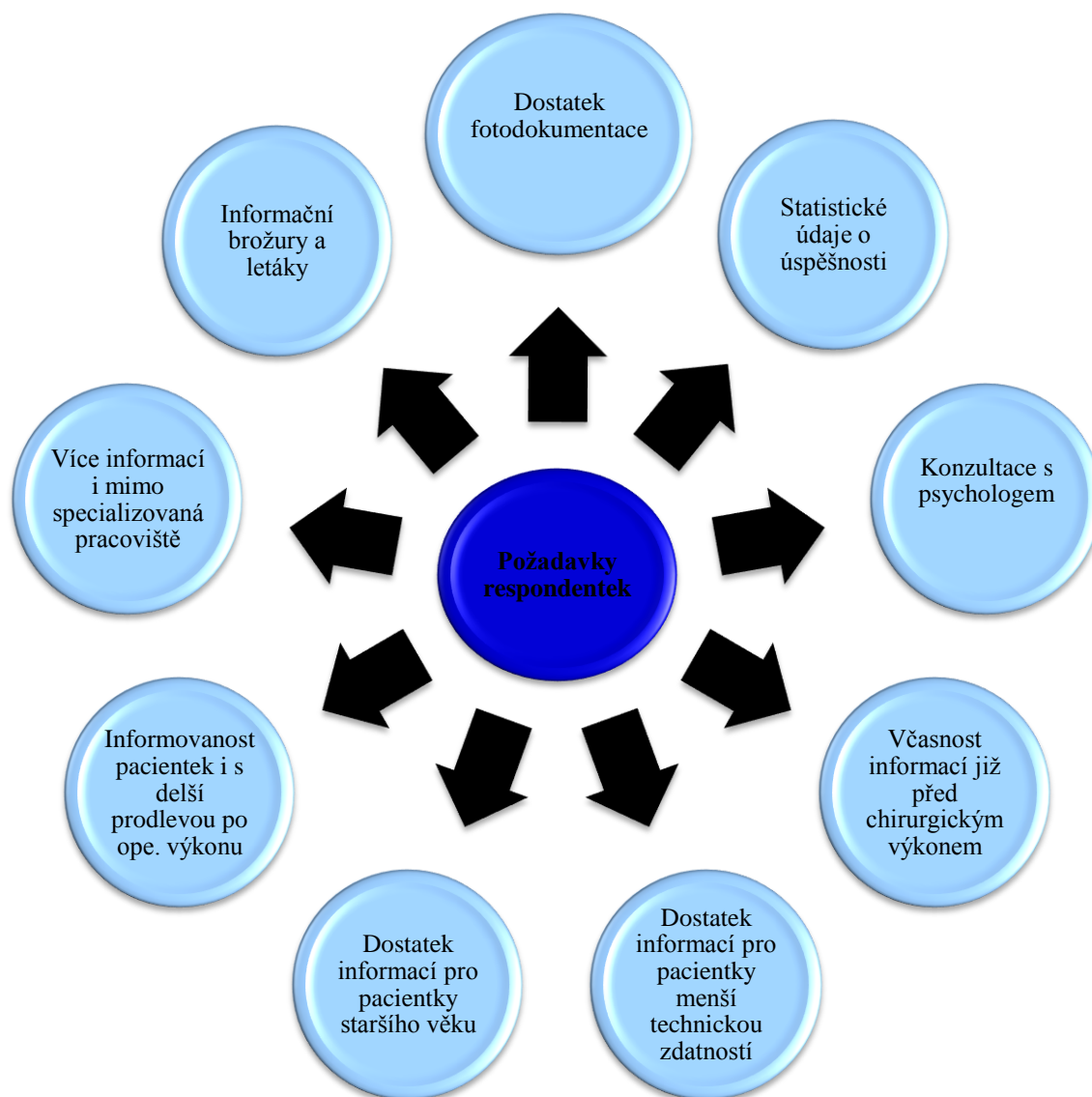


## Schéma 17 Spokojenost respondentek s informacemi od plastického chirurga



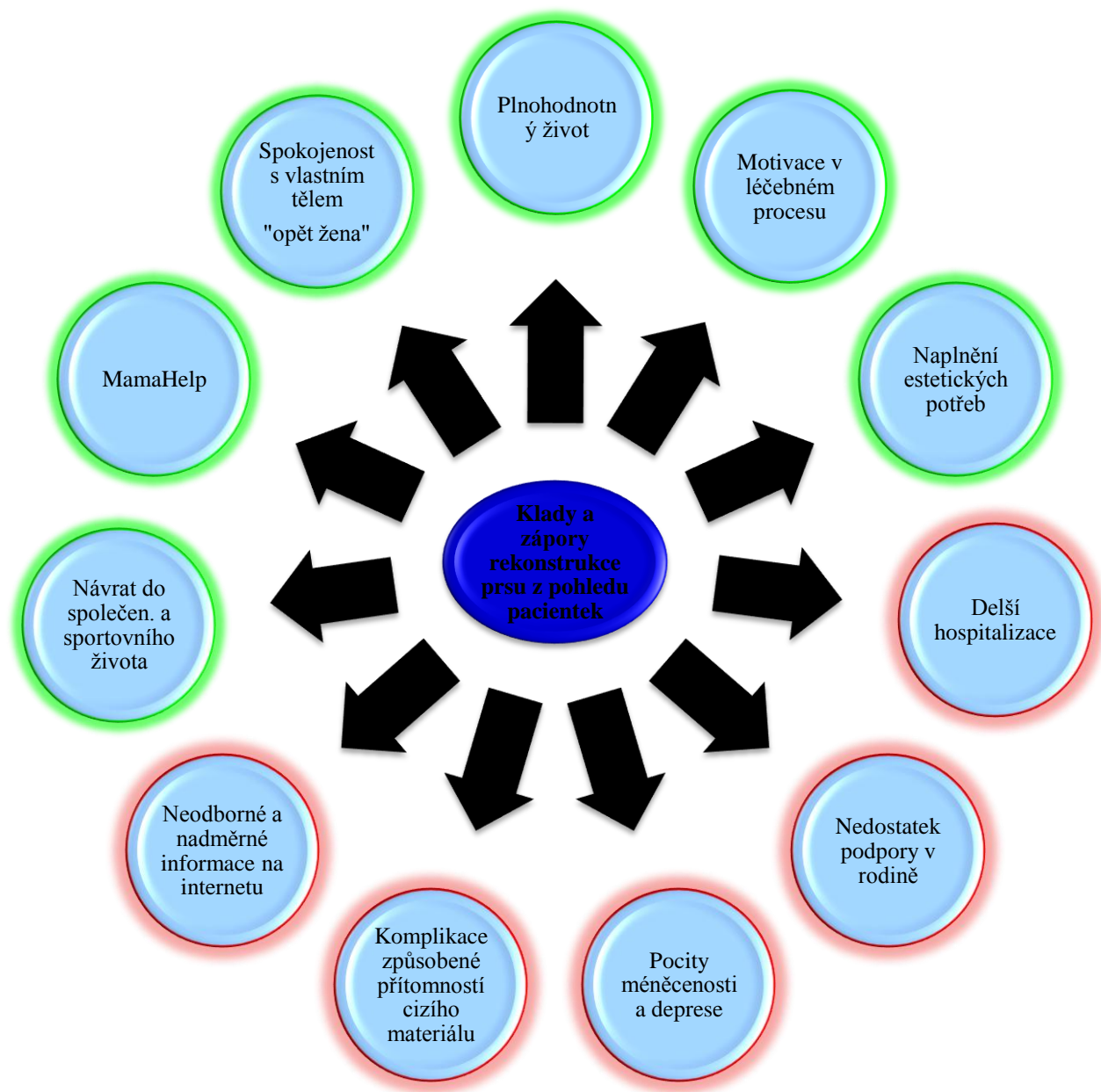
Z celkového počtu 12 respondentek získalo do rozsahu 9 respondentek informace dostatečné, jasné a srozumitelné, 2 respondentky měly pocit velkého množství, 1 respondentka měla informace od NLZP. S obsahem bylo kvalitně srozuměno a s časovým harmonogramem seznámeno 9 respondentek, 2 respondentky měly mnoho informací, 1 respondentka pouze od NLZP. Dostatečný čas na rozmyšlenou uvádí 9 respondentek, 1 respondentka požadovala další konzultaci, 1 respondentka nepotřebovala žádný čas na rozmyšlenou, 1 respondentka měla omezený čas. 9 respondentek mělo možnost spolurozhodovat o možnosti rekonstrukce, 2 respondentky měly omezenou možnost volby, 1 respondentka zvažuje.

## Schéma 18 Požadavky respondentek



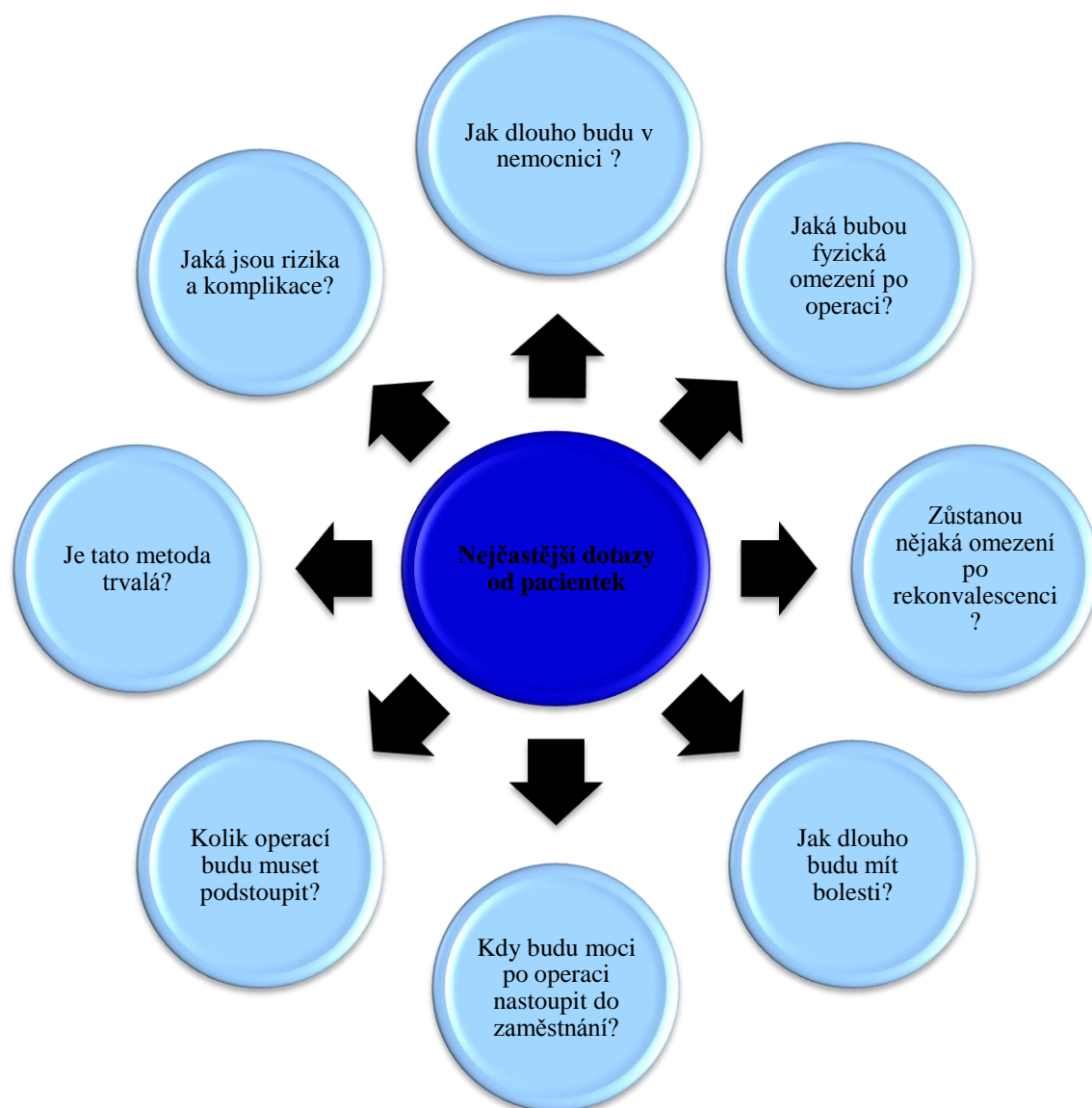
Na závěr rozhovoru byla respondentkám dána možnost vyjádřit své požadavky a návrhy na zlepšení problematiky informovanosti v oblasti plastické rekonstrukční operace prsu.

## Schéma 19 Klady a zápory rekonstrukce prsu z pohledu pacientek



Toto schéma znázorňuje další oblast, ke které se respondentky mohly vyjádřit a vyslovit své kladné a záporné pocity, zkušenosti a očekávání spojené se zátěží během rekonstrukčního operačního výkonu.

## Schéma 20 Nejčastější dotazy od pacientek



Poslední schéma znázorňuje nejčastější dotazy respondentek v souvislosti s plastickou rekonstrukcí prsu.

#### 4 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývala problematikou možností pacientek s nádorovým onemocněním prsu v souvislosti s plastickou rekonstrukční operací. Výzkumné šetření bylo realizováno na pacientkách plastické chirurgie Fakultní nemocnice Plzeň a současně na klientkách centra Mama Help. Zabývali jsme se otázkou kdy, kým a jak jsou pacientky informovány o možnostech rekonstrukce prsu, současně jsme se zajímali, zda mají pacientky zájem spolurozhodovat o metodě rekonstrukce a zda mají možnost spolurozhodovat. Zajímalo nás, zda úroveň informovanosti pacientek má vliv na jejich aktivní zapojení se do léčby a na uspokojení jejich potřeb jistoty a bezpečí.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Pro zjištění námi daných cílů jsme v empirické části použili kvalitativní šetření. K získání dat byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Výzkumný soubor kvalitativního šetření tvořilo celkem 16 respondentek, 13 respondentek (81,25%) bylo zastoupeno pacientkami plastické chirurgie Plzeň, 11 respondentek (68,75%) s rozhovorem souhlasilo, 1 respondentka (12,50%) rozhovor odmítla. 3 respondentky (18,75%) tvořily klientky centra Mama Help, 1 respondentka (6,25%) s rozhovorem souhlasila, 2 respondentky (12,50%) rozhovor odmítly (tabulka 1).

V rozhovoru jsme se zabývali tím, mají-li pacientky dostatek informací o svém onemocnění, dostatek informací o harmonogramu léčby a o možnostech rekonstrukce mutilovaného prsu. Další hlavní otázkou bylo, zda mají pacientky možnost spolurozhodovat při výběru metody rekonstrukce prsu a zda mají aktivní zájem spolurozhodovat. Výsledky výzkumného šetření plně vycházejí z provedených rozhovorů. Údaje, které jsme získali od respondentek, byly přepsány a následně pro lepší přehled zpracovány do schémat pro každou, jednotlivou respondentku (Příloha 2). S každou respondentkou byly provedeny dva až tři rozhovory v průběhu šetření.

