

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>12</b>
1.1 POJEM - CO JE KARCINOM PRSU .....	12
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	12
1.3 ETIOLOGICKÉ FAKTORY.....	13
1.3.1 Genetické faktory .....	13
1.3.2 Hormonální faktory .....	13
1.3.3 Dietní faktory.....	13
1.3.4 Morfologické faktory.....	14
1.3.5 Vlivy zevního prostředí .....	14
1.4 KLINICKÝ OBRAZ.....	14
1.4.1 Stadia karcinomu prsu .....	15
1.5 DIAGNOSTIKA.....	15
1.5.1 Samovyšetření .....	16
1.5.2 Mamografie .....	16
1.5.3 Ultrasonografie .....	17
1.5.4 Magnetická rezonance .....	17
1.5.5 Duktografie.....	18
1.5.6 Biopsie sentinelové uzliny.....	18
1.6 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY KARCINOMU PRSU .....	18
1.6.1 Partnerské vztahy a sex .....	19
1.6.2 Reakce ženy na nemoc .....	20
1.6.3 Sdělení a zpracování diagnózy .....	20
1.6.4 Psychosociální opora v nemoci .....	22
1.7 TERAPIE .....	23
1.7.1 Chirurgická terapie prsu .....	23
1.7.2 Radioterapie.....	24
1.7.3 Chemoterapie.....	24
1.7.4 Hormonální léčba .....	25
1.7.5 Edukace jako součást komplexní léčby .....	25

1.7.6 Sledování po terapii .....	25
1.8 REHABILITACE .....	26
1.8.1 Fyzikální rehabilitace .....	26
1.8.2 Sociální rehabilitace .....	28
1.8.3 Psychologická rehabilitace .....	29
1.8.4 Lázeňská léčba.....	30
1.9 PREVENCE .....	30
1.10 REKONSTRUKČNÍ OPERACE .....	30
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>32</b>
2.1 CÍL PRÁCE .....	32
2.2 HYPOTÉZY.....	32
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>33</b>
3.1 METODIKA PRÁCE .....	33
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	33
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>34</b>
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>59</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
<b>6. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>63</b>

**„Nemůžete si vybrat, jak zemřete. Nebo kdy.**

**Můžete se pouze rozhodnout, jak budete žít.**

**A to právě teď.“**

**(Joan Baez)**

## **Úvod**

Karcinom prsu není onemocněním moderní doby, jde o onemocnění se starobytlou historií, které doprovází lidstvo od počátku jeho dějin. Dříve se o rakovině prsu a jeho ztrátě hovořilo velmi málo, až v dnešní době zná prakticky každý člověk nějakou ženu, která onemocněla zhoubným nádorem prsu.

Choroby ženského prsu zvláště karcinom prsu je v současné době jedním z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění žen. Incidence karcinomu prsu má stoupající tendenci a je mezi onkologickými chorobami nejčastější příčinou úmrtí žen. Karcinom prsu zasahuje do všech oblastí života postižené ženy a stává se tak celospolečenským problémem. Jedná se o onkologické onemocnění, které ve všech svých důsledcích znamená pro ženu a její blízké okolí obrovskou psychickou a fyzickou zátěž. Jedna z možností léčby rakoviny prsu je chirurgické odstranění celého prsu, které pro ženu znamená velikou změnu nejenom v sociálním životě.

Ženský prs představuje jeden z nejvýznamnějších atributů ženské krásy. Proto jakákoli vrozeně podmíněná odchylka ve velikosti a tvaru prsu bývá ženou vnímána velmi bolestně. Veliký dopad má potom na ženu ablační výkon. Žena se při ztrátě prsu potýká s obavami nejen z dalších postupů léčby, vývoje zdravotního stavu, ale i se strachem z toho, jak změní jejich život ztráta tak dominantního symbolu ženskosti.

Práce předkládá informace o karcinomu prsu, rizikových faktorech pro vznik karcinomu prsu, klinických příznacích, diagnostice a léčbě karcinomu prsu. Dále o možnostech rekonstrukční terapie, rehabilitace a o psychosociálních důsledcích rakoviny. Tato práce by měla zjistit vliv mastektomie na sociální život žen s karcinomem prsu. Výsledky by měly ukázat, zda a jakým způsobem mastektomie

ovlivňuje sociální život žen. Zda negativní vliv mastektomie závisí na postoji partnera a na podpoře rodiny a zda mastektomie ovlivňuje negativně více svobodné a bezdětné ženy. A zdali ženy po mastektomii mají zhoršené pracovní uplatnění.

## 1. Současný stav

### 1.1 Pojem - Co je karcinom prsu

Zhoubným nádorem obecně nazýváme onemocnění, za nímž se skrývá skupina více než 100 různých chorob. Všechny mají společný alespoň v určité fázi nekontrolovatelný růst buněk, které se vymkly kontrolním mechanismům organismu pacientky. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen.<sup>1</sup> Všechny typy rakoviny mají jednu společnou vlastnost a to nekontrolovatelný růst a kumulaci (hromadění) abnormálních buněk. Normální buňky se chovají podle předem naprogramované genetické sady pravidel, podle tohoto systematického plánu se dělí, dozrávají, odumírají a jsou nahrazovány jinými buňkami. Na rozdíl od těchto buněk se rakovinné buňky těmito biologickými zákony neřídí, dělí se rychleji, rostou chaotickým způsobem a řádně nedozrávají.<sup>2</sup> Mezi nejčastější maligní epitelové (epitel – krycí tkáň, výstelka, pokrývá zevní povrch těla) nádory mléčné žlázy patří karcinom.<sup>3</sup>

### 1.2 Epidemiologie

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním u žen. Tvoří téměř 20% ze všech maligních (zhoubných) onemocnění žen. Incidence (výskyt) karcinomu prsu neustále stoupá a postihuje přibližně 6% ženské populace, zatímco mortalita (úmrtnost) stagnuje.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 19-29 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

<sup>2</sup> NEZU, Arthur M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnutí rakoviny*. 1. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 12-13 s. ISBN 80-7364-000-7.

<sup>3</sup> KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. Praha: Galén, 2005. 128 s. ISBN 80-7262-315-X.

<sup>4</sup> ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 183 s. ISBN 978-807-2626-489.

### ***1.3 Etiologické faktory***

Rizikovými faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme určité údaje ze života ženy, které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života.<sup>5</sup> Lze je rozdělit na faktory genetické, hormonální, dietní morfologické a další faktory zevního prostředí.

#### ***1.3.1 Genetické faktory***

Přibližně 5 až 10% karcinomů prsu je podmíněno geneticky.

- karcinom prsu v rodinné anamnéze
- karcinom prsu v osobní anamnéze<sup>6</sup>

#### ***1.3.2 Hormonální faktory***

Vznik karcinomu prsu může být podmíněn delší expozicí estrogenů.

- časný věk menarche (první menstruační krvácení)
- pozdní menopauza (ukončení pravidelného menstruačního krvácení)
- první gravidita (těhotenství) po 30. roce života
- nuliparita (žena, která dosud nerodila)<sup>7</sup>

#### ***1.3.3 Dietní faktory***

- alkohol
- zvýšený příjem tuku v dětství a dospívání
- váhový nárůst spojený s nedostatkem fyzické aktivity

---

<sup>5</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al., ref. 1, s. 33-34

<sup>6</sup> ADAM, Zdeněk; KREJČÍ, Marta; VORLÍČEK, Jiří, et al. ref. 4, s. 183

<sup>7</sup> KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA. *Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, c1997. 18 s. ISBN 80-858-2466-3.

### **1.3.4 Morfologické faktory**

Ženy, které prodělaly karcinom ovaria (vaječník), karcinom endometria (slizniční vrstva dělohy), karcinom v jednom prsu, mají veliké riziko dalšího karcinomu v prsu.<sup>8</sup>

### **1.3.5 Vlivy zevního prostředí**

- zvýšená zátěž UV zářením
- rakovinotvorné chemikálie (barvy, změkčovadla a pesticidy).<sup>9</sup>
- radiace představuje zdvojené riziko pro karcinom prsu<sup>10</sup>

### **1.4 Klinický obraz**

Znalost klinických známek nádorů prsu by měla bez nadsázky patřit k obecnému povědomí a základním znalostem každého člověka. Je všeobecně známo, že klinickými známkami se projevuje nádor v pozdějších stadiích, přesto je velmi dobré odhalit tyto známky alespoň tak včas, pokud není úplně pozdě.<sup>11</sup>

Obvyklým příznakem karcinomu je hmatná rezistence, nejčastěji se nachází v horním zevním kvadrantu (45%), méně centrálně pod dvorcem (25%), dále v horním vnitřním kvadrantu (15%), v zevním dolním kvadrantu (10%) a nejméně ve vnitřním dolním kvadrantu (5%), která má však, proti jiným lokalitám, horší prognózu.<sup>12</sup>

V prsu je odhaleno nebolestivé ložisko, které může být pohyblivé a tvrdé jako kámen. Z bradavky může vytékat čirý nebo krvavý sekret. Zhoubný nádor se fixuje ke spodině hluboké fascie a prorůstá směrem ke kůži, která je k němu přitažena. Progrese

---

<sup>8</sup> KOBILKOVÁ, Jitka et al. ref. 3, s. 129

<sup>9</sup> COY, Johannes F. a Maren FRANZ. *Výživou proti rakovině: Jak zastavit rakovinový gen*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2010. 14 s. ISBN 978-80-249-1450-3.

<sup>10</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Jaromír HORÁK. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 14-15 s. ISBN 80-7169-771-0.

<sup>11</sup> SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině prsu beze strachu*. 1. Praha: Mladá fronta, 2010. 23 s. ISBN 978-80-204-2184-5.

<sup>12</sup> DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1. Praha: Grada, 2006. 25 s. ISBN 80-247-1123-0.

do kůže kolem dvorce vtahuje bradavku. Blokáda lymfatických uzlin je příčinou otoku ruky a ztlustění kůže, která má vzhled pomerančové kůže.<sup>13</sup>

Nejčastější příznaky při vyšetřování prsu jsou: vtahování kůže, důlkovitění (rezistence v prsu vtahuje část tkáně tak, že zevně je patrná určitá změna tvaru – důlek), váznutí při souhybu (Asymetrie prsu při pohybech paží. Zdravý prs se hýbe vláčně a dynamicky oproti prsu s rezistencí, kde dochází při pohybech k překážce a vtahování), asymetrie ze zvětšeného objemu prsu, zarudnutí a oteplení kůže, rozšířená žilní pleteň.<sup>14</sup>

#### ***1.4.1 Stadia karcinomu prsu***

Karcinom prsu se šíří cestou krevní i lymfatickou. V době diagnózy má postižené lymfatické uzliny již 40-50% žen.

I. stadium – tumor je menší než 2 cm, lymfatické uzliny nejsou postiženy

II. stadium – velikost tumoru je 2-5 cm, uzliny jsou pohyblivé a nejsou vzdálené metastázy

III. stadium – a) tumor je fixovaný, regionální uzliny mohou být postiženy, ale nejsou vzdálené metastázy

b) nádor může mít různou velikost, na straně tumoru jsou postižené supra- a infraklavikulární (nadklíčkový – podklíčkový) uzliny, je patrný edém paže, nesmí být vzdálené metastázy

IV. stadium – tumor má různou velikost a jsou vzdálené metastázy

#### ***1.5 Diagnostika***

Cílem sekundární prevence je časný záchyt a detekce karcinomu a vytipování rizikových skupin. Časná diagnóza zvyšuje záchyt nádorů nižších stadií onemocnění a snižuje mortalitu. K včasnému záchytu karcinomu prsu přispívá kombinace samovyšetření, klinického vyšetřování a mamografie.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> KOBILKOVÁ, Jitka et al. ref. 3, s. 129

<sup>14</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Jaromír HORÁK, ref. 10, s. 24-28

<sup>15</sup> DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠTÁK, ref. 12, s. 25-26



Stanovení diagnózy nádorového onemocnění není vždy jednoduchým úkolem. Proto je mimořádně důležité osvojit si všechny dostupné diagnostické metody a plně je využívat. Přes dostupnost nejrůznějších specializovaných vyšetření nelze však opomenout metody základní jako je pečlivá anamnéza a fyzikální vyšetření.<sup>16</sup> Nesmíme také zapomenout na vyšetření nádorových markerů CA 15-3.<sup>17</sup>

### **1.5.1 Samovyšetření**

Samovyšetřování je doporučováno u žen nad 20 let věku 1krát měsíčně. I dobře poučená žena provádějící samovyšetřování je ale schopna verifikovat až nádor o průměru nejméně 2 cm. Když už je možný předpoklad metastáz.<sup>18</sup>

### **1.5.2 Mamografie**

Má vedoucí místo v diagnostice nemocí prsu.<sup>19</sup> Je jedinou technikou, která dokáže nádor prsu odkrýt dříve, než je palpovatelný (vyšetřený pohmatem), a to i ve velikosti pouhých několika milimetrů. Je to jediná metoda k detekci mikrokalcifikací (drobné zvápenatění).<sup>20</sup>

Je důležitým nástrojem screeningu (použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaku onemocnění), jehož cílem je širokoplošně vedená časná detekce karcinomu prsu. Vzhledem k tomu, že největší počet onemocnění se demonstruje po 40. roce věku pacientek, je v současné době zaveden a zdravotními pojišťovnami hrazen screening pro pacientky od 45. do 70. roku věku. Screening hrazený zdravotními pojišťovnami zahrnuje mamografické vyšetření jedenkrát za dva roky. Standardní mamografické

---

<sup>16</sup> KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 79 s. ISBN 80-246-0468-X.

<sup>17</sup> MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 132 s. ISBN 80-733-3001-6.

<sup>18</sup> DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK, ref. 12, s. 26

<sup>19</sup> CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. Praha: Galén, 2001. 197 s. ISBN 80-7262-094-0.

<sup>20</sup> KOHOUTOVÁ, J., H. KLOZOVÁ URMINSKÁ a P. JANDÍK. Úskalí vyšetřovacích modalit v klinické mamodiagnostice. In: *XIII. Jihočeské onkologické dny*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a. s. pro vnitřní úpravu, 2006. 11 s. ISBN 80-239-7483-1.

vyšetření zahrnuje 2 rentgenové snímky každého prsu, jeden snímek shora a jeden za strany.<sup>21</sup>

### ***1.5.3 Ultrasonografie***

Výhoda spočívá v dynamice zobrazení, ve schopnosti rozlišení solidní (pevné) a cystické léze a v absenci radiační zátěže.<sup>22</sup> Je druhou hlavní diagnostickou zobrazovací metodou užívanou při vyšetření prsu. Při diagnostice karcinomu prsu je doplňkovou metodou. Nevýhodou menší spolehlivost v detekci nádorů o velikosti do 1 cm u asymptomatických žen s mléčnou žlázou v pokročilé involuci. Primární diagnostická metoda u žen pod 30 let věku, těhotných a kojících. Doplňující vyšetřovací metoda k mamografii v případě nejednoznačného nálezu.

### ***1.5.4 Magnetická rezonance***

Je metodou s omezenými indikacemi, protože cena vyšetření je poměrně vysoká a je také nutné intravenózně (do žíly) aplikovat kontrastní látku. Magnetická rezonance má tyto nejdůležitější indikace: zjištění recidivy karcinomu po rekonstrukční operaci s použitím silikonové protézy, odlišení jizvy a malignity, hledání primárního nádoru v prsu při nálezu metastáz a axilárních (týkající se podpaží) lymfatických uzlinách a negativních mamografických a ultrasonografických nálezech.<sup>23</sup>

V diagnostickém algoritmu stojí za mamografií a ultrasonografií, je to metoda s vysokou senzitivitou, ale poměrně nízkou specificitou. Je málo efektivní při diferenciální diagnostice mikrokalciфикаcí, patologické sekrece při odlišení zánětu od zánětlivého karcinomu.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> SINGLETARY, E. a A. JUDKINS. *Breast cancer: myths*. Huntington, NY: PRR, 1997. 24 s. ISBN 09-641-8237-8.

