

KVALITA ŽIVOTA PO OPERACÍCH PRSU PRO KARCINOM

Jitka Kouřilová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka KOUŘILOVÁ**

Osobní číslo: **H080276**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Kvalita života po operacích prsu pro karcinom.**

Zásady pro vypracování:

Volba tématu.

Studium odborné literatury a shromažďování informací v oblasti zvolené problematiky.

Vymezení pojmů z oblasti kvality života po operacích pro karcinom prsu.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ADAM, Zdeněk, et al. Speciální onkologie: Příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob. 1. Praha: Galén, 2010. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al. Atlas nádorů prsu. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2000. 328 s. ISBN 80-7169-771-0.

BECKER, Horst Dieter, et al. Chirurgická onkologie. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 880 s. ISBN 10:80-247-0720-9.

BERAN, Jiří, et al. Lékařská psychologie v praxi. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

OPATRná, Marie. Etické problémy v onkologii. 1. Praha: Mladá fronta a. s., 2008. 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.

VORLÍČEK, Jiří, et al. Klinická onkologie pro sestry. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie: 3., aktualizované vydání. v nakladatelství Portál 1. Praha: Portál, s. r. o., 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

ZEMAN, Miroslav, et al. Speciální chirurgie: druhé vydání. Praha: Galén, 2001, 2004. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

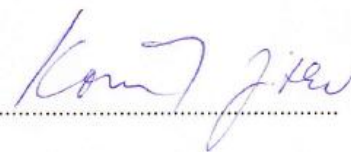
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 11. 5. 2019

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b
Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vyrobené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělení svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života žen po operacích prsu pro karcinom. Zabývá se změnami psychickými, sociálními, partnerskými, zájmovými i pracovními. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na epidemiologii karcinomu prsu, rizikové faktory, anatomii prsu, vyšetřovací metody v mammologii, klasifikaci nádorů, léčbu karcinomu prsu. Dále na vymezení pojmů kvality života se zaměřením na kvalitu života onkologicky nemocných. V praktické části je popsán výzkum kvalitativní metodou ve formě zcela anonymního dotazníku. Hodnocení kvality života je individuální, je ovlivněno subjektivními a objektivními faktory. Získané výsledky výzkumu jsou založeny na podkladě subjektivního hodnocení kvality života žen, které podstoupily operaci karcinomu prsu. Část z nich už i následnou onkologickou léčbu. Přestože se jedná o onemocnění maligním nádorem s nejistou prognózou, ženy hodnotí kvalitu svého života pozitivně a optimisticky.

Klíčová slova: karcinom, prso, kvalita života, diagnóza, léčba, operace

ABSTRACT

The bachelor's degree thesis is focused on the quality of life of women after the breast cancer operation surgery. It deals with psychological, social, partnership, interests and working changes. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part concerns breast cancer epidemiology, risk factors, breast anatomy, examination methods in mammology, tumor classification, and breast cancer treatment. Furthermore, it meets the problem of definition of quality of life terminology focused on the quality of life of oncologically ill people. The research based on the qualitative method in a form of an entirely anonymous questionnaire is described in the practical part. The quality of life evaluation is individual and it is influenced by subjective and objective factors. Acquired research results are based on subjective quality of life evaluation of the women who underwent breast cancer operation surgery. A part of them already a follow-up treatment as well. Although the problem is an illness of malignant tumor with uncertain prognosis women evaluate their quality of life positively and optimistically.

Key words: cancer, breast, quality of life, diagnosis, treatment, operation

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce MUDr. Jiřímu Gařkovi, Ph.D. za cenné rady, věnovaný čas i psychickou podporu.

Zvláštní poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mě během studia trpělivě podporovali a povzbuzovali.

MOTTO

„Za šťastné považujeme ty, kteří se učili ze životní zkušenosti snášet útrapy a nebýt jimi udoláni“.

Iuvenalis

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU	12
2 RIZIKOVÉ FAKTORY	13
2.1 VĚK.....	13
2.2 RODINNÁ HISTORIE.....	13
2.3 VĚK V DOBĚ MENARCHE A MENOPAUZY	13
2.4 VĚK PŘI PRVNÍM PORODU	14
2.5 POČET PORODŮ.....	14
2.6 KOJENÍ	14
2.7 HORMONÁLNÍ LÉČBA	14
2.8 KOUŘENÍ.....	15
2.9 ALKOHOL.....	15
2.10 STRAVOVACÍ NÁVYKY	15
2.11 OBEZITA.....	15
2.12 BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU.....	16
2.13 RADIACE	16
3 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY	17
4 VYŠETŘOVACÍ METODY V MAMMOLOGII	18
4.1 MAMMOGRAFIE.....	18
4.2 DUKTOGRAFIE.....	18
4.3 ULTRASONOGRAFIE.....	18
4.4 MAGNETICKÁ REZONANCE PRSU	19
4.5 CT (VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE).....	19
4.6 BIOPSIE	19
4.7 VÝZNAM NÁDOROVÝCH MARKERŮ	19
5 PREVENCE	21
5.1 SAMOVYŠETŘOVÁNÍ.....	21
5.2 SCREENING.....	21
5.3 ORGANIZOVANÝ SCREENING V ČESKÉ REPUBLICE	22
6 KLASIFIKACE TNM SYSTÉMU	23
6.1 VŠEOBECNÁ PRAVIDLA TNM SYSTÉMU	23
7 LÉČBA KARCINOMU PRSU	24
7.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	24
7.1.1 Chirurgické diagnostické postupy.....	24
7.1.2 Chirurgické terapeutické postupy	24
7.1.2.1 Chirurgie mléčné žlázy	25
7.1.2.2 Chirurgie lymfatických uzlin	25
7.1.3 Rekonstrukční výkony	26

7.2	RADIOTERAPIE	26
7.3	CHEMOTERAPIE	27
7.4	HORMONÁLNÍ LÉČBA	27
7.5	BIOLOGICKÁ LÉČBA	28
7.6	SLEDOVÁNÍ PO TERAPII.....	28
7.7	PROGNÓZA	28
8	KVALITA ŽIVOTA.....	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	32
9	CÍLE VÝZKUMU	33
9.1	HLAVNÍ CÍL	33
10	METODIKA PRÁCE.....	34
10.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	34
10.2	METODA VÝZKUMU.....	34
10.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	34
10.4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
11	DISKUZE	73
12	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	78
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	84
	SEZNAM GRAFŮ	85
	SEZNAM TABULEK.....	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Rakovina prsu je onemocnění, které vzbuzuje hluboké city a pocity jak u nemocných, tak u jejich okolí. Ňadra jako atribut ženství a ženské krásy a jakožto symbol plodivé síly a zdroje výživy byla zobrazována od nepaměti. Není divu, že existují i četná vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly zhoubným nádorem prsu.[3, str. 11]

Je velmi náročné vypořádat se se sdělením diagnózy karcinomu prsu, i s absolvováním protinádorové léčby, která narušuje psychiku, vzhled, fyzickou kondici i vztahy. Některé následky zanechané rakovinou mohou být viditelné, některé zůstávají skryté. Zřejmě nejzávažnější skrytou jizvou, zanechanou nádorovým onemocněním, je narušení toho, jak člověk pohlíží sám na sebe.

Která z léčby karcinomu prsu je pro ženy náročnější, čeho se po operaci nejvíce obávají, zda se výrazně změnil jejich pohled na život, kdo byl jejich největší oporou. Na tyto a na další otázky jsem hledala odpovědi ve svém dotazníku, protože není žádná zpětná vazba o tom, jaká je kvalita života žen po operaci prsu pro karcinom.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Ročně se v celém světě zjišťuje více než 570 00 nových případů této choroby, a to je 18 % všech nádorů u žen. U nás je karcinom prsu rovněž nejčastější, stejně jako na celém světě, a během posledních 20 let se jeho počty zdvojnásobily. Incidence karcinomu prsu se zvyšuje s věkem, zdvojuje se každých 10 let až do menopauzy a poté je zvyšování každoročně dramatické. U nás je během 28 let patrný přesun incidence do mladších věkových kategorií, což začíná být patrné již ve věkové skupině 40–44 let.[1, str. 11]

Prakticky se nevyskytuje u žen mladších než 20 let a velmi řídký výskyt je do 30 let věku. Zvyšuje se však počet časně diagnostikovaných onemocnění. Nejčastěji jsou postiženy laterální horní kvadrant a centrální, retroareolární oblast.[4, str. 183]

2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikové faktory karcinomu prsu představují relativně různorodou skupinu parametrů. Mezi nejvýznamnější z nich patří např. dědičné změny v genetické informaci buněk, na druhé straně však i takové parametry, jako jsou charakteristiky životního stylu.[2, str. 42]

Navzdory tomuto poznání vzniká karcinom prsu bez evidentní příčiny u více než 50 % žen. [4, str. 183]

2.1 Věk

Jde o hlavní rizikový faktor vzniku onemocnění. U žen nad 50 let věku je zaznamenáno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu.[2, str. 44]

2.2 Rodinná historie

Ze studií provedených v západních populacích vyplývá, že karcinom prsu se vyskytuje familiárně asi v 10 % a genetická predispozice se podílí na jeho vzniku v 1-5 %. Má se za to, že nositelky genetické predispozice pro rakovinu prsu onemocní před 65. rokem. Pacientky s bilaterálním karcinomem, ty, u kterých se projevil ještě další primární karcinom a dále ty, které onemocněly v mladším věku, jsou podezřelé z přítomnosti genetické predispozice. Naopak – pacientky s velmi bohatou nádorovou rodinnou historií, které neonemocněly před 65. rokem věku, pravděpodobně nenesou hereditární mutaci. Riziko karcinomu prsu je dvakrát (či vícekrát) vyšší u žen s výskytem této choroby v první příbuzenské linii vertikální či horizontální (matka, sestra, dcera), jsou-li tyto příbuzné v době diagnózy po 50. roce věku. Riziko je tím větší, čím mladší je věk příbuzných v době diagnózy choroby.[1, str. 12-13]

2.3 Věk v době menarche a menopauzy

Ženy, které měly časnou menarche nebo pozdní menopauzu, mají zvýšené riziko, že onemocní rakovinou prsu. Z velkých studií vyplývá, že ženy, u kterých proběhla menopauza po 55. roce věku, mají dvojnásobně vyšší riziko rozvoje karcinomu prsu než ženy s menopauzou před 45. rokem věku. Nuliparita a pozdní věk prvního porodu jsou

dalšími rizikovými faktory. Ženy prvorodičky po 35. roce věku jsou vysoce rizikové a mají větší riziko vzniku karcinomu prsu než nulipary.[1, str. 11]

2.4 Věk při prvním porodu

Výrazně zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce života se vysvětluje absencí nebo opožděnou diferenciací prsní tkáně.

2.5 Počet porodů

Faktor počtu porodů je v predikci rizika vzniku karcinomu prsu nezávislý na věku ženy při prvním porodu. U žen s vyšším počtem dětí se pozoruje snížení rizika v důsledku kratší životní expozice endogenním steroidním hormonům

2.6 Kojení

Akt kojení a délka kojení ovlivňují přímo hladinu estrogenů v ženském organismu a byly potvrzeny jako faktory s protektivním účinkem na rozvoj maligního onemocnění.

2.7 Hormonální léčba

Hormonální přípravky obecně (náhradní hormonální léčba v klimakteriu, hormonální antikoncepce) ovlivňují přímo metabolismus steroidních hormonů v ženském organismu. Studie zaměřené na analýzu vlivu užívání hormonálních přípravků nepřinášejí jednoznačné závěry, obecně je ale možno říci, že u žen užívajících tyto přípravky existuje zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. Podstatný je ale věk při jejich užívání a délka období užívání.[2, str. 46]

2.8 Kouření

Provedené epidemiologické studie nepřinesly jednoznačné závěry o významnosti aktivního kouření nebo zvýšené expozice tabákovému kouří (pasivní kouření) jako faktorů zvyšujících riziko vzniku karcinomu prsu. Přestože přímý vliv kouření na vznik karcinomu prsu nebyl prokázán, je třeba zdůraznit, že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko mnoha jiných zhoubných nádorů a srdečních onemocnění.[3, str. 38]

2.9 Alkohol

Aktuální epidemiologické studie prokázaly nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu. Mechanismus účinku alkoholu na zvýšení rizika vzniku onemocnění je dán především prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů v ženském organismu.

2.10 Stravovací návyky

Množství a složení přijímané potravy tvoří komplexní faktor s přímým vztahem k riziku vzniku karcinomu prsu. Jedním z hlavních problémů epidemiologických studií zaměřených na hledání souvislostí mezi stravovacími návyky a rizikem rozvoje onemocnění je problematika parametrizace stravovacích návyků. Energetická hodnota potravy ovlivňuje energetický metabolismus organismu, a tedy produkci steroidních hormonů. Zastoupení a typ tuků v potravě spolu s podílem příjmu zeleniny a ovoce hrají významnou roli při vzniku malignit obecně. Zdá se, že dieta bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu je spojena s nižším rizikem vývoje karcinomu prsu.

2.11 Obezita

Množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a mohou tak zvýšit riziko vzniku karcinomu prsu. [2, str. 44]

2.12 Benigní onemocnění prsu

Ženy s epitelovou hyperplazií s buněčnými atypii mají 4-5 krát vyšší riziko vzniku karcinomu prsu než ženy, které nikdy neměly zjištěny žádné proliferativní změny. Ženy s těmito změnami a pozitivní rodinnou historií v první linii mají riziko devítinásobné. Ženy s cystickými změnami v prsech, fibroadenomy, duktálními papilomy, sklerotizující adenózou mají snad zvýšené riziko, jehož klinický význam není zřejmý. Význam je zejména v tom, že v palpačně nepřehledném terénu mohou další změny ujít pozornosti, proto informovanost a pravidelné kontroly těchto žen jsou na místě.

2.13 Radiace

Zdvojené riziko pro karcinom prsu bylo pozorováno u žen, které byly v dětském a dívčím věku pod vlivem ionizujícího záření během druhé světové války. Ozáření mléčné žlázy zejména v období jejího vývoje má za následek kromě hypoplazie mléčné žlázy i zvýšené riziko pro karcinom v pozdějším věku. Jedná se o ženy, které byly v dětství ozářeny pro benigní afekce.[1, str. 14]

3 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY

Mléčná žláza (glandula mammaria) je velká párová apokrinní žláza uložená v tukovém polštáři, s nímž tvoří vyvýšeninu, prs (mamma). U muže zůstává rudimentární, jen někdy, při hormonální dysfunkci, se zvětší a vzniká tzv. gynekomastie. U dívek se prs v pubertě postupně zvětšuje a nabývá tvaru diskovitého, pak polokulovitého, posléze hruškovitého, ve stáří pak poklesá (mamma pendula). Prs je uložen mezi 3. -6. mezižebřím se středem v medioklavikulární čáře. Mléčná žláza je ve frontální rovině téměř kruhovitá, často však je do axily protažen výběžek, který může být i oddělen. Kůže prsu je jemná, na vrcholku prsu je silně pigmentovaný (zejména v těhotenství a po porodu) dvorec (areola mammae) s vývody drobných potních a mazových žlázek (Montgomeryho žlázy). Uprostřed dvorce je bradavka (papilla mammae), na níž ústí mlékovody (ductus lactiferi). Hladká svalová vlákna mohou způsobit větší prominenci (při podráždění) nebo naopak retrakci bradavky. Vlastní žláza je složena z 15-20 laloků, které se rozdělují do lalůčků. Lalokové vývody ústí na bradavce. Sekreční alveoly se objevují v těhotenství pod vlivem estrogenů a progesteronu (z placenty) a pokles hladin těchto hormonů ke konci těhotenství a při porodu stimuluje sekreci prolaktinu hypofýzou. V posledních dnech těhotenství a v prvních dnech po porodu mléčná žláza produkuje mlezivo, kolostrum, které je vystřídáno produkcí mateřského mléka (období laktace). Žláza je obklopena tukovým polštářem premamárním (kromě areoly) a retromamárním, který se výrazně podílí na velikosti prsu. Nervové a cévní zásobení je větvičkami prorážejícími z mezižebních nervů a cév. Míza z laterálních částí prsu odtéká do axilárních uzlin, z mediálních částí do předních mediastinálních uzlin, z horních částí prsu může jít přímo do uzlin infraklavikulárních a supraklavikulárních.[13, str. 136]

4 VYŠETŘOVACÍ METODY V MAMMOLOGII

Všechny metody by měly být použity ve vzájemném vztahu a v takovém sledu, který odpovídá současnému stavu techniky a výzkumů. Vzájemně se doplňují, ale jejich užití musí být vyvážené, zejména také se zvláštním ohledem na ekonomiku diagnostického procesu.