První část otázek byla zaměřena na osobní údaje (chéma 13). Ukázalo se, že věkové rozpětí respondentek bylo velmi široké. Nejmladší respondenka měla třicet let, nejstarší respondentkou byla sedmdesátčtyřletá pacientka. 10 respondentek bylo vdaných a žilo ve společné domácnosti s manželem a rodinou, jedna respondentka byla ještě svobodná a jedna respondentka rozvedená. Ve většině rozhovorů uváděly respondentky manžela jako svoji velkou oporu při zvládnání onemocnění a s ním spojenou náročnou léčbou. 2 respondentky uvedly jako svoji nejbližší osobu svou přítelkyni, která jim pomáhala vyrovnat se s onemocněním a následnou léčbou. Každý z nás se během svého života dostává do těžkých životních situací, které znamenají zátěž a je nutné se s nimi dostatečně rychle vyrovnat, pokud se tak nestane, dostaví se úzkost, strach a ohrožujeme tím naši duševní rovnováhu uvádí Zacharová (2007). Respondentka 3 uvedla, že od svého manžela nemá podporu a pomoc v tomto těžkém životním období a již od počátečního stanovení diagnózy má psychické problémy, které musí řešit za pomoci odborníků a farmak. Po celou dobu léčby ji chyběl blízký člověk. Respondentka 10 uvádí, že velkou pomoc, pochopení a oporu získala při návštěvě odborného centra Mama Help, kde velmi ocenila osobní zkušenost ostatních klientek a možnost otevřeného rozhovoru bez pocitu studu. Jobánková (2004,1996) říká, že právě stud pacientů zdravotníkům často uniká a může vytvořit bariéru mezi pacientem a zdravotníkem. Vzdělání a sociální status byl u respondentek také v širokém rozpětí od vyučení až po vysokoškolské vzdělání. 2 respondentky byly již ve starobním důchodu, 10 respondentek bylo aktivně pracujících. Všechny respondentky se shodly na potřebě vrátit se do plnohodnotného aktivního života, ať pracovního, společenského, sportovního či osobního. Tato potřeba nebyla nijak omezena ani věkem nebo pracovním postavením respondentek. Bydliště pacientek bylo také rozděleno od velkých měst, přes menší města a dvě respondentky bydlely na vesnici. Posledním údajem v této skupině otázek byly zájmy a koníčky respondentek, i tyto odpovědi byly velmi rozmanité od rodiny, sportu, kultury, přírody, až k zahrádkám a práci. Pro všechny respondentky bylo důležité, aby se mohly vrátit ke všem svým aktivitám bez omezení. Bártlová (2005) shodně tvrdí, že dnešní moderní medicína umožňuje i ženám po takto závažných onemocněních plnohodnotný návrat do společnosti, rodiny, zaměstnání.

Druhou oblast otázek tvořily otázky zaměřené na anamnestické údaje o původním onkologickém onemocnění respondentek, na druh operačního výkonu, pooperační období a následnou onkologickou léčbu (Schéma 14). Všechny respondentky měly v anamnéze karcinom prsu, rozdílnost byla pouze v postižené straně, u 2 respondentek se jednalo o oboustranné postižení. U 10 respondentek byl proveden pouze chirurgický výkon, 2 respondentky byly vhodnými pacientkami k bezprostřední rekonstrukci prsu a současně s mastektomií u nich byl implantován silikonový implantát. Pooperační průběh byl u 8 respondentek bez komplikací, 4 respondentky měly pooperační období s komplikací, z toho 1 respondentka měla komplikace psychického rázu. Respondentka 3 uvádí, že se jen velmi těžko vyrovnávala s touto životní zkušeností a měla velký strach o navrácení se do společenského, pracovního a osobního života. Následnou onkologickou léčbu v určité podobě podstoupily všechny respondentky.

Třetí série otázek již byla zaměřena na zjištění prvního cíle: **Zjistit úroveň informovanosti pacientek o možnostech rekonstrukce prsu.** (Schéma 15). Důležité je, aby si i sestra uvědomovala, že nejen lékař, ale i ona je ten, kdo díky správnosti a včasnosti informací pacientům může snížit riziko možných komplikací onemocnění, uvádí Staňková (1996). Shodně 6 respondentek uvedlo, že měly první informace od mamologa, 3 respondentky informoval chirurg, 1 respondentka získala první informace od svého praktického lékaře, 2 respondentky neudaly, kdo jim poskytl první informace spojené s onemocněním. Druhá naše otázka mířila na informace spojené s postupem a průběhem léčby. 11 respondentek shodně uvádí, že měly informace o postupu léčby a o předpokládaném průběhu, ale pouze 2 respondentky již v této fázi dostaly informace k možné rekonstrukci prsu. 1 respondentka uvádí kompletní nedostatek informací. Respondentka 9 uvádí, nikdo mi nepodal dostatečné informace, nevěděla jsem, co a proč se bude provádět. Její celkový stav umocňoval pocit nejistoty a neznalosti dalších informací. Křivohlavý (2002) říká, že při negativních pocitech mohou pacienti dávat najevo nedůvěru ke zdravotnickému personálu, mohou být nespokojeni, nespolupracovat a to vše může zhoršit jejich prožívání nemoci a prodloužit rekonvalescenci.

Další otázky byly zaměřeny na zjištění druhého a třetího cíle: **Zjistit zda má pacientka zájem o spolurozhodování o metodě rekonstrukce prsu.** A současně zda: **Má pacientka možnost spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu.** (Schéma 16, 17). Dle Kořenka (2004) je nejlepší vztah zdravotníka a pacienta pro úspěšnou léčbu a příznivý vývoj nemoci ten, který stimuluje nemocného k spolurozhodování a spoluzodpovědnosti za výsledek terapie. Z našeho šetření vyplívá, že informace o možnostech rekonstrukce, měly všechny respondentky. 4 respondentky si informace od zdravotníků doplnily vlastním hledáním na internetu a konzultace převážně využily k ujasnění a vysvětlení některých pojmů a postupů. 5 respondentek využilo možnost získat informace v ambulanci plastického chirurga, kde jim byla poskytnuta možnost i opakovaných konzultací. 4 respondentky získaly informace od mamologa nebo onkologa. Větší rozdíl jsme však zaznamenali v časovém rozpětí od původního onemocnění. Trochu překvapením bylo, že největší počet, 5 respondentek, dostalo informace o možné rekonstrukci chybějícího prsu dva a více let od diagnostikování karcinomu prsu. Respondentka 1 uvádí první informace až po pěti letech od prvního operačního výkonu, respondentka 2 vidí časovou prodlevu v různých přístupech, trvale žije v USA. Respondentka 5 neměla žádné informace od zdravotníků, první informace ji zajistila přítelkyně. Přesto se domnívám, že i toto zjištění nasvědčuje tomu, že pacientky mají zájem o informace a možnosti rekonstrukce. 5 respondentek získalo informace o rekonstrukci současně s diagnózou karcinomu prsu a shodují se na pozitivním vlivu těchto informací. Dostatek informací byl pro respondentku 2 velkou motivací k další léčbě. 2 respondentky získaly informace po chirurgickém operačním výkonu. Z šetření vyplývá, že možnosti rekonstrukce byly velmi široké a především individuální u každé pacientky. 3 respondentky podstoupily přenos volného břišního laloku, 4 respondentky využití silikonového mamárního implantátu, 2 respondentky využily metodu za použití Becker expandér/implantátu a podstoupí rekonstrukci ve více fázích, 1 respondentka využila pouze úpravu tukového nadbytku a déle se nerozhodla s ohledem na svůj věk. 1 respondentka se zatím pro rekonstrukci prsu nerozhodla. Domnívám se, že cíl číslo dvě byl zjištěn, pacientky mají zájem o spolurozhodování o metodě rekonstrukce chybějícího prsu.



V další části našeho výzkumu jsme se již věnovali spokojenosti respondentek s informacemi přímo od plastického chirurga, na dostatek času na rozmyšlenou a jejich možnostem výběru metody rekonstrukce. Ze zjištění vyplývá shoda s Měšťákem (2006), že časový interval mezi mastektomií a rekonstrukcí nelze jednoznačně definovat, protože touha po obnově hrudníku je individuální a k této touze je nutné přihlídnout i při plánování termínu rekonstrukce.

Další skupina otázek byla zaměřena na spokojenost s informacemi od plastického chirurga a ostatního zdravotnického personálu plastické chirurgie. V otázkách rozsahu a obsahu se 9 respondentek shodlo na dostatečných, srozumitelných a jasných informacích. Ve shodě se Zacharovou (2007) produktivní komunikace musí dodržovat pravidla jednoduchosti, stručnosti, zřetelnosti, načasovanosti a závažnosti. Respondentka 7 uvádí prvotní šok z informací o oboustranné mastektomii, po konzultaci s lékařem, jasném vysvětlení postupu a metody, seznámení s výhodami a všemi riziky, časovým plánem pocítila úlevu a důvěru ke zdravotníkům. Respondentka 8 byla velmi ráda za kompletní informace již od počátku léčby, znamenaly pro ni velkou motivaci a naději do dlouhého léčebného procesu. Respondentka 10 byla seznámena se základními informacemi v rámci výzkumného rozhovoru s nelékařským zdravotnickým pracovníkem a motivovaly ji k dalšímu zvážení rekonstrukce chybějícího prsu. 2 respondentky měly pocit velkého množství informací, které nebyly schopny pojmout na jednou a byla jim umožněna opakovaná konzultace. Respondentka 2 měla po první konzultaci pocit velkého množství informací, až to pro ni bylo hrůzostrašné. Respondentka 4 uvádí mnoho informací, které vstřebávala postupně a především za pomoci rodiny. Respondentku 3 limitovalo její psychické rozrušení v dostatečném vnímání informací. Zacharová (2007) říká, že zdravotník musí počítat s různými zvláštnostmi nemocných a musí je respektovat. V otázce o dostatku času na rozmyšlenou se 9 respondentek shodlo na dostatečném času na rozmyšlenou. Dostatek času na informování pacienta je důležitým předpokladem efektivně vedené komunikace a přímo souvisí s individuálním přístupem k pacientovi, uvádí Onderková (2007). Respondentka 5 ocenila dostatek času na poradu se svou přítelkyní. Respondentky 2, 4 ocenily čas na poradu s rodinou. 1 respondentka své rozhodnutí učinila okamžitě,

vzhledem k menší náročnosti operačního výkonu. 1 respondentka uvádí omezený čas na rozmyšlenou vzhledem k závažnosti onemocnění.

**Možnost volby metody rekonstrukce a spolurozhodnutí** uvádí 9 respondentek, 2 respondentky měly volbu omezenou vzhledem k původní diagnóze, přesto měly možnost spolurozhodovat, 1 respondentka rekonstrukci zvažuje. Domnívám se, že pacientky **mají zájem** o spolurozhodování ve výběru metody rekonstrukce. A současně **mají možnost** spolurozhodovat. Mám za to, že cíl dva a tři byl tímto zodpovězen.

Šestá kategorie otázek (Schéma 18) zahrnuje návrhy respondentek na zlepšení problematiky informovanosti v oblasti rekonstrukce chybějícího prsu. Nejčastější požadavky směřovaly do oblasti písemných informací a především možnosti shlédnout fotografie před a po operaci pro větší názornost a představivost. Starší pacientky se shodly ve větším využití písemného materiálu před využitím moderní techniky, konkrétně internetu. Respondentky dále vyjádřily přání více informací i mimo specializovaná pracoviště a centra mamologické péče. Dalším nejčastějším požadavkem byla možnost odborné konzultace nebo alespoň doporučení na konzultaci s psychologem, jak pro pacientky, tak rodinné příslušníky.

V závěrečné fázi rozhovoru vyjádřily respondentky ze svého pohledu, svých pocitů a zkušeností klady a zápory rekonstrukce prsu (Schéma 19). Bártlová (2005) říká, že každý člověk jako jedinečná osobnost prožívá nemoc zcela odlišně. Zanedbatelný, ale také není postoj jeho okolí. Nemoc není pouze záležitostí nemocného člověka, ale určitým způsobem ovlivní celou rodinu. V rodině se mění role a vztahy jednotlivých členů, nemoc zasahuje celkový životní styl, hodnoty a měřítko rodiny. Ve shodě s Bártlovou (2005) byli nejčastější odpovědi respondentek návrat do pracovního, společenského, sportovního a především plnohodnotného rodinného života. Spokojenost s vlastním tělem, naplnění estetických potřeb ženy. Ale i motivaci k časově náročné léčbě závažného onemocnění. Mezi zápory byly nejčastěji uváděny pocit méněcennosti a deprese, nedostatek podpory v rodině, delší a častější hospitalizace možné pooperační komplikace.

Na závěr rozhovoru měly respondentky možnost vyjádřit své nejčastější dotazy ohledně rekonstrukce prsu (Schéma 20).

Doufám, že výsledky výzkumného šetření budou přínosem pro nelékařský i lékařský personál a pomohou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a k naplňování potřeb nemocných.

## 5 Závěr

V diplomové práci na téma Možnosti pacientek s nádorovým onemocněním prsu v souvislosti s plastickou rekonstrukční operací, jsme se věnovali úrovni informovanosti pacientek o možnostech rekonstrukce prsu, současně nás zajímalo, zda pacientky mají zájem a možnost spolurozhodovat o možnosti výběru metody rekonstrukce. Se stále narůstajícím počtem žen s karcinomem prsu považujeme toto téma za velmi aktuální. Na začátku této diplomové práce byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit úroveň informovanosti pacientek o možnostech rekonstrukce chybějícího prsu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacientky mají nedostatek informací a převážná většina respondentek získala ucelené informace od mamologa, popřípadě chirurga při řešení základní diagnózy karcinomu prsu. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají pacientky zájem spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu. Z šetření jsme došli k závěru, že ano, mají zájem spolurozhodovat o metodě, ale je pro ně velmi důležité mít dostatek informací a znát názor lékaře. Třetím cílem bylo zjistit, mají – li pacientky možnost spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu. Z výsledků vyplynulo, že pacientky mají možnost spolurozhodovat o výběru metody, ale s ohledem na možnosti, které jsou u každé pacientky individuální. Není možné využití a výběr ze všech metod u každé pacientky, je třeba ke každé respondentce přistupovat individuálně a s kompletní znalostí jejího průběhu onemocnění. Čtvrtý, poslední cíl, měl definovat nejčastější dotazy pacientek spojených s rekonstrukcí prsu. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji se dotazy vztahovaly k délce a počtu hospitalizací a k návratu do společenského, pracovního a osobního života. Všechny stanovené cíle práce byly splněny.

Kvalitativní šetření bylo prováděno pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru s respondentkami. Výzkumný soubor tvořilo 12 respondentek, 11 respondentek byly pacientky oddělení plastické chirurgie Fakultní nemocnice Plzeň, 1 respondentka byla klientkou centra Mama Help v Plzni. Pro naše výzkumné šetření jsme stanovily tři výzkumné otázky: 1. Jaké existují překážky nedostatku informací o rekonstrukci prsu? Z šetření vyplývá, že pacientky mimo velká specializovaná mamologická centra mají

menší přístup k odborným informacím a obecně ze šetření vyplývá absence písemných informací pro pacientky na toto téma. 2. Jaká úroveň informovanosti pacientky rozhoduje o jejím aktivním zájmu při výběru metody rekonstrukce prsu? Výsledky šetření ukázaly, že kompletní informovanost, znalost časového harmonogramu léčby znamená větší aktivní zapojení pacientek do spolupráce a do procesu spolurozhodování. 3. Jaké existují překážky v možnosti spolurozhodovat o metodě rekonstrukce prsu? Rozbor rozhovorů ukazuje, že pokud existuje překážka v možnosti spolurozhodovat o metodě rekonstrukce je to velké množství informací a nedostatečné porozumění těmto informacím. Druhou možnou překážkou je nedostatek času s ohledem na onkologické onemocnění a nutnost časného zákroku.

Výsledky výzkumných rozhovorů byly zpracovány do schémat a vyhodnoceny. Z vyhodnocení výsledků vplynuly následující hypotézy: H1 Kvalitní a úplná informovanost pacientek umožňuje a usnadňuje aktivní spolurozhodování při výběru metody rekonstrukce chybějícího prsu. H2 Možnost návratu do plnohodnotného osobního, společenského a rodinného života naplňuje u pacientek psychické potřeby kvalitního života.

Výsledky výzkumného šetření použila autorka, která pracuje na oddělení plastické chirurgie na pozici vrchní sestry k edukaci nelékařských zdravotnických pracovníků z daného oddělení. Motivací byl častý kontakt s pacientkami s nádorovým onemocněním prsu a jejich potřeba informací o této problematice. Autorka chtěla umožnit pacientkám větší přístup k informacím a možnostem řešení po úspěšném zvládnutí chirurgické a onkologické léčby nádorového onemocnění. Z vlastní dlouholeté zkušenosti autorka vyzorovala, že pacientky očekávají nejen vstřícnost a pochopení od nelékařských zdravotnických pracovníků, ale především dostatek informací a dokonalou komunikaci mezi pacientem a sestrou. Ze svých zkušeností ví, že právě sestra, která je s pacientkou v každodenním těsném kontaktu, je ta, která je pacientkou nejvyhledávanějším partnerem v komunikaci. Umění nelékařských zdravotnických pracovníků naslouchat je pro ně velkou oporou. Přínosem pro sestry po podrobnějším seznámením s danou problematikou byla větší jistota v komunikaci s pacientkou na tak citlivé téma pro ženu. Dovednost komunikace je pro sestry klíčovou

záležitostí. Pokud budou sestry dokonale ovládat umění komunikace, zajistí tím lepší spolupráci s pacientem a tím i jeho spokojenost a zabezpečení jeho potřeb.