<sup>22</sup> CITTERBART, Karel et al., ref. 19, s. 198

<sup>23</sup> DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK, ref. 12, s. 27

<sup>24</sup> KOHOUTOVÁ, J., H. KLOZOVÁ URMINSKÁ a P. JANDÍK, ref. 20, s. 13

### ***1.5.5 Duktografie***

Tato metoda se používá k odhalení nádorů intraduktálních a je modifikací mamografie. Na rozdíl od ní jsou mlékovody plněny kontrastní látkou, nejdůležitější indikací je jednostranná nemléčná sekrece z bradavky. Hodnotí se průnik tenké kanyly s kontrastní látkou do ductu (drobný vývod), stav ductu, defekt či stop náplně.<sup>25</sup>

### ***1.5.6 Biopsie sentinelové uzliny***

Biopsie (vyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně a odběr této tkáně) vychází z předpokladu, že v axile jsou 1-3 lymfatické uzliny, které jsou jako první postiženy při metastazování nádoru v prsu.

Mezi pomocné vyšetřovací metody patří laboratorní vyšetření (KO, FW, biochemické vyšetření krve, zjištění hodnot tumorových markerů, vyšetření moči a sedimentu.

Pro vyloučení nebo potvrzení vzdálených metastáz, je třeba provést další vyšetření: rentgenový snímek skeletu i hrudníku, ultrasonografii břicha, scintigrafii skeletu, CT, pozitronová emisní tomografie (PET), vyšetření přítomnosti či nepřítomnosti estrogenových a progesteronových receptorů a nádorových markerů.<sup>26</sup>

## ***1.6 Psychosociální aspekty karcinomu prsu***

Rakovina vyvolává mnoho stresorů a může vést k závažnému omezení kvality života, může se téměř každá stránka života ženy změnit. I ženy, které v minulosti dobře zvládaly i významnější nepříznivé životní situace, se jim při rakovině a její léčbě značně zvyšuje hladina stresu dokonce i při vykonávání běžných denních úkonů. Ne každá žena se setká s celým spektrem problémů, většina však závažné potíže udává. Tyto potíže

---

<sup>25</sup> CITTERBART, Karel et al. ref. 19, s. 198

<sup>26</sup> DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK, ref. 12, s. 27

mohou být povahy intrapersonální, sociální nebo se jedná o problémy ženy ve vztahu k jejímu okolí.<sup>27</sup>

U onkologických onemocnění prsu dochází k ohrožení sociálních vztahů převážně ve změněné roli v rodině, ze strachu z toho, že postižená není již tak atraktivní pro svého partnera, obavy ze ztráty z odloučení, z ohrožení nebo ukončení profesní činnosti, ze stáhnutí se z okruhu kolegů z práce a přátel. Dále ze starostí o osud vlastních dětí, změny v sexualitě a z nové závislosti na lékařském personálu.<sup>28</sup>

### ***1.6.1 Partnerské vztahy a sex***

Aby partnerské vztahy nadále dobře fungovaly, je nutné, aby byl partner velmi citlivý, chápatel a vstřícný. Mnohdy nemoc a její řešení partnerské vztahy utuží. Partneri se sblíží a naučí se těžké období života řešit společně a účelně. Pokud partner skutečnost nemoci ženy není schopen sám psychicky zvládnout, může navštívit psychologa a najít u něho pomoc.<sup>29</sup>

Soužití s partnerem nebo manželem záleží na vzájemném pochopení a pevnosti citového a rozumového vztahu. Pro ženu znamená mastektomie nejen psychickou a fyzickou zátěž, ale pro mnohé ženy i dlouhodobé trauma při sexuálním styku. Odmítají se obnažit, odmítají něžnosti a laskání partnera. Žena se musí snažit najít co nejdříve vnitřní rovnováhu a osobní trauma nenadřazovat společnému rodinnému soužití. Operací život nekončí, budoucnost zacelí tělesnou i duševní ránu a vztah k partnerovi a rodině bude dále smyslem naplněného života.<sup>30</sup> Obnovení normálního sexuálního života je zpravidla možné, i když si někdy vyžádá delší čas a konzultaci se sexuologem.<sup>31</sup>

Mnohé vztahy se po ženě ablaci prsu rozpadá, muž opouští ženu v nejkritičtější období, kdy by potřebovala nejvíce partnerovu podporu a pomoc. Ze

---

<sup>27</sup> NEZU, Arthur M. et al., ref. 2, s. 22

<sup>28</sup> TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 314 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

<sup>29</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. ref. 1, s. 122

<sup>30</sup> DIENSTBIER, Zdeněk. *Rakovina prsu u žen: Prevence a léčebná péče*. 3. přepracované vydání. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2008. 12 s. ISBN nevedeno.

<sup>31</sup> KLENER, Pavel, ref 16, s. 325

strany muže je toto jednání nezodpovědné a lze tomu zabránit především otevřenými rozhovory a společným hledáním východisek a pochopitelně i dobrou vůlí.<sup>32</sup>

### ***1.6.2 Reakce ženy na nemoc***

Reakce žen a jejich postoje k nemoci mohou být velmi rozdílné. Některá může závažnost nemoci podceňovat, neléčit se, navrhovaná opatření nedodržovat, v tomto případě mluvíme o bagatelizaci nemoci.<sup>33</sup> Nebo o popření choroby, kdy klientka snižuje závažnost svého onemocnění nebo ho odmítá, což se projevuje i v neochotě spolupracovat se zdravotníky.<sup>34</sup> Jindy se stává, že klientky své potíže značně zveličují, reagují přehnaně bolestivě, tyto projevy nazýváme agravací.<sup>35</sup>

### ***1.6.3 Sdělení a zpracování diagnózy***

V současné době můžeme pozorovat rychlou až dramatickou změnu základní taktiky, totiž rychlý přechod od dřívější *pia fraus* (milosrdná lež) k realistickému pojetí pravdy. Základní otázka, zda sdělit či nesdělit pravdu klientce, se transformuje do aktuální a praktické polohy, totiž komu, kdy, kde, jak a co říci. Praktických zkušeností z oblasti pravdivého sdělování je stále ještě poskrovnu, je logické, že otázka jak pravdu sdělit zaznívá stále častěji a komunikativní dovednosti v této oblasti nabývají na významu. Rychlá změna základní strategie v sobě zahrnuje mnohá úskalí, která nebudou-li respektována, mohou poškodit klientky.

Obě strany, zdravotníci i klientky, jsou na strategii pravdy málo připraveny a k chybám nepochybně dochází. Je nutné se zabývat problémem, jak snížit riziko chyb, tzv. nevhodných nebo nevhodně formulovaných sdělení. Co je tedy potřebné za

---

<sup>32</sup> DIENSTBIER, Zdeněk, ref. 30, s. 12-13

<sup>33</sup> ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 2. upravené. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 74 s. ISBN 80-7013-243-4.

<sup>34</sup> JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. nezměněné. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-390-2.

<sup>35</sup> ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, ref. 33, s. 74.

současné situace dělat? Pokusit se získat ucelený přehled o tom, co klientky prožívají a jaké jsou zákonitosti psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci. Využít dostupných a kvalitních vzdělávacích programů. Osvěžit si znalosti z lékařského práva a znát dobře tu část, která se týká pravdy na nemocničním lůžku.<sup>36</sup>

Zvlášť nápadně se projevují způsoby chování v náročných životních situacích, jako je onemocnění.<sup>37</sup> Nemoc určitým způsobem svůj příchod ohlašuje, potencionální klientka při opakovaných, byť klinicky stále ještě nezřetelných atak (prudký záchvat nemoci) nemoci váhá a je zneklidněna. V praktické rovině se žena rozhoduje, zda má vyhledat lékaře nebo zda má počkat, protože obtíže přece mohou zase odejít. Zpracování onemocnění probíhá ve fázích, které mají individuálně specifický průběh i délku trvání.

1. Fáze nulitní je fází váhání zda jít k lékaři nebo ne. Pacientka přijde k lékaři někdy pozdě a tato skutečnost je zarážející zejména u těch maligních onemocnění, která nelze přehlédnout.
2. Fáze šoku je doprovázena často bouřlivými emocemi, vztekem a pláčem. Klientky si kladou otázky: Proč se to stalo právě mně?

Fáze popření faktu nemoci a k následnému stažení se do izolace. Klientky jsou přesvědčeny, že se jedná o omyl, že je zdravá a že to nemůže být pravda to co jí lékaři tvrdí.<sup>38</sup> Nechtějí věřit a nevěří v závažnost sdělené diagnózy, v čemž bývají mnohdy podporovány rodinnými příslušníky.<sup>39</sup>

3. Dalším stupněm, který mívá u různých osobností i odlišné projevy je fáze deprese, je to stadium zatrpklosti, deprese a hněvu a vzteku. Klientky si sobě i ostatním kladou otázky typu: proč já, proč ne ti mnohem horší a zbytečnější, co to je za spravedlnost, proč zrovna já mám zemřít a ti ostatní tady zůstanou.

---

<sup>36</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozšířené. Praha: Galén, 2002. 136-137 s. ISBN 80-7262-132-7.

<sup>37</sup> ČECHOVÁ, Věra a Marie ROZSYPALOVÁ. *Obecná psychologie: učební text pro střední zdravotnické školy*. 4. nezměněné. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 51 s. ISBN 80-7013-268-X.

<sup>38</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena, ref. 36, s. 139

<sup>39</sup> JOBÁNKOVÁ, Marta, ref. 34, s. 62

4. Fáze smlouvání, klientky sice přijaly fakt, že jejich život možná dříve skončí, než si představovaly, ale snaží se o oddálení. Ještě kdybych se dožila svatby syna, narození vnoučete, dceřiny promoce.<sup>40</sup>
5. Fáze akceptace pravdy, tedy přijetí role vážně nemocného.<sup>41</sup> Vídáme odevzdání se osudu a přijetí faktu blízké smrti bez negativních emocí. Při správném vedení klientek nejde o rezignaci, trpné odevzdání osudu, ale o aktivní smíření s ukončením života.

#### ***1.6.4 Psychosociální opora v nemoci***

Žena s karcinomem prsu se nepotýká jen se závažným nádorovým onemocněním, trápí ji také tělesná mutilace způsobena chirurgickým zákrokem, strach ze ztráty partnera, deprese, obavy o vlastní život a také strach o budoucnost její rodiny. Díky současným možnostem moderní diagnostiky se stále častěji daří odhalovat karcinom prsu v časných stádiích. A tím dochází k tomu, že výraznější somatické obtíže nastupují až se zahájením léčby a v prvních okamžicích po sdělení diagnózy se objevuje především psychický stres, který je potřeba zvládnout.<sup>42</sup>

Vzájemná pomoc při překonávání krize je velmi důležitá, protože samota často působí větší bolest než fyzické utrpení.<sup>43</sup> Ve vyrovnávání se s příchodem závažného onemocnění hraje nezastupitelnou úlohu rodina. Na tu se žena často obrací i v případě, že vztahy s rodinnými příslušníky nejsou právě ideální. Za rodinou následují přátelé, kolegové v práci, spolubydlíci atd. Smyslem vzájemné pomoci je vytvoření akceptujícího a nestresujícího prostředí, ve kterém zasažená žena může uspokojit potřebu být vyslechnuta a pochopena, ve kterém zažije empatii a také účast.<sup>44</sup> Rodina poskytuje každému členu uspokojení potřeby kladných emocionálních vazeb,

---

<sup>40</sup> ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, ref. 33, s. 134

<sup>41</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena, ref. 36, s. 140

<sup>42</sup> ŠTĚPÁNKOVÁ, Helena. *Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt*. [online]. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/pokongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/1510/>

<sup>43</sup> SERVAN-SCHREIBER, David. *Jak čelit rakovině*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 238 s. ISBN 978-80-7367-785-5.

<sup>44</sup> MATOUŠEK, Oldřich et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. Praha: Portál, 2003. 119-121 s. ISBN 80-7178-548-2.

uspokojení touhy po stabilitě, po zainteresovanosti druhých na osobních zájmech a osobních potížích.<sup>45</sup>

Lékařská péče o onkologické pacienty sleduje cíl spočívající v podpoře nemocného. Lékař jim pomáhá zvládat duševní, sociální a somatické následky terapie. Psychosociální péče spočívá ve vybudování důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem, ve zprostředkování informací o onemocnění, terapii a možnostech pomoci.<sup>46</sup> Cílem psychologického přístupu lékaře je porozumět individualitě pacienta, chovat se k němu tak, aby se cítil bezpečně. Umožňuje to empatie a projevy osobního zájmu lékaře o to, co pacient prožívá.<sup>47</sup>

## **1.7 Terapie**

Terapie karcinomu prsu patří do rukou specializovaného týmu tvořeného onkologem, radioterapeutem, chirurgem, případně dalšími odborníky.<sup>48</sup> Způsob léčby závisí na pokročilosti onemocnění. Pokud je karcinom prsu zachycen v počátečním stádiu, může být lokální (místní) chirurgická a radiační léčba dostačující a s kurativním účinkem. V případě rozšíření onemocnění je nutná i systémová léčba jako je chemoterapie a hormonální léčba.<sup>49</sup>

### **1.7.1 Chirurgická terapie prsu**

Chirurgickou léčbu tumorů prsu lze rozdělit podle radikality zákroku do několika typů.

---

<sup>45</sup> TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie VACÍNOVÁ. *Sociální psychologie: vybraná témata*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. 57-58 s. ISBN 978-808-6723-303.

<sup>46</sup> TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSE a Jurgen OTT, ref. 28, s. 318

<sup>47</sup> RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 81 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

<sup>48</sup> ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře: Postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktického lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře*. 1. Praha: Karolinum, 2003. 165 s. ISBN 80-246-0677-1.

<sup>49</sup> SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. Praha: Grada, 2007. 141 s. ISBN 978-80-247-2270-2.



Lumpektomie je odstranění nádoru jen s minimem zdravé tkáně z okolí. Tumor se nesmí dotýkat resekční linie.

Segmentektomie je odstranění tumoru v rámci celého segmentu laloku prsu. Je spojená s excizí dostatečného lemu nepostižené tkáně nádoru.

Kvadrantektomie je odstranění jednoho kvadrantu prsu včetně kůže nad a fascie velkého prsního svalu pod odstraňovanou žlázou. Výše uvedené operace patří k prsu záchovným zákrokům.<sup>50</sup>

Mastektomie je odstranění veškeré tkáně prsu včetně kůže, bradavky a dvorce.<sup>51</sup>

### **1.7.2 Radioterapie**

Radiační léčba je součástí komplexní léčby karcinomu prsu.<sup>52</sup> Cílem radioterapie je snížit vznik a rozvoj lokoregionálních (1. lymfatická uzlina od zhoubného nádoru) recidiv.<sup>53</sup> Předoperační radioterapie se provádí u inoperabilních nádorů, jedná se o ozáření prsu s cílem zmenšit rozsáhlý nádor a pak jej odstranit operací. Cílem pooperační radioterapie je zničení předpokládaných zbylých nádorových buněk, provádí se zpravidla v oblasti operační jizvy, v oblasti ponechané části prsu a v podpaží. Paliativní radioterapie slouží k ozařování metastáz.