4.1 Mammografie

V mammologii je mammografie dominantní zobrazovací metodou již řadu let. Zpravidla navazuje na klinické vyšetření. Používá se však i u tzv. rizikových pacientek bez klinického nálezu a v rámci screeningu. Výtěžnost mammografie pro diagnózu zhoubných nádorů činí asi 35-45 % v případě, že je použita jako jediná metoda. Ve spojení s klinickým vyšetřením stoupá její výtěžnost na minimálně 90 %.[1, str. 43]

4.2 Duktografie

Zobrazení vývodu mléčné žlázy vhodnou kontrastní látkou. Je neocenitelnou modalitou ve skupině pacientek se sekreční chorobou mléčné žlázy.[2, str. 102]

4.3 Ultrasonografie

Význam ultrazvukového vyšetření prsu jako doplňku mamografie se zvyšuje spolu s rozvojem této nezářivé a neškodné metody. Vyšetřovaný orgán se zobrazuje po jednotlivých vrstvách. [4, str. 185] Ultrazvuk dokáže zobrazit nejen všechny vrstvy prsu, ale i hrudní stěny. Prokreslení ve žlázové vrstvě je detailnější než v sumačním mamografickém snímku. Ultrazvukové vyšetření společně s mamografií je ideálně komplementární dvojice vyšetření, která by nikdy neměla v mammodiagnostice fungovat odděleně. Přednostní využití ultrazvukového vyšetření je v diagnostice podezřelých hmatných i nehmatných ložisek. Vyšetření přinese informaci o povrchu ložiska, o jeho struktuře a všech rozměrech při nepravidelnosti tvaru. Pečlivě se jím prohlédne i okolí ložiska.[26]

4.4 Magnetická rezonance prsu

Magnetická rezonance prsu (MR) je metoda s nejvyšší senzitivitou pro zobrazení invazivního karcinomu prsu – udává se téměř 100 %. Je však zatížena nižší specificitou – stejně jako malignita se může zobrazit i jiná léze prsní žlázy (zánět, fibroadenom, fibrocystické změny). Metoda využívá zobrazení patologické neovaskularizace i u velmi drobného invazivního karcinomu prsu – MR prsu je proto vždy s aplikací paramagnetické kontrastní látky intravenózně.[4, str. 185]

4.5 CT (výpočetní tomografie)

Upřesňuje rozsah a charakter změn zjištěných jinými metodami. Je spolehlivou metodou k detekci mozkových metastáz.[29, str. 257]

4.6 Biopsie

Výsledky cytologie při odběru vzorku tkáně tenkou jehlou (stereotaktickým mamografickým přídatným zařízením nebo při asistenci ultrasonografie) mají falešně negativní výsledek cca v 5 %. Podstatně lepší výsledky má vyšetření vzorku tkáně při odběru silnou jehlou (core-cut biopsie). Údaje autorů se sice liší, ale někteří udávají správné výsledky až ve skoro 100 %. Excize tkáně a exstirpace podezřelých lézí je poslední možností verifikace před operací většího rozsahu. Řada prací však právě zde udává velmi příznivou korelaci mezi verifikací operačně odebrané tkáně a histologií vzorku odebraného silnou jehlou.[1, str. 46] Další kvalitní diagnostickou odběrovou metodou je vakuová biopsie prováděná speciální odběrovou jehlou – mamotomem. Hlavním rozdílem vakuové biopsie proti standardnímu odběru biopsií jehlou je stacionární poloha jehly při opakovaném odběru. Tak je možno opakovaně odebírat bloky tkáně o velkém objemu.[26]

4.7 Význam nádorových markerů

V současnosti existuje několik tzv. nádorových markerů souvisejících s karcinomem mléčné žlázy. Mezi nejčastěji sledované patří karcinoembryonální antigen (CEA) a CA

15-3. Karcinoembryonální antigen se vyskytuje ve 40-50 % případů s přítomností vzdálených metastáz. Marker CA 15-3 může být zvýšený i v případě jen lokálního onemocnění. Nicméně i pokročilé onemocnění může být zcela bez zvýšení uvedených markerů. Z praxe víme, že přibližně 60 % pacientek má zvýšený jeden nebo druhý uvedený nádorový marker.[4, str. 186]

5 PREVENCE

V naší republice je kolem 40% všech případů karcinomu prsu diagnostikováno ve stadiu III a IV, následkem čehož byla indikována minimálně v 18,1 % léčba pouze paliativní či symptomatická. Na tomto neutěšeném stavu se podílela zejména nízká úroveň zdravotnické výchovy. Mnoho žen váhá s návštěvou lékaře řadu týdnů. Naše statistika uvádí, že doba stanovení diagnózy od první návštěvy lékaře je u více než poloviny případů do tří týdnů. Podstatný interval – doba od prvních příznaků do první návštěvy lékaře – není znám, předpokládá se, že činí týdny, ba i měsíce. U většiny žen se informace o tomto časovém úseku přesně nedozvíme. V posledních letech se tato situace zlepšuje vlivem zvýšené možnosti navštívit včas mamografii a zejména pak zavedením státem garantovaného screeningu. Vzhledem k tomu, že primární prevence karcinomu prsu není prakticky možná, je třeba se zaměřit na prevenci sekundární, která směřuje k časnému záchytu a detekci karcinomu a vytipování rizikových skupin žen.

5.1 Samovyšetřování

Nejjednodušší metodou včasného záchytu rakoviny prsu bylo donedávna samovyšetřování (nebo sebevyšetřování) vlastních prsů. Jak je zřejmé z názvu, vyšetřování si žena provádí sama, a to pravidelně každý měsíc. Ženy, které se samovyšetřováním začínají, by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den. Jen tak se dobře naučí znát geografii vlastních prsů. Nejlepším obdobím pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv snadno zapamatovatelný den, např. první den v měsíci. Lze říci, že ženy, které dobře a pravidelně provádějí samovyšetřování, přicházejí s menšími tumory. Samovyšetřování neovlivňuje délku přežití ani úmrtnost na karcinom prsu. Samovyšetřování nemůže odhalit nehmotné léze ani nemůže nahradit mamografický screening.

5.2 Screening

Cílem screeningu (aktivního vyhledávání) je detekovat (odhalit) karcinom prsu, když je velmi malý a před tím, než má šanci se rozšířit cévním řečištěm. Jde o stadium carcinoma

in situ. Screening pomocí mamografie významně snižuje mortalitu způsobenou karcinomem. Úmrtnost se snižuje o více než 40 % u žen, které prošly širokoplošným screeningem a výtěžnost je největší u žen nad 50 let věku. Screeningový test má být jednoduchý, laciný, jednoduše proveditelný, jednoduše interpretovatelný. Mammografie není laciná, potřebuje speciální přístrojovou techniku (mammograf), speciální filmy, speciálně vycvičený tým rentgenologů a speciální tým pro další péči. Detekuje 95 % všech karcinomů v populaci bezpříznakových žen prošlých screeningem. Přesto je toto zatím nejefektivnější způsob pro včasnou detekci karcinomu prsu u bezpříznakových žen a jediná účinná screeningová metoda. Screening je vždy levnější než léčba pozdních stadií karcinomu.

5.3 Organizovaný screening v České republice

Od podzimu roku 2002 u nás platí možnost bezplatného mamografického vyšetření pro všechny ženy od 45 let, a to ve dvouletých intervalech. Organizovaný screening se řídí Metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví s názvem „Doporučený standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů prsu v České republice“. Toto doporučení vyšlo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (číslo 11, říjen 2002). V tomto metodickém listě jsou podrobně popsány podmínky, za jakých má právo česká občanka žádat screeningové vyšetření. Kromě věku je to doporučení příslušného praktického lékaře či gynekologa. Celý systém je veden snahou ochránit vyšetřovanou ženu před možnými riziky a přispět k maximální výtěžnosti screeningu. Screening není jednorázový proces, ale cyklicky se opakující vyšetření. Určený dvouletý interval není možné považovat u všech žen za absolutně bezpečný. Žena, která se podrobila vyšetření s negativním výsledkem, nesmí ztratit ostražitost a nesmí podlehnout sebeuspokojení. I během následujících dvou let do dalšího vyšetření je třeba provádět samovyšetřování a v případě podezření je třeba ihned navštívit lékaře i dříve než za dva roky.[29]

6 KLASIFIKACE TNM SYSTÉMU

Dělení případů zhoubných nádorů do skupin podle tzv. stadií vyšlo ze skutečnosti, že hodnoty přežívání byly u případů lokalizovaného onemocnění vyšší nežli u těch, kde došlo k rozšíření onemocnění mimo původní orgán. Tyto skupiny byly často označovány jako případy časně a pozdní, čímž byla vyjádřena určitá progresse v čase. Stadium onemocnění v době stanovení diagnózy může však ve skutečnosti být odrazem nejen míry růstu a rozsahu nádoru, ale i typu nádoru a vztahu mezi nádorem a hostitelem. Pro klasifikaci nádorů existuje řada podkladů a kritérií: např. lokalizace, klinický a patologicko-anatomický rozsah onemocnění, udávaná doba trvání symptomů či známek choroby, pohlaví, věk nemocného, histologický typ a stupeň diferenciacie. Všechny tyto parametry představují proměnné, které, ovlivňují výsledný stav nemoci. Prvořadým kritériem TNM systému je klasifikace anatomického rozsahu nemoci, jež je určen klinicky a (dle možnosti) histopatologicky.

6.1 Všeobecná pravidla TNM systému

TNM systém pro popis anatomického rozsahu nemoci je založen na určení tří složek:

T – rozsah primárního nádoru

N – nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách

M – nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz

Přiřazením číslice k těmto třem složkám je udán rozsah onemocnění, tedy:

T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1 [27]

7 LÉČBA KARCINOMU PRSU

7.1 Chirurgická léčba

Lokální léčba invazivního karcinomu prsu byla v minulosti doménou chirurgie. Zlepšování znalostí o biologii onemocnění, diagnostika časných stadií nádorů malých rozměrů a důraz kladený na systémovou léčbu vedly k tomu, že operace přestala být jedinou alternativou kurativní léčby, ale stala se součástí komplexní léčby s kurativním cílem.[4, str. 190]

Chirurgické postupy můžeme rozdělit na diagnostické a terapeutické.

7.1.1 Chirurgické diagnostické postupy

Pro diagnostický a terapeutický výkon je důležité označení ložiska. Místo, kam se tumor promítá na kůži, se označí barvou. Je to označení nepřesné a neříká nic o hloubce uložení nádoru. Přesnější je invazivní označení napíchnutím tumoru tenkým drátkem. Nejpřesnější je lokalizace pomocí stereotaktické mamografie. Stále větší obliby si získává 3D sonografie.[29]

Biopsie tenkou jehlou, FNAB – Fine Needle Aspiration Biopsy je výkon šetrný, lékař navádějící jehlu kontroluje její špičku v rámci rozlišovacích schopností ultrazvukového přístroje.[26] Používá se pro odlišení cystického a solidního ložiska ve žláze. Aspirát se vždy posílá na cytologické vyšetření.

Vlastní histologickou diagnostiku je nejlépe provádět punkcí silnou jehlou (tru cut biopsy, core biopsy) nebo vakuovou biopsií. Její použití je obvyklé tam, kde plánujeme předoperační chemoterapii. Nejbezpečnějším diagnostickým postupem je operační biopsie provedená jako exstirpace celého nádoru.

7.1.2 Chirurgické terapeutické postupy

Otcem moderních terapeutických výkonů je americký chirurg Halstedt, který provedl v r. 1882 tzv. "kompletní operaci". Od těch dob se postupně ubíralo na radikalitě výkonu úměrně s tím, jak vzrůstal význam dalších léčebných metod (chemoterapie, radioterapie). Snahou jsou co nejlepší funkční pooperační výsledky a co nejmenší narušení psychiky nemocné, samozřejmě při maximálním léčebném efektu.[29]

Současnou chirurgickou terapii lze v zásadě rozdělit na chirurgii mléčné žlázy a na chirurgii lymfatických uzlin, samostatnou problematikou je pak rekonstrukční chirurgie. Samotné výkony v rámci tohoto rozdělení pak velmi často probíhají současně jako jedna operace.

7.1.2.1 Chirurgie mléčné žlázy

Mléčnou žlázu lze odstranit kompletně (mastektomie), nebo odstranit pouze její postiženou část s bezpečnostním lemem (záchovné operace).

Reprezentantem konzervativního pojetí jsou tzv. záchovné neboli prs šetřící operace s odstraněním nádoru a okolní tkáně v různém rozsahu, aniž by přitom byl postižen prs z hlediska celku. Při odstranění nádoru s dostatečným bezpečnostním lemem se vždy provádí axilární disekce nebo biopsie sentinelové uzliny a radioterapie na zbývající tkáň prsu.[12]

Mastektomie znamená odstranění mléčné žlázy v celém anatomickém rozsahu včetně pektorální fascie, odstraňuje se část kožního krytu včetně areolomamilárního komplexu. Kožní kryt však může být ve vhodných případech zachován jak bez (kůži šetřící mastektomie), tak včetně areolomamilárního komplexu (subkutánní mastektomie).

7.1.2.2 Chirurgie lymfatických uzlin

Stav lymfatických uzlin včetně minimálního postižení je nejsilnějším prognostickým faktorem u karcinomu prsu a hlavním indikačním kritériem pro systémovou terapii. Chirurgie lymfatických uzlin je tedy u karcinomu prsu především diagnostickou procedurou, její terapeutický efekt je někdy zpochybňován.

Klasickým postupem je kompletní odstranění uzlin v stejnostranné axile (disekce, exenterace axily). Tato operace je standardizována a kromě diagnostického efektu má lokálně sanační účinek. Výkon je nicméně technicky náročnější a především přináší pacientkám nezanedbatelné krátko dlouhodobé obtíže (mezi nejzávažnější patří lymfedém horní končetiny).

Relativně novým a hojně používaným postupem je v současnosti biopsie sentinelové uzliny, při níž je za využití mapování lymfatických uzlin lymfoscintem a případně barvivem nalezena

a odstraněna první spádová (strážná) uzlina. Její stav ukazuje s vysokou pravděpodobností na stav dalších uzlin a může být využit pro indikaci systémové terapie – je alternativou disekce se stejnou výpovědní hodnotou. Při negativním nálezů v této uzlině není další výkon v uzlinách nutný, v případě pozitivního nálezů je v současnosti indikováno doplnění disekce axily, tato nutnost je však v současné době částečně zpochybňována.

7.1.3 Rekonstrukční výkony

Rekonstrukční výkony v oblasti prsu jsou možné vždy, kdy je prs kompletně odstraněn, nebo pokud operace má kosmetické následky, které pacientka chce nechat napravit. Rekonstrukční operace nemají zásadní vliv na prognózu ani průběh onemocnění, mohou však v některých případech mít zásadní vliv na psychiku pacientky, a tedy nemohou být bagatelizovány. Trendem je obecné rozšiřování indikací možností těchto operací a celkový nárůst počtu těchto operací.[4] Pacientky, které měly modifikovaný radikální výkon, mohou po dvou až pěti letech podstoupit rekonstrukční plastickou operaci, pokud jsou bez projevu základního onemocnění. Rekonstrukční výkon se provádí náhradou žlázořého tělesa vlastní tkání ze stěny břišní nebo zad nebo se používají syntetické implantáty.[25]

7.2 Radioterapie

Radioterapie je zařazována ke komplexní léčbě jako pooperační, předoperační (např. u inoperabilních tumorů), paliativní (ozařování metastáz, např. do kostí, centrálního nervového systému, při léčbě relapsů). Pooperační radiační léčba má za cíl zničení předpokládaných zbylých nádorových buněk. Provádí se zpravidla na oblast jizvy či ponechané části prsu, podpaží, nadklíčku. Rozsah ozařovaného objemu závisí na rozsahu onemocnění.

V případě většího rozměru původního nádoru v prsu může být operační odstranění obtížné až nemořné. Tehdy se může provést předoperační ozáření prsu s cílem zmenšit rozsáhlý tumor a pak jej odstranit operací.

7.3 Chemoterapie

V současné době existuje nejméně čtyřicet cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Procento účinnosti jednotlivých cytostatik použitých v monoterapii se pohybuje mezi 20-65 %. Cytostatika působí v různé fázi buněčného cyklu a mají různý mechanismus účinku.