Výsledné zjištění z této diplomové práce bylo použito na tvorbu informační brožury o možnostech rekonstrukce chybějícího prsu. Tato brožura je využita nejen na domovském pracovišti autorky, ale může sloužit pro potřeby v odborných mamologických a chirurgických centrech. Výsledky diplomové práce by mohly být přínosné pro nelékařské, ale i lékařské zdravotnické pracovníky, kteří se zabývají touto problematikou.

## 6 Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003, 227 s. ISBN 80-247-0499-4.
2. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Jaromír HORÁK. *Atlas nádorů prsu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2000, 326 s., ISBN 80-716-9771-0.
3. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Rakovina prsu*. 1.vyd. Praha: Triton, 2000, 37 s. ISBN 80-725-4136-6.
4. ABRAHAMS, Peter H a Rostislav DRUGA. *Lidské tělo: atlas anatomie člověka*. 1.vyd. čes. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003, 256 s. ISBN 80-718-1955-7.
5. ANDRÝSEK, Oskar. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 80-734-5257-X.
6. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 4. přeprac. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 167 s. ISBN 80-701-3355-4.
7. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny=Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009, 141 s. ISBN 978-808-0633-066.
8. COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 414 s. ISBN 978-802-4736-419.
9. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 655 s. ISBN 80-716-9140-2.
10. DRAŽAN, Luboš, Eva DUNGELOVÁ a Tomáš KONEČNÝ. *Hodnota rekonstrukce prsu TRAM lalokem u pacientek s invazivním karcinomem prsu. Klinická onkologie: časopis České a Slovenské onkologické společnosti*. 2004, roč. 17, č. 6, s. 208-212. ISSN 0862-495X. DOI: 1802-5307.
11. DUŠKOVÁ, Markéta. *Úloha plastické chirurgie v komplexní léčbě nádorů prsu*. *Praktický lékař*, 2004, roč. 84, č. 3, s. 126-132. ISSN 0032-6739;1805-4544
12. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

13. FENEIS, Heinz. *Anatomický obrazový slovník*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 455 s. ISBN 80-716-9197-6.
14. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Tělesné, psychické, sociální a duchovní aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. ISSN 978-80-8063-305-9.
15. GUYURON, Bahman, Elof ERIKSSON a John A. PERSING. *Plastic surgery: indications and Practice*. 1.vyd. Edinburgh: Saunders/Elsevier, 2009. ISBN 978-141-6040-811.
16. HALL-FINDLAY, Elizabeth J. a Gregory R. D. EVANS. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*. 1.vyd. China: Saunders Elsevier, 2010. ISBN 9780702031809.
17. HALUZÍKOVÁ, Jana. *Úroveň podávání informací z pohledu pacienta*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, 2(10). ISSN 1801-1349.  
<http://www.medvik.cz/link/bmc07503717>
18. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.
19. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3.upr. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 215 s. Učební texty. ISBN 80-701-3127-6.
20. KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. 1.vyd. . V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2009, 134 s. ISBN 978-80-213-1971-4.
21. KESHTGAR, Mohammad, Wendy A. WADDINGTON, Sunil R. LAKHANI a Peter J. ELL. *The Sentinel Node in Surgical Oncology*. 1.vyd. Berlin: Springer, 1999, 193 s. ISBN 35-406-5176-4.
22. KONOPÁSEK, Bohuslav a Eva JAVŮRKOVÁ. *Karcinom prsu: názor lékaře a zkušenost pacientky*. 1.vyd. Praha: Makropulos, 2000, 75 s. ISBN 80-860-0319-1.
23. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. 2.dopl. a přepr.vyd. Praha: Triton 2004. 234s. ISBN 80-7254-538-8.



24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 195 s. Psychologie (Portál). ISBN 80-717-8835-X.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: [učební text]*. 2.vyd. přeprac. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 155 s. ISBN 80-701-3187-X.
27. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
28. LEJOUR, Madeleine. *Vertical Mammoplasty and Liposuction*. 1.vyd. St.Louis, Missouri: Duality Medical Publishing, Inc, 1994. ISBN 0942219554.
29. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 164 s. ISBN 80-701-3277-9.
30. MCCARTHY, Joseph G. *Plastic Surgery: The Trunk and Lower extremity*. 1. vyd. USA: W.B.Saunders Company, 1990. ISBN 0-7216-1514-7.
31. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 9788024715.
32. MĚŠŤÁK, Jan a KOLEKTIV. *Úvod do plastické chirurgie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, 125 s. ISBN 80-246-1150-3.
33. MĚŠŤÁK, Jan a Luboš DRAŽAN. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024711230.
34. MĚŠŤÁK, Jan, Karel URBAN, Roman KUFA, Eva HRUBANOVÁ, et Al. *Rekonstrukce prsu po mastektomii. Sanquis :odborný a společenský časopis pro lékaře*. 2007, č. 57, s. 12-19. ISSN 1212-6535.
35. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
36. NEJEDLÝ, Jiří. *Preventivní mastektomie versus čekání na karcinom prsní žlázy*. *Zdravotnické noviny*, 2002, roč.51, č.24, s.24-25. ISSN 1805-2355;1214-7664.
37. NETTER, Frank H. *Netterův anatomický atlas člověka*. 1.vyd. Brno: Computer Press a.s., 2010. ISBN 978-80-251-2248-8.

38. NIEVERGELT, Jürg a Gottfried LEMPERLE. *Plastische Mammachirurgie: ein Operationsatlas*. 1.vyd. Berlin: Springer, 1989. ISBN 3-540-17438-9.
39. ONDERKOVÁ, Anna. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Sestra 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
40. PINTÉR, Ludovit. *Estetická chirurgie*. 1.vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2007. edice plastické chirurgie. ISBN 978-80-87009-23-9.
41. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008, 226 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-410-6.
42. REGNAULT, Paul a Rollin K. DANIEL. *Aesthetic Plastic Surgery: Principles and Techniques*. 1.vyd. USA - Boston: Little, Brown and Company, 1984. ISBN 0-316-73851-4.
43. SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině prsu beze strachu*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 53 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0421-845.
44. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4243-5.
45. STRAUCH, Berish a Han-Liang YU. *Atlas of Microvascular Surgery: Anatomy and operative techniques*. 2.vyd. New York: Thieme, 2006. ISBN 978-3-13-782022-3.
46. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. A KOLEKTIV. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
47. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.
48. THORNE, Charles H., William C GRABB a James W SMITH. *Grabb and Smith's plastic surgery*. 6th ed. /. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, 2007, xix, 929 p. ISBN 978-078-1746-984.
49. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8

50. VOJÁČKOVÁ, Zdeňka. *Kromě prsu mi nic nechybí*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003, 77 s. Diagnóza: rakovina. ISBN 80-725-4354-7.

51. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.

## **7 Přílohy**

Příloha 1 Struktura a schéma rozhovoru

Příloha 2 Rozhovory respondentek

Příloha 3 Foto implantátů

Příloha 4 Informační brožura

## **Příloha 1**

### **Struktura rozhovoru**

#### ***1. Osobní údaje respondentek***

věk

rodinný stav

sociální statut

místo bydliště

zájmy a koníčky

#### ***2. Anamnestické údaje***

Jaká byla primární diagnóza?

Jaký byl proveden chirurgický operační výkon?

Jaký byl pooperační průběh?

Následovala onkologická léčba, pokud ano, jaká?

#### ***3. Informace***

Kdo vám podal první informace o onkologickém onemocnění?

Kdy jste dostala první informace o plánovaném průběhu léčby?

#### ***4. Rekonstrukce prsu - informace***

Kdo a kdy vám podal první informace o možnostech rekonstrukce chybějícího prsu?

V jakém rozsahu vám byly podány informace o rekonstrukci prsu?

Byli pro vás informace dostatečně srozumitelné a kvalitní?

Měla jste dostatečný čas na rozmyšlenou a rozhodnutí se?

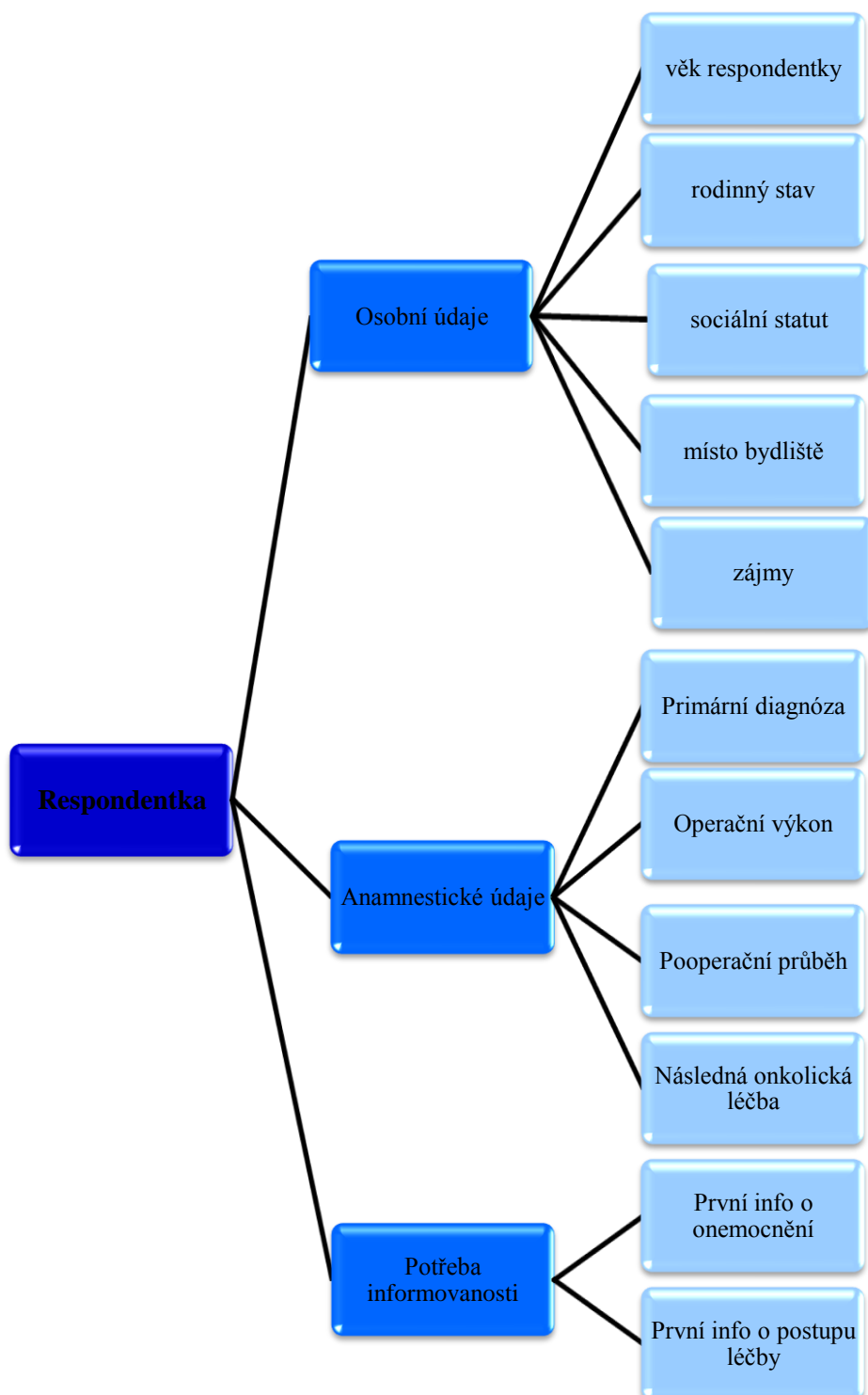
Měla jste možnost spolurozhodovat o metodě rekonstrukce?

#### ***5. Co vám chybělo, nebo co byste ještě ocenila v předoperačních informacích?***

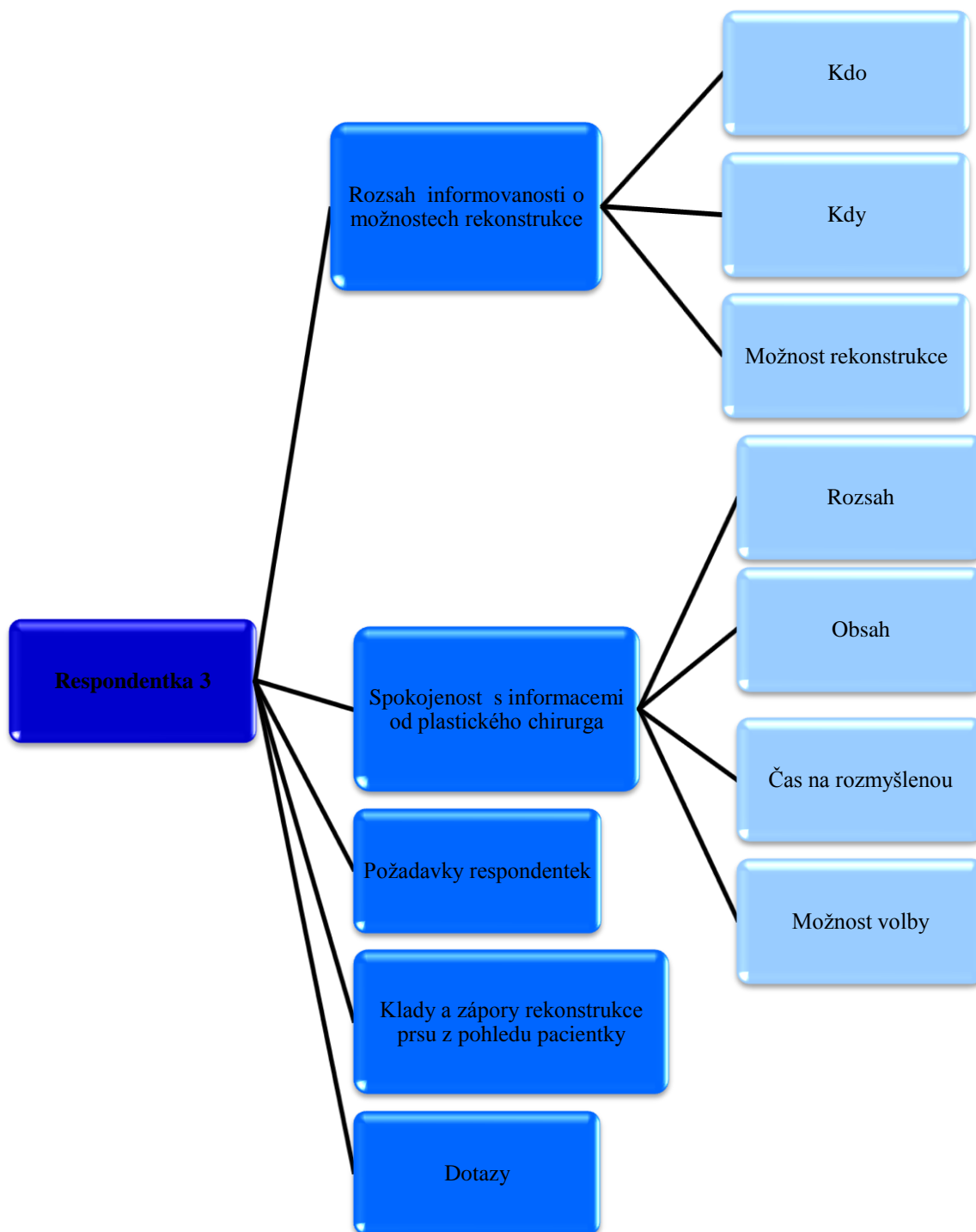
#### ***6. Jaké vidíte klady a zápory v rekonstrukci prsu?***

#### ***7. Jaké byly vaše dotazy ohledně rekonstrukce chybějícího prsu?***

## Schéma rozhovoru



## Schéma rozhovoru - pokračování



## **Příloha 2**

### **Respondentka 1**

Respondentka 1 je 32 letá žena, je vdaná, žije s manželem v Plzni v bytovce. V roce v květnu roku 2005 ji byl diagnostikován karcinom (Ca) pravého prsu a byla jí doporučena pravostranná mastektomie. Pacientka byla pro rodinnou zátěž pravidelně sledována v mamologické poradně. Operační zákrok se uskutečnil na chirurgické klinice. Pooperační období proběhlo bez komplikací, následovala onkologická léčba. Pacientka podstoupila chemoterapii a radioterapii. Byla pravidelně kontrolována v onkologické ambulanci. Po pěti letech ji byla doporučena levostranná preventivní mastektomie a pacientka byla odeslána do ambulance plastického chirurga. Zde ji byly podány první informace o možné rekonstrukci prsů. Plastický chirurg ji vysvětlil možné postupy rekonstrukce, časový plán, ale současně ji seznámil i s možnými riziky výkonu. Pacientka po několika konzultacích s lékařem zvolila několika fázové operační řešení rekonstrukce prsů. První operační výkon, levostranná mastektomie s bezprostřední rekonstrukcí silikonovým implantátem, proběhl v květnu 2010. U pacientky byla provedena levostranná mastektomie a v jedné době byl vložen silikonový implantát, pooperační průběh byl klidný a bez komplikací. Po rekonvalescenci si společně s lékařem naplánovala druhý rekonstrukční výkon na pravé straně. V září 2010 byla provedena rekonstrukce pravého prsu pomocí thorakodorzálního laterálního laloku plus submuskulární uložení Becker expandér/implantátu. Poslední fáze oboustranné rekonstrukce byla naplánovaná na září 2011, kdy měl být Becker expandér/implantát vyměněn za silikonový implantát a provedena kapsulotomie vlevo. Pooperační průběh u všech fází byl klidný a bez komplikací, pacientka velmi dobře spolupracovala. Dle jejích vlastních slov měla dostatek kvalitních informací, času, měla možnost diskutovat a konzultovat s lékařem všechny své dotazy.