### **1.7.3 Chemoterapie**

Léčba cytostatiky má systémový účinek, který zasahuje jak tkáň karcinomu, tak i ostatní zdravé tkáně.<sup>54</sup> Časové postavení závisí na rozsahu a typu nádorového onemocnění. Součástí může být i bioterapie.

- předoperační chemoterapie – jejím cílem je zmenšení obtížně operovatelného nádoru a zničení mikrometastáz

---

<sup>50</sup> DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK, ref. 12, s. 29-30

<sup>51</sup> SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. ref. 49, s. 141

<sup>52</sup> CITTERBART, Karel et al. ref. 19, s. 203

<sup>53</sup> KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA, ref. 7, s. 58

<sup>54</sup> CITTERBART, Karel et al. ref. 19, s. 204

- pooperační chemoterapie – cílem je zničení možných mikrometastáz
- léčebná chemoterapie – slouží ke zničení prokázaných metastáz

#### **1.7.4 Hormonální léčba**

Hormonální závislost, kdy můžeme předpokládat, že růst nádoru souvisí s přímým působením hormonů, kolujících v těle ženy, se udává asi u třetiny žen.<sup>55</sup> Hormonální léčba je systémová léčba u žen před menopauzou a může být doplněna o blokádu vaječnickové funkce ovariektomií (chirurgické odstranění vaječnicku), chirurgickou nebo medikamentózní kastrací.<sup>56</sup>

#### **1.7.5 Edukace jako součást komplexní léčby**

Edukační proces je činnost lidí, při níž se daný subjekt učí obvykle za působení jiného subjektu, který vyučuje nebo inspiruje.<sup>57</sup>

Edukace ženy je nedílnou součástí komplexní léčby karcinomu prsu. Důležitá je edukace již při přijetí do nemocnice, dále v průběhu léčby, ale i následně po propuštění a při kontrolách. V průběhu edukačního procesu žena získá informace o karcinomu prsu a vlivu na sociální život ženy – cviky po operaci, základní poradenství, kontakt na instituce, kde může vyhledat pomoc v případě potřeby, (chirurg, psycholog, psychiatr) kontakt na občanská sdružení soustředěných na onemocnění prsu.

#### **1.7.6 Sledování po terapii**

Základní klinické vyšetření a odběr nádorových markerů se provádí ve 4 až 6 měsíčních intervalech po dobu 5 let. Dále jednou ročně podle rizika recidivy onemocnění. Mamografické vyšetření se provádí jednou za rok. Ultrazvuková vyšetření

---

<sup>55</sup> DIENSTBIER, Zdeněk, ref. 30, s. 8

<sup>56</sup> SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. ref. 49, s. 141

<sup>57</sup> ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství* 2. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 120 s. ISBN 80-247-1213-X.

jater, scintigrafie skeletu a rentgen plic za účelem vyloučení vzdálené diseminace (rozsev) v intervalu 12 měsíců po dobu pěti let, potom podle rizika recidivy (návrat nemoci).<sup>58</sup>

## **1.8 Rehabilitace**

Rehabilitace je nedílnou součástí terapie. Rehabilitace znamená léčebné postupy, jimiž se snažíme dosáhnout původního stavu zdraví. U nemocných s nádory lze jen obtížně výše zmíněný cíl naplnit, ale v každém případě může rehabilitace přispět k úpravě porušených funkcí a ke zlepšení kvality života.<sup>59</sup> V praxi to nejčastěji znamená reaktivaci a sociální začlenění nemocných do života a jeho přijetí nevratných důsledků poruchy zdraví.<sup>60</sup> Rehabilitaci dělíme na fyzikální, sociální a psychologickou.<sup>61</sup> I lázeňská léčba je vhodným doplňkem rehabilitačního úsilí.

### **1.8.1 Fyzikální rehabilitace**

Rehabilitace po operaci prsů se zahajuje co nejdříve, ale o počátku rehabilitace rozhoduje ošetřující lékař.<sup>62</sup> Na odborných pracovištích pracují rehabilitační sestry, které po operaci klientky seznámí s vhodnými rehabilitačními cviky. Jen na klientce záleží, zda je cvičí i po propuštění z nemocnice.<sup>63</sup> Od 1. dne po výkonu se může zapojit aktivní cvičení rozsahů hybnosti prstů, zápěstí, lokte, druhostranné končetiny a dolních končetin, včetně cévní a dechové gymnastiky. Od prvního dne je dobré začít s prováděním cviku stisknutí ruky, kdy má nemocná v dlani měkký smotek obvazu a

---

<sup>58</sup> ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, ref. 4, s. 196

<sup>59</sup> KLENER, Pavel, ref. 16, s. 323

<sup>60</sup> VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované. Praha: Portál, 2003. s. 307 ISBN 80-7178-740-X.

<sup>61</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. ref. 1, s. 119

<sup>62</sup> KOPECKÝ, Josef, Jorga SUMEROVÁ a Petra KOPECKÁ. *Rehabilitace po operacích prsů*. Paskov: Nadace proti rakovině, 2000. 30 s. ISBN 80-704-2322-6.

<sup>63</sup> DIENSTBIER, Zdeněk, ref 39, s. 14

provádí stisk dlani, tento cvik podporuje lymfatickou drenáž (odstraňování tekutiny z ran) a snižuje pooperační otoky.<sup>64</sup>

Smyslem a cílem léčebné gymnastiky je, dosažení volného pohybu hrudníku a obnovení správného dýchání, dosažení volného pohybu horní končetiny na operované straně, prevence a léčba oběhových poruch horní končetiny na operované straně, obnovení původního vzhledu volbou správné náhrady prsu, nácvik používání epitézy (druh náhrady určité části těla) a vhodných doplňků. Dalším cílem rehabilitace je poskytnutí podpory, edukace (výchova) a návrat k maximální soběstačnosti, sociálním a odpočinkovým aktivitám. Podle náročnosti cvičení a časového odstupu od operace rozdělujeme cviky na dechová a relaxační cvičení spojená s polohováním horní končetiny, které slouží k prevenci oběhových poruch, cviky k uvolnění svalového napětí v oblasti hrudníku a paže na straně operace, mobilizační cvičení k obnovení volného pohybu ramene a paže na straně operace, cviky pohyblivosti s náčiním, nácvik běžných denních stereotypů. K úspěšnosti rehabilitace přispívá navázání kladného osobního kontaktu s fyzioterapeutem, který se do jisté míry stává i poradcem pro stanovení denního režimu pacientky.<sup>65</sup>

Psychosociální rehabilitace pomáhá pacientkám vyrovnat se ztrátou prsu a úzkostí, která doprovází závažnost onkologického onemocnění jako je strach ze smrti, umírání, pocit ztráty fyzické přitažlivosti a poruchy sexuálních funkcí.

Kosmetická rehabilitace se zabývá obnovením původního vzhledu pacientky volbou správné náhrady prsu nebo plastickou operací.

Posudková rehabilitace se snaží o začlenění zpět do zaměstnání a poučení o prevenci komplikací v rámci pracovního procesu.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> TRÁVNIČKOVÁ-KITTLEROVÁ, Olga; HRADIL, Vítězslav; VACEK, Jan. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. Praha: Triton, 2004. 41 s. ISBN 80-7254-485-3.

<sup>65</sup> KOPECKÝ, Josef; SUMEROVÁ, Jorga; KOPECKÁ, Petra. *Rehabilitace po operacích prsů*. 2000. s. 30-31

<sup>66</sup> TRÁVNIČKOVÁ-KITTLEROVÁ, Olga, Vítězslav HRADIL a Jan VACEK, ref. 64, s. 39

### ***1.8.2 Sociální rehabilitace***

U člověka dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, personalizace a socializace. Velice záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá a na tom, jak je společností přijímán. Aby byl tento vztah vyvážený, je úkolem rehabilitace, aby byl člověk s nemocí schopen jednak přijmout svou nemoc a také v maximální možné míře se integrovat do společnosti.<sup>67</sup>

Největší snahou celého zdravotnického týmu je co nejrychlejší návrat klientky k běžnému způsobu života. Rychlost návratu po prodělané léčbě závisí kromě původního rozsahu onemocnění a typu léčby i na mnoha individuálních faktorech.<sup>68</sup> Do sociální rehabilitace lze zahrnout rehabilitaci profesionální, která se zabývá úsilím o umožnění návratu ženy do zaměstnání. Návrat k původní profesi lze obecně považovat za velmi výhodný, a není-li ze zdravotních důvodů možný, pak do zaměstnání náhradního.<sup>69</sup>

Velmi záleží na společenském postavení ženy, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom, jak je společností přijímána. Úkolem sociální rehabilitace je, aby byl člověk s postižením schopen jednak přijmout své postižení, nemoc, poruchu nebo znevýhodnění a následně v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Tím je zachována optimální kvalita života, což vede k životní spokojenosti.<sup>70</sup> Každá nemoc s sebou vždy přináší sociální problémy, hlavně nemoc pokročilá, která vyžaduje intenzivní terapii a klientku omezuje v životních aktivitách, představuje samozřejmě i větší sociální dopad. Žena musí opustit zaměstnání, strádá z pocitu nemožnosti dalšího uplatnění, má omezené finanční prostředky, a tím je poškozena i její rodina. Klientky stav může někdy vyžadovat i péči druhé osoby, potřebuje transport do zdravotnického zařízení, a pokud má malé děti, není schopna se o ně sama starat.

---

<sup>67</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 27 s. ISBN 80-725-4730-5.

<sup>68</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. ref. 1, s. 133

<sup>69</sup> KLENER, Pavel, ref. 16, s. 325

<sup>70</sup> JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. 46 s. ISBN 80-7040-826-X.

Největší oporu a zázemí nachází ženy ve své rodině, která by se měla snažit společně řešit vzniklou situaci. Zdravotnická zařízení nabízejí možnost řešení vzniklých problémů spolu se sociálními pracovníci. Nezanedbatelná je pomoc svépomocných dobrovolných spolků pacientek. Dále může klientka využít nabídky domácí péče odborníky, možnost umístění v domech s pečovatelskou službou, sociální příspěvky nebo umístění v hospici (zařízení sloužící k paliativní péči o osoby trpící závažnou chorobou). V současné době existuje v ČR řada občanských sdružení soustředěných na onemocnění prsu, která si kladou za cíl sociální a psychickou podporu žen se zhoubnými nádory prsu jako jsou Liga proti rakovině, společnost Arcus, Evropa Donna.<sup>71</sup> Dalším pomocníkem žen jsou různá internetová fóra, kde si vyměňují zkušenosti se stejně nemocnými ženami.<sup>72</sup>

### ***1.8.3 Psychologická rehabilitace***

Klientka se často musí vyrovnat nejen s nepříznivou diagnózou, ale často také s následky protinádorové léčby. Somatické mutilace jsou zdrojem pocitů méněcennosti a potencionují psychický stres.<sup>73</sup> Lékař je povinen klientce velice přesně, srozumitelně, pravdivě a šetrně podat informaci o diagnóze. Jedná se o psychologicky velice náročnou situaci, lékař sdělující nepříznivou zprávu musí být v podobných situacích profesionálně zblhý. Ošetřující lékař musí klientku získat pro léčebný plán tak, aby byl dodržen i přes řadu vedlejších účinků. Tyto okamžiky jsou pro nemocnou zážitkem, který si bude pamatovat celý život. Pro ženu jde o velice složité životní období, kdy se sžívá s chorobou a zároveň se musí orientovat v mnoha okolnostech. Musí zvládnout léčbu chirurgickou, systémovou i radiační a k tomu přistupuje ještě celá řada problémů, které vyplývají ze samé podstaty vědomí existence nemoci.

Psychologové radí od počátku sdělení diagnózy se vyrovnat s danou skutečností a to tím, že všechny otázky, které ženu napadají sdělit ošetřujícímu lékaři a zjistit si co

---

<sup>71</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. ref. 1, s. 133-134

<sup>72</sup> WILKOVÁ, Scarlett. Bez nádra. *Magazín Dnes + TV*. Ústí nad Labem: Severotisk, 20.10.2011, XVIII., č. 42, s. 12-19.

<sup>73</sup> KLENER, Pavel, ref. 16, s. 325

nejvíce faktů o svém konkrétním případě. Důležité je také hovořit o sobě a o svých problémech s osobami blízkými, ale také s ostatními klientkami, které mají léčbu již za sebou a sdružují se v řadě společenství, kde je spojuje stejný osud. Pokud žena situaci nezvládá, není nutné se za to stydět, je třeba svůj stav sdělit lékaři a ten jí doporučí konzultaci v psychologické poradně. Dobrá psychická pohoda pomáhá výsledku léčby a terapie samotná je lépe snášena.<sup>74</sup>

#### ***1.8.4 Lázeňská léčba***

Lázeňská léčba umožňuje vhodně spojit jak léčebnou, tak sociální a psychickou rehabilitaci. Tato terapie se doporučuje u žen se skončenou protinádorovou léčbou, ať už jsou vyléčeny, nebo jsou v kompletní remisi.<sup>75</sup>

#### ***1.9 Prevence***

Prevence karcinomu prsu můžeme rozdělit na primární, do které patří omezení užívání exogenních estrogenů, dieta s nízkým obsahem tuku, dieta bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu, omezení konzumace alkoholu a přiměřená fyzická aktivita (rekreační sport, denní režim, typ zaměstnání apod.). Dále se doporučuje první gravidita před 30. rokem života a dlouhá laktace.<sup>76</sup> Sekundární prevence zahrnuje samovyšetření prsů, vyšetření prsů lékařem a mammografický screening.<sup>77</sup>

#### ***1.10 Rekonstrukční operace***

Po operacích prsů a komplexní onkologické léčbě se mění kvalita života operovaných žen. Mimo změn somatických jsou tu i změny psychické. Tyto následky lze minimalizovat rehabilitací a protetickými (umělá náhrada části těla) pomůckami.

---

<sup>74</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. ref. 1, s. 119-121

<sup>75</sup> KLENER, Pavel, ref. 16, s. 325

<sup>76</sup> ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, ref. 4, s. 184

<sup>77</sup> KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA, ref. 7, s. 18

Indikace rekonstrukčních operačních výkonů nemá pevná pravidla, vzhledem k jejich načasování, rozsahu nádorového onemocnění nebo rozsahu a způsobu komplexní onkologické léčby. Před rekonstrukční operací zásadně platí, že musí být všemi dosažitelnými diagnostickými postupy vyloučeny jakékoliv místní nebo celkové příznaky nádorového onemocnění. Rekonstrukční operace můžeme provádět buď současně, v jedné době s provedenou primární operací nebo jako rekonstrukci pozdní, zpravidla po ukončení chemoterapie a radioterapie.<sup>78</sup> O plastické operaci po ablaci prsu je nutné se poradit především s ošetřujícím lékařem, který zná zdravotní stav ženy a který se vyjádří k navrženému způsobu operace.<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> KOPECKÝ, Josef, Jorga SUMEROVÁ a Petra KOPECKÁ, ref. 62, s. 25

<sup>79</sup> DIENSTBIER, Zdeněk, ref. 30, s. 16



## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem této práce je zjistit, zda a jakým způsobem mastektomie ovlivňuje sociální život žen.

### **2.2 Hypotézy**

H1: Negativní vliv mastektomie závisí na postoji partnera a na podpoře rodiny.

H2: Mastektomie ovlivňuje negativně více svobodné a bezdětné ženy.