Časové postavení chemoterapie v léčebném schématu závisí na rozsahu a typu zhoubného nádorového onemocnění. Používá se chemoterapie předoperační (neoadjuvantní) tam, kde chceme zmenšit obtížně operovatelný nádor v prsu a současně zasáhnout i možné vycestovalé buňky. Pooperační (adjuvantní) chemoterapie u místně úspěšně léčeného nádoru je zajišťovací a ničí eventuální uniklé nádorové buňky. Zničení již prokázaných dceřiných nádorových buněk si klade za cíl chemoterapie léčebná.

Chemickou léčbu lze většinou aplikovat ambulantně. O možnosti hospitalizace rozhoduje lékař podle typu použitých cytostatik a podle snášenlivosti léčby.

7.4 Hormonální léčba

Patří mezi nejstarší způsob léčby karcinomu prsu. Na hormonální léčbu odpovídá přibližně jedna třetina všech pacientek s metastatickým postižením. Indikace hormonální léčby je založena na průkazu hormonálních receptorů.

Hormonální léčba je stejně jako chemoterapie léčbou systémovou. Je poněkud rozdílná u žen před a po menopauze (přechodu). Závisí též na predispozici nádorové tkáně odpovídat na hormonální podněty.

U žen před přechodem (před menopauzou, před klimakteriem) se v některých případech provádí blokáda vaječnickové funkce, a to buď odstraněním vaječníků (tzv. ovariectomie či chirurgická kastrace), nebo jejich ozáření (tj. radiační kastrace). V současné době lze stejného efektu dosáhnout aplikací určitých léků (nekrvavá medikamentózní kastrace).

U žen po přechodu se zcela běžně aplikují tablety, jejichž užívání je dlouhodobé, jednoduché, efektivní a bez vedlejších účinků.[29]

7.5 Biologická léčba

Biologická léčba je zatím nejmodernějším výdobytkem v léčbě rakoviny, a přestože je vývoj biologických léčiv záležitostí poměrně mladou, je zřejmé, že významně posunul a ještě posune možnosti onkologie 21. století. Biologická léčba vychází z nejnovějších vědeckých poznatků týkajících se struktur a pochodů na povrchu a uvnitř buněk. A tak zatímco chemoterapie působí na obecné buněčné struktury, například na DNA, která je vlastní všem buňkám, biologické preparáty jsou nasměřovány na molekuly a pochody specifické pro buňky nádoru. Díky tomu nezpůsobují žádné život ohrožující komplikace a mají jen minimální vedlejší účinky.[8]

7.6 Sledování po terapii

Základní klinické vyšetření a odběr nádorových markerů se provádí ve 4-6 měsíčních intervalech po dobu 5 let a pak jednou ročně, podle rizika recidivy onemocnění.

Mamografické vyšetření se provádí po 12 měsících, v případě prs zachovávající operace je doporučeno provedení prvního mamografického vyšetření po skončené léčbě s odstupem asi 6 měsíců. Pacientky s karcinomem prsu na jedné straně mají vyšší riziko vzniku karcinomu prsu i na druhé straně.

Ultrazvukové vyšetření jater, rentgen plic a scintigrafie skeletu za účelem vyloučení vzdálené diseminace se obvykle provádějí v intervalu 12 měsíců v prvních 5 letech, potom podle individuálního rizika recidivy. Jednou za rok se doporučuje gynekologické vyšetření.

7.7 Prognóza

Prognóza závisí na klinickém stadiu. I při objemném nádoru prsu, pokud nejsou postiženy axilární uzliny, dosahuje 82 % pacientek pětiletého přežití. V případě nádoru do 5 cm a přítomnosti 1 až 3 postižených axilárních uzlin klesá pětileté přežití na 73 % a v případě postižení více než 3 uzlin na 45 %. Pacientky s přítomností vzdálených metastáz mají medián přežití 24 měsíců, přičemž nemocné s pouze kostními metastázami a metastázami měkkých tkání dosahují delšího přežití než pacientky s viscerálními metastázami. Dosažení pětiletého přežití však stále neznamena vyléčení. U některých nemocných se objevují

metastázy po 10-20 letech od předchozí léčby. Pacientky s negativními receptory relaxují nejčastěji během prvních 3 let po skončení adjuvantní léčby, pacientky s pozitivními receptory později, dokonce i po 10 až 20 letech.[4]

Je nutné zdůraznit, že délka přežití a celková prognóza nemocné je jednoznačně závislá na včasnosti zahájení léčby a odhalení nemoci v jejím iniciálním stadiu. Proto je nezbytné věnovat pozornost prevenci, ve smyslu včasného záchytu onemocnění a sledování rizikových skupin žen.[25]

8 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života není něčím všeobecně platným pro všechny lidi. Je individuální. To znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí ten, kdo je dotazován. Základními daty jsou zde výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života dané osoby závisí tedy na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován a plně respektován.[20, str. 243]

Známý je například výrok Aristotela (v Nichomachově etice) o tom, že štěstí (a tím do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. Nejen to. I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: "Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze." [19, str. 162]

Kvalita života je velmi široký, složitý a těžko definovatelný pojem. V literatuře existuje celá řada teorií a definic, které se snaží komplexně pojmut kvalitu života, chybí však univerzální platná definice. Většinou je kvalita života definovaná jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Kvalita života je multidimenzionální, zahrnuje tělesnou, psychickou, sociální a duchovní oblast lidského života. Tyto jednotlivé oblasti jsou ve vzájemném vztahu a ovlivňují se. Faktory, které ovlivňují kvalitu života, jsou přechodné, značně kolísají v čase, tudíž ani kvalita života není stacionární. Dalo by se předpokládat, že kvalita života onkologicky nemocných pacientů musí být nutně špatná. I když to tak může být v některých okamžicích v průběhu choroby, jako je např. doba stanovení diagnózy nebo po relapsu, obecně to zcela určitě neplatí. Jak dobré či špatné kvality života je dosahováno, závisí ve velké míře na pacientovi samotném, jak nemoc zvládá, jak se s ní vyrovnává. Samozřejmě ne vždy je to dáno charakterem člověka, hraje zde důležitou roli léčba, komplikace, podpora blízkých, chování zdravotnického personálu a spousta dalších faktorů. Kvalita života se hodnotí na základě objektivních nebo subjektivních přístupů. Nejdůležitější je subjektivní hodnocení nemocného člověka, to jak sám vnímá vlastní zdravotní stav, schopnost uplatnění se v rodinném, pracovním a sociálním prostředí.[24]

Nemoc, a zejména nemoc onkologická představuje pro mnoho pacientů ohrožení jejich obvyklého způsobu života a tím snížení kvality života. Snižuje výkonnost člověka, jak v zaměstnání, v domácnosti i při trávení volného času. Může vytvořit obavy z izolace, ze ztráty blízkých, jejichž útěchu a podporu potřebují. Vynucená závislost na nemoci, lécích, hospitalizaci může v pacientkách probudit obavy z odloučenosti. Mnohé z nich se mohou

obávat, že je nemoc učiní neatraktivními či nehodnými lásky lidí, mezi nimiž žijí. Bojí se utrpení a bolesti a v neposlední řadě s sebou pojem rakovina přináší i strach ze smrti.[16]

Výzkum kvality života je zaměřen na vliv onemocnění a léčby na fyzický a psychický stav jednotlivce, na jeho celkovou zdatnost v oblasti společenského, pracovního a rodinného života a na jeho pocit životní spokojenosti. Metod, kterými se měří kvalita života je velké množství.[19] Měření kvality života se v praxi využívá tam, kde se chceme dozvědět více o dopadu nemoci a léčby na pacienta, Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života podle toho, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v níž žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Jinými slovy: kvalita života vyjadřuje to, jak člověk hodnotí svou životní situaci.[22] Pro zajímavost zde uvádím nejznámější a nejčastěji používané dotazníky kvality života. Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník zaměřený právě na měření kvality života WHOQOL-100¹. [11] Dalšími metodami určujícími kvalitu života jsou metoda SEIQOL²[19], SWLS³ a metoda MANSA⁴. [19] Celkově lze říci, že dnes máme k dispozici více než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života.[24]

¹ WHOQOL-100 World Health Organization Quality of Life Assessment - zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Dotazník je určen pro populaci do 65 let, pro zkoumání kvality života ve vyšším věku doporučují autoři české verze k dotazníku WHOQOL-BREF použít ještě speciální modul pro vyšší věk WHOQOL-OLD.

² SEIQOL Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života. Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která by stanovila, „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité

³SWLS The Satisfaction with Life Scale, - Stupnice spokojenosti se životem. Metoda, ve které jde o velice široké pojetí kvality života – jde „o spokojenost s životem jako jednolitým celkem“. K tomuto širokému pojetí autoři přistoupili poté, co faktorovou analýzou údajů o spokojenosti lidí v celkem deseti různých oblastech došli k závěru, že v pozadí všech údajů je jeden hlavní faktor.

⁴MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life - Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Jde o měření kvality života tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 CÍLE VÝZKUMU

9.1 Hlavní cíl

Zjistit, jak hodnotí kvalitu svého života ženy po operaci prsu pro karcinom.

10 METODIKA PRÁCE

10.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Ke zpracování praktické části bakalářské práce jsem v nemocnicích zlínského kraje za pomoci ošetřujícího personálu oslovila a rozdala dotazníky ženám, které podstoupily operaci prsu pro karcinom a většina z nich i následnou onkologickou léčbu. Soubor těchto žen byl zcela náhodný. Tvořily je ženy v péči obvodních lékařů, ženy navštěvující chirurgické a onkologické ambulance a ženy, které jsou ve sdružení MAMMA HELP.

10.2 Metoda výzkumu

Pro výzkum jsem použila metodu dotazníku. Je to nejčastěji používaná kvalitativní metoda. Získala jsem tím hodně zajímavých informací od oslovených žen. V průběhu i po ukončení léčby existují specifické okruhy problémů, jež zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života. Tyto specifika, zajímavosti a pro mou práci podstatné otázky jsem ve standardizovaných dotaznících nenašla, rozhodla jsem se proto po konzultaci s vedoucím práce MUDr. Jiřím Gařkem, Ph.D. sestavit vlastní dotazník (viz příloha P III). Použitý dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný, obsahoval 48 položek a byl vytvořen cíleně, aby splnil můj záměr.

10.3 Organizace šetření a zpracování získaných dat

Dotazníkové šetření bylo provedeno v nemocnicích zlínského kraje a ve sdružení MAMMA HELP. Probíhalo od prosince 2010 do března 2011. Dotazník byl rozdán ženám po operaci prsu pro karcinom. Vyplnění dotazníku prováděly samy, v případě potřeby jim byla nabídnuta pomoc, kterou využila jen malá část z nich. Rozdáno bylo 100 dotazníků, návratnost byla 84 (84 %).

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2007. Položky byly zařazeny do tabulek, graficky znázorněny a vše slovně popsáno.

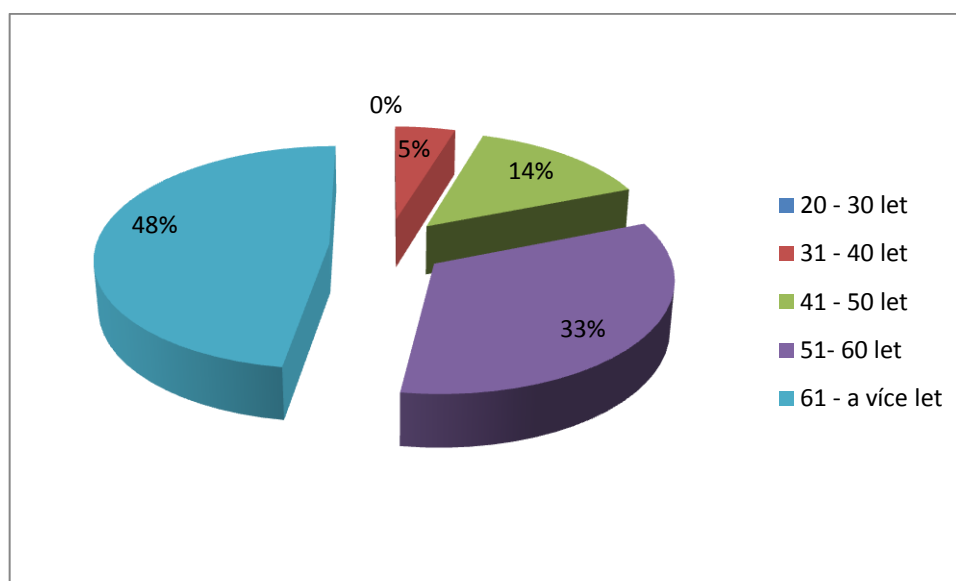
10.4 Výsledky výzkumného šetření

Po ukončení sběru dotazníků jsem vyhodnotila následující získané informace:

Otázka č. 1 : Váš věk

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
20 - 30 let	0	0
31 - 40 let	4	5
41 - 50 let	12	14
51 - 60	28	33
61 - a více let	40	48
Celkem	84	100

Tabulka 1 - Věkové rozmezí



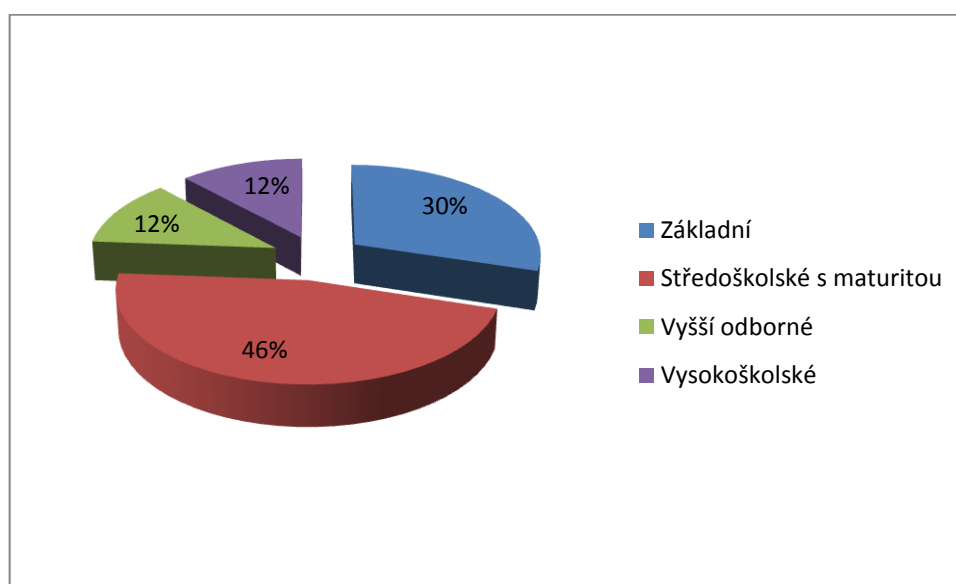
Graf 1 - Věkové rozmezí

Nejvyšší počet respondentek byl zastoupen věkem 61 let a více a to v počtu 40 (48 %) žen. Druhý nejvyšší počet dotazovaných žen byl ve věkovém rozmezí 51 – 60 let, a to 28 (33 %). 12 (14 %) žen bylo ve věkovém rozmezí 41 – 50 let, 4 (5 %) ženy ve věku 31 – 40 let. Nižší věková hranice nebyla zastoupena žádnou respondentkou.

Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Základní	25	30
Středoškolské s maturitou	39	46
Vyšší odborné	10	12
Vysokoškolské	10	12
Celkem	84	100

Tabulka 2 - Stupeň vzdělání



Graf 2 - Stupeň vzdělání

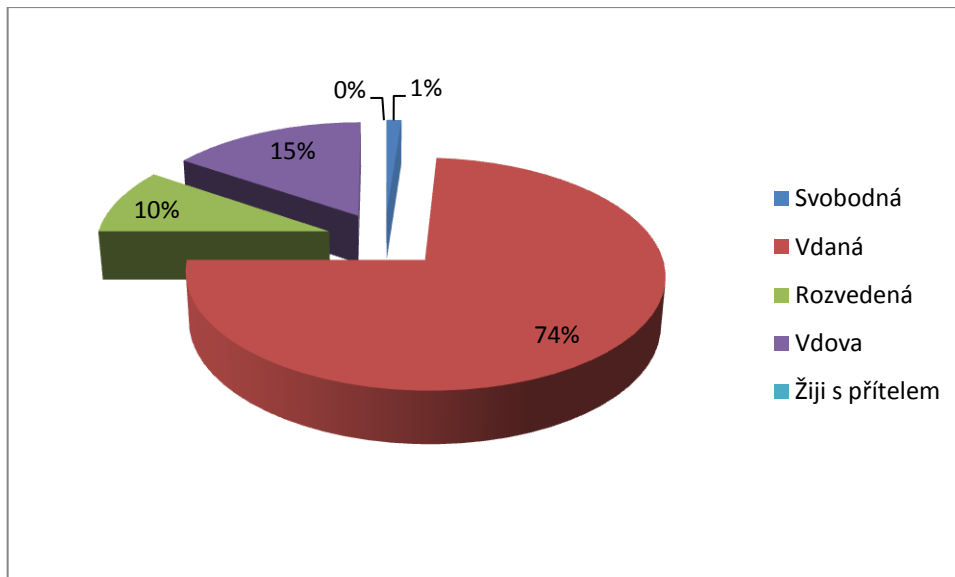
Většina dotázaných žen vystudovala střední školu s maturitou – 39 (46 %). 25 (30 %) respondentek absolvovalo základní vzdělání, shodný počet 10 (12 %) žen uvedlo vzdělání vysokoškolské a vyšší odborné.

Otázka č. 3: Rodinný stav

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Svobodná	1	1
Vdaná	62	74
Rozvedená	8	10
Vdova	13	15

Žiji s přítelem	0	0
Celkem	84	100

Tabulka 3 - Rodinný stav



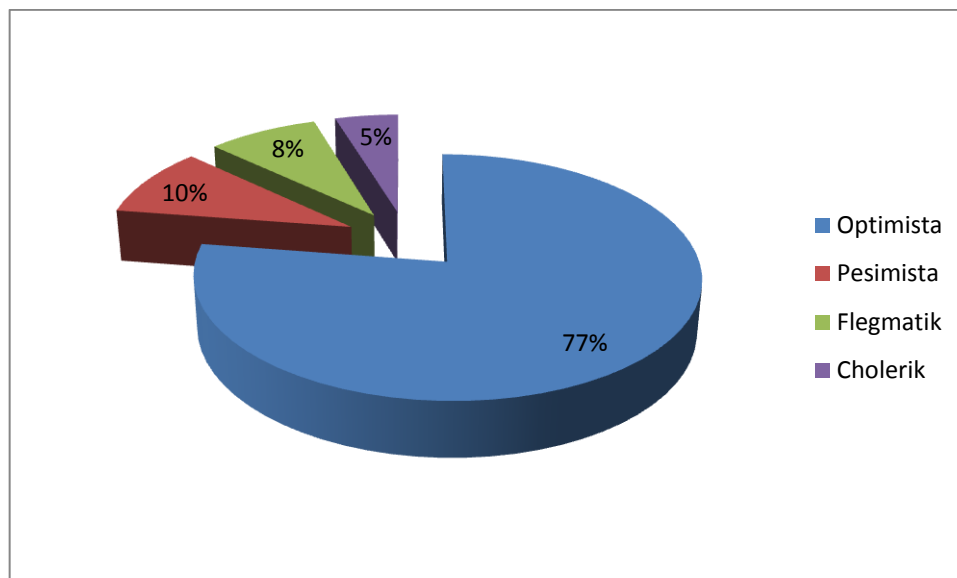
Graf 3 - Rodinný stav

Z celkového počtu žen bylo 62 (73,81 %) vdaných, 13 (15,48 %) ovdovělých, 8 (9,52 %) rozvedených a 1 (1,19 %) žena byla svobodná.

Otázka č. 4: Jak byste se charakterizovala?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Optimista	65	77
Pesimista	8	10
Flegmatik	7	8
Cholerik	4	5
Celkem	84	100

Tabulka 4 - Povaha



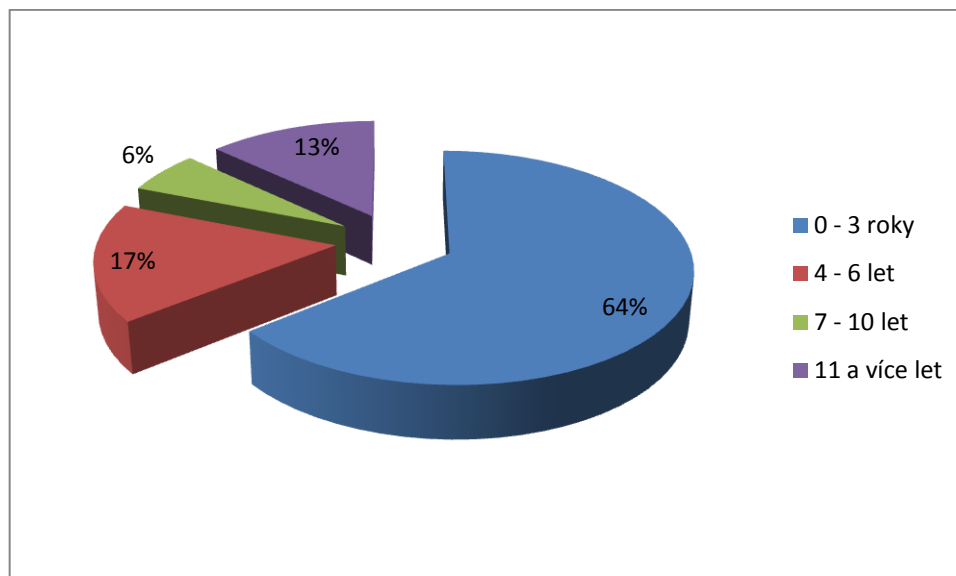
Graf 4 - Povaha

65 (77 %) oslovených žen se pokládá za optimistu, v téměř shodném zastoupení 8 (10 %), byly pesimistky a 7 (8 %) flegmaticky. 4 (5 %) ženy se označily jako cholerik.

Otázka č. 5: Jak dlouho jste po operaci?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
0 - 3 roky	54	64
4 - 6 let	14	17
7 - 10 let	5	6
11 a více let	11	13
Celkem	84	100

Tabulka 5 - Doba od operace



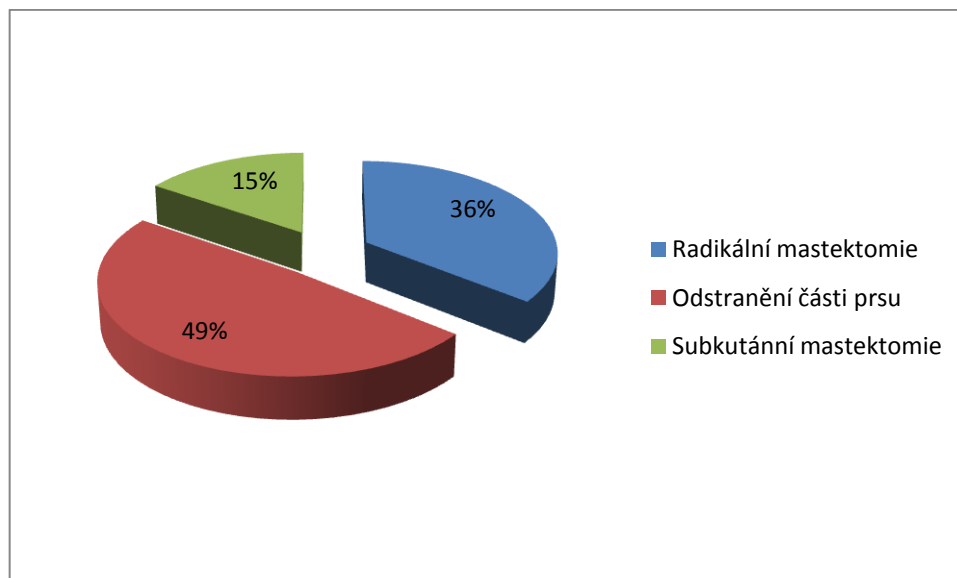
Graf 5 - Doba od operace

Z výše uvedené tabulky a grafu je patrné, že nejvíce oslovených respondentek - 54 (64 %), které se podílely na výzkumu je po operaci velmi krátkou dobu, a to 0 – 3 roky. 4 – 6 let od operace bylo 14 (17 %) žen, 11 (13 %) žen bylo po operaci už 11 a více let a 5 (6 %) žen uvedlo 7 – 10 let po operaci.

Otázka č. 6: Jaký typ operace Vám byl proveden?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Radikální mastektomie	30	36
Odstranění části prsu	41	49
Subkutánní mastektomie	13	15
Celkem	84	100

Tabulka 6 - Typ operace



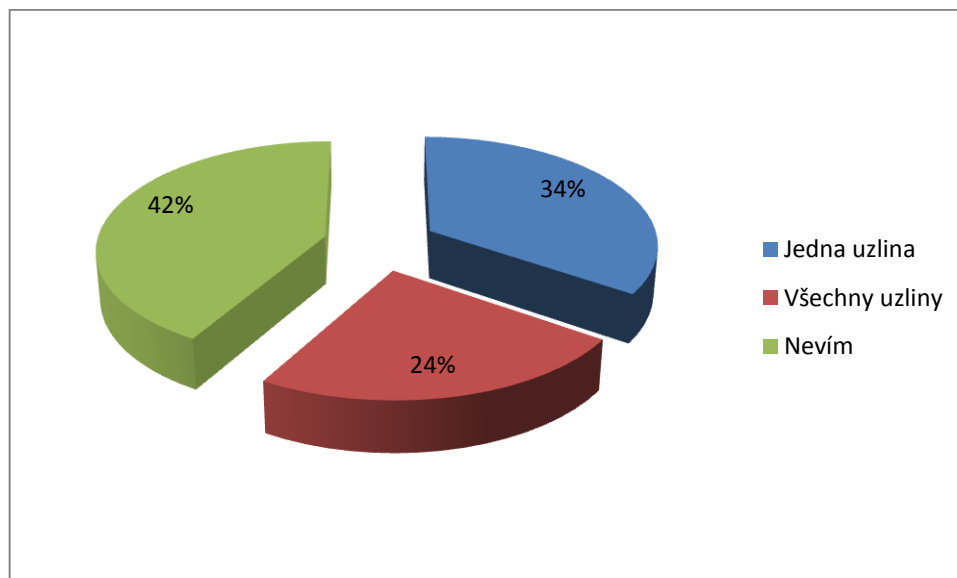
Graf 6 - Typ operace

Nejčastějším typem operace bylo u oslovených žen odstranění části prsu, a to u 41 (49 %) žen. Mastektomie byla provedena u 30 (36 %) žen a subkutánní mastektomie u 13 (15 %) žen.

Otázka č. 7: Byla Vám odstraněna v podpaží jen jedna uzlina nebo všechny uzliny?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Jedna uzlina	29	35
Všechny uzliny	20	24
Nevím	35	42
Celkem	84	100

Tabulka 7 - Počet odstraněných uzlin v podpaží



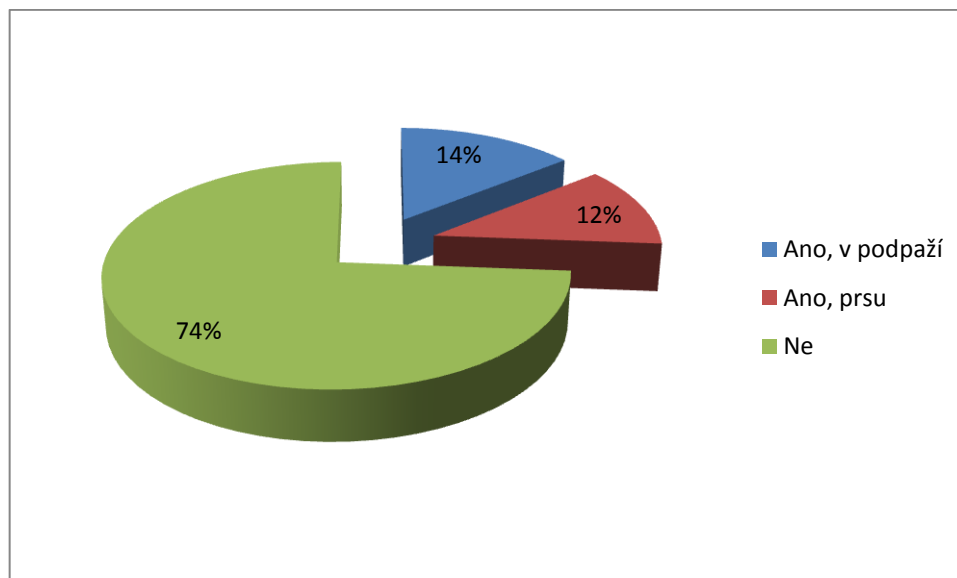
Graf 7 - Počet odstraněných uzlin v podpaží

35 (42 %) žen uvedlo, že neví nebo nebyly informovány o počtu odstraněných uzlin. U 29 (34 %) byla odstraněna jedna uzlina a u 20 (24 %) žen všechny uzliny.

Otázka č. 8: Musela jste podstoupit reoperaci - novou operaci?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano, v podpaží	12	14
Ano, prsu	10	12
Ne	62	74
Celkem	84	100

Tabulka 8 - Reoperace



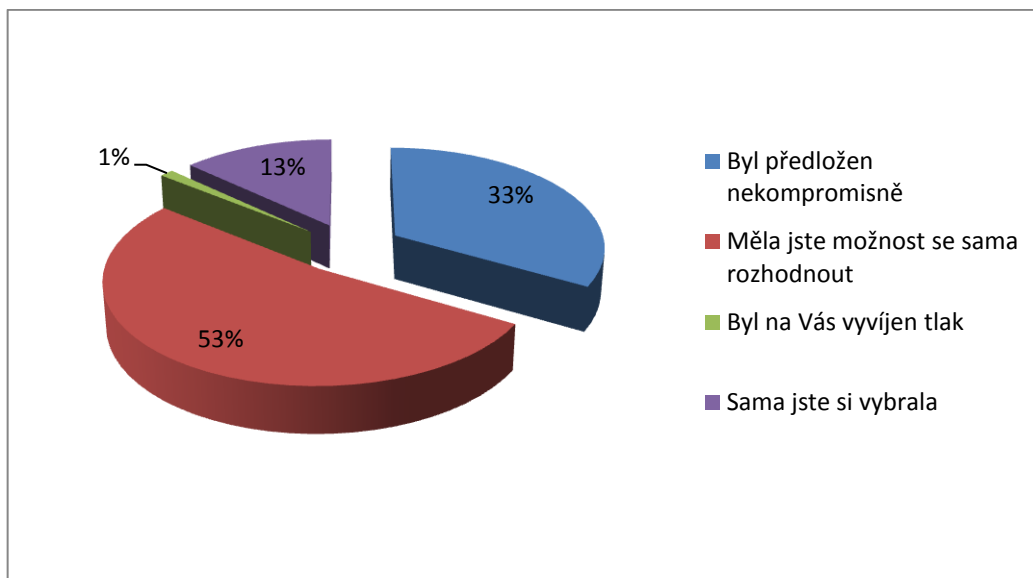
Graf 8 - Reoperace

62 (74 %) žen reoperaci nepodstoupilo, 12 (14 %) uvedlo reoperaci v podpaží a 10 (12 %) podstoupilo reoperaci prsu.

Otázka č. 9: Chirurgický výkon Vám byl?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Byl předložen nekompromisně	28	33
Měla jste možnost se sama rozhodnout	44	52
Byl na Vás vyvíjen tlak	1	1
Sama jste si vybrala	11	13
Celkem	84	100

Tabulka 9 - Rozhodování o výkonu



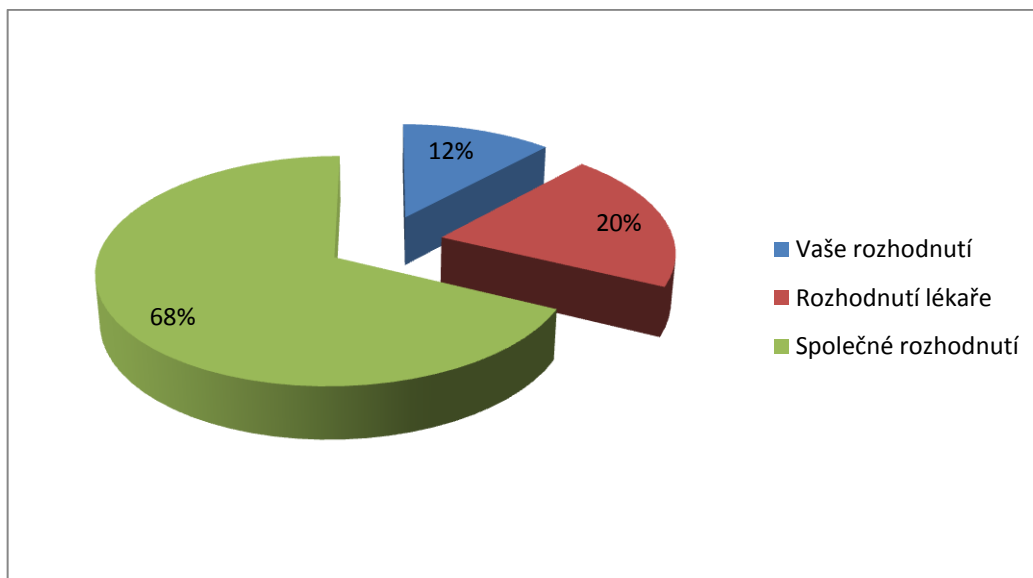
Graf 9 - Rozhodování o výkonu

44 (53 %) respondentek mělo možnost samostatného rozhodnutí o daném výkonu, 28 (33 %) byl výkon předložen nekompromisně, 11 (13 %) žen si výkon vybraly samy a jen u 1 (1 %) ženy byl vyvíjen nátlak, byla přemlouvána k výkonu.