V současné době žije s manželem a jejich dvouletým adoptivním synem a v dohledné době by se měla jejich rodina rozrůst o dalšího člena. Respondentka si uvědomovala velké riziko spojené se svým onemocněním a těhotenstvím, proto společně s manželem zvolili adopci. Po poslední návštěvě v naší ambulanci a kontrole na onkologii byly všechny výsledky uspokojivé a pacientka se těšila na dceru.



Respondentka na dotaz, zda by rekonstrukci prsou podstoupila opakovaně, uvedla, že určitě. Vrátilo jí to sebevědomí a pocit života bez společenského znevýhodnění. Sama říká, že měla dostatek odborných informací, vždy měla možnost se zeptat a možnost rozhodnout společně s lékařem o dalším postupu.

První informace o možnostech rekonstrukce se jí dostala až v ordinaci plastického chirurga, až zde jí byly vysvětleny všechny dostupné možnosti. Pro ni samotnou bylo zjištění všech možností motivací k úplnému uzdravení. Se samotným rozhodnutím podstoupit rekonstrukce prsů neváhala dlouho, znamenalo to pro ni plnohodnotný život a to i bez omezení typu koupaliště, moderního oblékání, nepříjemných pohledů okolí. S negativním přístupem se, ale nesetkala ani u jiných lékařů při nutných předoperačních vyšetřeních.

S celým průběhem léčení a rekonvalescence byla spokojená, ocenila hlavně taktí přístup zdravotnických pracovníků, ohled na soukromí a osobní charakter onemocnění. Výtku vůči zdravotníkům nemá žádnou. Při zpětném pohledu by uvítala včasější informovanost o možnostech rekonstrukce s ohledem na pohled do budoucna, protože myšlenka, že vše se dá spravit a bude opět „celá žena“ pro ni byla v následující léčbě povzbuzující. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Respondentka této možnosti využila a podala tyto dotazy. Budu mít nějaká omezení po operaci? Jsou nějaká možná rizika a komplikace, jak asi často? Kolik operací budu absolvovat dohromady?

## **Respondentka 2**

Respondentka 2 je 43 letá, vdaná žena. Žije s manželem v rodinném domku v malém městě, má dvě děti, pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná v oblasti účetnictví. Je hodně pracovně vytížená. V roce 2008 ji byl diagnostikován duktální karcinom v levém prsu. Do té doby se v její rodině nádorové onemocnění neobjevilo, matka i sestra jsou zdravé. Na chirurgickém oddělení v Rokycanské nemocnici ji byla provedena levostranná mastektomie a exenterace axily. Dle slov pacientky byl pooperační průběh klidný, bez komplikací. Po chirurgickém výkonu ještě podstoupila onkologickou léčbu, která obsahovala chemoterapii a radioterapii. Po ukončení léčby používala pacientka epitézu, která ji nevyhovovala pro svoji váhu, omezení v aktivním sportovním pohybu, i projevy pocení pod epitézou. Při kontrole na mamologii se sama pacientka zajímala o možnost rekonstrukce prsu, o které si našla informace na internetu. Na mamologické kontrole se dozvěděla první informace a možnosti rekonstrukce, byla odeslána na oddělení plastické chirurgie. Při první návštěvě plastického chirurga byla seznámena s možnostmi rekonstrukce prsu a bylo jí vysvětlena více fázovost operací. Lékař pacientce vysvětlil nutnost vyjádření onkologa a mykologa. Lékař pacientce nabídl možnost rekonstrukce prsu volným TRAM lalokem. Sama pacientka uvádí, že množství prvních informací pro ni bylo až hrůzostrašné, ale lékař ji dal dostatek času na promyšlení všech možností. Po dostatečném zvážení všech možností se rozhodla pro mikrochirurgický operační výkon přenosu volného laloku TRAM. Při druhé návštěvě ji lékař informoval o podrobnostech operačního výkonu a o plánovaném časovém rozvrhu. První operační výkon byl naplánován na konec listopadu 2010. Operace proběhla dle plánu, bez komplikací. Při rekonstrukci prsu byl zvolen TRAM lalok, první pooperační dobu strávila pacientka na anesteziologické klinice, po stabilizaci stavu po dlouhém operačním výkonu byla zpět přeložena na oddělení plastické chirurgie. Dle slov pacientky pro ni byl nejvíce nepříjemný výkon zavedení centrálního žilního katétru. Po celou dobu rekonvalescence byla pacientka velmi optimistická a spolupracující. Chválila přístup sester i lékařů, byla velmi spokojena. Z oddělení plastické chirurgie byla propuštěna do domácího ošetřování po deseti dnech. Pacientka si s lékařem naplánovala druhý výkon, redukci druhého pravého prsu, ale bohužel se ji

objevili nepříznivé výsledky při kontrole na onkologii. Byly u ní objeveny metastázy v plicích. Redukční výkon na pravém prsu byl odložen. Ale i v této době byla pacientka velmi optimistická a stále bylo jejím cílem dokončit naplánované výkony. Po skončení onkologické léčby byl redukční výkon onkologem povolen a pacientka s velkou radostí nastoupila, po roce od prvního výkonu, v listopadu 2011 na dokončení redukce pravého prsu. Výkon proběhl bez komplikací, rekonvalescence byla rychlá. Pacientka po celou dobu léčby pracovala v mezích možností, neztrácela optimismus. Nyní je velmi spokojená a i přes náročnost operačních výkonů tvrdí, že to opravdu stálo za to. Mohla se plně vrátit do společenského a respondentkou oblíbeného sportovního života. Sama by přivítala, kdyby měla informace o možných rekonstrukcích již před chirurgickou operací, pro ni by to byla ještě větší motivace. Kladně hodnotí přístup plastického oddělení, kde měla dostatek informací, ale zároveň také dostatek času na rozmyšlenou a na zvážení všech okolností. Celou dobu léčby pro ni byla velkou oporou rodina, která ji vytrvale povzbuzovala a pomáhala. Pacientka by ještě doporučila více materiálů písemnou formou, pro ni nebyl problém si doplňující informace najít na internetu, ale myslí si, že některé pacientky by více ocenili informaci písemnou. Pacientka je nyní spokojená a při kontrole na plastické chirurgii se vždy musí zastavit za svými sestřičkami a jak sama říká, svým dobrým duším znovu poděkovat.

Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Respondentka této možnosti využila a vznesla tyto dotazy. Jak dlouhá bude hospitalizace, kdy budu moci domů? Je tato metoda trvalá, nebo budu muset podstoupit po několika letech další operaci?

### **Respondentka 3**

Respondentka 3 je 50 letá žena, trvale žijící v USA v Los Angeles s manželem a sedmiletým synem, pracuje jako učitelka v mateřské škole. V Americe prodělala operaci pravého prsu pro zjištěný karcinom, byla provedena parciální resekce v pravém prsu v roce 2008. Pacientka udává, že již při první informaci o svém nálezů byla velmi rozrušena špatně se s celou situací vyrovnávala. Již v Americe užívala několik druhů antidepresiv. Do Čech přijela postarat se o své rodiče, domluvila si konzultaci na onkologii. Lékař měl k dispozici veškerou dokumentaci z Ameriky a doporučil pacientce oboustrannou mastektomii, dle jejích slov pro velmi nevyzpytatelnou prognózu. Současně ji sdělil, že je vhodnou pacientkou pro mastektomii s bezprostřední rekonstrukcí prsním implantátem. Pacientka se s plastickým chirurgem setkala v květnu 2010 poprvé. Znovu spolu probrali veškeré možnosti a důvody výkonu. Pacientka byla velmi úzkostná a depresivní. Bylo pro ni velmi důležité, aby nikdo v Americe nepoznal, že nemá prsy. Své obavy vysvětlovala svým každodenním stykem s rodiči dětí ve školce, bylo jí nepříjemné jen si představit, že by se někdo dozvěděl o její operaci. Říká, že s lékařem měla možnost mluvit dlouho, podrobně na vše se vyptat. Rozuměla celé problematice, chápala postup výkonu i časový harmonogram, jen se stále neuměla vyrovnat s nastalou situací. Stále srovnávala medicínské postupy v Americe a v Čechách. Po celou dobu pobytu pravidelně užívala antidepresiva. Po několika konzultacích se pacientka rozhodla operační výkon podstoupit, termín byl naplánovaný na polovinu června 2010. Na oddělení nastoupila pacientka dle plánu, ale již od prvního okamžiku byla zjevná její nervozita a úzkostné jednání. Po konzultaci s lékařem ji bylo zajištěno psychiatrické konzilium a upravena psychiatrická medikace. Pacientka se necítila dobře a nebyla v dobré pohodě k operaci, proto jí po domluvě s lékařem raději odložila. V další době absolvovala ještě několik konzultací, kdy stále převládal její velký strach „jak to vše dopadne“. Nový termín operace byl naplánován na konec července 2010. Pacientka sama říká, že byla klidnější a vyrovnanější, ale přesto dále užívala antidepresiva. Operační výkon proběhl bez komplikací a rekonvalescence proběhla dobře. Přesto pacientka udávala obavy, jak to bude zvládat doma, jak na ni budou reagovat přátelé a známí. Přiznává, že podporu od manžela neměla žádnou a i to

ji velmi trápilo. Po ukončení léčby odcestovala pacientka zpět do USA. Zpět do Čech přijela zhruba opět po roce. Popisuje svůj rok doma v Americe jako rok velkých změn a jako velmi těžký rok, nicméně s dobrým závěrem. Pacientka po návratu domů trpěla depresemi a komplexem méněcennosti, pravidelně docházela k psychologovi a snažila se svou situaci řešit. Bohužel její manžel ji nebyl oporou, naopak od ní odešel a ona zůstala sama se synem. Psycholog jí doporučil návštěvu skupiny žen se stejnou prodělanou zkušeností. V prvních okamžicích si myslela, že je to pro ni ztráta času, ale přesto skupinu navštívila. Bylo pro ni velkým překvapením, kolik žen má podobný osud. Měla možnost mluvit otevřeně, neměla strach z reakcí ostatních žen, sezení se skupinou pro ni bylo příjemná. Po několika schůzkách si s ostatními ženami dokonce ukázaly své operační rány, dle jejích slov pro ni bylo největším povzbuzením pochvala od ostatních žen, jak má prsa pěkná a přirozeně vypadající. Sama říká, že to bylo poprvé, kdy neměla pocit nejistoty. Pacientce velmi pomohlo promluvit si s někým, kdo znal její pocity. Byla opět schopná začít v klidu pracovat a postupně se srovnat se svojí nemocí. Do Čech přijela na pravidelnou kontrolu onkologem, který ji po vyšetření mohl sdělit, že její stav je v pořádku bez dalších nálezů. Na kontrole s plastickým chirurgem chtěla naplánovat ještě jeden operační výkon, a to výměnu prsních implantátů za větší objem. Po konzultaci s lékařem však od tohoto úmyslu odstoupila, ale nechala si ještě čas pro další rozhodnutí. V současné době se vrací zpět do Ameriky a cítí se dobře. Oceňuje, že od začátku měla informace o možné rekonstrukci, znala možnosti a měla možnost o svých pocitech a obavách hovořit. Uvítala by možnost konzultace s psychologem již dříve, ale chápe rozdílnost přístupů v radikálnosti v obou zemích. Pochvalně se vyjadřuje o nelékařském personálu a o přístupu lékaře. Není si jistá, zda by znovu podstoupila všechny výkony, není schopná říci, zda by znovu souhlasila s oboustrannou mastektomií nebo jen čekala, zda se něco neobjeví při kontrole. Informací měla dostatek, také by přivítala více informací písemně, ne vše si člověk v rozrušení a stresu zapamatuje. Ocenila možnost opakovaných konzultací a trpělivost zdravotníků. Do budoucna nevyklučuje možnost reaugmentace za větší implantát. Pacientka zdůraznila velkou rozdílnost v přístupech v Americe a v Čechách. Pro ni byl bližší český přístup. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy

ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Respondentka této možnosti využila a vynesla tyto dotazy. Jak dlouho budu hospitalizována? Kdy se budu moci vrátit do domů a do práce? Budu mít velké bolesti? Jak moc bude vidět změna

#### **Respondentka 4**

Respondentka 4 je 66 letá žena, žijící s manželem v malé obci za Plzní. Žije v rodinném domku se zahrádkou, má již dospělé dvě děti, tři vnoučata. V roce 2001 podstoupila ablaci levého prsu pro karcinom. Výkon byl proveden na chirurgické klinice, po té podstoupila chemoterapii a radioterapii, podrobnosti si pacientka již nepamatuje. Léčba prý probíhala dobře, na žádné komplikace si nepamatuje. V současné době již chodí jen na kontroly jednou za rok do mamologické poradny. O možnosti rekonstrukce chybějícího prsu se dozvěděla od své přítelkyně při návštěvě. V poradně ji tuto možnost nikdo nenabídl, ani ji o této možnosti neinformoval. Internet pacientka neovládá a ani ho doma nemá, sama říká, že zahrádka je pro ni náplní na celý den. Kamarádka ji řekla, kam je třeba se objednat a dala ji první informace. První dojem pacientky byl, že už je na takový výkon stará a nepotřebuje již nic měnit. Sama udává, že o informaci několik dní přemýšlela a nakonec o možnosti řekla rodině, která ji podpořila v rozhodnutí alespoň zjistit, co by operace obnášela a jestli by byla vhodná pro ni samotnou. Pacientka při první návštěvě lékaře očekávala zamítavý postoj od lékaře a byla překvapena, když ji lékař nabídl možnosti řešení. Vzhledem k věku pacientky se oba shodli na neřešení situace dlouhým mikrochirurgickým výkonem, ale zaměřili se na možnosti pomocí prsního implantátu a expandéru. Pacientka odcházela s mnoho informacemi o výkonu a také o nutných vyšetřeních. Nechala si dobu na rozmyšlenou a poradu s rodinou. Při druhé konzultaci již věděla, že to chce zkusit a operační výkon podstoupit. Rekonstrukci prsu thorakodorsálním lalokem plus Beckerům expandér/implantát absolvovala v září 2011. Sama pacientka nevěřila, že deset let od první operace půjde na další. Měla velkou podporu manžela a svých dětí. V pooperačním průběhu měla protrahovaný odvod serózní tekutiny redonovým drénem, který postupně ustal a drén mohl být odstraněn. Hospitalizace na oddělení plastické chirurgie se touto malou komplikací prodloužila na čtrnáct dnů, přesto byla pacientka celou dobu rekonvalescence optimistická a věřila ve správnost svého rozhodnutí. Po odstranění drénu již hojení probíhalo bez komplikací. V současné době je pacientka zcela zhojena, na kontroly již nedochází, se svým nynějším stavem je spokojená a je ráda, že se rozhodla výkon podstoupit. Další operační výkon neplánuje. Pacientka si

myslí, že od první návštěvy plastického chirurga měla dostatek informací, dostatek času na rozmyšlenou a dostatek příležitostí na své dotazy. Myslí si, že ji nebyla nabídnuta možnost rekonstrukce vzhledem k jejímu věku a uvítala by nějakou formu informací i pro pacientky jako je ona, které nevyužívají možností internetu. I v tomto věku je pro ni pocit „být ženou“ stále důležitý. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Respondentka této možnosti využila a podala tyto dotazy. Jak dlouho budu mít asi bolesti? Kolik operací musím podstoupit, celkem?