H3: Ženy po mastektomii mají zhoršené pracovní uplatnění.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

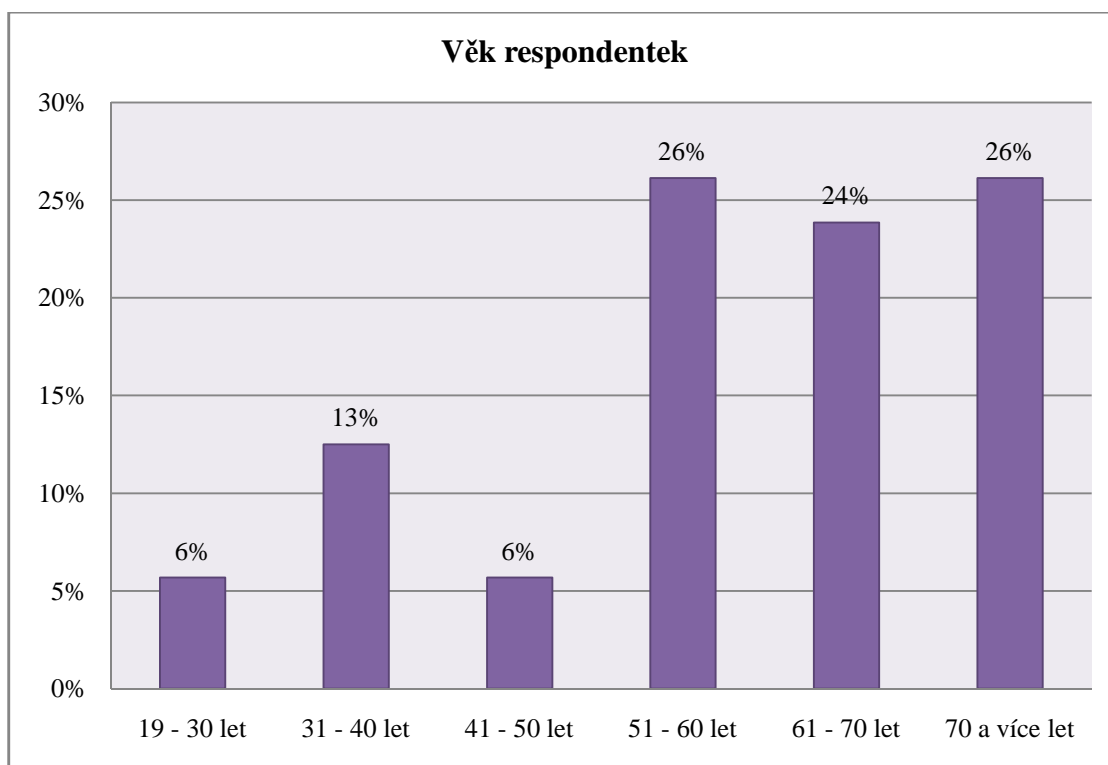
Ke zpracování dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu, formou dotazníkové techniky. Dotazníky byly anonymní, dobrovolné a určené ženám, které prodělaly mastektomii. Výzkum byl prováděn ve Všeobecné fakultativní nemocnici v Praze.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor se skládal z 88 dotazovaných žen po mastektomii. Rozdáno bylo 100 dotazníků. Vyplněné dotazníky byly zpět získány od 88 žen. Návratnost dotazníků byla 88%. Dotazník obsahoval 25 uzavřených a polouzavřených otázek. Výzkum probíhal od ledna do března roku 2012. Při zpracování výsledků byly použity grafy, ve kterých jsou znázorněny odpovědi žen po mastektomii a vyhodnocená data jsou uvedena celým číslem a vždy zaokrouhlena na celá procenta.

## 4. Výsledky

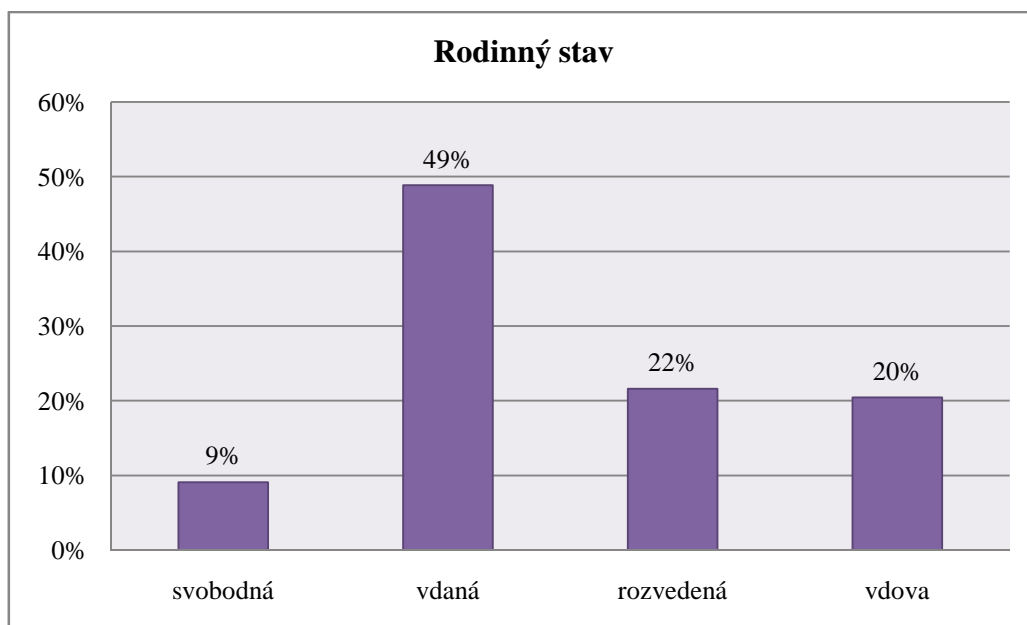
**Graf 4.1**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věkovém rozmezí 51-60 let bylo 23 (26%) respondentek, ve věku 70 a více let bylo shodně zastoupeno 23 (26%) dotazovaných žen. Skupina ve věku 61-70 let byla zastoupena 21 (24%) dotazovanými ženami. Další skupina ve věku 31-40 let byla tvořena 11 (13%) ženami. Poslední dvě skupiny ve věku 19-30 let a 41-50 let byly zastoupeny 5 (6%) respondentkami z celkového počtu dotazovaných 88 (100%) žen.

**Graf 4.2**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupina dotazovaných žen je vdaná 43 (49%) z celkového počtu 88 dotazovaných (100%). 19 (22%) žen je rozvedených a 18 (20%) žen jsou vdovy. Nejmenší počet respondentek a to v počtu 8 (9%) jsou svobodné.

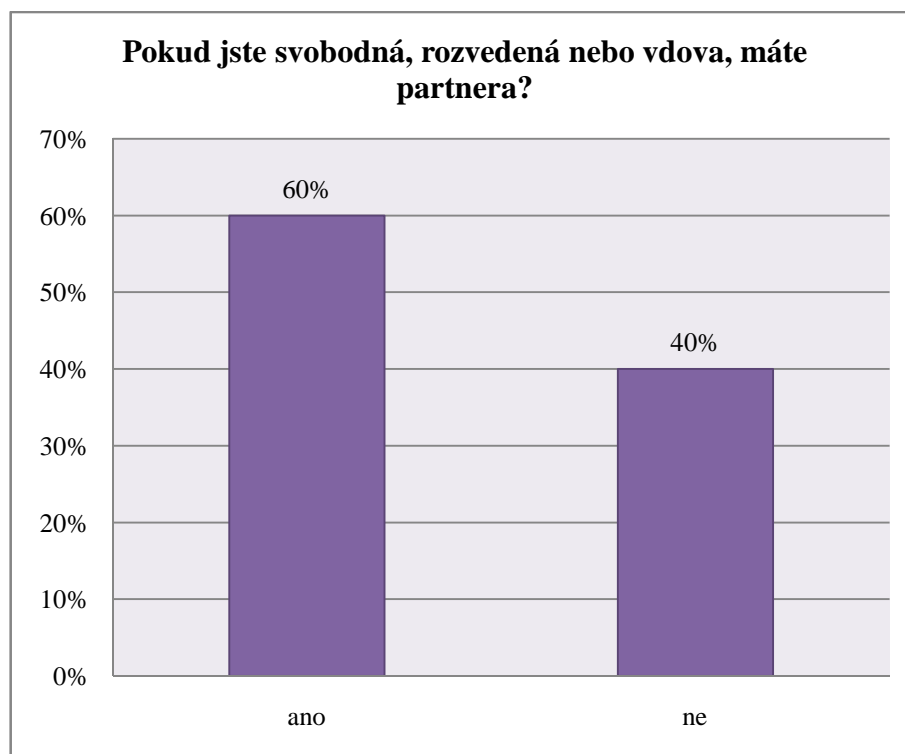
**Graf 4.3**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce 39 (44%) žen prodělalo mastektomii v letech 2006-2011. Skupinu 23 (26%) respondentek tvořily ženy, které prodělaly mastektomii v letech 2001-2005. V letech 1991-1995 prodělalo mastektomii 18 (20%) dotazovaných žen. Jen 8 (9%) respondentek prodělalo mastektomii v letech 1996-2000. Žádná dotazovaná žena z celkového počtu 88 (100%) neprodělala mastektomii v letech 1980-1985 ani v letech 1986-1990.

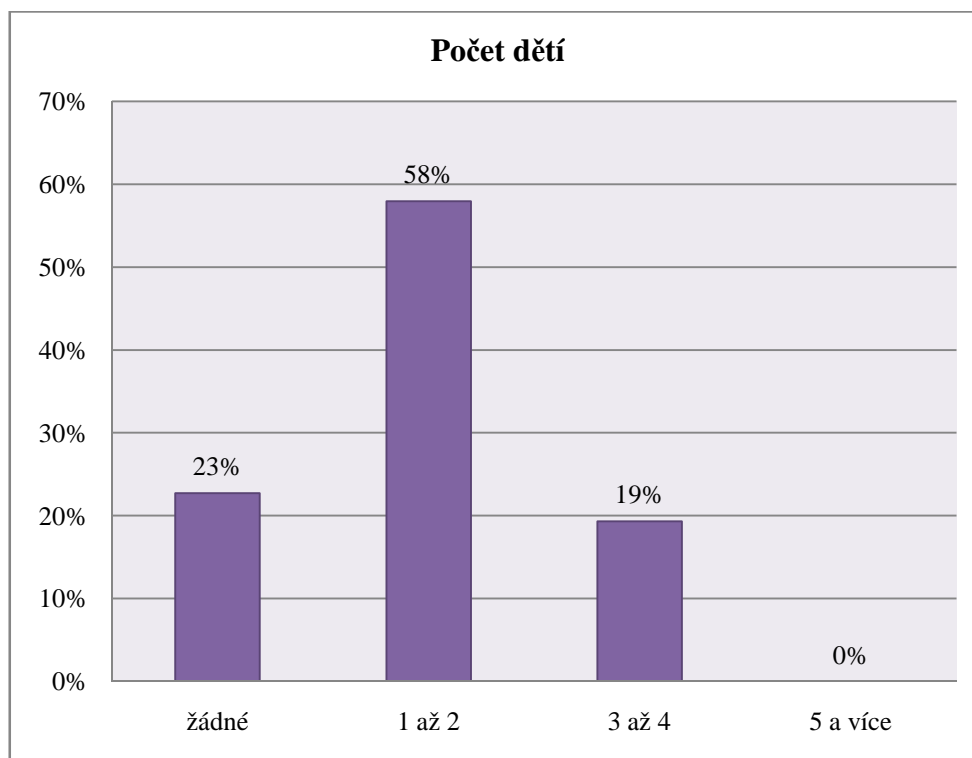
**Graf 4.4**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 45 (100%) dotazovaných svobodných, rozvedených žen nebo vdov odpovědělo 27 (60%), že má partnera a 18 (40%) žen odpovědělo, že partnera nemá.

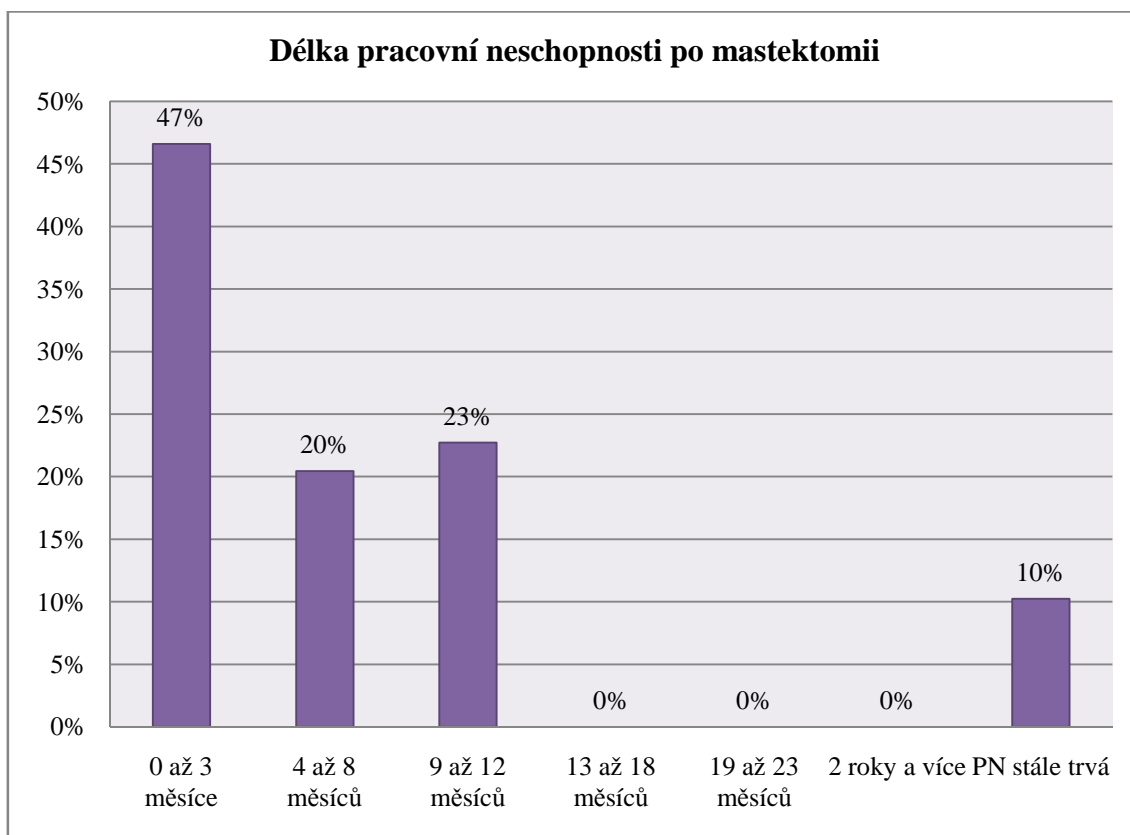
**Graf 4.5**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 88 (100%) respondentek má nejpočetnější skupina, to je 51 (58%) dotazovaných žen 1 až 2 děti. 20 (23%) dotazovaných žen uvedlo, že nemá žádné dítě. 17 (19%) dotazovaných žen má 3 až 4 děti. Poslední možnost 5 a více dětí neoznačila žádná žena.