Otázka č. 10: Výsledná operace bylo?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Vaše rozhodnutí	10	12
Rozhodnutí lékaře	17	20
Společné rozhodnutí	57	68
Celkem	84	100

Tabulka 10 - Konečné rozhodnutí o výkonu



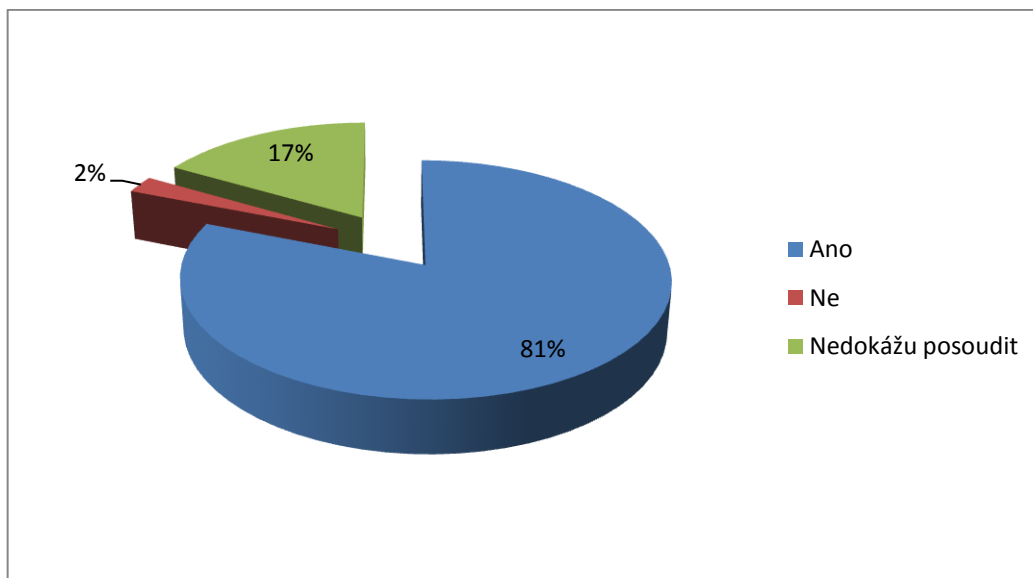
Graf 10 - Konečné rozhodnutí o výkonu

Společně s lékařem o výkonu rozhodovalo 57 (68 %) respondentek. 17 (20 %) žen uvedlo, že konečné rozhodnutí o výkonu bylo rozhodnutí lékaře a své vlastní rozhodnutí o typu operace uvedlo 10 (12 %) dotázaných žen.

Otázka č. 11: Jste spokojena s typem chirurgického výkonu?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	68	81
Ne	2	2
Nedokážu posoudit	14	17
Celkem	84	100

Tabulka 11 - Spokojenost s provedeným výkonem



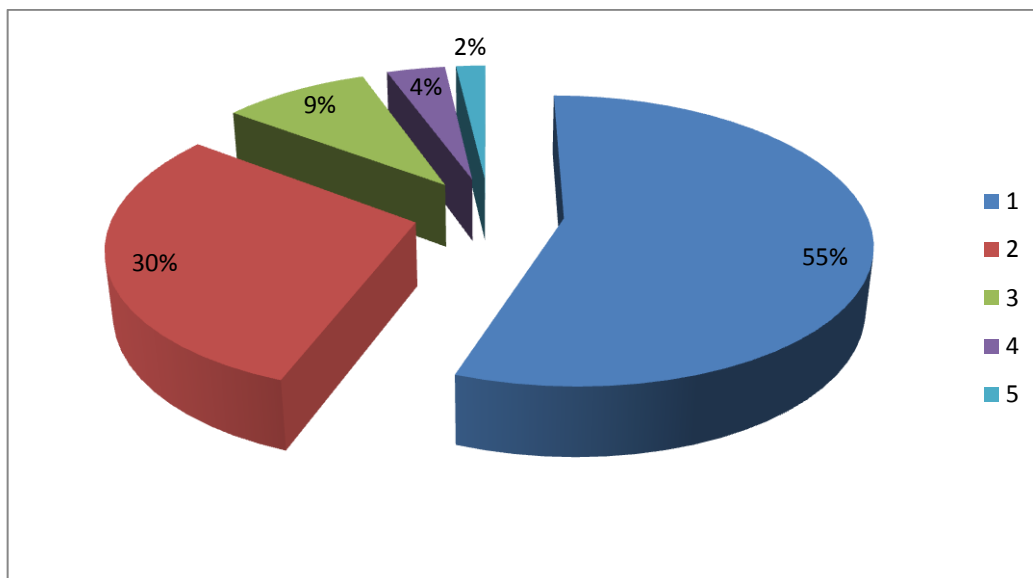
Graf 11 - Spokojenost s provedeným výkonem

Většina dotázaných žen – 68 (81 %) je s provedeným typem chirurgického výkonu spokojena. 14 (17 %) žen to zatím nedokáže posoudit, 2 (2 %) ženy s výkonem spokojeny nejsou.

Otázka č. 12: Po provedeném konzervativním výkonu – zachovaný prs – jak hodnotíte výsledný kosmetický efekt? (Hodnot'te jako ve škole, tzn. 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
1	30	56
2	16	30
3	5	9
4	2	4
5	1	2
Celkem	54	100

Tabulka 12 - Kosmetický efekt po konzervativním výkonu



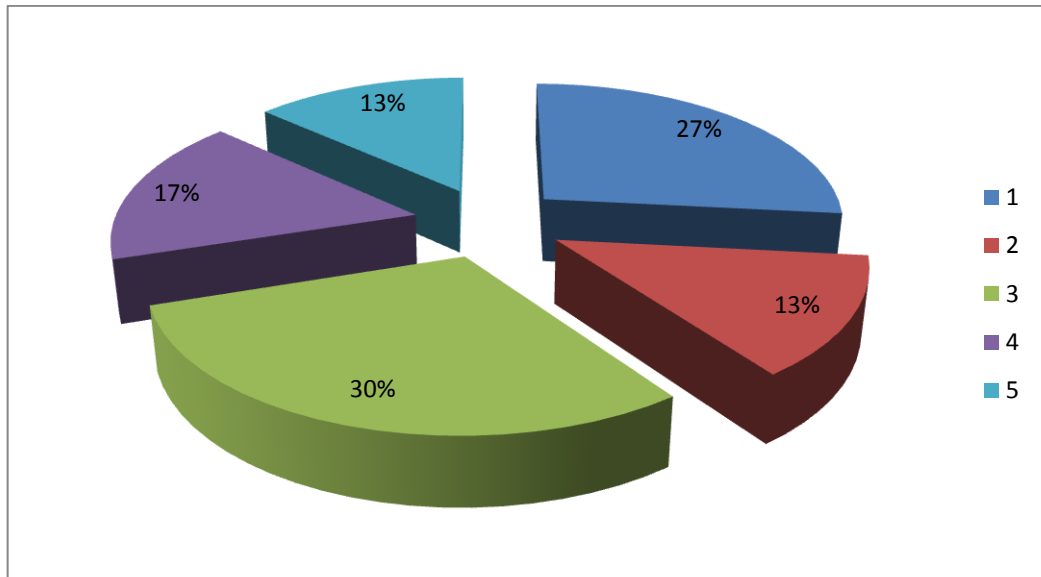
Graf 12 - Kosmetický efekt po konzervativním výkonu

Po konzervativním výkonu hodnotí 30 (55 %) žen kosmetický efekt výborně, tzn. 1. 16 (30 %) žen hodnotí 2, 5 (9 %) žen 3, 2 (4 %) ženy 4 a jedna (2 %) žena 5.

Otázka č. 13: Po provedené mastektomii – odstraněný prs – jak hodnotíte výsledný kosmetický efekt? (Hodnoťte jako ve škole, tzn. 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
1	8	27
2	4	13
3	9	30
4	5	17
5	4	13
Celkem	30	100

Tabulka 13 - Kosmetický efekt po mastektomii



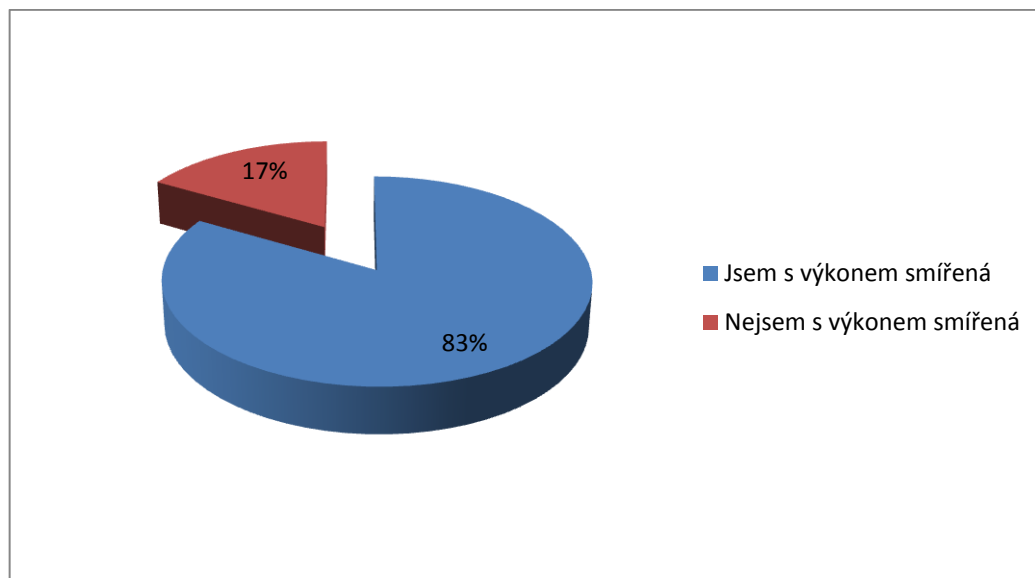
Graf 13 - Kosmetický efekt po mastektomii

Po mastektomii je hodnocení vyrovnanější. 9 (30 %) žen výkon hodnotí 3, 8 (27 %) žen hodnotí 1, 5 (17 %) žen hodnotí 4 a 4 (13 %) ženy hodnotí 2 a 5.

Otázka č. 14: V případě mastektomie – odstranění celého prsu:

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Jsem s výkonem smířená	25	83
Nejsem s výkonem smířená	5	17
Celkem	30	100

Tabulka 14 - Smíření s mastektomií



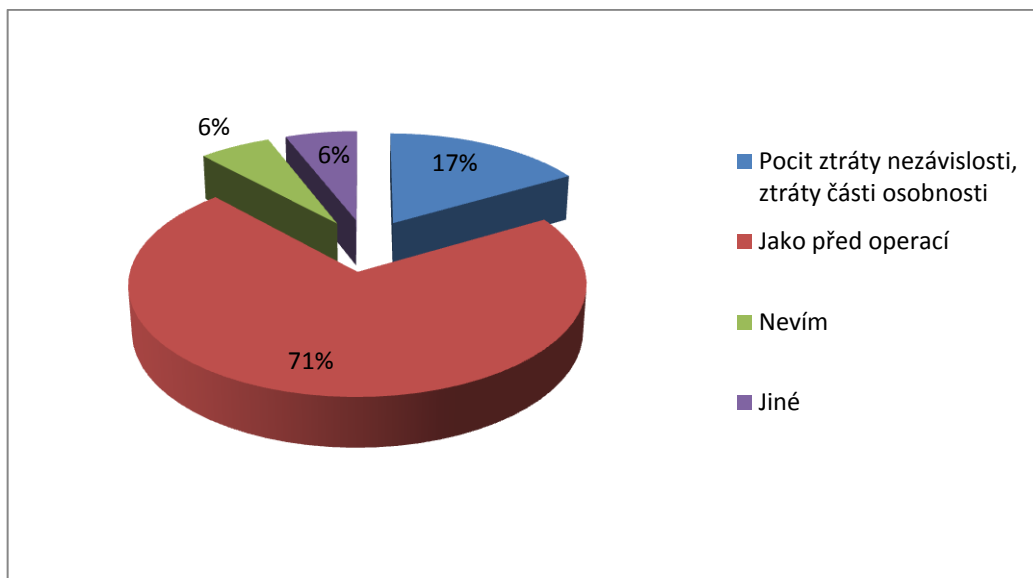
Graf 14 - Smíření s mastektomií

Ženy po mastektomii jsou podle mého průzkumu v 83 %, tj. 25 dotázaných s výkonem smířeny. 5 (17 %) žen s výkonem smířeny nejsou.

Otázka č. 15: Jak jste se cítila/cítíte po operaci?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Pocit ztráty nezávislosti, ztráty části osobnosti	14	17
Jako před operací	60	71
Nevím	5	6
Jiné	5	6
Celkem	84	100

Tabulka 15 - Psychický a fyzický stav po operaci



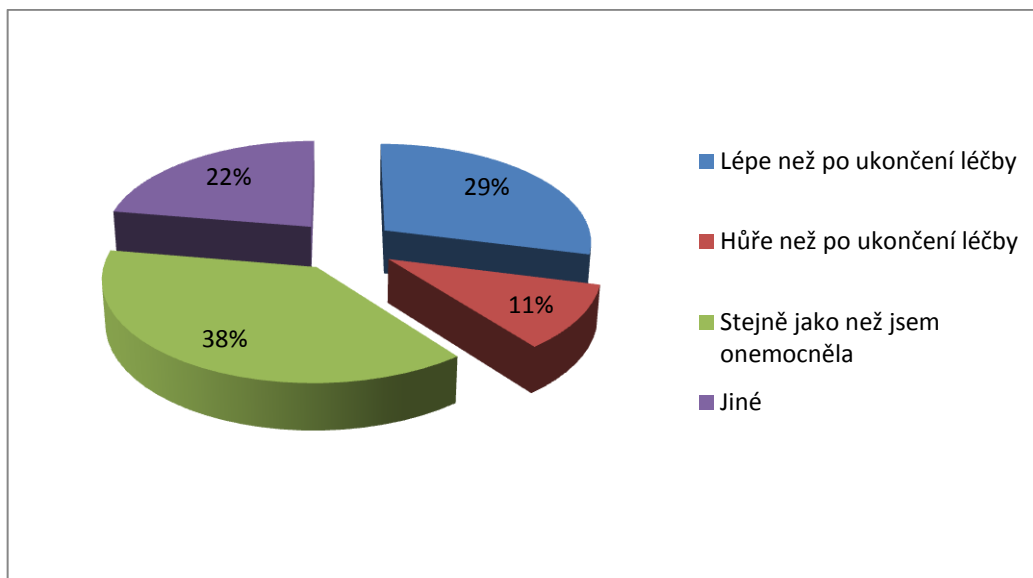
Tabulka 15: Psychický a fyzický stav po operaci

Nejvíce žen – 60 (71 %) uvedlo, že se po operaci cítí stejně jako před operací, zásadním způsobem jí nebyly ovlivněny. 14 (17 %) má pocit ztráty nezávislosti, ztráty části osobnosti. 5 (6 %) na tuto otázku nedokázalo odpovědět a 5 (6 %) žen uvedlo jinou odpověď.