## **Respondentka 5**

Respondentka 5 je 54 letá žena, žijící s manželem v rodinném domku na předměstí Plzně, pracuje jako poštovní doručovatelka. Má dospělou dceru, která již žije sama. V roce 1995 podstoupila ablaci pravého prsu pro karcinom. Pooperační průběh si pacientka již moc nepamatuje, ale ani žádné komplikace. Po operaci absolvovala aktino a chemoterapii. Již několik let není evidovaná na onkologii. Od odstranění prsu nosí epitézu, není s ní moc spokojená. Pracuje jako poštovní doručovatelka a pohyb je její každodenní práce. Hlavně v létě ji je epitéza nepříjemná, plavky nenosí, protože má pocit studu. Její velmi dobrá přítelkyně, která jí podporovala od začátku jejího onemocnění, věděla jak ji epitéza nevyhovuje, a proto začala zjišťovat možnosti jak ji pomoci. Zjistila možnosti rekonstrukce na plastické chirurgii a možnosti konzultace. Na první konzultaci přišla pacientka se svojí přítelkyní, která je pro ni blízkou osobou. Byla velmi překvapena jaké má možnosti i tak dlouhou dobu od operace. Lékař pacientce vysvětlil, jaký postup by byl podle něj nejvhodnější a vysvětlil ji možnosti výkonu v několika etapách. Byla ji navrhuta augmentace pravého chybějícího prsu a v druhé fázi redukce a modelace prsu levého. Pacientka si vše promyslela a termín operace byl v únoru 2011. Byla provedena augmentace silikonovým implantátem, rekonvalescence probíhala bez komplikací. Po celou dobu byla pacientce přítelkyně velkou oporou, podporovala ji, chodila s ní na kontroly. Druhá redukční operace byla provedena v říjnu 2011. Sama pacientka byla spokojená, jen stále měla pocit nesouměrnosti ve velikosti prsů, lékař ji vysvětlil, že je třeba dokončit rekonvalescenci. Pacientka sama říká, že po více jak deseti letech neměla pocit studu a byla spokojená s vlastním tělem. Pacientka po domluvě s lékařem naplánovala ještě jeden operační výkon na dorovnání objemové rozdílnosti. Operaci musela pro virózu dvakrát odložit, ale nakonec ji podstoupila v lednu 2013. Nyní je velmi spokojená poslední redukční operace probíhala bez komplikací. Po celou dobu svého léčení měla pacientka svoji přítelkyni po boku a byla jí velkou oprou. Ocenila i vstřícnost zdravotnického personálu. Přiznává, že nebýt její přítelkyně, sama by nikdy lékaře na plastické chirurgii nevyhledala. Myslí si, že je mnoho žen, které neví, jaké mají možnosti po úspěšném vyléčení karcinomu prsu. Hlavně pacientky, které již jsou po výkonu delší dobu, neznají své možnosti v rámci

rekonstrukčních operací. Uvítala by informace písemnou formou pro pacientky s větším časovým odstupem mezi chirurgickým operačním výkonem a plastickým rekonstrukčním výkonem. Je velmi ráda, že operace podstoupila a opět se cítí jako celá žena. Velmi kladně hodnotí možnost dostatečné fyzické zátěže bez omezení. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Jaká budu mít omezení po operaci a jaká mi zůstanou do budoucna? Kdy budu moci jít zpět do práce?

## **Respondentka 6**

Respondentka je 74 letá žena, žijící se svým manželem v Plzni v panelovém domě. Mezi její hlavní zájmy patří divadlo, koncerty a literatura. Pacientce byl diagnostikován oboustranný karcinom, byla provedena oboustranná mastektomie v únoru 2012, spojené s exenterací obou axil. Podstoupila radioterapii a nyní užívá hormonální léky. Pacientka byla nespokojená s vzhledem svého hrudníku a uložení jizev s kožními nadbýtky, které ji obtěžovali v běžném životě. Při pravidelné kontrole na onkologii dostala informaci, že s tímto problémem ji pomohou pomoci na plastické chirurgii. Pacientka přišla do ambulance plastické chirurgii, kde lékaři vysvětlila své požadavky. Sama říká, že ve svém věku již nechce řešit kosmetickou stránku věci, ale pouze praktickou. Paní je silnější postavy a po chirurgickém výkonu má na hrudníku v zásadě malá prsa, ale nehezkého tvaru s kožním lalokem, který ji obtěžuje v pohybu. S lékařem si pacientka domluvila pouze úpravu těchto laloků. Operace musela být naplánovaná dva měsíce po právě skončené radioterapii, výkon byl proveden v říjnu 2012. Operační výkon zvládla pacientka velmi dobře, hojení probíhalo bez komplikací. Do domácího ošetřování byla propuštěna pět dní po operaci. Po operaci se výrazně zlepšila možnost a volnost pohybu, což bylo pro pacientku nejdůležitější. Došlo i k lehké úpravě tvaru prsů, ale to pacientka nepovažovala za nejvýznamnější. Pacientka byla spokojená s přístupem zdravotnických pracovníků a s množstvím informací, které získala od lékaře. Myslí si ale, že mnoho žen jejího věku si o informace stydí říci, internet pro ně také není vhodné řešení, jsou zvyklé na informace v psané podobě. Uvítala by nějaký leták nebo brožuru v čekárně, kde dle jejích slov je dost času podívat se na tyto letáčky. Velmi se jí líbí možnost rekonstrukcí prsů pro ženy s touto diagnózou. Ví, že množství pacientek stoupá a jsou stále mladší. Sama se setkala v nemocnici s dalšími dvěma ženami, které měly stejný problém jako ona a byly mnohem mladší. Má za to, že tyto ženy musí být velmi rády, že existuje možnost vypadat a cítit se zpátky jako žena. Obdivuje dnešní možnosti plastické chirurgie, nevěděla, že i tato problematika patří k léčbě karcinomu prsů. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Jak dlouho budu muset být v nemocnici?

## **Respondentka 7**

Respondentka 7 je 52 letá žena, žijící společně s manželem v bytě v menším městě u Plzně, pracuje jako učitelka na gymnáziu. Pacience bylo v lednu 2010 v rámci pravidelného mamografického screeningu zjištěno suspektní ložisko v pravém prsu a taktéž ložisko v levém prsu odhalila sonografie. Byla provedena biopsie a histologicky byl potvrzen karcinom. Pro pacientku byla tato informace velkým šokem. V její rodinné anamnéze nebyl nikdo s nádorovým onemocněním a tak neměla moc představu, co ji čeká. V mamologickém centru ji bylo sděleno, že onkolog i mamolog se shodli na oboustranné mastektomii s revizí axil a současnou rekonstrukci prsů. Sama pacientka říká, že první informace byla šok, ztráta obou prsů najednou, z plného zdraví, bez bolestí a jiných komplikací. První myšlenka byla „Co bude dál, jak to bude probíhat?“. V mamologické poradně ji paní doktorka vysvětlila nutnost odstranění obou prsů, důležitost včasného zachycení nádoru. Vysvětlila ji, jak bude operace vypadat a také ji podala první informace a možnost o okamžité rekonstrukci prsů pomocí prsního silikonového implantátu. Pacientka byla odeslána na plastickou chirurgii, kde podrobně probrala s lékařem možnou rekonstrukci její výhody i nevýhody. Byl ji vysvětlen postup a fáze operačních výkonů. Během prvního výkonu bude odstraněna i bradavka dvorec, který bude rekonstruován až v druhé a třetí fázi. Pacientka udává, že první šok byl o něco menší, když si po konzultacích uvědomila, že se vlastně probudí a prsa bude mít, i když jiná, ale bude mít prsa. Operace proběhla v březnu 2010 za přítomnosti chirurga a plastického chirurga bez komplikací, přesně dle naplánovaného harmonogramu. Pacientka se zotavovala velmi rychle a dobře, i po psychické stránce se cítila dobře. Sama říká, že si neuměla představit prsy s implantáty a nyní se jí moc líbí a je spokojená. V nemocnici byla jen týden a pak byla propuštěna do domácího ošetřování. Hojení proběhlo bez komplikací a mohlo se přistoupit k druhé fázi operačního výkonu k rekonstrukci AMK bilaterálně. V listopadu 2010 byla provedena tetováž obou prsních dvorců, tento výkon se provádí pouze v místním znecitlivění, a proto nebyl pro pacientku nijak zatěžující. Hned druhý den mohla opustit nemocnici a za dva dny se vrátila do práce. Pacientka byla velmi ráda, že není nutná dlouhodobá neschopnost. Po třech měsících po zhojení tetování se přistupuje k rekonstrukci bradavek, v únoru 2011.

I tento výkon se provádí pouze v místním umrtvení a pobyt v nemocnici je pouze krátkodobý, termín byl naplánován tak, aby pacientka opět nemusela nastupovat na neschopnost. Sama pacientka říká, že práce ji udržuje v dobré kondici a v kontaktu s okolím, nedovoluje ji moc přemýšlet o své nemoci a ani se litovat. Pracuje na gymnáziu s mladými lidmi a práce ji velmi baví a naplňuje. Rekonvalescence proběhla bez komplikací a pacientka byla předána do péče mamologického centra, kontrola na plastické chirurgii jedenkrát ročně. V listopadu 2012 v rámci kontroly v mamologickém centru byla zjištěna kolekce serózní tekutiny v levém prsu. Bylo provedeno kontrolní vyšetření magnetické resonance s výsledkem suspektní ruptura implantátu. Pacientka byla přijata na oddělení plastické chirurgie k revizi levého prsu. Při operaci byl nalezen vazký exsudát s malou příměsí krve, implantát oproti vyšetření magnetické resonance, ale porušený nebyl. Přesto byl odstraněn a nový implantát nebyl augmentován s ohledem na charakter exsudátu. Pacientka se opět hojila výborně, a proto byla propuštěna do domácí ošetřování po třech dnech. Nyní je ve velmi dobré kondici a společně s lékařem plastické chirurgie plánuje reaugmentaci levého prsu. Po celou dobu léčení byla pacientka a stále je velmi milá, příjemná a především spolupracující. Chápe možné komplikace spojené s použitím implantátů, přesto u ní převažuje spokojenost. Velmi vstřícně vítá všechny dostupné informace a sama si aktivně nové informace vyhledává na internetu. Myslí si, že možnost okamžité rekonstrukce v jedné operační době je výborná, hlavně z pohledu psychiky pro ženu. Moc pro ni znamenalo probudit se z narkózy s prsy. Má pocit, že i tato varianta je důvodem jejího optimistického přístupu. Na nedostatek informací si v žádném případě nemůže stěžovat, ale má zato, že i informace formou brožury by byly velkým přínosem. S péčí zdravotnického personálu byla velmi spokojená i přes komplikace, které u ní nastaly. Je ráda, že dnešní moderní medicína umožňuje i při takto těžkých diagnózách plnohodnotný osobní, společenský a sportovní život bez pocitu postižení. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Jaké jsou možná rizika a komplikace při operaci a v pooperační době? Bude vidět velký rozdíl před a po operaci? Jak dlouho budu muset být hospitalizována?

## **Respondentka 8**

Respondentka 8 je 47 letá žena, žijící v rodinném domku v malém městečku u Plzně, pracující v Hospicu sv.Lazara. Žije s manželem a dvěma dětmi. Pacientka si pravidelně provádí samovyšetření prsu a také sama si vyhmatala bulku v levém prsu, okamžitě navštívila mamologické centrum, kde podstoupila vyšetření magnetickou resonancí a ultrazvukové vyšetření a byl potvrzen nález útvaru v levém prsu. Byla provedena biopsie. Pacientce byla doporučena mastektomie s exenterací axily pro karcinom. Operace byla provedena v únoru 2010. Po chirurgickém výkonu, byla aplikována chemoterapie a radioterapii. Sama pacientka se zajímala o postup operací a o své možnosti rekonstrukce po vyléčení a skončení onkologické léčby. Možnost bezprostřední rekonstrukce ji vzhledem k plánovanému ozařování a chemoterapii nabídnuta nebyla. Přesto se sama aktivně zajímala o své budoucí možnosti, ani na chvíli si nepřipustila možnost nezdaru nebo jen možných komplikací. Pacientka na své vlastní přání dostala informaci a navštívila ambulanci plastické chirurgie. Zde jí byly sděleny možnosti rekonstrukce prsu, ale byla opět upozorněna, že musí mít dokončenou léčbu a především onkolog musí s rekonstrukční operací souhlasit z hlediska dalších prognóz. Pacientka byla velmi ráda, že navštívila specialistu a má další motivaci a hlavně naději úplného uzdravení i po stránce kosmetické. Celá onkologická léčba probíhala dle plánu a bez komplikací. Po skončení léčby a rekonvalescentního období opět navštívila pacientka ambulanci plastické chirurgie a dostala zde informace o konkrétních možnostech rekonstrukce. Po vyslechnutí možností a názoru lékaře se pacientka rozhodla pro rekonstrukci odstraněného prsu břišním lalokem. K tomuto rozhodnutí ji vedla také skutečnost, že druhý prs má objemnější a ráda by zachovala co možná největší podobnost prsů. Lékař ji vysvětlil postup operací, v první fázi mikrochirurgický přenos břišního volného laloku a v druhé fázi modelace a případná redukce druhého prsu, v poslední fázi bude dokončení dvorce a bradavky na novém prsu. Pacientka byla velmi spokojená s přístupem zdravotnického personálu, měla možnost položit své doplňující dotazy a zodpovědět pro ni důležité informace. Po celou dobu léčení i přípravy na rekonstrukční operace byl pacientce velkou oprou její manžel, který pokud mu to zaměstnání dovolilo, vše absolvoval s ní. Podle pacientky to

byl právě manžel, kdo ji dodal nejvíce odvahy k rekonstrukci a k získání pocitu dokonalosti. Termín operace přenosu břišního laloku DIEP byl stanoven na konec července 2011. Operační výkon probíhal bez komplikací, po sedmihodinovém výkonu byla pacientka umístěna na pooperační pokoj a trvale sledována. Velkou podporu pro ni byl přístup ošetřujících sester, byly dle jejích postřehů velmi milé, ohleduplné, chápající. Cítila se moc dobře, měla pocit profesionálního přístupu. Pooperační doba byla lehce komplikována febrilními stavy, které se podařilo díky antibiotické léčbě dobře zvládnout a neměly negativní vliv na hojení laloku a operační rány břicha. Po třinácti dnech byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Rekonvalescence proběhla již klidně, bez potíží. Pacientka byla velmi spokojena, sama říká, že je opět ženou a ještě má ploché břicho. Po celou dobu má velmi optimistickou náladu, je ráda, že výkon podstoupila. Má pocit, že dostatek informací a času na rozmyšlenou ji dodal pocit jistoty a klidu. V červnu 2012 si pacientka naplánovala druhou redukční a modelační operaci. Druhá operace proběhla hladce, bez komplikací. Po pěti dnech pacientka odchází do domácího ošetřování, je velmi spokojená. Velmi si chválí přístup zdravotnických pracovníků, je spokojená s dostatkem informací a vstřícností. Myslí si, že měla dost informací, ale také díky své vlastní aktivitě při jejich získávání. Dostatek informací získala na internetu, ale porozuměla jim většinou až po konzultaci s lékařem. Neocenitelnou podporou pro ni byl manžel, rodina a sestřičky. V současné době se již těší na poslední korekční operaci dvorce a bradavky rekonstruovaného prsu, termín zatím nebyl stanoven, protože pacientka by ráda absolvovala dovolenou s rodinou a jak sama říká, to už je jen maličkost, na kterou nespěchá. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Jak dlouho bude operace trvat? Kolik celkem bude operací dohromady? Mohu si časově operce naplánovat?