**Graf 4.6**

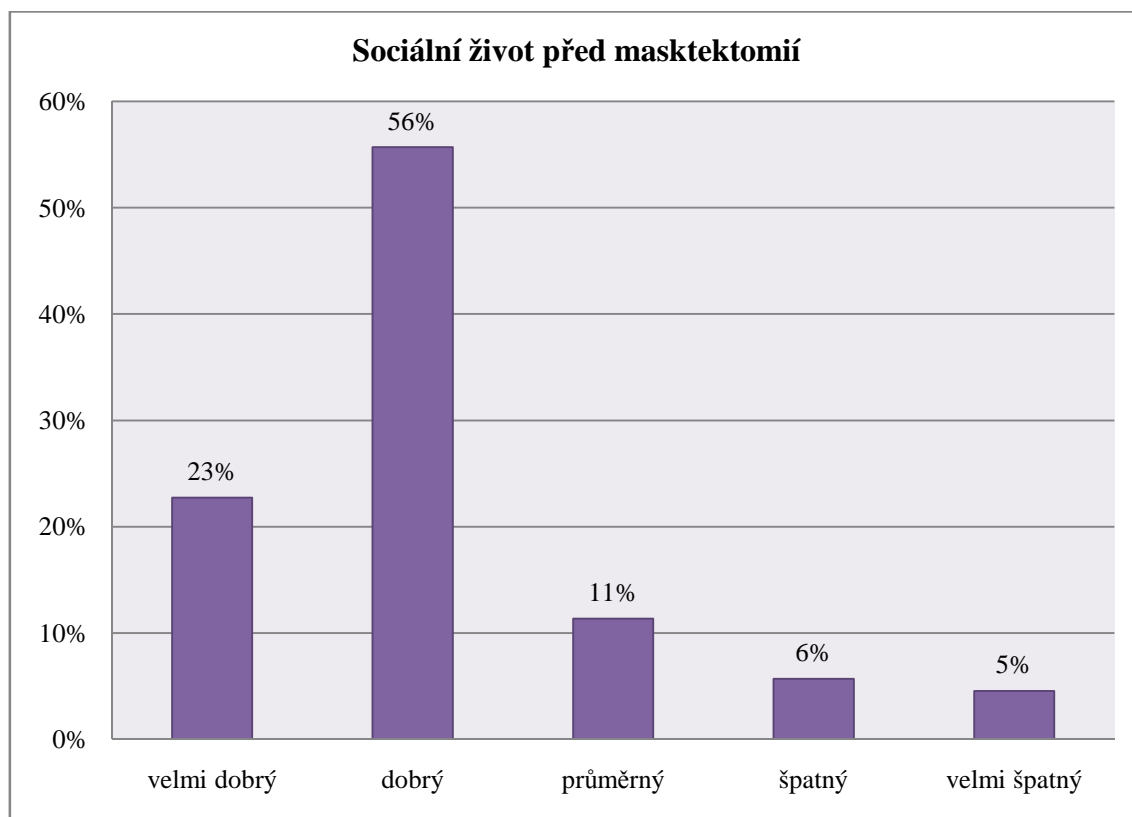


Zdroj: Vlastní výzkum

41 (47%) dotazovaných žen strávilo 0 až 3 měsíce v pracovní neschopnosti. 20 (23%) respondentek bylo v pracovní neschopnosti 9 až 12 měsíců, 4 až 8 měsíců bylo v pracovní neschopnosti 18 (20%) žen. Z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen uvedlo nejméně žen a to 9 (10%), že v době vyplňování dotazníku jsou stále v pracovní neschopnosti. Délku pracovní neschopnosti 13 až 18 měsíců, 19 až 23 měsíců a 2 roky a více neoznačila žádná dotazovaná žena.



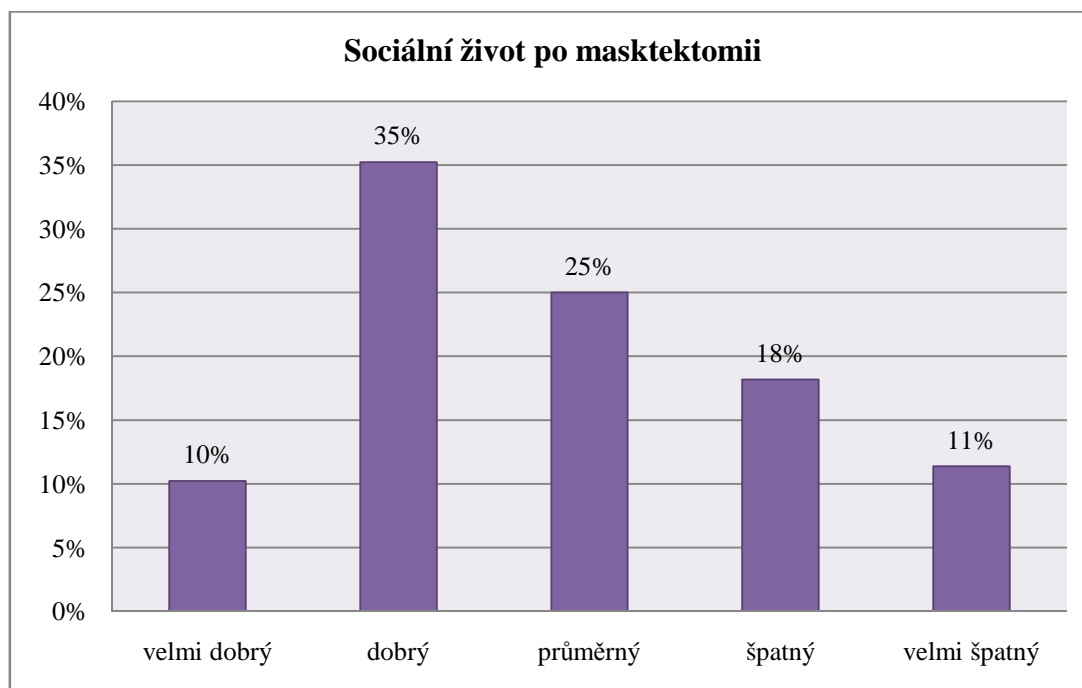
**Graf 4.7**



Zdroj: Vlastní výzkum

49 (56%) dotazovaných žen z celkového počtu 88 (100%) zhodnotilo svůj sociální život před mastektomií jako dobrý, 20 (23%) žen velmi dobrý, 10 (11%) respondentek průměrný, 5 (6%) špatný a 4 (5%) dotazované ženy zhodnotily svůj sociální život před mastektomií jako velmi špatný.

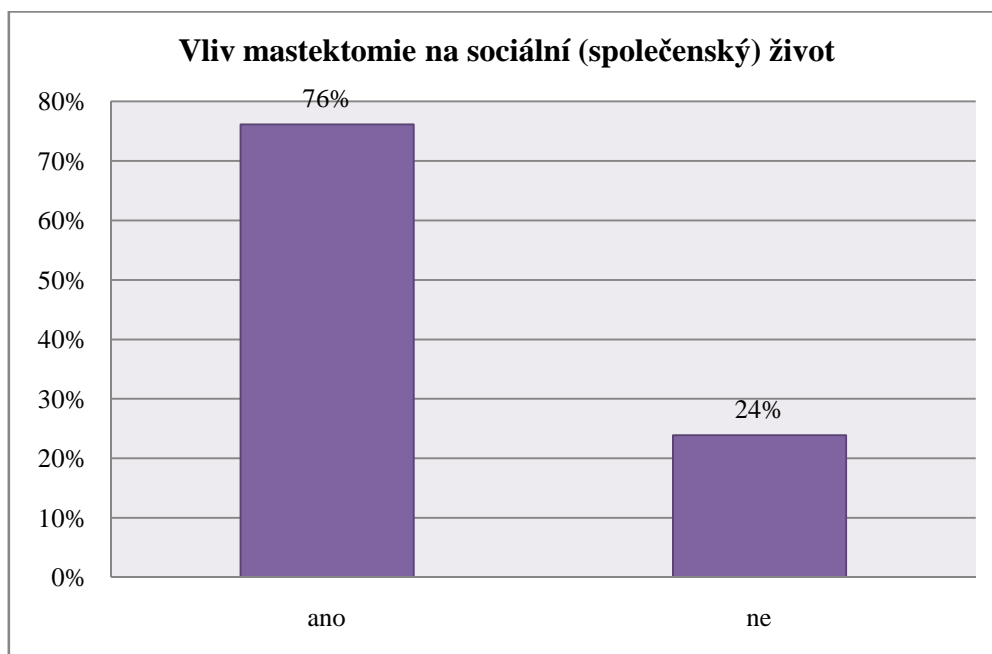
**Graf 4.8**



Zdroj: Vlastní výzkum

31 (35%) dotazovaných žen z celkového počtu 88 (100%) zhodnotilo svůj sociální život po mastektomii dobrý, 22 (25%) respondentek průměrný, 16 (18%) špatný, 10 (11%) velmi špatný a 9 (10%) dotazovaných žen zhodnotilo svůj sociální život po mastektomii jako velmi dobrý.

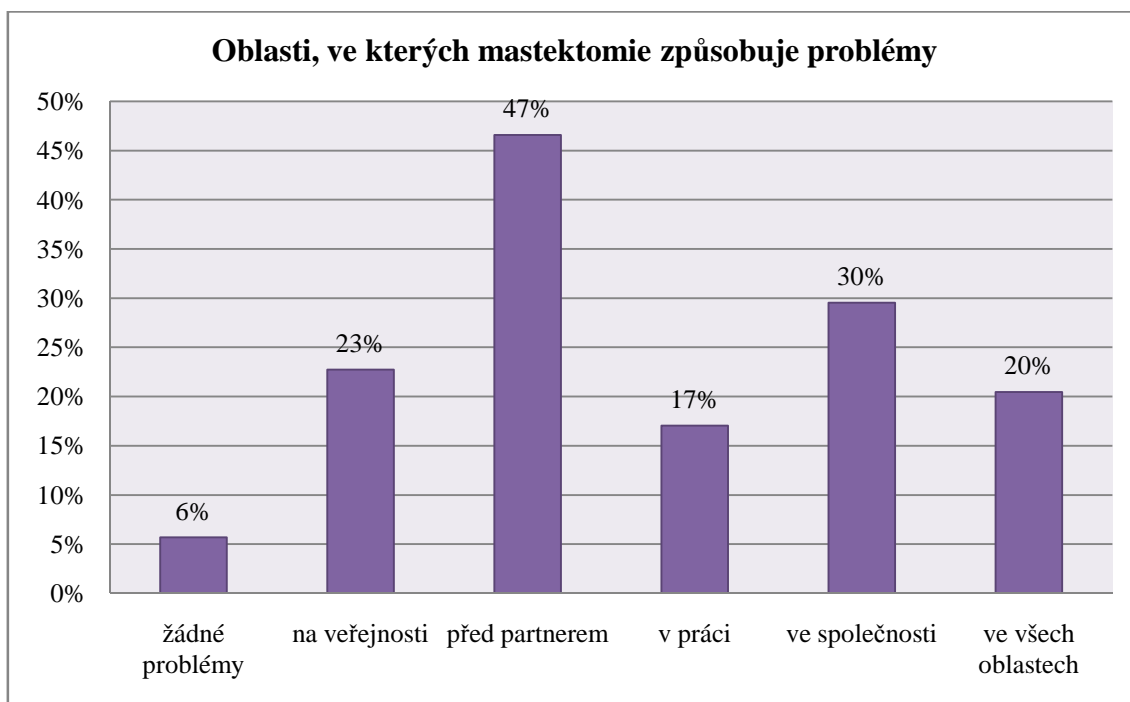
**Graf 4.9**



Zdroj: Vlastní výzkum

67 (76%) dotazovaných žen uvedlo, že jim mastektomie ovlivnila sociální (společenský) život a 21 (24%) žen z celkového počtu 88 (100%) uvedlo, že jim mastektomie sociální (společenský) život neovlivnila.

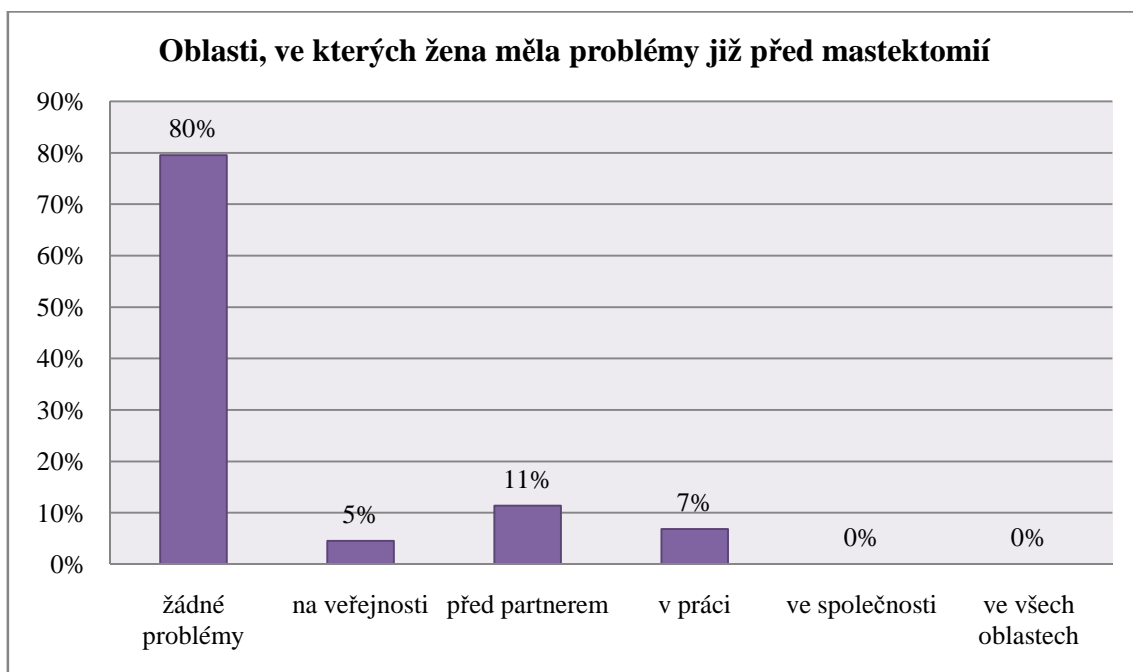
**Graf 4.10**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ženy měly možnost označit více odpovědí. Nejvíce 41 (47%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen označilo, že mají problémy před partnerem nebo manželem. Ve společnosti, která ví, že je po operaci označilo 26 (30%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen. 20 (23%) z celkového počtu 88 (100%) žen označilo, že mají po mastektomii problémy na veřejnosti. Problémy v práci uvedlo 15 (17%) respondentek z celkového počtu 88 (100%) žen. Ve všech uvedených oblastech způsobuje mastektomie problémy 18 (20%) ženám z celkového počtu 88 (100%) žen. 5 (6%) respondentek z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen označilo, že jim mastektomie nezpůsobuje žádné problémy.

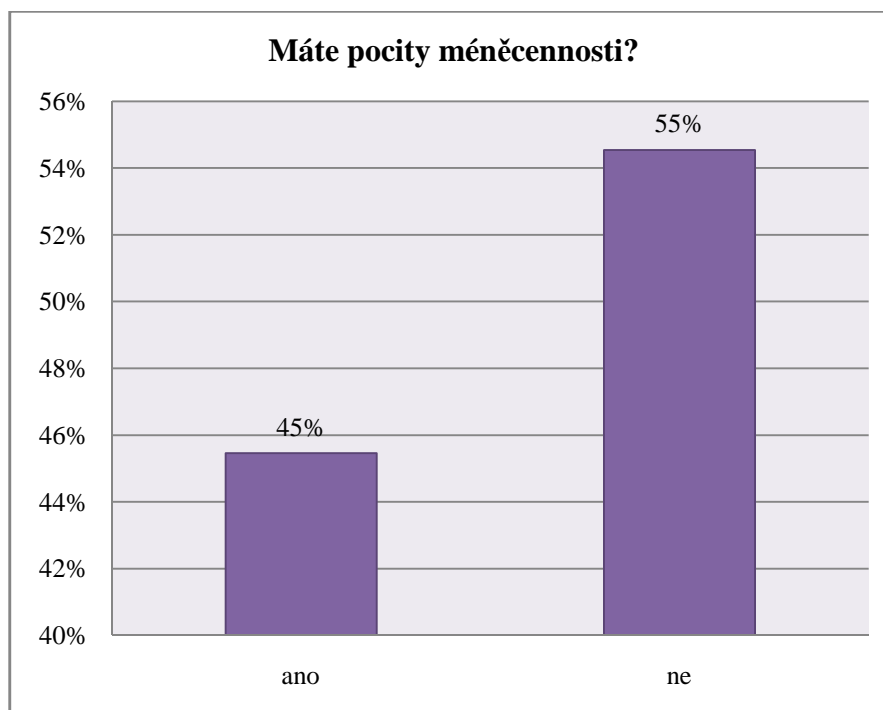
**Graf 4.11**



Zdroj: Vlastní výzkum

70 (80%) respondentek z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen označilo, že před mastektomií z uvedených oblastí neměly žádné problémy. Před partnerem nebo manželem mělo problémy 10 (11%) žen z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen. 6 (7%) respondentek z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen označilo odpověď, že měly problémy v práci. Jen 4 (5%) dotazované ženy z 88 (100%) udalo možnost na veřejnosti. Žádná žena neoznačila možnost problémů ve společnosti a ve všech oblastech.