Otázka č. 16: V případě delšího časového odstupu od operace a přímé následné léčby se cítíte?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Lépe než po ukončení léčby	22	29
Hůře než po ukončení léčby	8	11
Stejně jako než jsem onemocněla	29	38
Jiné	17	22
Celkem	76	100

Tabulka 16 - Psychický a fyzický stav po operaci s delším časovým odstupem



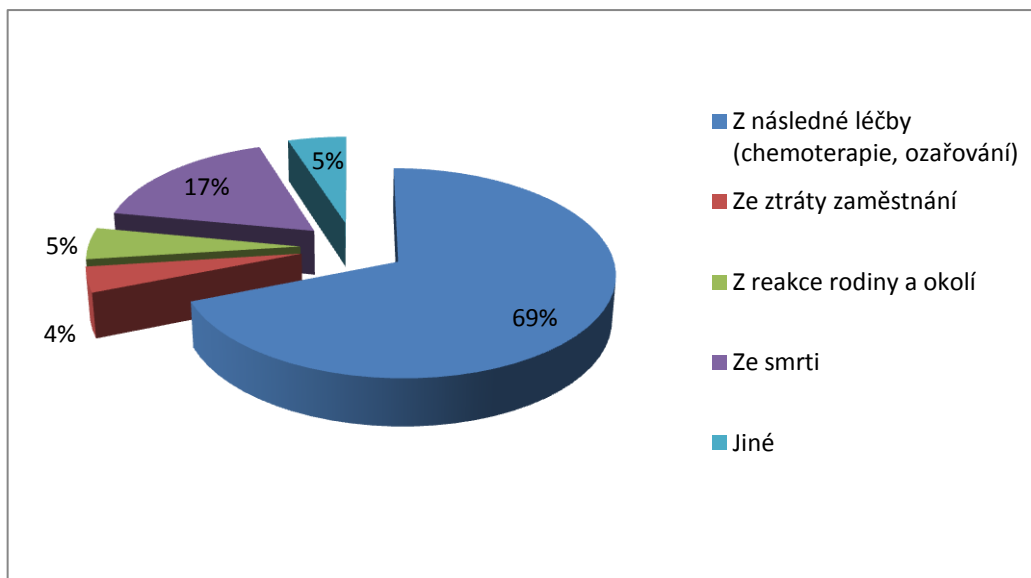
Graf 15 - Psychický a fyzický stav po operaci s delším časovým odstupem

Na tuto otázku odpovědělo 29 (38 %) žen, že se cítí stejně, jako než onemocněly. 22 (29 %) žen se cítí lépe než po ukončení léčby. 17 (22 %) respondentek uvedlo jinou odpověď. Shodný počet žen – 8 (11 %) se cítí stejně jako po ukončení léčby a taky hůře než po ukončení léčby.

Otázka č. 17: Po chirurgickém výkonu jste měla největší obavu? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Z následné léčby (chemoterapie, ozařování)	69	69
Ze ztráty zaměstnání	4	4
Z reakce rodiny a okolí	5	5
Ze smrti	17	17
Jiné	5	5
Celkem	100	100

Tabulka 17 - Největší obava z následného pooperačního období



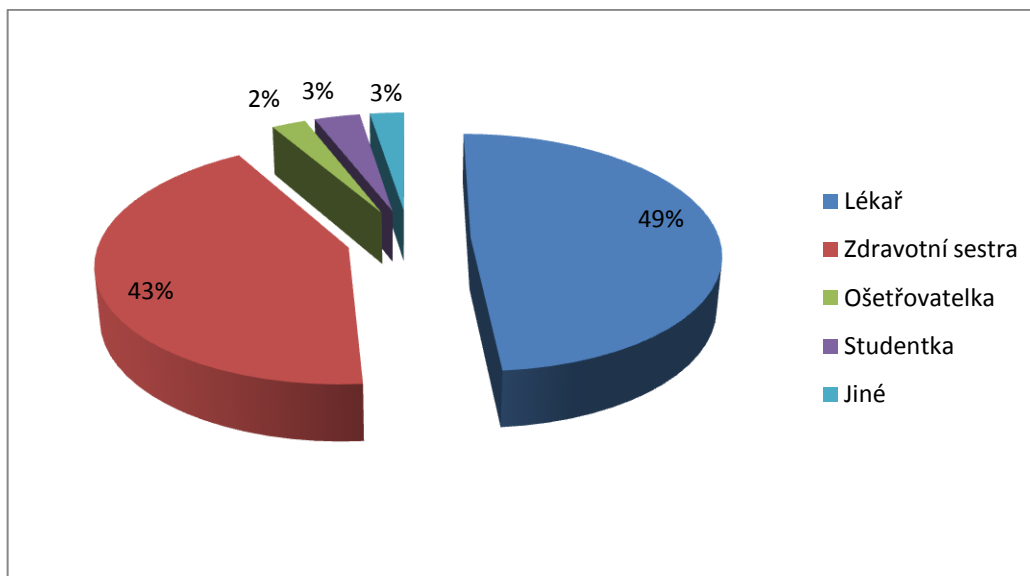
Graf 16 - Největší obava z následného pooperačního období

V této otázce byla možnost více odpovědí. Největší obavu mají ženy z následné léčby – 69 (69 %), smrt uvedlo 17 (17 %) žen. Obava z reakce okolí a rodiny byla u 5 (5 %) žen. Jinou odpověď uvedlo 5 (5 %) žen a 4 (4 %) respondentky se obávaly ztráty zaměstnání.

Otázka č. 18: Kdo ze zdravotníků Vám byl po operaci největší oporou? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Lékař	57	49
Zdravotní sestra	50	43
Ošetřovatelka	3	3
Studentka	4	3
Jiné	3	3
Celkem	117	100

Tabulka 18 - Největší opora ve zdravotnických pracovnících



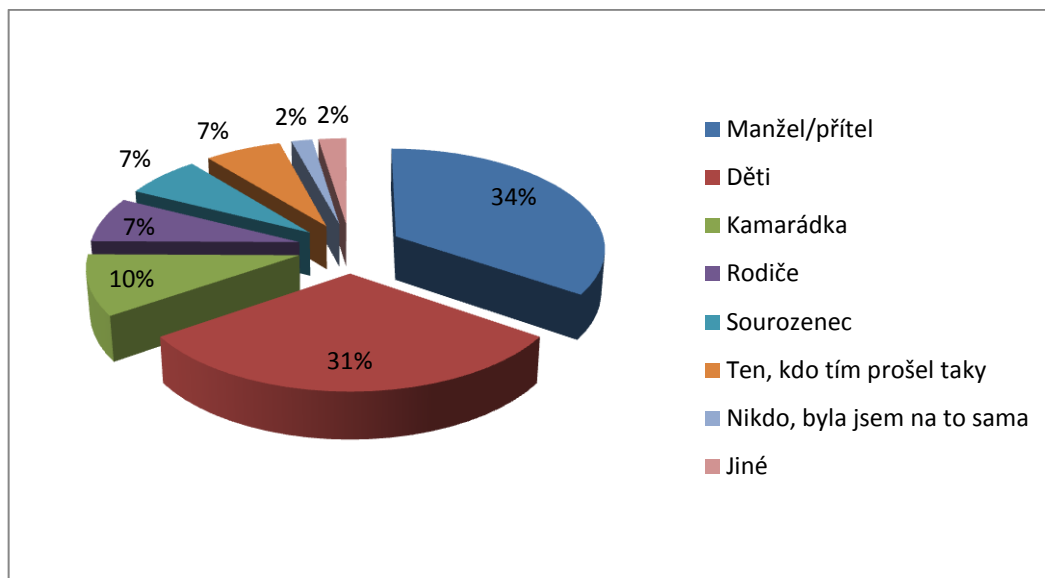
Graf 17 - Největší opora ve zdravotnických pracovnících

Největší procentuální zastoupení na otázku opory ve zdravotnicích ženy uvedly lékaře, a to 57 (49 %) respondentek. Zdravotní sestry byly oporou u 50 (43 %) žen, studentky uvedly 4 (3 %) ženy, ošetřovatelky 3 (3 %) ženy a jiné 3 (3 %) ženy. Na tuto otázku bylo možno odpovědět více možnostmi.

Otázka č.19: Kdo z okolí Vám byl po operaci největší oporou? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Manžel/přítel	57	35
Děti	51	31
Kamarádka	16	10
Rodiče	12	7
Sourozenec	11	7
Ten, kdo tím prošel taky	11	7
Nikdo, byla jsem na to sama	3	2
Jiné	4	2
Celkem	165	100

Tabulka 19 - Největší opora v nejbližším okolí



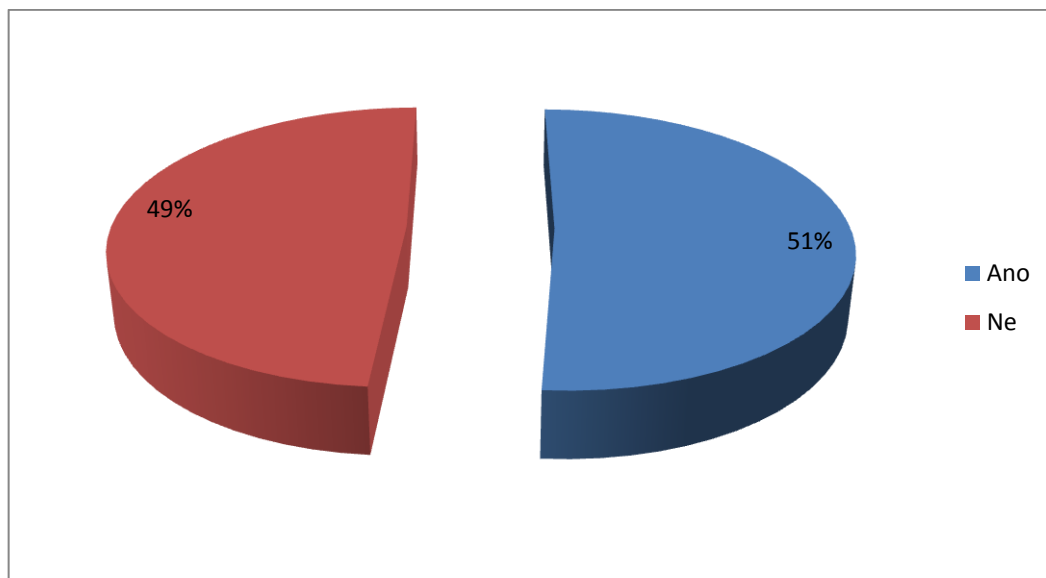
Graf 18 - Největší opora v nejbližším okolí

Na tuto otázku bylo možno odpovědět více možnostmi. Největší oporou z blízkého okolí byl manžel/přítel – a to v 57 (34 %) odpovědích, děti uvedlo 51 (31 %) žen, 16 (10 %) žen kamarádku. Rodiče byly oporou u 12 (7 %) žen, 11 (7 %) žen uvedlo sourozence a člověka, který podobnou nemocí prošel taky. 4 (2 %) ženám pomáhal někdo jiný. A 3 (2 %) ženy byly na všechno samy.

Otázka č.20: Cítila jste v pooperačním období výrazné změny své osobnosti – svým osobním „JÁ“?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	43	51
Ne	41	49
Celkem	84	100

Tabulka 20 - Změny v osobnosti



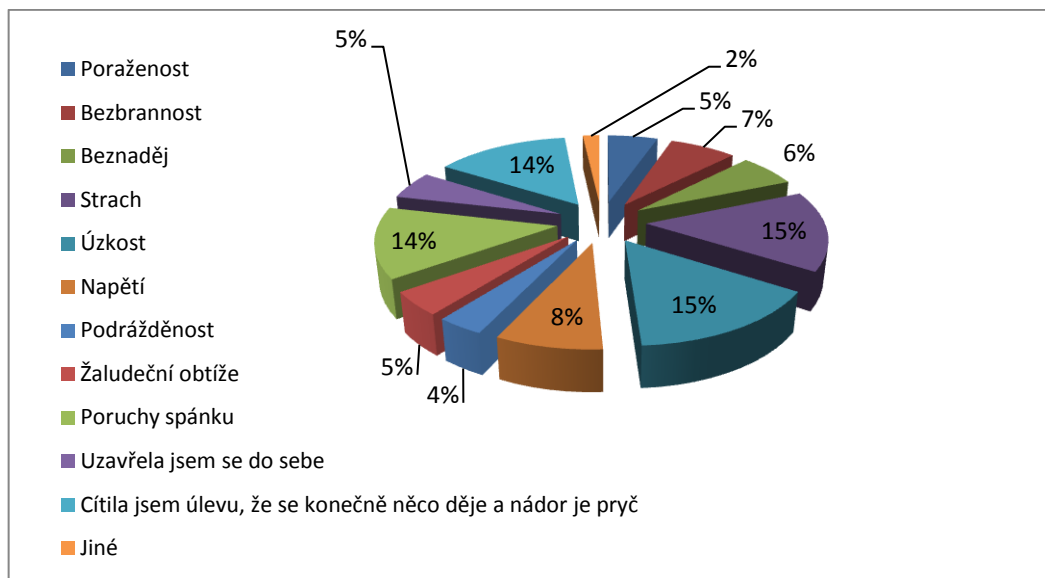
Graf 19 - Změny v osobnosti

V pooperačním období pociťovalo změny ve své osobnosti 43 (51 %) žen a 41 (49 %) žen nepociťovalo žádné změny.

Otázka č. 21: Pokud ano, jaké? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Poraženost	6	5
Bezbrannost	8	7
Beznaděj	7	6
Strach	17	15
Úzkost	17	15
Napětí	9	8
Podrážděnost	4	4
Žaludeční obtíže	5	4
Poruchy spánku	15	13
Uzavřela jsem se do sebe	6	5
Cítila jsem úlevu, že se konečně něco děje a nádor je pryč	16	14
Jiné	2	2
Celkem	112	100

Tabulka 21 - Nejčastější změny v osobnosti v pooperačním období



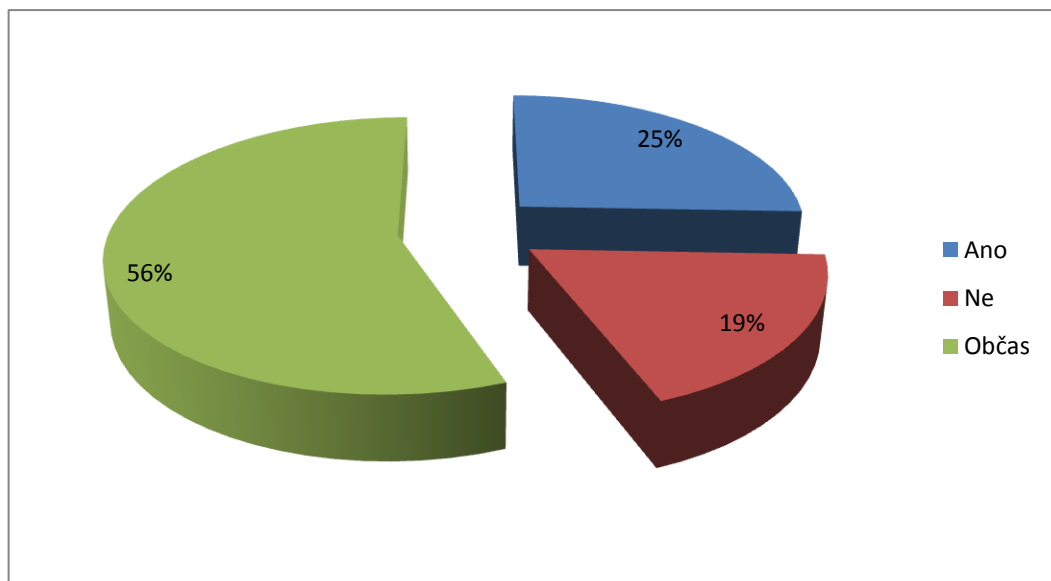
Graf 20 - Nejčastější změny v osobnosti v pooperačním období

Respondentky, které v předchozí otázce odpověděly, že pocítily v pooperačním období změny ve své osobnosti, měly možnost více odpovědí na otázku, jaké změny to byly. Nejčastěji byl uveden strach a úzkost – 17 (15 %). Cítíla jsem úlevu, že se konečně něco děje a nádor je pryč, tak odpovědělo 16 (14 %) žen. Poruchy spánku se vyskytly u 15 (13 %) žen, napětí u 9 (8 %), bezbrannost u 8 (7 %) žen. Beznaděj byla uvedena 7krát (6 %). 6 (5 %) žen uvedlo, že se uzavřely do sebe a ve shodném počtu se vyskytla i poraženost. Žaludečními potížemi trpělo 5 (4 %) žen, 4 (4 %) podrážděností a 2 (2 %) ženy uvedly jiné změny.