## **Respondentka 9**

Respondentka 9 je 46 letá pacientka, žijící s manželem, děti nemá, pracuje jako sekretářka, bydlí v bytovce v Tachově. Jejími zájmy jsou sport, kultura a příroda. V 34 letech v roce 2001 jí byl diagnostikován karcinom a provedena parciální mastektomie v nemocnici v místě bydliště. Dle slov pacientky, která již odmítá zpět léčení v původním zařízení, byl přístup zdravotníků strašný, nikdo jí nepodal dostatečné informace, nevěděla, co a proč se bude provádět. Informace, že přijde o prs, pro ni byla šokem, měla velký strach z budoucnosti, minimální množství informací a měla pocit, že je na vše sama. Pooperační období probíhalo s velkými komplikacemi, měla vysoké teploty a bolesti. Její celkový stav ještě umocňoval pocit nejistoty a neznalosti dalších informací. Po delší léčbě, asi třech týdnů, byla propuštěna do domácího ošetřování a byla u ní zahájena hormonální léčba. Sama pacientka na celé léčení nevzpomíná ráda. Rok po mastektomii podstoupila adnexetomii a hysterektomii. Pacientka sama říká, že po zkušenosti neměla v úmyslu řešit jakkoliv svůj kosmetický stav. V roce 2005 ji, ale k návštěvě plastického chirurga přiměla bolestivá jizva, která působila tah na bradavku a její dislokaci směrem k axile. Pacientka po domluvě s lékařem chtěla řešit tuto situaci za využití laterálního hrudního laloku nebo zádového laloku. Operace proběhla v pořádku bez komplikací, na operačním sále bylo zjištěno hrubé projizvení až k hrudní stěně. Pacientka byla na své přání a po dohodě s lékařem propuštěna po dvou dnech do domácího ošetření. V lednu 2011 byla provedena kontrola onkologem a stav byl stanoven jako kompletní remise nádorového onemocnění. Onkolog souhlasil a doporučil rekonstrukční řešení po mastektomii. Pacientka po konzultaci s lékařem byla seznámena s náročností operace vzhledem k její velmi štíhlé postavě, předchozím výkonům, velkému projizvení a je seznámena s fázemi všech operací. Pacientka si nechává čas na rozmyšlenou a poradu se svým manželem. Manžel se účastní návštěv lékaře, ale rozhodnutí nechává na své ženě. Pacientka je ráda, že jí manžel doprovází. V dubnu 2011 je naplánována první operace uvolnění jizvy a uvolnění okolí. Operace proběhla v pořádku bez komplikací. V říjnu 2011 je naplánována další operace a to doplnění kožního krytu lalokem z musculus latissimus dorsi a rekonstrukce prsním silikonovým implantátem. Ale pro náročnost výkonu se v této fázi od vložení



implantátu ustupuje. V březnu 2012 je naplánována augmentace Beckerova expander/implantátu. Operace proběhla v pořádku, pooperační hojení je také dobré, pacientka je propuštěna do domácího ošetřování. Pravidelně dochází na kontroly na ambulanci, při první kontrole je ještě vše v pořádku, po čtrnácti dnech jsou odstraněny stehy a je ponechána pouze elastická podprsenka. Po dvaceti dnech od operace pacientka pozoruje bolestivost a výtok nějakého sekretu z rány, okamžitě se dostavila na ambulanci. Bohužel jí musel lékař informovat o komplikaci v hojení a sdělil jí, že je nutné implantát odstranit a operační ránu zrevidovat. Pacientka je velmi smutná, ale souhlasí s postupem, který lékař navrhl. Infekční komplikace je залéčena antibiotickou terapií a pacientka může po několika dnech do domácího ošetřování. Opakované vložení Beckrova expander/implantátu je znovu naplánováno na červenec 2012. Operace probíhala v pořádku bez komplikací, ale hned pooperační období bylo komplikováno zvýšeným odvodem z redonova drénu, který byl proto pacientce ponechán delší dobu. Opět je pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Několik dní po propuštění se zdá být vše v pořádku, ale po několika dnech se u pacientky objevují bolesti v pravé axile, které odezněly po té, co se z operační rány vyprázdnil kolokvující hematom. Nyní opět pacientka pozoruje výtok z operační rány, je přijata k hospitalizaci. Je u ní zahájena lokální i celková antibiotická léčba, na kterou pacientka reaguje dobře. Po deseti dnech je pacientka poučena o možnostech komplikací a je propuštěna do domácího ošetřování. Dva měsíce je vše v pořádku, ale v říjnu 2012 opět vzniká infekční komplikace a bohužel Beckerův expander/implantát je nutné odstranit. Pacientka je velmi smutná a zklamaná. Podstupuje odstranění implantátu a již nemá v úmyslu pokračovat v rekonstrukci chybějícího prsu. Po několika dnech je propuštěna do domácího ošetřování. I přes všechny nezdary s rekonstrukcí říká, že svého rozhodnutí podstoupit rekonstrukci prsu nelituje, je jí jen líto, že právě ona patří k tomu malému procentu, kdy se to nepodaří. Byla spokojena s přístupem všech zdravotníků, ať lékařů tak sestřiček, které na ni byli velmi milé a hodné, chápaly její situaci a snažily se jí pobyt usnadnit a zpříjemnit. Má za to, že informací ohledně rekonstrukce měla dostatek, ale až po návštěvě plastického chirurga, jinde informace o možnostech nedostala. Sama se snažila informace vyhledávat na internetu, ale pouze na odborných

webech lékařů. Informací našla velké množství, ne vždy jim, ale plně rozuměla. Její velká opora po celou dobu jejího léčení byl manžel, on sám dle jejích slov již žádné další operace nechtěl daleko dříve, ale poslední rozhodnutí nechával na své ženě. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Pacientka této možnosti využila a zeptala se. Kolik operací budu muset podstoupit? Je možné operační výkon provádět tak dlouho od první operace na chirurgii?

## **Respondentka 10**

Respondentka 10 je 51 letá žena, žijící s manželem v Toužimi v rodinném domku, má dva dospělé syny, kteří již žijí samostatně. Velmi ráda chodí na dlouhé procházky do přírody, plave a cvičí jógu. Pracuje jako administrativní pracovnice na městském úřadě. Pacientka si v létě 2011 na dovolené všimla vpáčené bradavky na pravém prsu, zpětně si uvědomuje, že již tento stav byl několik týdnů před dovolenou. Nechtěla nikomu nic říkat, ale přesto si manžel všiml změny chování. Ihned po návratu se pacientka objednala ke svému gynekologovi, který ji odeslal na mykologické vyšetření. Zde bylo provedeno sonografické vyšetření a vpáčení a bulka bylo léčeno jako zánět, podáním antibiotik. Při další kontrole po čtrnácti dnech nedošlo k žádnému zlepšení stavu, bylo provedeno kontrolní sonografické vyšetření a konzultace s radiologem. Pacientka byla odeslána na chirurgickou kliniku na odebrání biopsie. Výkon byl prováděn v lokální anestezii a byl pro pacientku velmi nepříjemný až bolestivý. Ještě traumatizující pro ni bylo sdělení diagnózy karcinom prsu. Pacientka právě prožívala období špatných zpráv, úmrtí kamarádky na rakovinu, pohřeb, byla velmi psychicky rozrušená, sdělení takto závažné diagnózy pro ni bylo velmi obtížné a těžké. Nastoupila na chirurgickou kliniku v říjnu 2011, kde byla provedena mastektomie a odstranění uzlin. Byl potvrzen karcinom a metastázy v uzlinách. Přes takto vážnou diagnózu cítila pacientka ke zdravotníkům důvěru a byla spokojená s přístupem jak sester, tak lékařů. Po propuštění z chirurgické kliniky byla odeslána na onkologickou ambulanci, kde se měla naplánovat další léčba. Na konzultaci šla pacientka sama, jak sama říká, tohle bylo teprve tvrdé, bez obalu. Informace od onkologa byly šokem. Po první návštěvě byla natolik zmatená z velkého množství informací a jejich náročnosti, že požádala lékaře ještě o jednu konzultaci a opakované vysvětlení postupu. Ten jí ochotně vyhověl. Onkolog současně doporučil hysterektomii po skončení onkologické léčby. Započala chemoterapie, kterou pacientka nesnášela dobře, byla velmi unavená, trpěla velkou nauzeou, i bolestmi. Oporou pacientce byl manžel a její rodiče, kteří se ji snažili pomáhat a povzbuzovat. V období chemoterapie si pacientka sama sobě naplánovala procházky a pravidelný režim, v rámci možností, který se snažila dodržovat i když únava a bolest byla někdy velká. Po řadě chemoterapií následovalo ozařování, které již

snášela pacientka výrazně lépe. V současné době je v dobrém stavu a chodí na pravidelné kontroly na mamologii a onkologii.

O svém kosmetickém vzhledu přemýšlela od začátku onemocnění, neuměla si představit, jak bude tělo vypadat bez jednoho prsu. Má dojem, že ji osobně by velmi pomohl obrázek, aby měla alespoň nějakou představu. Informace o možných rekonstrukcích neměla žádné, jen na mamologii ji bylo řečeno, že to nějak spraví na plastice. Plastický chirurg kontaktován nebyl a žádnou konzultaci nikdy neabsolvovala. Pacientka udává, že celá situace byla pro ni velmi náročná, všichni zdravotníci se k ní chovali velmi hezky a ohleduplně, ale přesto ji stále chyběla možnost mluvit o svém problému tak, aby nemusela předstírat hrdinství a být stále statečná. Ocitla se v postavení, kdy se ji všichni jakoby báli zeptat, nevěděli jak s ní mluvit, jak se k ní chovat. Ona musela být ta, která říkala, bude to dobré, já to zvládnou a okolí mohlo plakat a nechat se utěšovat. V tuto chvíli by pacientka ocenila možnost kontaktovat psychologa, ani ne tak pro sebe jako pro svoji rodinu, někoho kdo by mamince vysvětlil, že není třeba jen mlčet, ale o problému mluvit, klidně se zeptat na cokoliv, někoho kdo by rodině pomohl překonat prvotní bariéru. Ona tuto možnost na počátku nemoci a léčení neměla a musela rodinu a své okolí naučit mluvit s ní jako dříve, nebát se ji zeptat a komunikovat s ní. Velkou pomoc pro sebe a následně i pro svoji rodinu našla v koordinátorku Mama Helpu, kterou kontaktovala dle brožurky, kterou našla u lékaře v čekárně. Již první telefonický rozhovor byl naprosto úžasný. Mohla mluvit s člověkem, který věděl, jak se cítí, o čem mluví, znal odpovědi na otázky pro laika pacienta a měl vlastní zkušenost s nemocí. Hned po prvním rozhovoru si pacientka domluvila návštěvu v centru. Byla moc ohromena přístupem všech v centru. Moc ji pomohlo mluvit s ženami se stejnými problémy a se stejnými zkušenostmi, viděla ženy již několik let po operaci a ty jí dávali velkou naději, že i ona to zvládne. Mama Help byl pro ni studnice informací, dozvěděla se o všech možných druzích epitéz, jak se o ni starat, jak, kdy a kde ji sehnat, informace o možných rekonstrukcích, ale i informace kde nakupovat prádlo, plavky. Jak chodit do bazénu a mnoho dalších praktických rad. Manžel byl po celou dobu velká opora, držel se jako statečný chlap, na návštěvu do centra Mama Helpu jít nechtěl, nakonec se spolu domluvili, že to zkusí a pokud by mu

to bylo nepříjemné, odejde. Celé sezení zvládl skvěle, sám přiznal, že bylo příjemné a i pro něho velmi poučné. Mnoho otázek, na které se neodvažoval zeptat, mu byly, zodpovězeny a sám získal naději, že i jeho žena to zvládne. Celou návštěvu považoval za přínosnou a moc užitečnou. Do této doby mohl o svých starostech hovořit pouze se svojí kolegyní, která měla stejně nemocnou maminku, i jemu moc pomohlo slyšet příběh druhých žen.

Pacientka v současné době přemýšlí o možné rekonstrukci, zatím nemá svolení onkologa, ale ráda by znala své možnosti. Má strach z celkové narkózy vzhledem ke svým přidruženým onemocněním. Možnost využití silikonového implantátu neřadí na první místo s ohledem na nedobré zkušenosti snášení jakéhokoliv cizího materiálu v těle. Má za to, že by dala přednost přenosu volného břišního laloku. Konzultaci u plastického chirurga zatím nemá naplánovanou, čeká na rozhodnutí onkologa. V současné době se cítí dobře, chodí na částečný úvazek do práce, plave, cvičí jógu, a pokud, ji to vzdálenost dovolí, navštěvuje stále centrum Mama Helpu. Myslí si, že znalost a povědomí o možnostech rekonstrukce prsu po doléčení by pro mnohou pacientku bylo motivací a tou dobrou pozitivní zprávou ve velkém množství těch negativních informací na počátku onemocnění. Uvítala by nějakou brožuru, kterou by si mohla projít třeba až po pár dnech od prvních informací a hlavně by uvítala fotky, jak před a jak potom. Jako laik to považuje za nejlepší pomoc, vysvětlování samozřejmě je nutné, ale fotka je dle jejího mínění lepší. Jako druhou věc si myslí, že alespoň kontakt na psychologa, když ne jeho přítomnost, by bylo vhodné již v ambulanci chirurgické a rozhodně v ambulanci onkologické. Všem ženám by vřele doporučila kontaktovat centrum Mama Helpu, tady ona osobně našla jednu z největších pomocí a porozumění. Pacientka podotýká, že záměrně nevyhledávala informace na internetu v žádných fórech na toto téma, protože se obávala velkého, zmateného a nekvalitního množství informací. Myslí si, že pro mnoho žen rekonstrukce chybějícího prsu znamená plnohodnotný návrat do společenského života, do sportovních aktivit. Sama věří, že bude moci rekonstrukci podstoupit. Na závěr rozhovoru byla dána respondentce možnost vznést dotazy ohledně dané problematiky rekonstrukce prsu. Pacientka této možnosti využila a

zeptala se. Co je třeba udělat, abych se dostala k plastickému chirurgovi? Je celý výkon hrazený zdravotní pojišťovnou, nebo něco platí pacient (např. implantáty)?

## **Respondentka 11**

Respondentka je 47 letá žena, rozvedená, žijící sama v Plzni v panelovém domě. Má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako vedoucí oddělení v bance. Mezi její koníčky patří hlavně cestování a turistika v přírodě.

V listopadu 2012 na pravidelné mamologické prohlídce ji byla zjištěna bulka v pravém prsu, pacientka podstoupila ultrazvukové vyšetření a byla ji odebrána biopsie, která potvrdila karcinom prsu. Současně byla diagnostikována menší bulka v levém prsu, v mykologické poradně byla pacientce doporučena oboustranná mastektomie s bezprostřední rekonstrukcí prsu silikonovými implantáty. Pacientka absolvovala konzultaci s plastickým chirurgem a byla seznámena s celým postupem operačního postupu a časovým harmonogramem. Pacientka udává, že informací měla dostatek a měla možnost se lékaře zeptat na všechny své dotazy. Operační výkon proběhl bez komplikací, hojení první týden bylo také bez komplikací. Po týdnu se objevilo zánětlivé ložisko a došlo k výtoku serózního výpotku, bohužel po neúspěšné léčbě musel být pravý implantát odstraněn. Pacientka byla krátkodobě hospitalizována, byla zavedena antibiotická léčba, po té byla propuštěna do domácího ošetřování. Hojení proběhlo v pořádku a v současné době si pacientka s lékařem naplánovala reaugmentaci na květen 2013. Podstupuje hormonální léčbu.