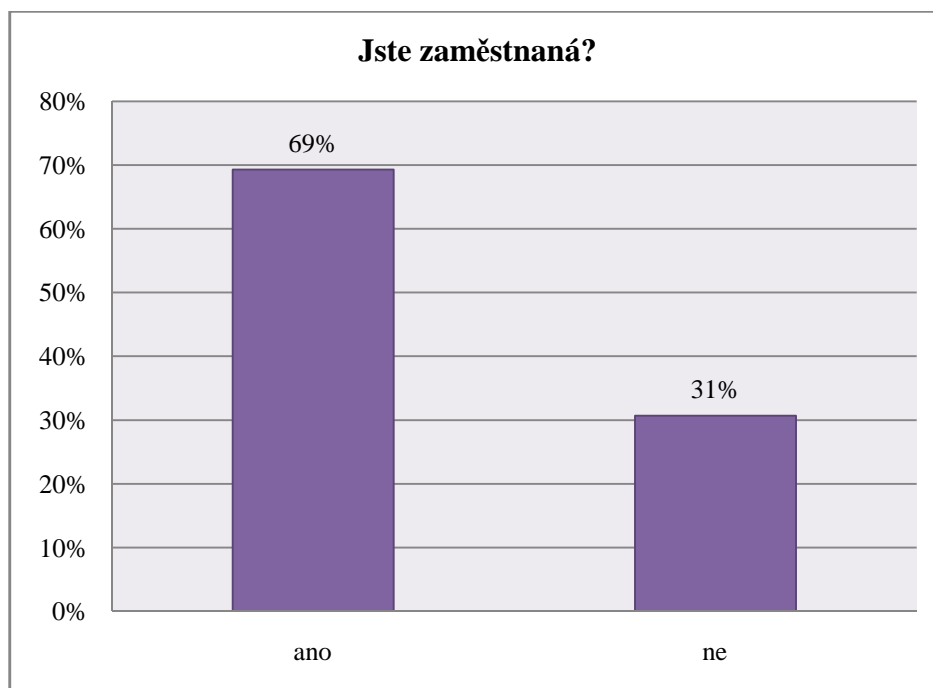
**Graf 4.12**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných uvedlo 48 (55%) žen, že nemají pocity méněcennosti. 40 (45%) respondentek uvedlo, že mají pocity méněcennosti.

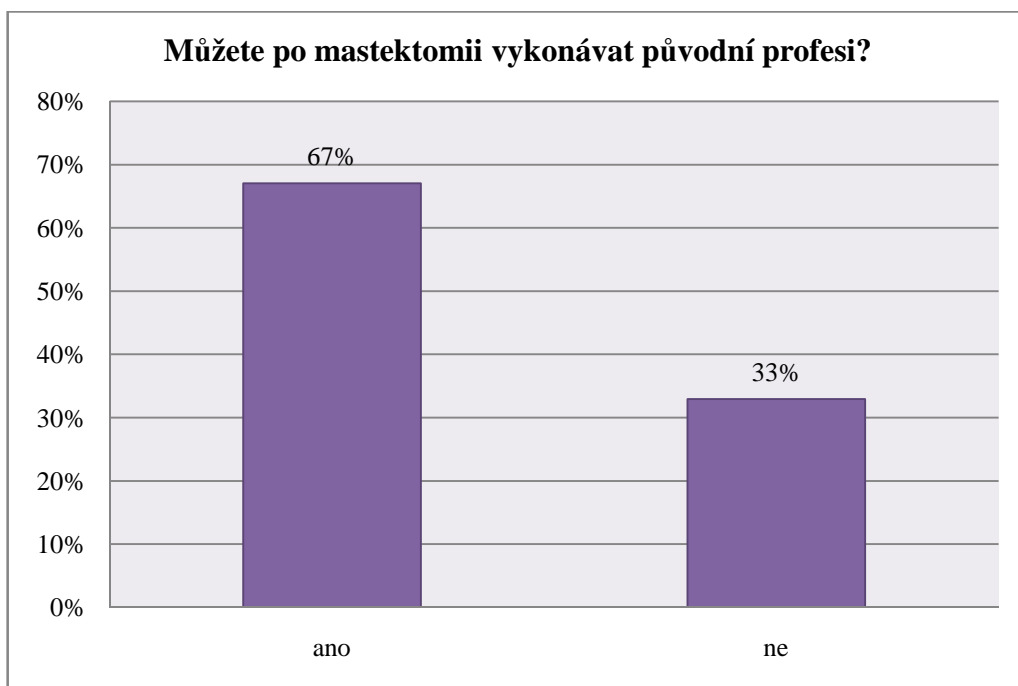
**Graf 4.13**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že 61 (69%) žen z 88 (100%) je zaměstnaných. 27 (31%) dotazovaných žen je bez zaměstnání.

**Graf 4.14**

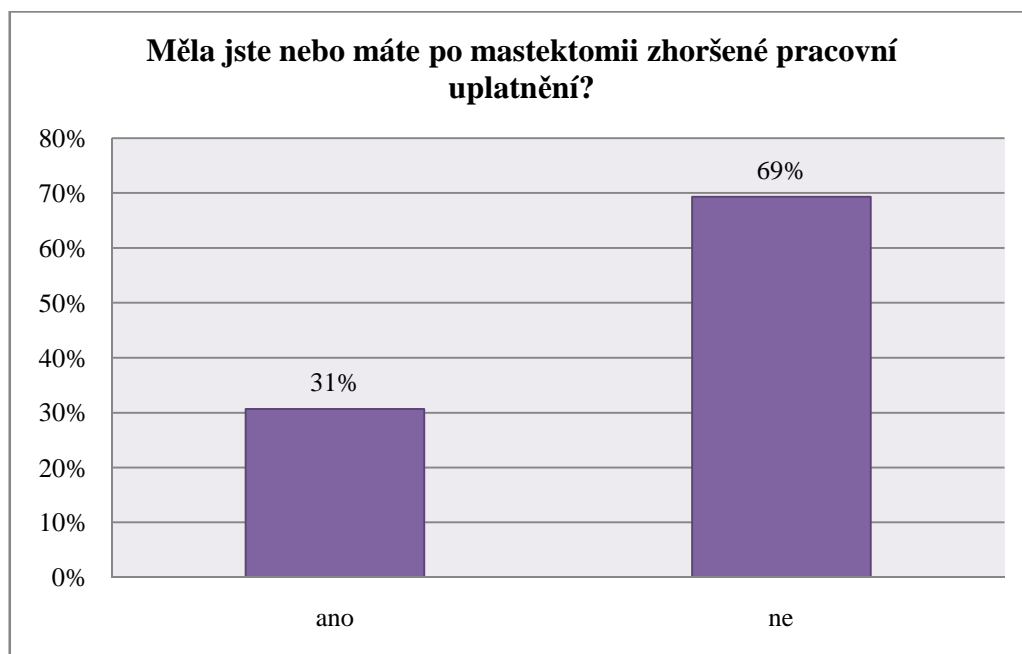


Zdroj: Vlastní výzkum

Velkou skupinu ze všech 88 (100%) dotazovaných tvoří 59 (67%) žen, které mohou po mastektomii vykonávat původní profesi. Ostatních 29 (33%) žen nemůže vykonávat původní profesi.



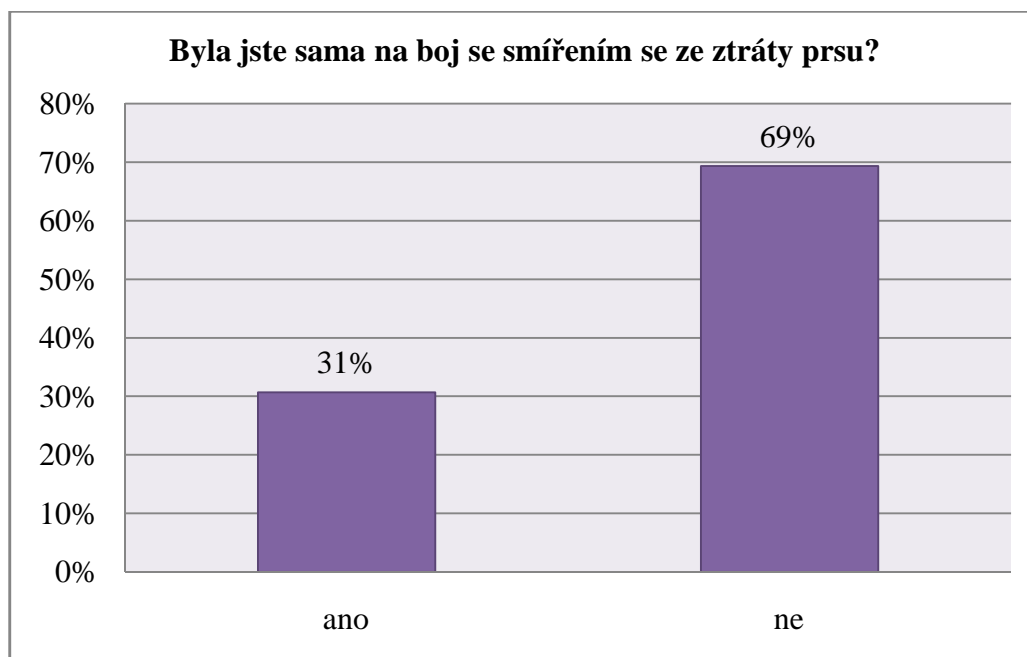
**Graf 4.15**



Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina žen 61 (69%) uvedla, že neměla nebo nemá po mastektomii zhoršené pracovní uplatnění, 27 (31%) z 88 (100%) dotazovaných žen uvedlo, že měly nebo mají po mastektomii zhoršené pracovní uplatnění.

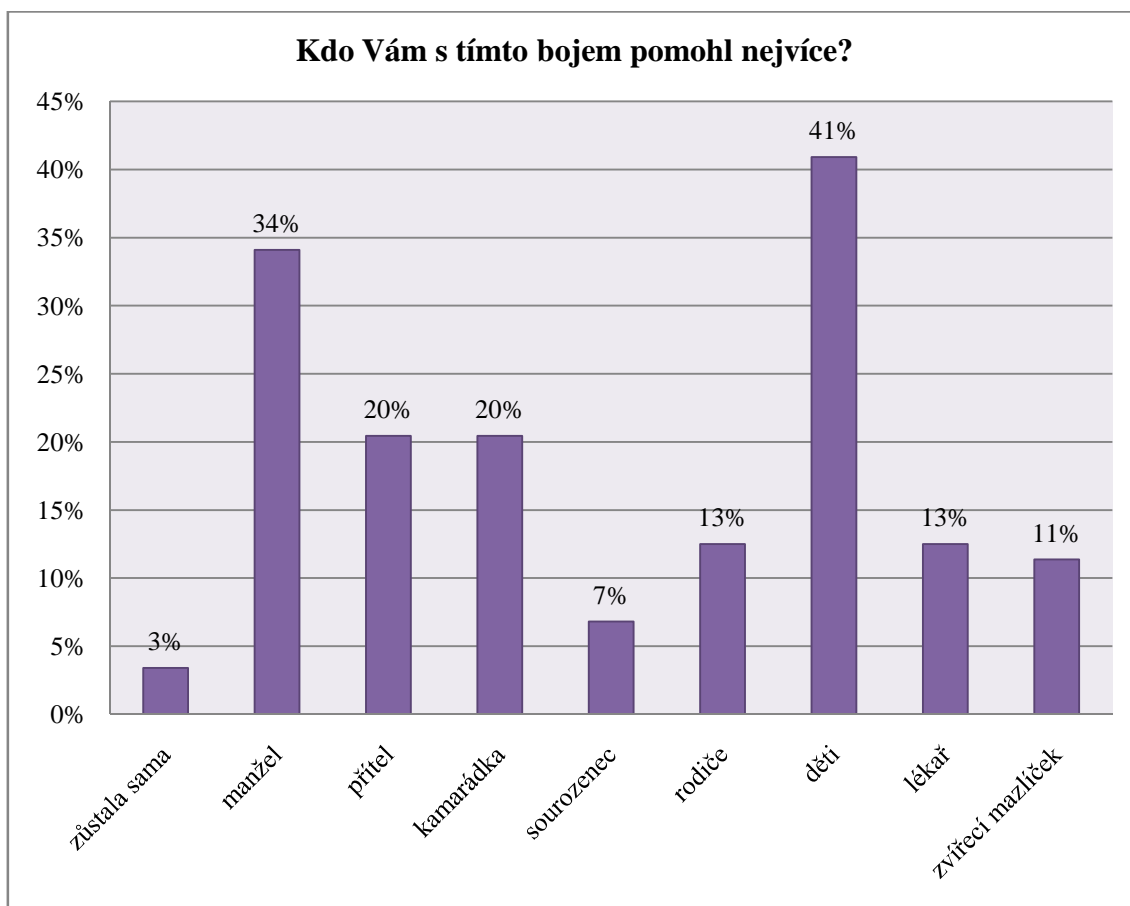
**Graf 4.16**



Zdroj: Vlastní výzkum

61 žen (69%) uvedlo, že na boj se smířením se ze ztráty prsu nebyly samy, 27 (31%) z 88 (100%) dotazovaných žen uvedlo, že na boj se smířením se ze ztráty prsu byly samy.