Otázka č. 22: Pokud ano, přetrvávají změny i nadále?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	11	26
Ne	8	19
Občas	24	56
Celkem	43	100

Tabulka 22 - Přetrvávání změn



Graf 21 - Přetrvávání změn

U 24 (55,81 %) respondentek změny přetrvávají občas, u 11 (25,58 %) přetrvávají stále a 8 (18,60 %) žen uvedlo, že změny ve své osobnosti už nepociťují.

Otázka č. 23: Byla s Vámi po operačním zákroku prováděna rehabilitace k obnovení normální pohyblivosti ramenního kloubu?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	48	57
Ne	36	43
Celkem	84	100

Tabulka 23 - Rehabilitace k obnově pohyblivosti ramenního kloubu

Rehabilitace k obnovení normální pohyblivosti ramenního kloubu byla prováděna se 48 (57 %) ženami a s 36 (43 %) prováděna nebyla.

Otázka č. 24: Byly Vám poskytnuty informace o nežádoucích komplikacích chirurgické léčby?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	64	76
Ne	20	24
Celkem	84	100

Tabulka 24 - Informovanost o komplikacích chirurgické léčby

O komplikacích chirurgické léčby bylo informováno 64 (76 %) žen a nebylo informováno 20 (24 %) žen.

Otázka č. 25: Došlo u Vás k pooperačním komplikacím?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	22	26
Ne	62	74
Celkem	84	100

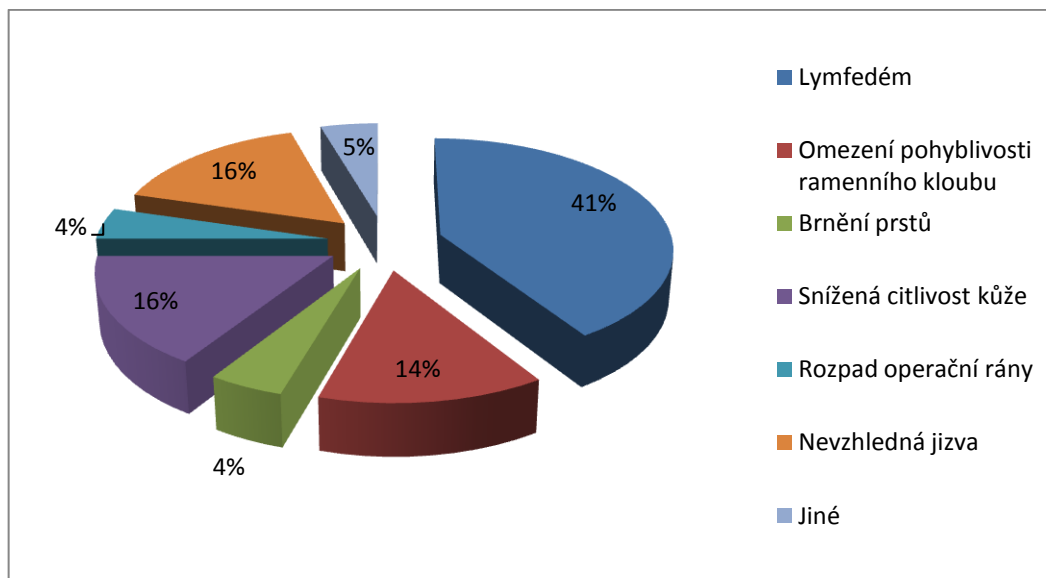
Tabulka 25 - Pooperační komplikace

K pooperačním komplikacím nedošlo u 62 (73,81 %) respondentek a u 22 (26,19 %) žen ke komplikacím došlo.

Otázka č. 26: Pokud ano, k jakým? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Lymfedém	18	41
Omezení pohyblivosti ramenního kloubu	6	14
Brnění prstů	2	5
Snížená citlivost kůže	7	16
Rozpad operační rány	2	5
Nevzhledná jizva	7	16
Jiné	2	5
Celkem	44	100

Tabulka 26 - Nejčastější pooperační komplikace



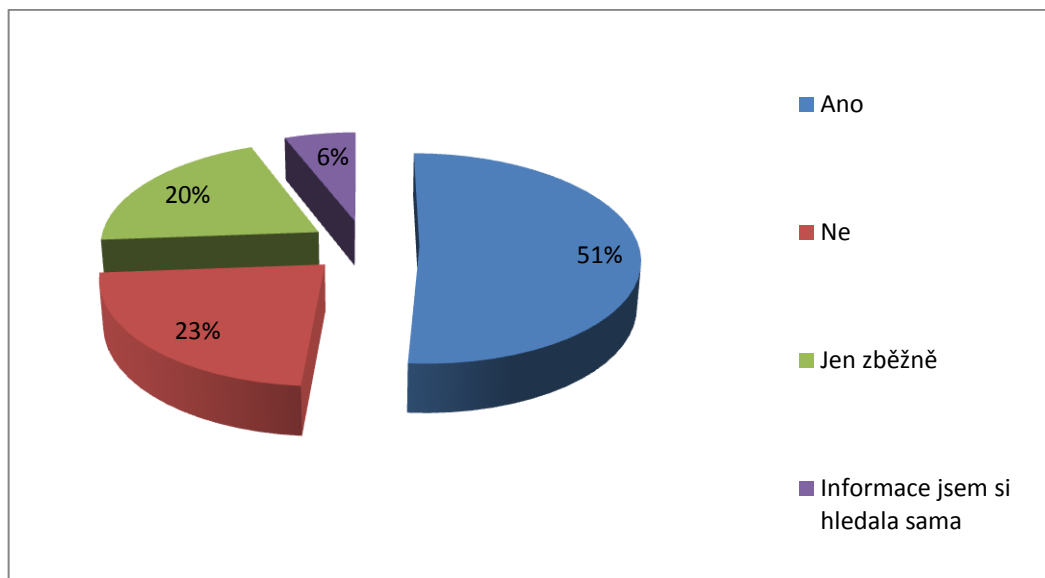
Graf 22 - Nejčastější pooperační komplikace

Nejčastější pooperační komplikací byl lymfedém – 18 (41 %), v menším procentuálním zastoupení to byla nevzhledná jizva a snížená citlivost kůže – 7 (16 %). Omezení pohyblivosti ramenního kloubu – 6 (14 %). Ve stejném počtu 2 (5 %) pak byly uvedeny tyto komplikace – brnění prstů, rozpad operační rány a jiné pooperační komplikace.

Otázka č. 27: Byla jste poučena jak předcházet lymfedému a komplikacím po operaci prsu a podpaží?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	43	51
Ne	19	23
Jen zběžně	17	20
Informace jsem si hledala sama	5	6
Celkem	84	100

Tabulka 27 - Poučení o předcházení komplikacím



Graf 23 - Poučení o předcházení komplikacím

Jak předcházet lymfedému a komplikacím po operaci prsu a podpaží bylo poučeno 43 (51 %) žen, 19 (23 %) poučeno nebylo, 17 (20 %) žen bylo poučeno jen zběžně a 5 (6 %) žen si informace hledaly samy.

Otázka č. 28: Ovlivnila léčba nádoru Váš postoj k životu?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	51	61
Ne	33	39
Celkem	84	100

Tabulka 28 - Postoj k životu

Na otázku zda léčba nádoru ovlivnila jejich postoj k životu, odpovědělo 51 (61 %) žen „ano“ a 33 (39 %) „ne“.

Otázka č. 29: Pokud ovlivnila léčba nádoru Váš postoj k životu, mohla byste formulovat jak?

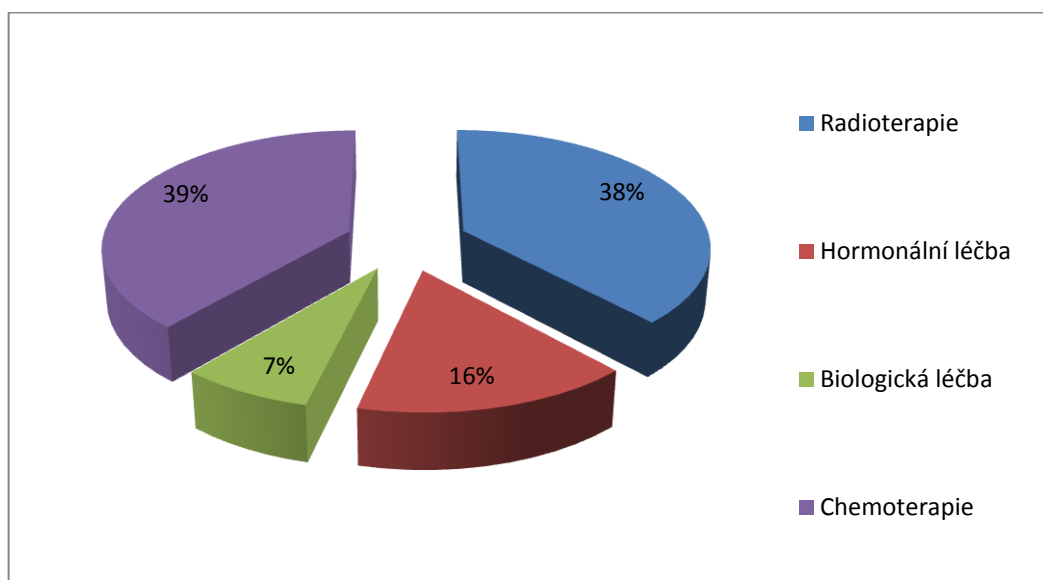
Z celkového počtu 84 (100 %) dotázaných žen ovlivnila léčba nádoru postoj k životu 51

(61 %) ženám. Některé z nich dokázaly velmi pěkně formulovat tyto změny v jejich životě, některé neodpověděly. Shrnutí těchto pocitů jsem uvedla dále v diskuzi.

Otázka č. 30: Jaký typ následné léčby jste absolvovala? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Radioterapie	56	38
Hormonální léčba	23	16
Biologická léčba	11	7
Chemoterapie	57	39
Celkem	147	100

Tabulka 29 - Absolvovaná následná léčba



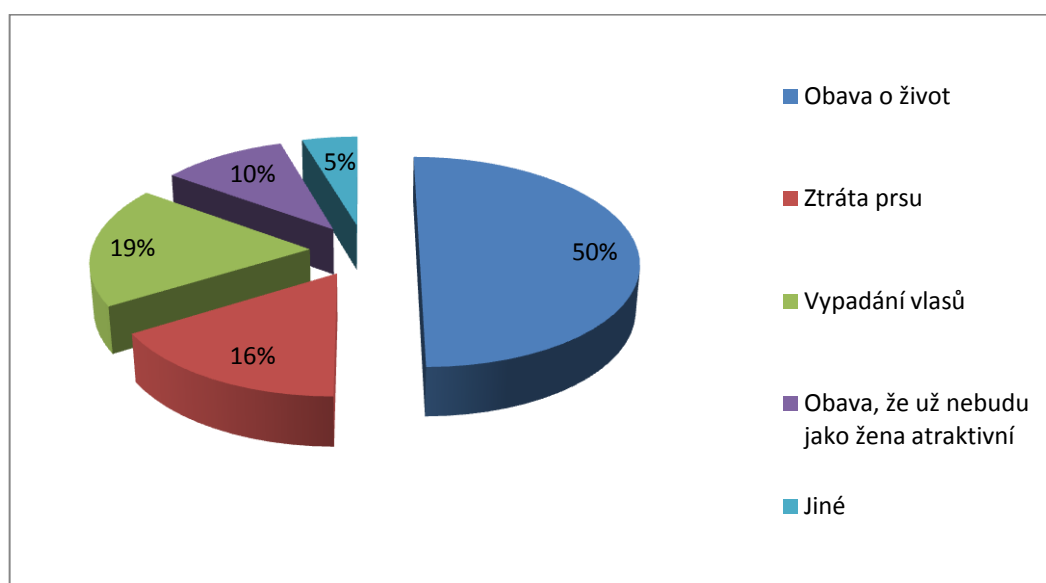
Graf 24 - Absolvovaná následná léčba

Jak je z tabulky a grafu patrné, nejčastější následná pooperační léčba je chemoterapie, ta byla uvedena v počtu 57 (39 %). Další častou léčbou je radioterapie – uvedena v počtu 56 (38 %). Hormonální léčba v počtu 23 (16 %) a biologická léčba v počtu 11 (7 %). Musí se brát v potaz, že se u většiny žen tyto léčby kombinují, proto se počty nevztahují k respondentkám, ale k typům následné onkologické léčby.

Otázka č. 31.: Čeho jste se jako žena obávala nejvíce? (Možnost více odpovědí)

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Obava o život	43	50
Ztráta prsu	14	16
Vypadání vlasů	16	19
Obava, že už nebudu jako žena atraktivní	9	10
Jiné	4	5
Celkem	86	100

Tabulka 30 - Největší obavy



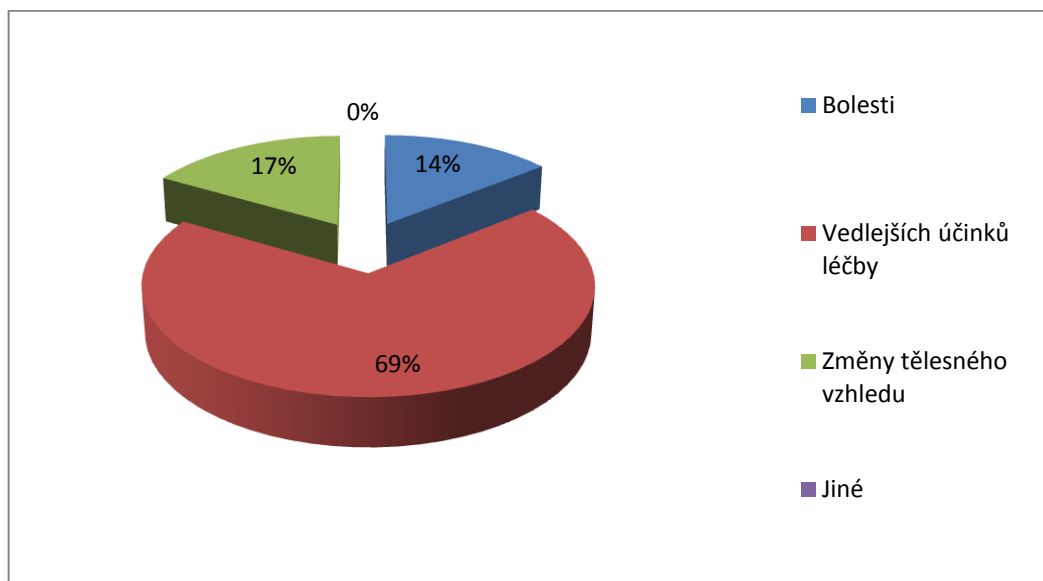
Graf 25 - Největší obavy

Největší zastoupení v této otázce měla odpověď „obava o život“ – 43 (50 %). 16 (19 %) žen mělo největší obavu z vypadání vlasů, 14 (16 %) ze ztráty prsu, 9 (10 %) žen mělo strach, že už nebudou jako ženy atraktivní a 4 ženy (5 %) odpověděly vlastními slovy. Celkem je 86 odpovědí, protože byla možnost více odpovědí. Jedna žena zahrhla odpověď „obava o život“ a zároveň „ztráta prsu“ a jedna žena zahrhla odpověď „ztráta prsu“ a zároveň „vypadání vlasů“.

Otázka č. 32: Čeho jste se v průběhu následné léčby obávala nejvíce po tělesné stránce?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Bolesti	12	14
Vedlejších účinků léčby	58	69
Změny tělesného vzhledu	14	17
Jiné	0	0
Celkem	84	100

Tabulka 31 - Obavy po stránce tělesné



Graf 26 - Obavy po stránce tělesné

Největší obavu v průběhu následné léčby měly ženy z vedlejších účinků léčby – 58 (69 %), z bolesti 12 (14 %) žen, ze změny tělesného vzhledu mělo největší obavu 14 (17 %) žen. Jinou odpověď ne zvolila žádná respondentka.