Pacientka uvádí, že první informace pro ni byla šokem, neuměla si představit odstranění obou prsů. Lékařka v mamologické poradně ji vysvětlila nutnost operace, ale současně i možnost rekonstrukce v jedné operaci, Sama pacientka říká, že možnost neprobudit se z narkózy bez prsů byla pro ni motivující a dodávala ji odvalu. Po konzultaci s plastickým chirurgem měla i docela dobrou představu jak asi prsy budou vypadat. Ocenila by v tomto období možnost konzultace s psychologem, protože to pro ni bylo velmi těžké období. Také by ráda viděla více fotografií, aby si udělala představu, jak to bude po operaci vypadat. S výsledkem byla, ale spokojena i přesto, že nastaly komplikace. Po celou dobu léčby ji byla velkou oporou dospělá dcera a rodiče. Pacientka je velmi ráda, že chodila na pravidelné kontroly a onemocnění u ní bylo zjištěno včas a má dobré naděje na úplné vyléčení, oceňuje možnost operačních výkonů

v jedné době. Pro ni to bylo velmi povzbudivé a znamenalo to pro ni vynechání mezidobí bez prsů.

Na závěr rozhovoru byla pacientce dána možnost vznést případné dotazy. Pacientka chtěla znát, jaká bude mít omezení po fyzické stránce po operaci a v pozdější době? Zda, je tento způsob rekonstrukce již na trvalo? Jestli bude mít bolesti, pokud ano jak dlouho?



## **Respondentka 12**

Respondentka je 30 letá svobodná žena, žijící v Plzni, pracující ve středním managementu reklamní agentury. Nejvíce svého času věnuje práci a sportu. Ve firmě jsou na ni kladeny vysoké požadavky, často pracuje nad rámec svých povinností, ale práce ji baví. Pokud má nějaký volný čas, ráda si jde zaběhat, nebo zacvičit do posilovny. Má ráda moderní styl oblékání a módu.

Vzhledem k rodinné zátěži, již od svých dvacetipěti let, pravidelně navštěvuje mamologickou poradnu. Její maminka i babička měly karcinom prsu. Babička již zemřela, maminka je po pravostranné mastektomii. Při pravidelné kontrole byl pacientce objeven útvar v pravém prsu, bylo provedeno ultrazvukové vyšetření a biopsie. Byl prokázán karcinom a doporučena pravostranná mastektomie. Pacientka sama vyhledala možnosti rekonstrukce prsu na internetu a domluvila si konzultaci u plastického chirurga, ten jí vysvětlil možnosti a postupy, ale bohužel ji musel sdělit, že není úplně vhodnou pacientkou na bezprostřední rekonstrukci. Pacientka po domluvě s lékařem podstoupila mastektomii v září 2012 na chirurgické klinice a hormonální léčbu na onkologii. Pooperační hojení probíhalo bez komplikací. Pacientka od propuštění do domácího ošetřování používala epitetu, nechtěla, aby si mnoho lidí všimlo, že jí chybí prs. Sama přiznává, že neuměla se svým okolím o nemoci mluvit, spíše ji tajila. V březnu 2013 byla připravena na přenos volného břišního laloku DIEP. Operace proběhla bez komplikací, v nemocnici byla deset dní a po té v domácím ošetřování. S výsledkem je velmi spokojená, nemusí používat epitetu, která ji omezovala v normálním aktivním pohybu a také v oblasti oblékání a módy.

Pacientka měla od počátku stanovení dostatek informací jak od mykologa, tak současně od plastického chirurga. Byla spokojená s přístupem zdravotníků. Uvítala by více informací o úspěšnosti operačních výkonů a také více fotografií. Za velké pozitivum rekonstrukce prsu vidí brzký návrat do pracovního a společenského života. Možnost opět sportovat bez obav nějaké nehody s epitézou.

Na závěr rozhovoru byl dán pacientce prostor na případné dotazy. Pacientka chtěla znát, zda bude velký rozdíl mezi prsy, zda to bude na první pohled viditelné? Kdy bude moci začít sportovat? Jak dlouho bude muset být na pracovní neschopnosti? A zda je

výkon celý hrazen zdravotní pojišťovnou, nebo zda bude část hradit sama? Pacientka uvádí, že ani hrazení operačního výkonu by ji nevadilo, stejně by operaci podstoupila.

### Příloha 3



Zdroj: Foto archiv OPCH FN Plzeň



Zdroj: Foto archiv OPCH FN Plzeň

## **Příloha 4**

### **Informační brožura**



# Možnosti rekonstrukce prsu po mastektomii

Oddělení plastické chirurgie  
FN Plzeň

**Existuje mnoho metod rekonstrukce prsu.  
Nejdůležitější jsou dvě otázky. Jsem  
vhodnou pacientkou pro rekonstrukci  
prsu? Jaká metoda je pro mě nejvhodnější?**

## Karcinom prsu

- První diagnostika
- Mamologická centra, Chirurgická poradna, Gynekoogická poradna

## Chirurgická léčba

- Mastektomie
- Mastektomie šetřící
- Mastektomie + bezprostřední rekonstrukce prsu

## Onkologická léčba

- Radioterapie
- Chemoterapie
- Hormonální terapie

## Kam a kdy dál ?

- Ukončená léčba
- 6 měsíců remise
- Souhlasné stanovisko onkologa s rekonstrukční operací

## Plastická chirurgie

- Konzultace u plastického chirurga
- Zvážení možností rekonstrukce
- Výběr metody rekonstrukce
- Harmonogram operačních výkonů

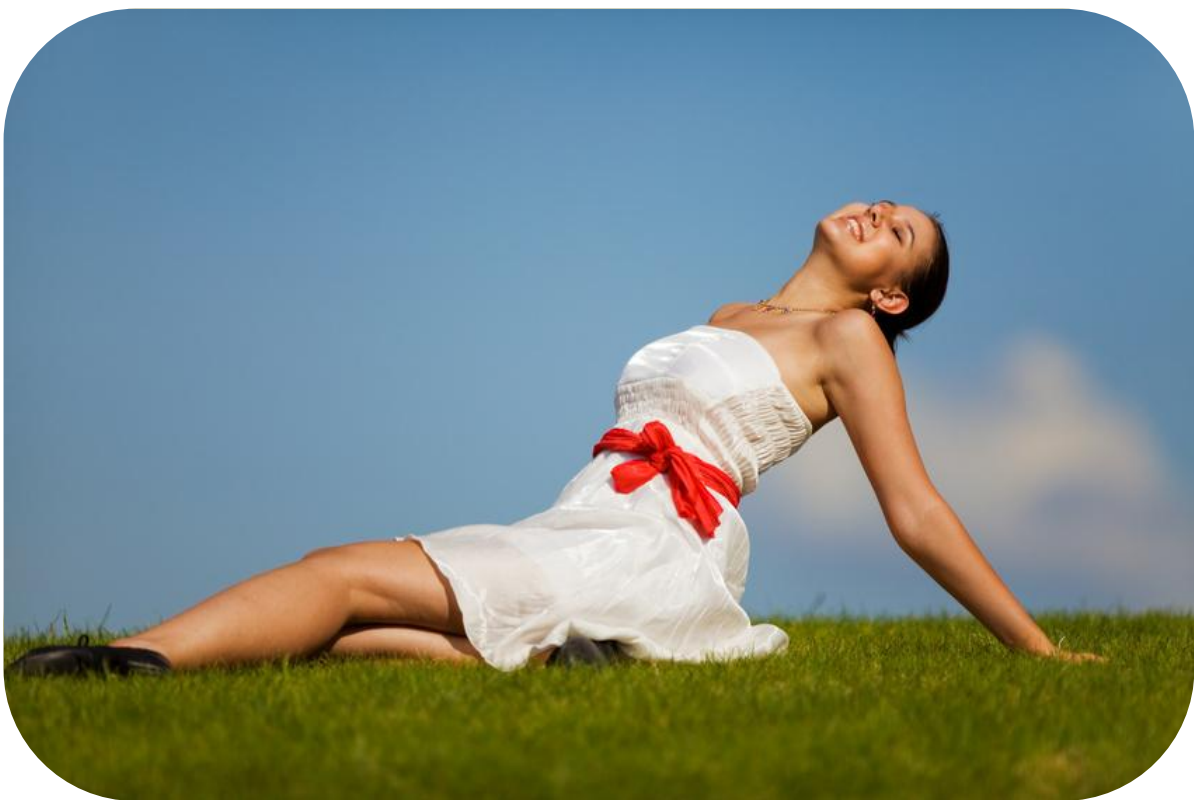
## Možnosti rekonstrukce

- Bezprostřední rekonstrukce
- Silikonové implantát
- Becker expandér/implantát
- Expandér + implantát
- Přenos volného břišního laloku
- Latissimus Dorsi Flap

## **Správné načasování rekonstrukce prsu**

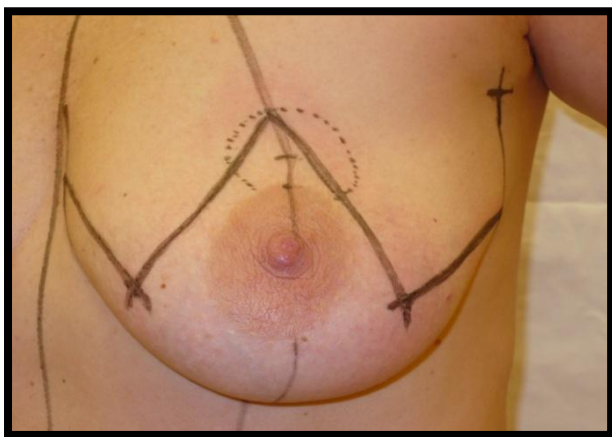
Rekonstrukce prsu může probíhat současně při operačním výkonu mastektomie, tzv. bezprostřední rekonstrukce prsu. Druhou možností je odložená rekonstrukce, operační výkon je prováděn týdny, měsíce nebo i roky po mastektomii.

Po konzultaci se svým lékařem a zvážení všech okolností se společně s lékařem rozhodnete pro nejvhodnější metodu rekonstrukce chybějícího prsu.



## Bezprostřední rekonstrukce

- Rekonstrukce prsu se provádí v jednom operačním výkonu s mastektomií
- Jeden operační výkon, jedna doba rekonvalescence
- Odpadá doba s jedním nebo žádným prsem
- Je nutné souhlasné stanovisko onkologa, mamologa, plastika

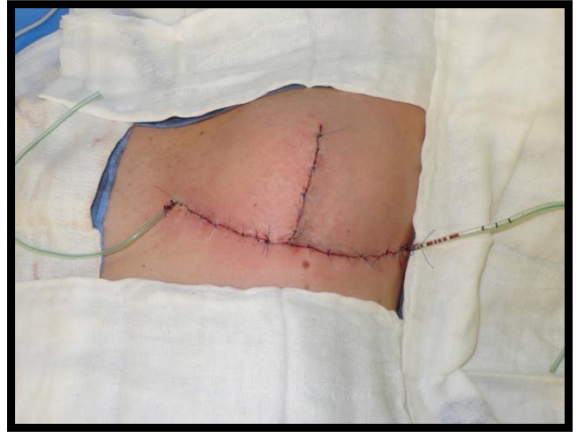
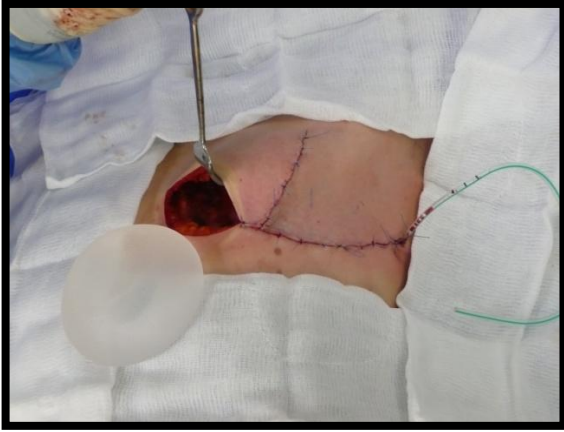


předoperační plánování

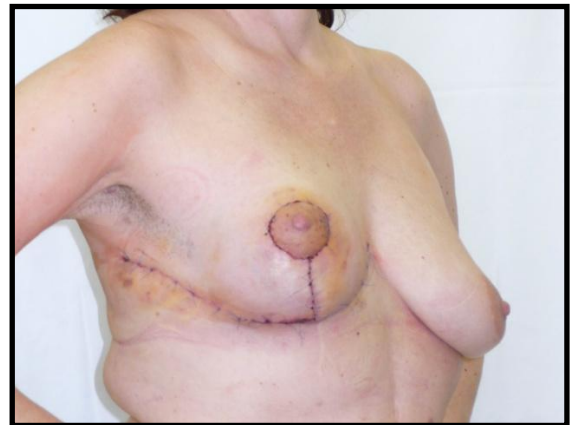
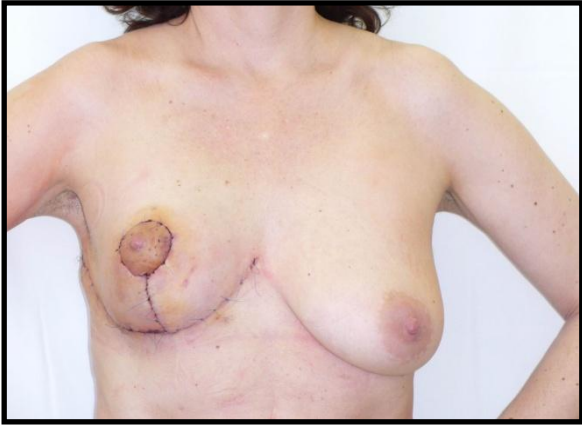


modifikovaná mastektomie





rekonstrukce silikonovým implantátem



mezidobí



bezprostřední rekonstrukce - výsledek

## **Odložené rekonstrukce**

Zvolení té nejvhodnější metody závisí na několika faktorech:

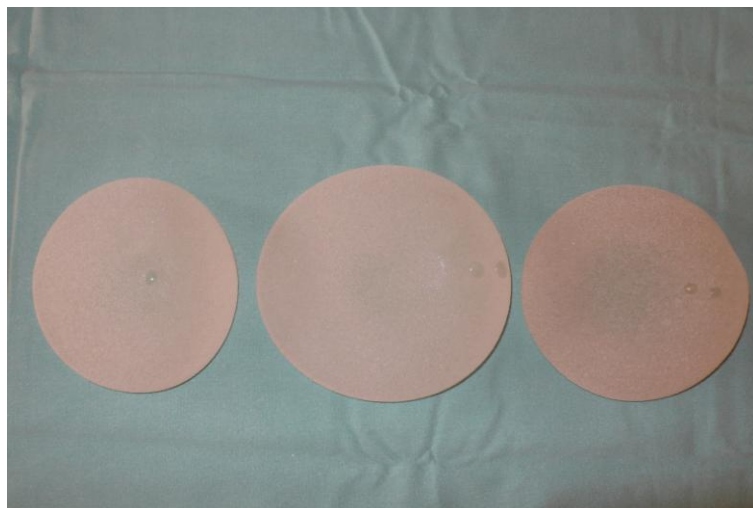
- Váš zdravotní stav
- Váš životní styl
- Velikost vašich prsů
- Váš výběr metody
- Kvalita a množství kožního krytu
- Vhodné možnosti metody rekonstrukce

Nejvhodnější možnost vyberete společně s vaším lékařem po pečlivém zvážení všech možností a podmínek.

Rekonstrukce lze provést za pomoci vaší vlastní tkáně, pomocí silikonového implantátu nebo kombinací obojího.