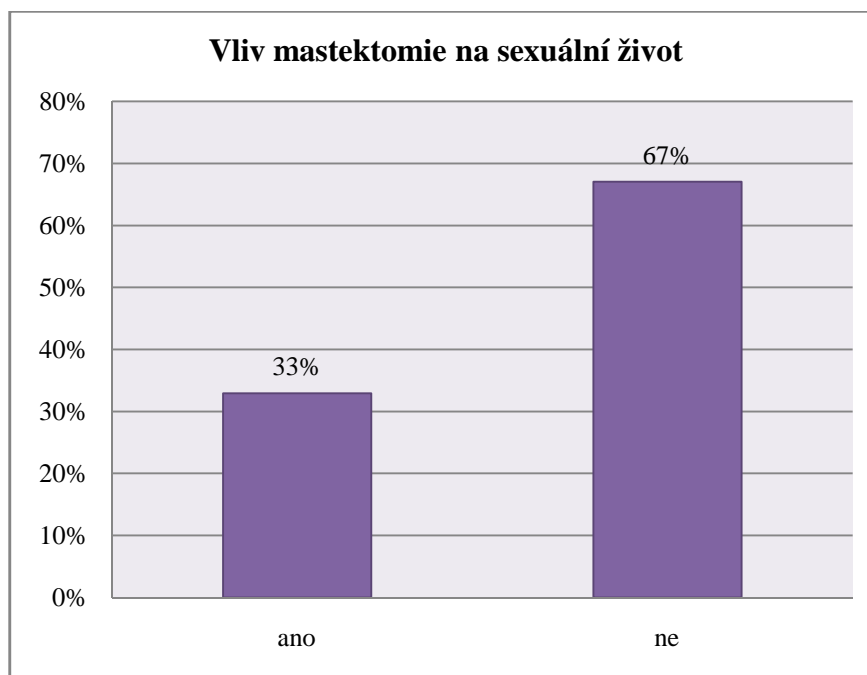
**Graf 4.17**



Zdroj: Vlastní výzkum

Ženy měly možnost označit více odpovědí najednou. Největší skupinu tvoří 36 (41%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen, kterým s bojem pomohly nejvíce děti, 30 (34%) z 88 (100%) žen pomohl nejvíce manžel. Shodně 18 (20%) žen označilo pomoc od přítele a kamarádky, z celkového počtu 88 (100%) respondentek. Opět shodně 11 (13%) z 88 (100%) dotazovaných označilo možnost pomoci od rodičů a lékaře. Další skupinu tvoří 10 (11%) žen z 88 (100%) dotazovaných žen, které označily možnost pomoci od zvířecího mazlíčka. V nejmenším počtu byla uvedena možnost, že žena zůstala sama a to v počtu 3 (3%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen.

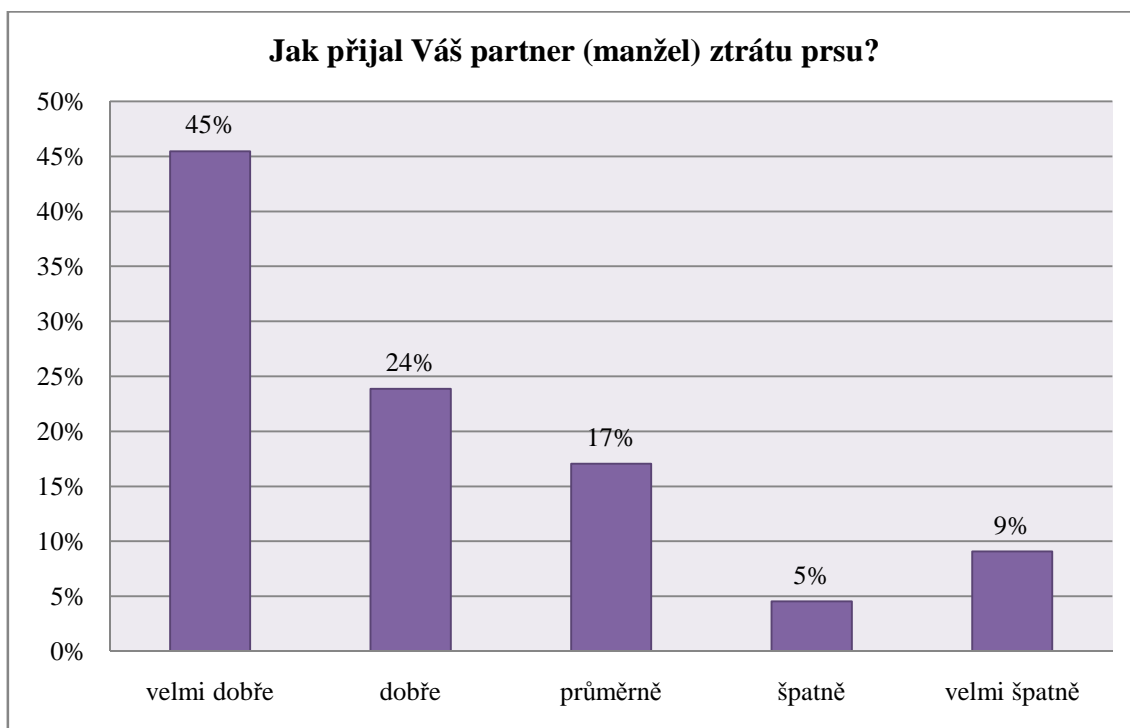
**Graf 4.18**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 88 (100%) odpovědělo 59 (67%) dotazovaných žen, že mastektomie neovlivnila jejich vliv na sexuální život, 29 (33%) žen vliv mastektomie na sexuální život pociťují.

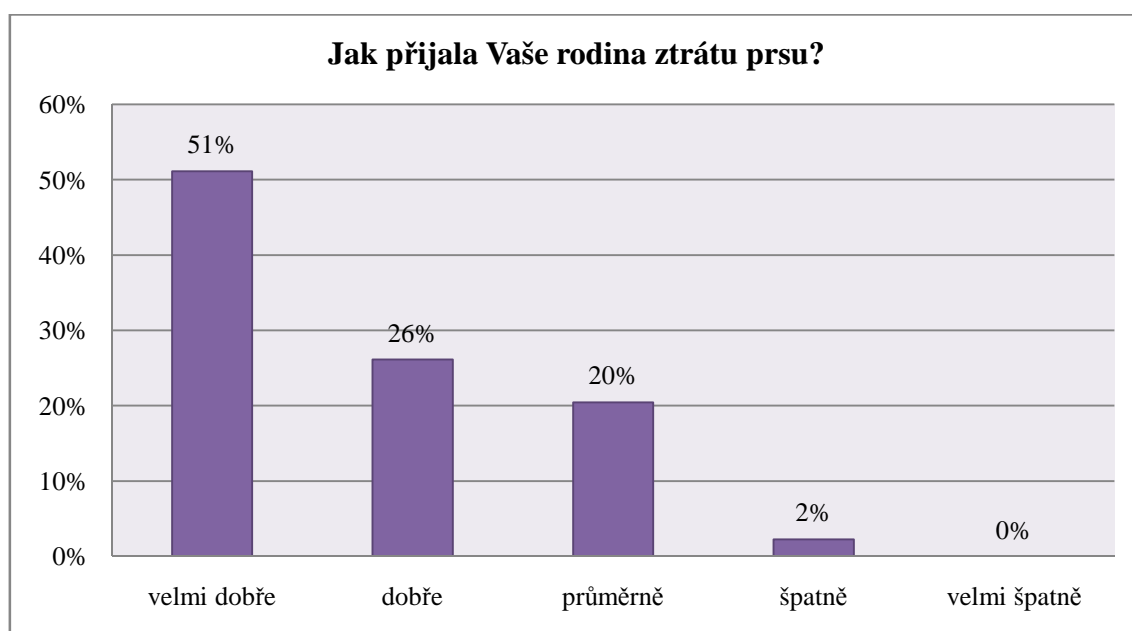
**Graf 4.19**



Zdroj: vlastní výzkum

Nejpočetnější skupina dotazovaných žen odpověděla, že partner nebo manžel přijal ztrátu prsu velmi dobře a to v počtu 40 (45%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen. 21 (24%) žen uvedlo, že manžel nebo partner přijal ztrátu prsu dobře. Průměrně přijal manžel nebo partner ztrátu prsu u 15 (17%) žen, velmi špatně u 8 (9%) žen a špatné přijetí ztráty prsu uvedly 4 (5%) ženy.

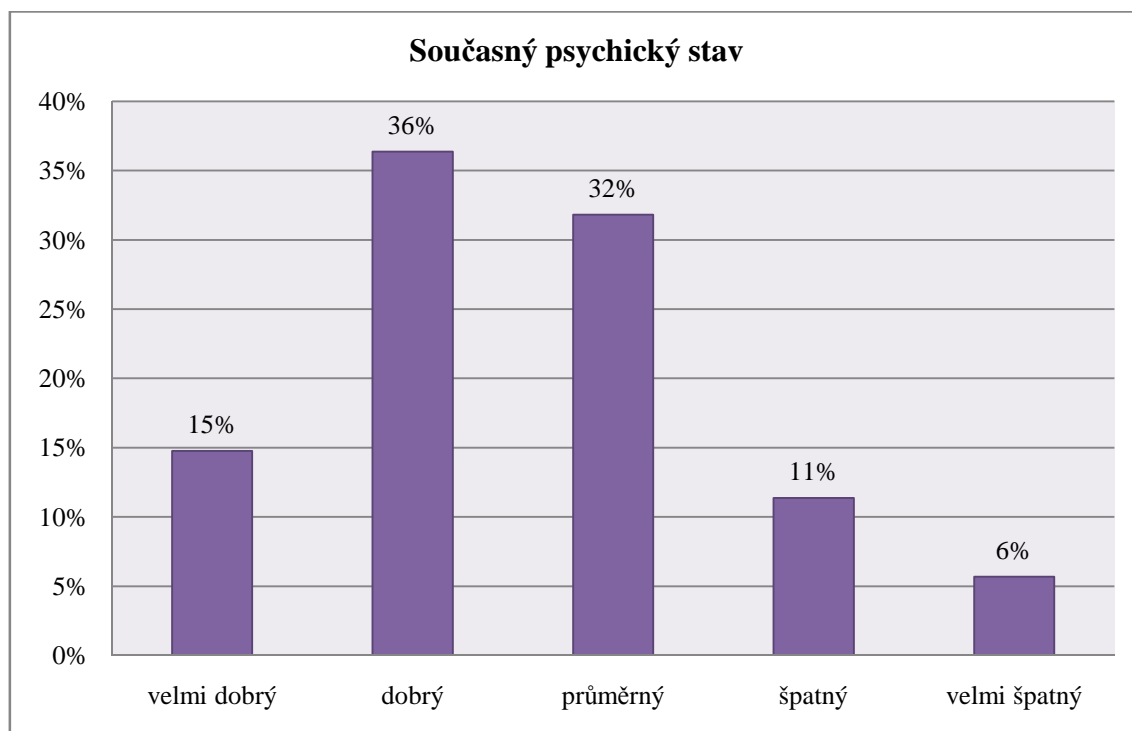
**Graf 4.20**



Zdroj: Vlastní výzkum

45 (51%) žen uvedlo, že jejich rodina přijala ztrátu prsu velmi dobře, u 23 (26%) respondentek přijala rodina ztrátu prsu dobře. Průměrně přijala rodina ztrátu prsu u 18 (20%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen a špatně u 2 (2%) respondentek. Možnost velmi špatně neoznačila žádná žena.

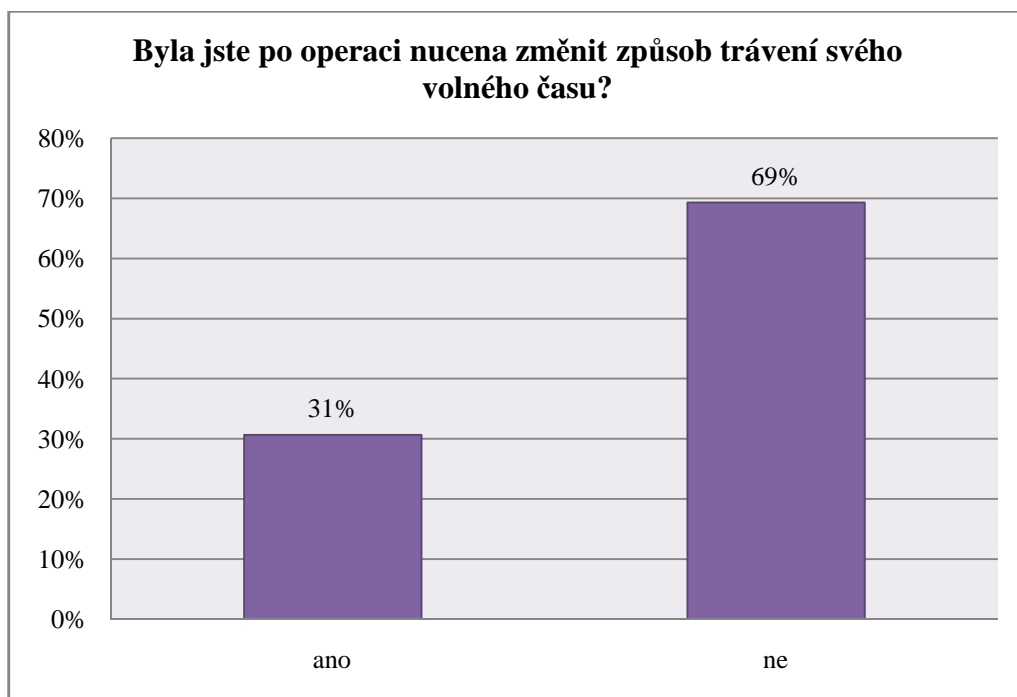
**Graf 4.21**



Zdroj: Vlastní výzkum

32 žen (36%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných uvedla, že je jejich současný psychický stav dobrý. 28 (32%) žen ohodnotilo svůj psychický stav průměrně, 13 (15%) respondentek velmi dobře, 10 (11%) žen špatně a 5 (6%) dotazovaných žen velmi špatně.

**Graf 4.22**

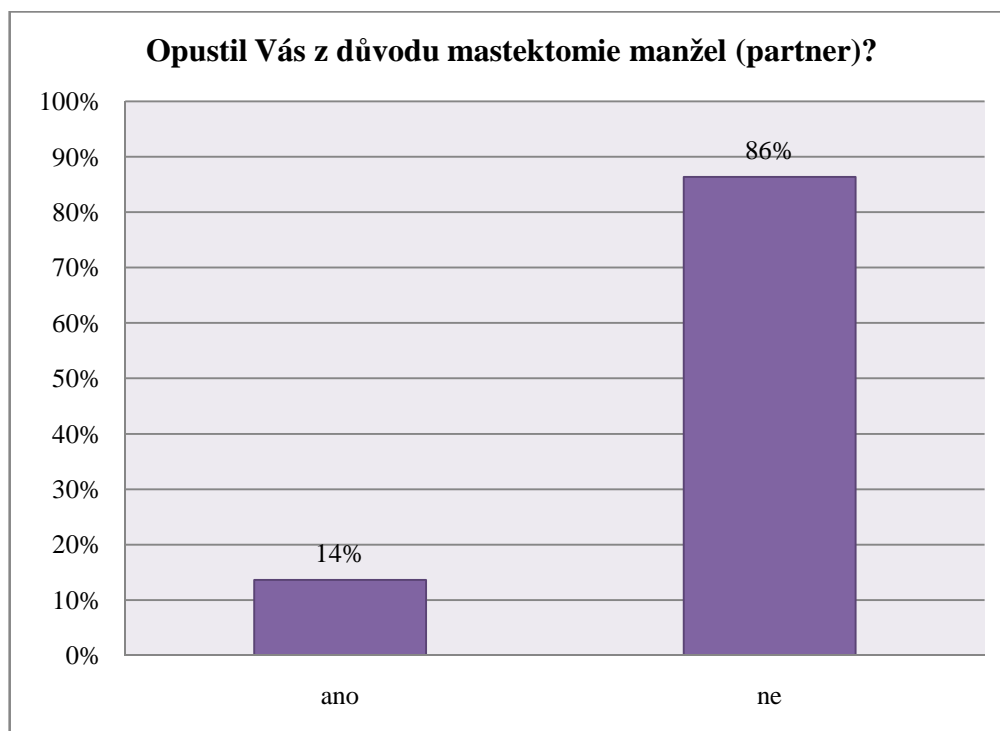


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen, uvedlo 61 (69%) žen, že nebyly nuceny změnit způsob trávení svého volného času, 27 (31%) žen bylo nuceno po mastektomii změnit způsob trávení svého volného času.



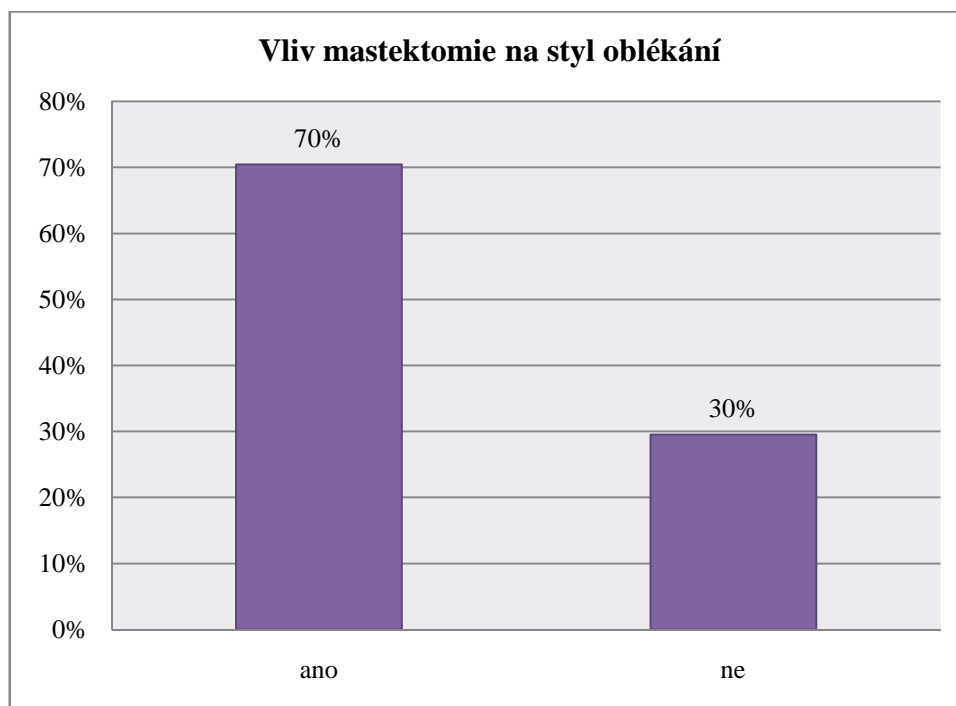
**Graf 4.23**



Zdroj: Vlastní výzkum

76 (86%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen z důvodu mastektomie nepřišlo o svého manžela nebo partnera. 12 (14%) žen z důvodu mastektomie opustil manžel nebo partner.

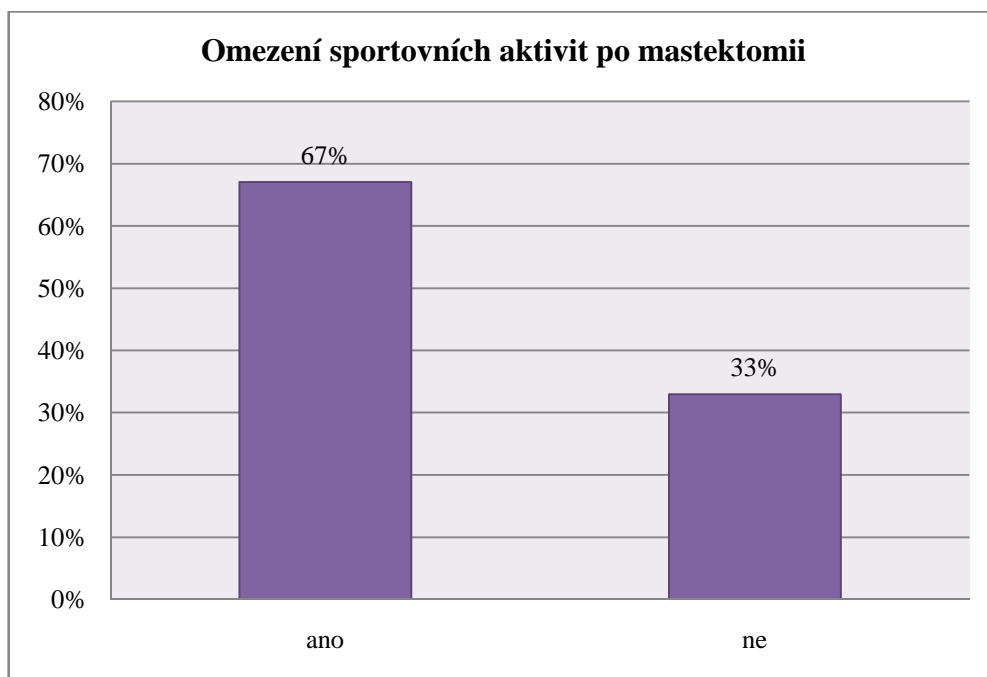
**Graf 4.24**



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina tedy 62 (70%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen uvedla, že mastektomie měla vliv na jejich styl oblékání. 26 (30%) respondentek odpovědělo, že mastektomie neměla vliv na jejich styl oblékání.

**Graf 4.25**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z posledního grafu vyplývá, že většina 59 (67%) z celkového počtu 88 (100%) dotazovaných žen, musela po mastektomii omezit své sportovní aktivity. Jen 29 (33%) respondentek nemuselo po mastektomii omezit své sportovní aktivity.

## 5. Diskuze

Z výzkumu vyplynulo, že ženy po mastektomii jsou různého věku, největší zastoupení mají shodně (26%) věkové skupiny 51 – 60 let a 70 a více, nejméně jsou zastoupeny skupiny ve věku 19 – 30 let a 41 – 50 let (6%). Většina odpovídajících žen je vdaná (49%), nejméně je svobodných (9%). Více jak polovina žen (58%) má 1 – 2 děti. Z výsledků je patrné, že nejvíce žen (44%) prodělalo mastektomii v letech 2006 – 2011 a v letech 2001 – 2005 (26%).

Z 88 dotazovaných žen uvedlo 76% žen, že mastektomie ovlivnila jejich sociální život. Nejvíce 47% žen uvedlo, že jim mastektomie způsobuje problémy před partnerem nebo manželem a 30% žen ve společnosti, která ví, že je po operaci.

Morris<sup>80</sup> uvádí, že přítomnost onkologického onemocnění pro člověka sama o sobě představuje nadměrnou zátěž. Náhle se ocitá v nejistotě, obává se o svou budoucnost i o budoucnost svých blízkých. Jedná-li se o karcinom prsu, musí se však žena vyrovnávat ještě s něčím navíc, a sice s poškozením či dokonce s úplnou ztrátou ňadra, které je symbolem ženskosti a součástí její tělesné a duševní integrity. Toto tvrzení se shoduje s výsledky výzkumu, který ukázal, že 55% žen vnímá ztrátu prsu negativně a cítí se méněcenné.

Jako velmi podstatné a přínosné z hlediska kvality života ženy do budoucnosti vnímám, že jen 33% žen z důvodu mastektomii nemohou vykonávat původní profesi a že 69% žen nemá po mastektomii zhoršené pracovní uplatnění.

Prof. Abrahámová<sup>81</sup> uvádí, že největší oporu a zázemí nachází ženy ve své rodině, která by se měla snažit společně řešit vzniklou situaci. V dotaznících většina žen (95%) uvedla, že největší oporu našly právě ve své rodině.

Následně nás zajímalo, zda mastektomie měla vliv na styl oblékání, sportovní aktivity a na způsob trávení volného času. Zde z výzkumu vyplývá, že u 70% žen mastektomie měla vliv na styl oblékání, 67% žen muselo omezit své sportovní aktivity a 69% žen bylo nuceno po operaci změnit způsob trávení svého volného času.

---

<sup>80</sup> MORRIS, Desmond. *Nahá žena*. Vyd. 1. Brno: Alman, 2006. 263 s. ISBN 80-867-6618-7.

<sup>81</sup> ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. ref. 1, s. 133-134

Wolfgang, Johannes a Jürgen<sup>82</sup> uvádějí, že u onkologických onemocnění prsu dochází k ohrožení sociálních vztahů převážně ve změněné roli v rodině, ze strachu z toho, že žena po mastektomii není již tak atraktivní pro svého partnera, obavy ze ztráty z odloučení, z ohrožení nebo ukončení profesní činnosti, ze stáhnutí se z okruhu kolegů z práce a přátel. Dále ze starosti o osud vlastních dětí, změny v sexualitě a z nové závislosti na lékařském personálu. Z důvodu mastektomie přišlo 14% žen o manžela nebo partnera, to z pohledu duševně pocitové roviny, kam řadíme podporu blízkých, zhoršuje kvalitu života žen po mastektomii.

Prof. Klener<sup>83</sup> uvádí, že obnovení normálního sexuálního života je zpravidla možné, i když si někdy vyžádá delší čas a konzultaci se sexuologem. Ve výzkumu 33% žen uvedlo, že jim mastektomie ovlivnila sexuální život.

V rozmezí 0 – 3 měsíce bylo 47% žen po operaci práce neschopné. Nejdéle práce neschopné a to 9 – 12 měsíců bylo 23% žen. 36% žen ohodnotilo svůj současný psychický stav dobře, 32% žen průměrně a 15% žen velmi dobře.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že hypotéza H1 „Negativní vliv mastektomie závisí na postoji partnera a na podpoře rodiny“ se potvrdila, největší oporu a zázeší nachází ženy ve své rodině. Hypotéza H2 „Mastektomie ovlivňuje negativně více svobodné a bezdětné ženy“ se také potvrdila. Hypotéza H3 „Ženy po mastektomii mají zhoršené pracovní uplatnění“ byla výzkumným šetřením vyvrácena, ženy po mastektomii nemusejí z důvodu mastektomie změnit své povolání a nemají zhoršené pracovní uplatnění.

---

<sup>82</sup> TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSE a Jürgen OTT, ref. 28, s. 314

<sup>83</sup> KLENER, Pavel, ref. 16, s. 325

## 6. Závěr

Výzkumným šetřením byl zmapován vliv mastektomie na sociální život žen s karcinomem prsu, kdy cíl práce byl zaměřen na zjištění, zda a jakým způsobem mastektomie ovlivňuje sociální život žen. Zjišťovali jsme vliv mastektomie na somatickou rovinu (funkční omezení plynoucí z nemoci), sociální rovinu (rodina, volnočasové aktivity, zaměstnání) duševně pocitovou rovinu (podpora blízkých, spokojenost) a duchovní rovinu (smíření se s nemocí, obavy ze smrti). Šetřením bylo zjištěno, že mastektomie ovlivňuje sociální život žen hlavně při sportovních aktivitách, způsobu trávení volného času, dále má velký vliv na styl oblékání ženy a celkově na rodinu a přátele.

Hypotéza H1 „Negativní vliv mastektomie závisí na postoji partnera a na podpoře rodiny“ se potvrdila. Největší oporu a zázemí nachází ženy ve své rodině, která zde hraje nezastupitelnou úlohu a společně se snaží vzniklou situaci řešit. Rodina poskytuje každému členu uspokojení touhy po stabilitě, po zainteresovanosti druhých na osobních zájmech a osobních potížích.

Hypotéza H2 „Mastektomie ovlivňuje negativně více svobodné a bezdětné ženy“ se také potvrdila. Vzájemná pomoc při překonávání krize je velmi důležitá, protože samota často působí větší bolest než fyzické utrpení. Na rodinu se žena často obrací i v případech, že vztahy s rodinnými příslušníky nejsou právě ideální. Za rodinou následují přátelé, kolegové v práci, spolubydlící, lékař a zdravotnický personál. Možností jak zvýšit informovanost rodiny, přátel, kolegů a spolubydlících je zveřejnění této práce v onkologických ordinacích, odděleních a v občanských sdruženích, která nabízí pomoc ženám s onemocněním prsu.

Hypotéza H3 „Ženy po mastektomii mají zhoršené pracovní uplatnění“ byla výzkumným šetřením vyvrácena. Ženy po mastektomii nemusejí z důvodu mastektomie změnit své povolání a nemají zhoršené pracovní uplatnění.

Přestože byly dvě hypotézy potvrzeny, je potřeba prohlubovat edukaci v oblasti přístupů rodiny a přátel k ženám po mastektomii s maximálním využitím těchto přístupů v praxi. Dalším aspektem, který by měl být v komplexním přístupu zdůrazňován je

spolupráce, která je velmi důležitá pro vytvoření příznivého sociálního prostředí pro ženy s rakovinou prsu.

Přínosem práce do zdravotně sociální oblasti je poskytnutí základních informací o sociálním dopadu zdravotního stavu žen s karcinomem prsu. Přínosný by mohl být i popis vzniku, diagnostiky a průběhu terapie, dále možnosti rehabilitace jak fyzikální, tak i psychologické a sociální. Nezanedbatelnou částí jsou psychosociální aspekty karcinomu prsu, ve kterých je zmíněna psychosociální opora v nemoci, reakce ženy na nemoc, sdělení a zpracování diagnózy.

## 6. Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Jaromír HORÁK. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-771-0.
3. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-807-2626-489.
4. CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
5. COY, Johannes F. a Maren FRANZ. *Výživou proti rakovině: Jak zastavit rakovinový gen*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2010. ISBN 978-80-249-1450-3.
6. ČECHOVÁ, Věra a Marie ROZSYPALOVÁ. *Obecná psychologie: učební text pro střední zdravotnické školy*. 4. nezměněné. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-268-X.
7. ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 2. upravené. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-243-4.
8. ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře: Postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktického lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře*. 1. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.



9. DIENSTBIER, Zdeněk. *Rakovina prsu u žen: Prevence a léčebná péče*. 3. přepracované vydání. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2008. ISBN neuvedeno.
10. DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠTÁK. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1123-0.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozšířené. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
12. JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
13. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.
14. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. nezměněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-7013-390-2.
15. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0468-X.
16. KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2315-X.
17. KOHOUTOVÁ, J., H. KLOZOVÁ URMINSKÁ a P. JANDÍK. Úskalí vyšetřovacích modlit v klinické mamodiagnostice. In: *XIII. Jihočeské*

- onkologické dny*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2006, s. 10-15. ISBN 80-239-7483-1.
18. KONOPÁSEK, Bohuslav a Luboš PETRUŽELKA. *Karcinom prsu: manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, c1997. ISBN 80-858-2466-3.
19. KOPECKÝ, Josef, Jorga SUMEROVÁ a Petra KOPECKÁ. *Rehabilitace po operacích prsů*. Paskov: Nadace proti rakovině, 2000. ISBN 80-704-2322-6.
20. MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-733-3001-6.
21. MATOUŠEK, Oldřich et al. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.
22. MORRIS, Desmond. *Nahá žena*. Vyd. 1. Brno: Alman, 2006. ISBN 80-867-6618-7.
23. NEZU, Arthur M. et al. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN 80-7364-000-7.
24. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
25. SERVAN-SCHREIBER, David. *Jak čelit rakovině*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-785-5.
26. SINGLETARY, E. a A. JUDKINS. *Breast cancer: myths*. Huntington, NY: PRR, 1997. ISBN 09-641-8237-8.

27. SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině prsu beze strachu*. 1. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2184-5.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
29. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
30. ŠTĚPÁNKOVÁ, Helena. *Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt*. [online]. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/pokongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/1510/>
31. TRÁVNIČKOVÁ-KITTLEROVÁ, Olga, Vítězslav HRADIL a Jan VACEK. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-485-3.
32. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSE a Jurgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
33. TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie VACÍNOVÁ. *Sociální psychologie: vybraná témata*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-808-6723-303.
34. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
35. WILKOVÁ, Scarlett. *Bez ňadra*. *Magazín Dnes + TV*. Ústí nad Labem:

Severotisk, 20.10.2011, XVIII., č. 42, s. 12-19.