## **Silikonové implantáty**

- Odložená rekonstrukce (měsíce, rok i více)
- Dostatečná doba na rozmyšlenou, zotavení se po mastektomii
- Možno použít různé druhy implantátů - kulaté, anatomické, různé profily
- Vhodné pro menší, drobnější prsy s dostatkem kvalitního kožního krytu
- Méně časově náročný operační výkon
- Rychlejší rekonvalescence
- Jednofázová rekonstrukce

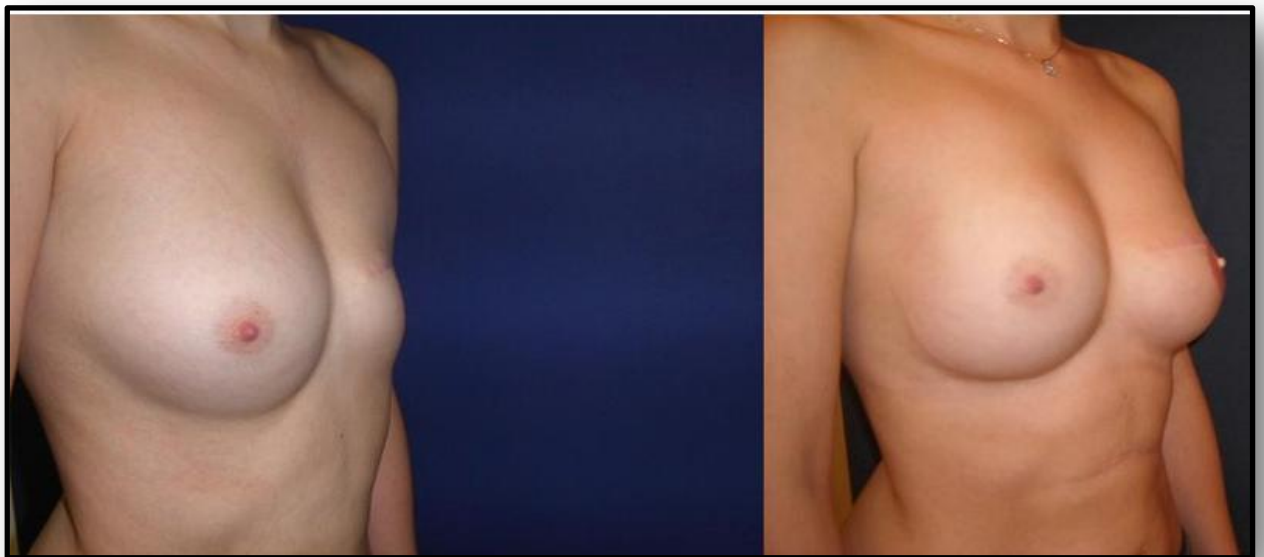


ukázka implantátů - anatomický tvar 1





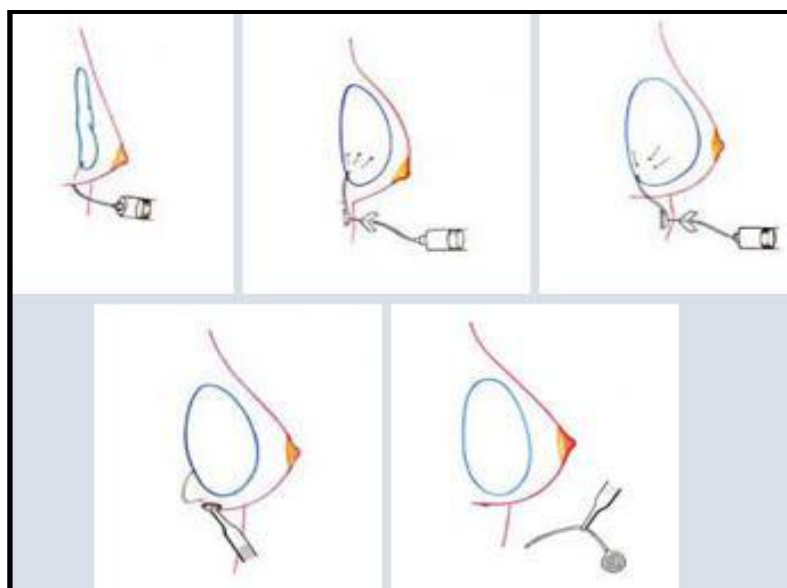
ukázka implantátů - kulaté implantáty



rekonstrukce silikonovým implantátem

## Becker expandér/implantát

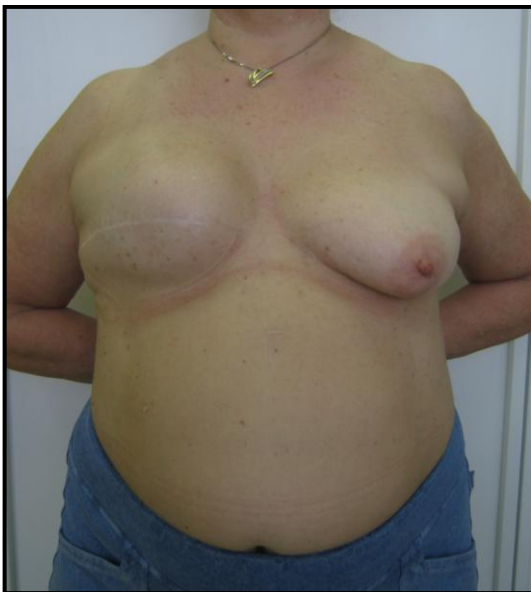
- Je kombinovaný implantát tvořený vnitřním pouzdem kde je prostor pro plnění fyziologickým roztokem a vnějším texturovaným pouzdem naplněným silikonovým gelem.
- Beckerův implantát je expandér a implantát současně
- Je výhodnější u žen silnějších a s objemnějšími prsy.
- Expandér je vložen současně s plnicím terčíkem, přes který se aplikuje fyziologický roztok
- Naplněný se ponechává zhruba po dobu tří měsíců
- Plnicí terčík se odstraňuje v druhé fázi, je možné ponechat ho pro případnou korekci velikosti prsu



technický nákres



Becker expandér/implantát



Becker expander/implantat - mezidobi



rekonstrukce Becker exp./imp. vlevo + modelace vpravo – výsledek



rekonstrukce dvorce a bradavky

## Expandér + silikonový implantát

- Volí se při nedostatečném prostoru a nedostatku volného kožního krytu
- Tkáňový expandér vytvoří dostatečný prostor a následně se vkládá prsní implantát.
- V první fázi se vloží expandér, který se po zhojení operační rány začne plnit fyziologickým roztokem
- Expandér se naplní do požadované velikosti a po té zůstává na místě 3 – 6 měsíců.
- Pak následuje druhý operační výkon, kdy se vyjme expandér a je nahrazen silikonovým implantátem
- Pro pacientku mírně větší náročnost dvou operačních výkonů a s tím spojené možné komplikace
- Výsledek však bývá velmi hezký a přirozený



předoperační foto



mezidobí - expanze



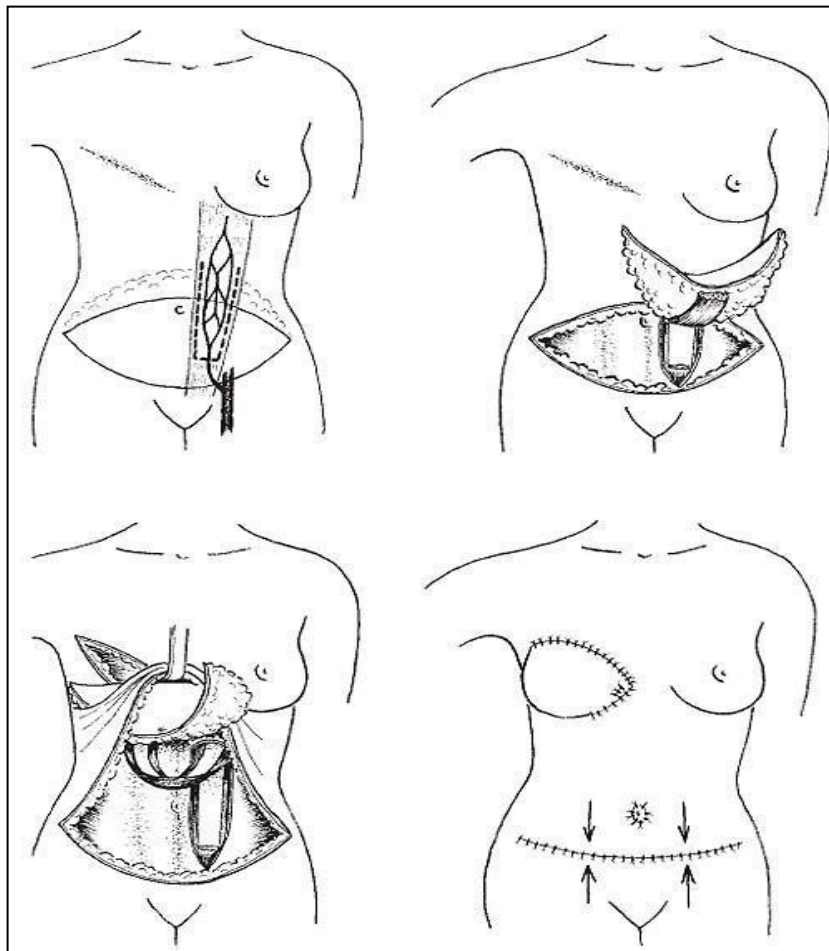
konečný výsledek





## TRAM lalok - lalok z příčného břišního svalu

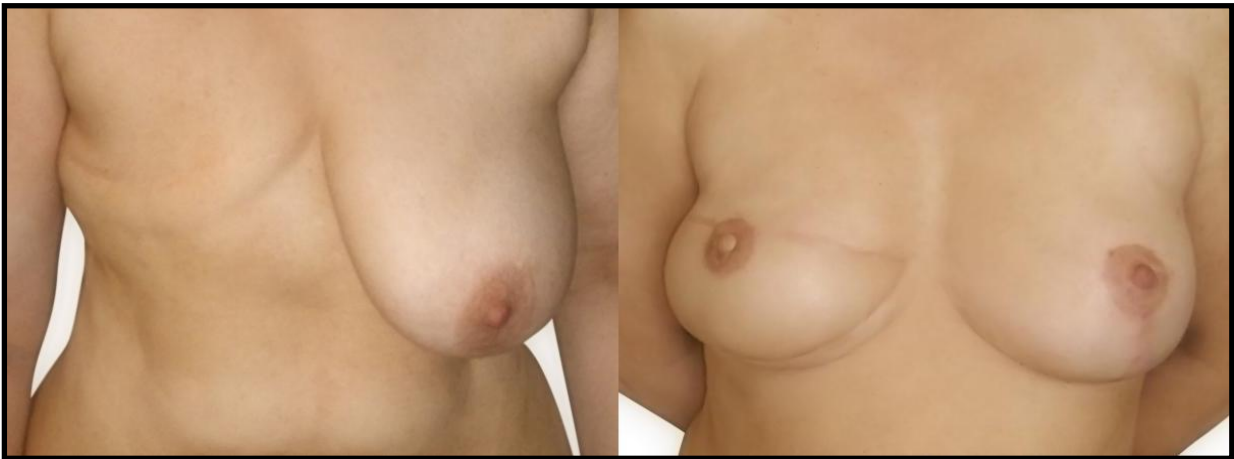
- Lalok se odebírá s oblasti břicha, stopkovaný nebo volný
- Vzniká obloukovitá jizva v podbříšku (shodná s jizvou po plastickém odstranění kožního nadbytku břicha)
- Časově náročnější výkon
- Náročnější pooperační rekonvalascence pro pacientku
- Několiká fázové operační řešení rekonstrukce + úprava druhého prsu



nákres rekonstrukce TRAM laloku



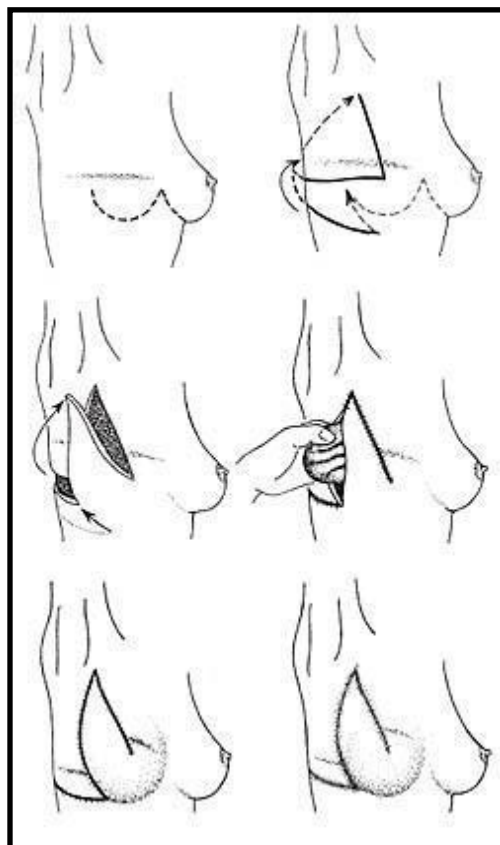
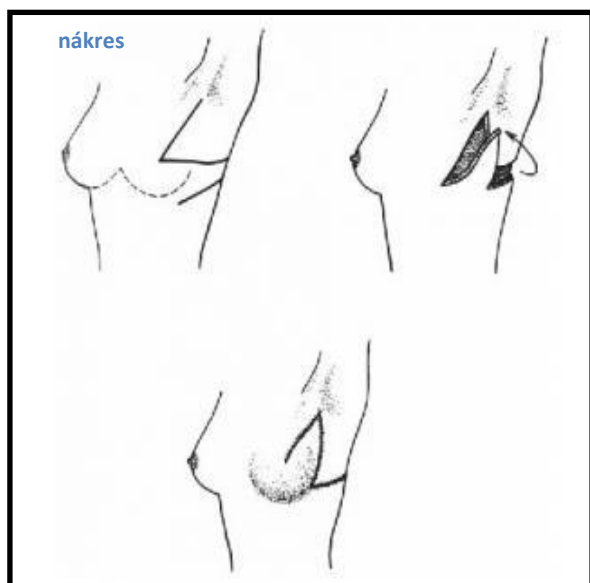
rekonstrukce břišním lalokem



mezidobí TRAM laloku

# Latissimus Dorsi Flap

- Ustupuje do pozadí, ale stále má své využití
- Využívá se u pacientek kuřáček, s nadváhou, diabetem a tím spojenými možnými poruchami cirkulace
- Nedochozí k téměř žádnému fyzickému omezení v pooperační době
- Využívá se v kombinaci se silikonovým implantátem
- Nevýhodou tohoto laloku je jeho menší objem, z estetického hlediska vzniká na zádech jizva





rekonstrukce latissimus dorsi

## **Rekonvalescence**

Rekonvalescence po rekonstrukci prsu je u každé ženy individuální. První dny pooperační rekonvalescence budou spojena s diskomfortem, můžete cítit bolest, pocit pnutí, způsobené otokem, prsa budou citlivá na dotyk při převazech. Převazy budou probíhat jedenkrát denně, v případě potřeby častěji. V pooperační době bude nutné nosit speciální kompresivní podprsenku, dle zvyklostí oddělení, přibližně dva měsíce. Normální denní aktivity budete schopná provádět po několika dnech, k další fyzické zátěži se budete navracet průběžně, individuálně dle svého stavu a pocitu.

Další důležitou fází rekonvalescence bude péče o jizvy. Aplikace tlakových masáží, speciálních mastí, silikonových náplastí. Na našem trhu je velký výběr produktů.

**Kontaktní místo:**

Oddělení plastické chirurgie

**Prim.MUDr.Vlastimil Bursa**

Telefon: +420 377 103 659

**Vrchní sestra Bc.Soňa Galušková**

Telefon: +420 377 103 670

Kartotéka OPCH

Telefon: +420 377 103 640

Alej Svobody 80, 323 00

FN Plzeň – Lochotín

Budova B, 6.patro

**Ambulance – ordinační hodiny:**

Pondělí: 8,30 – 12,00 hod.

Středa: 8,30 – 12,00 hod.

Čtvrtek: 8,30 – 12,00 hod.

Pátek: 8,30 – 12,00 hod.

Telefon: +420 377 103 616, 377 103 617

Objednání není nutné.