Otázka č. 33: Měla jste pocit, že kolem Vás chodili/chodí „po špičkách“, nevěděli/neví jak s Vámi mluvit?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	10	12
Ne	44	52
Nezamýšlela jsem se nad tím	30	36
Celkem	84	100

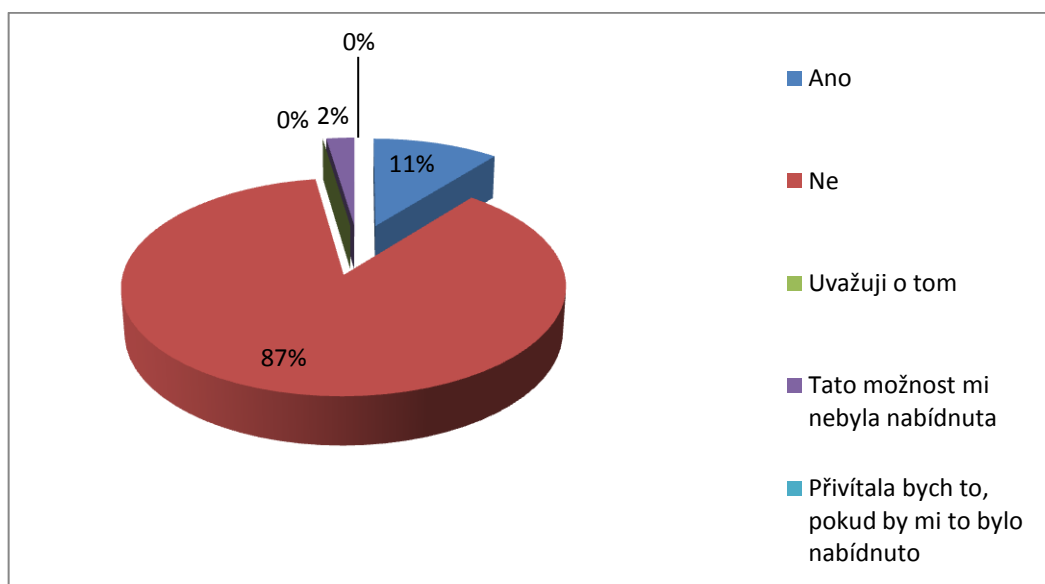
Tabulka 32 - Pooperační pocity

44 (52 %) respondentek tento pocit nezažilo, 30 (36 %) se nad tím nezamýšlelo. „Ano“ na tuto otázku odpovědělo 10 (12 %) žen.

Otázka č. 34: Využila jste/využíváte konzultace psychologa?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	9	11
Ne	73	87
Uvažuji o tom	0	0
Tato možnost mi nebyla nabídnuta	2	2
Přivítala bych to, pokud by mi to bylo nabídnuto	0	0
Celkem	84	100

Tabulka 33 - Využití psychologa



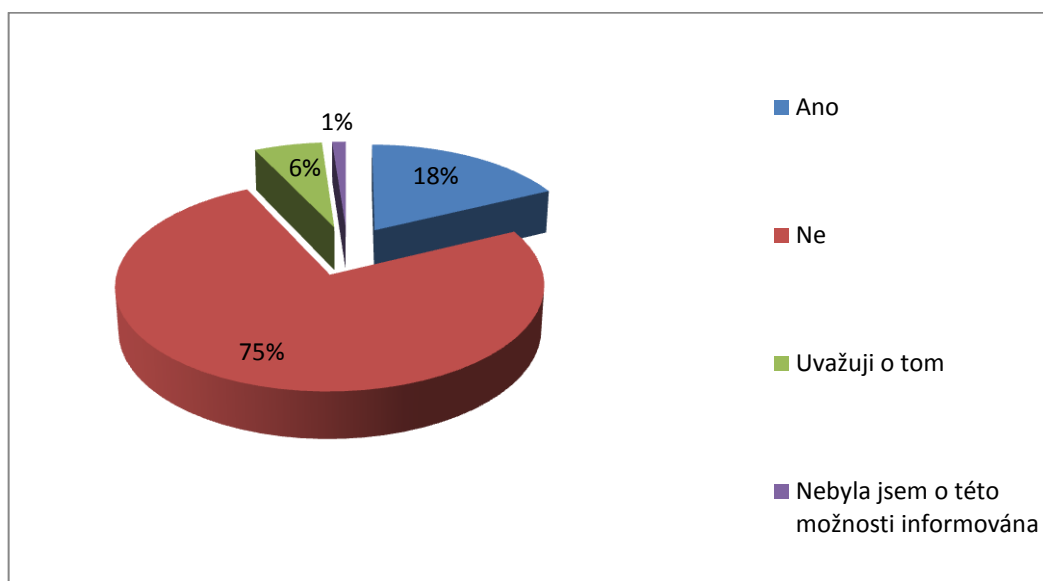
Graf 27 - Využití psychologa

Většina žen - 73 (87 %) konzultací psychologa nevyužilo. 9 (11 %) ji využilo, dvě (2 %) ženy uvedly, že jim tato možnost nebyla nabídnuta. Na ostatní otázky neodpověděla žádná z respondentek.

Otázka č. 35: Využíváte kluby, centra pro lidi se stejným onemocněním?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	15	18
Ne	63	75
Uvažuji o tom	5	6
Nebyla jsem o této možnosti informována	1	1
Celkem	84	100

Tabulka 34 - Návštěvnost sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu



Graf 28 - Návštěvnost sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu

Sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu nenavštěvuje převážná část 63 (75 %) dotázaných žen. 15 (18 %) žen tato centra navštěvuje, 5 (6 %) o tom uvažuje a 1 (1 %) žena o této možnosti nebyla informována.

Otázka č. 36: Změnila Vám nemoc a léčba partnerský život?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	25	30
Ne	48	57
Neodpovědělo	11	13
Celkem	84	100

Tabulka 35 - Změna partnerského života

48 (57 %) respondentek udalo, že jim nemoc a léčba partnerský život neovlivnily, 25 (30 %) žen odpovědělo, že ovlivnily a 11 (13 %) z dotázaných žen neodpovědělo.

Otázka č. 37: Pokud ano, jakým způsobem?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Partnerský vztah se utužil	11	44
Vztah byl/je mírně narušen, ale myslím, že partner potřebuje čas	10	40
Došlo k rozchodu/rozvodu	4	16
Celkem	25	100

Tabulka 36 - Způsob změny partnerského života

25 (100 %) žen na předchozí otázku odpovědělo, že jim nemoc a léčba změnily partnerský život. Z toho 11 (44 %) ženám pozitivně, partnerský vztah se utužil. U 10 (40 %) žen byl vztah mírně narušen a u 4 (16 %) žen došlo k rozvodu nebo rozchodu.

Otázka č. 38: Narušila Vám nemoc, léčba, změna tělesného vzhledu Váš sexuální život?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	12	14
Trochu	20	24
Ne	41	49
Neodpovědělo	11	13
Celkem	84	100

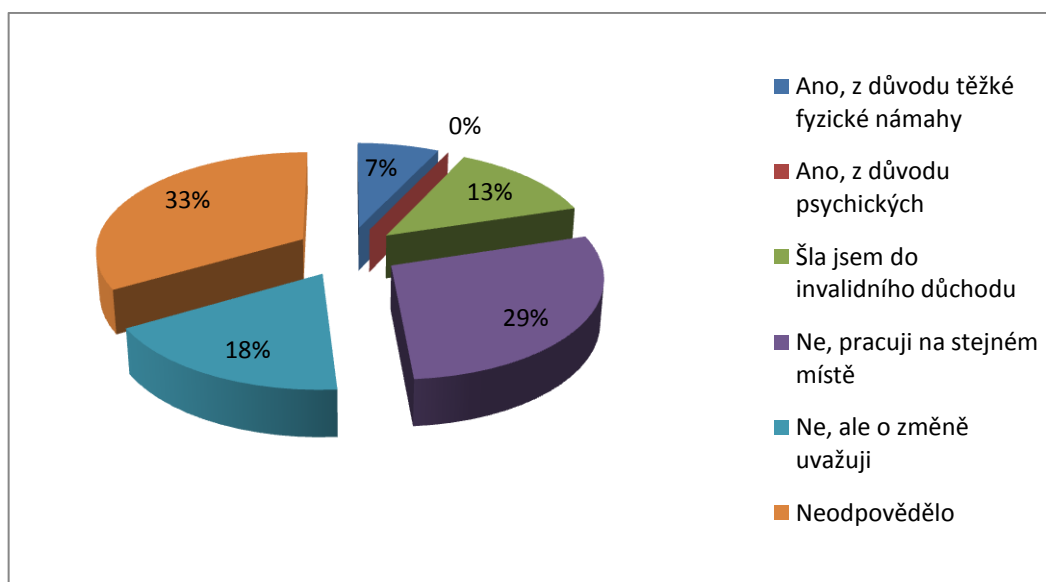
Tabulka 37 - Narušení sexuálního života

Na tuto otázku odpovědělo 41 (49 %) žen „ne“, 20 (24 %) „trochu“, 12 (14 %) „ano“ a neodpovědělo 11 (13 %) žen.

Otázka č. 39: Musela jste po operaci změnit pracovní zařazení nebo hledat nové zaměstnání?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano, z důvodu těžké fyzické námahy	6	7
Ano, z důvodu psychických	0	0
Šla jsem do invalidního důchodu	11	13
Ne, pracuji na stejném místě	24	29
Ne, ale o změně uvažuji	15	18
Neodpovědělo	28	33
Celkem	84	100

Tabulka 38 - Změna pracovní pozice nebo zaměstnání



Graf 29 - Změna pracovní pozice nebo zaměstnání

Z celkového počtu dotázaných žen jich 28 (33 %) na tuto otázku neodpovědělo 24 (29 %) pracuje na stejném místě, 15 (18 %) žen pracovní pozici či zaměstnání zatím nezměnilo, ale o změně uvažuje. 11 (13 %) žen šlo do invalidního důchodu a 6 (7%) z dotázaných žen muselo pracovní pozici nebo zaměstnání změnit z důvodu těžké fyzické námahy. Z důvodů psychických nemusela žádná respondentka měnit zaměstnání.

Otázka č. 40: Musela jste po operaci změnit způsob trávení volného času?

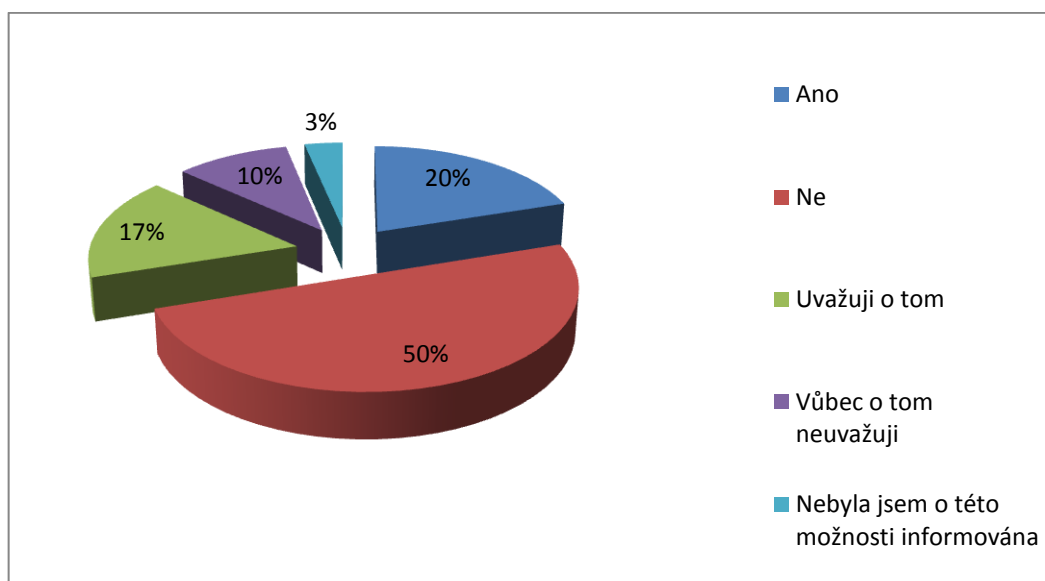
	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	18	21
Ne	43	51
Jen částečně	23	27
Celkem	84	100

43 (51 %) respondentek nemuselo změnit způsob trávení volného času. 23 (27 %) označilo možnost „jen částečně“ a 18 (22 %) žen muselo změnit způsob trávení volného času.

Otázka č. 41: Pokud Vám byla provedena mastektomie, využila jste možnost rekonstrukčního (plastického) výkonu?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	6	20
Ne	15	50
Uvažuji o tom	5	17
Vůbec o tom neuvažuji	3	10
Nebyla jsem o této možnosti informována	1	3
Celkem	30	100

Tabulka 39 - Možnost využití rekonstrukčního výkonu



Graf 30 - Možnost využití rekonstrukčního výkonu

Z celkového počtu 30 (100 %) žen, kterým byla provedena mastektomie jich 15 (50 %) na tuto otázku odpovědělo „ne“. 6 (20 %) žen po mastektomii tuto možnost využilo, 5 (17 %) o této možnosti uvažuje, 3 (10 %) ženy o tom vůbec neuvažují. 1 (3 %) žena nebyla o této možnosti vůbec informována.

Otázka č. 42: Pokud jste tuto možnost využila, splnilo to Vaše očekávání?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	6	100
Ne	0	0
Celkem	6	100

Tabulka 40 - Splnění očekávání

Všechny ženy – 6 (100 %), které podstoupily rekonstrukční výkon, uvedly, že tato volba jejich očekávání splnila.

Otázka č. 43: Pokud ano, v čem?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Zvýšilo mi to sebevědomí	5	83
Zvýšilo mi to kvalitu života	0	0
Došlo ke zlepšení partnerského vztahu	1	17
Jiné	0	0
Celkem	6	100

Tabulka 41 - V jakém směru splnil rekonstrukční výkon Vaše očekávání?

5 (83,33 %) žen uvedlo, že jim podstoupení rekonstrukčního výkonu zvýšilo sebevědomí. U 1 (16,67 %) ženy došlo ke zlepšení partnerského vztahu. Na ostatní možnosti žádná z respondentek neodpověděla.

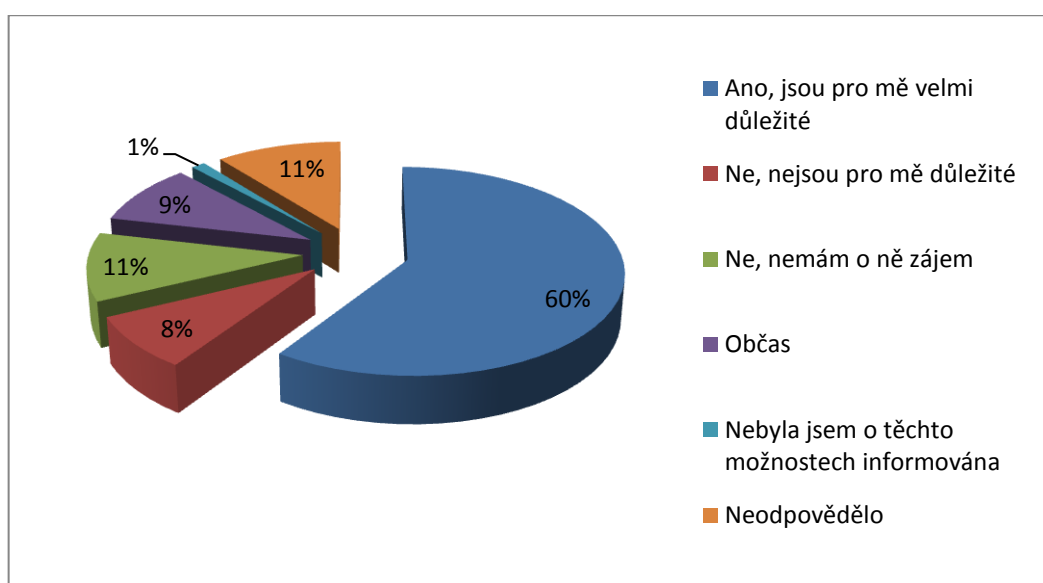
Otázka č. 44: Pokud ne, dokážete říci proč?

Na tuto otázku nebyla žádná odpověď, neboť všem respondentkám, které uvedly rekonstrukční výkon, tento výkon jejich očekávání splnil.

Otázka č. 45: Využíváte speciální protetické pomůcky (epitézy, zdravotnické podprsenky, speciální prádlo, plavky, paruky, šály,...)?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano, jsou pro mě velmi důležité	50	60
Ne, nejsou pro mě důležité	7	8
Ne, nemám o ně zájem	9	11
Občas	8	10
Nebyla jsem o těchto možnostech informována	1	1
Neodpovědělo	9	11
Celkem	84	100

Tabulka 42 - Využití speciálních protetických pomůcek



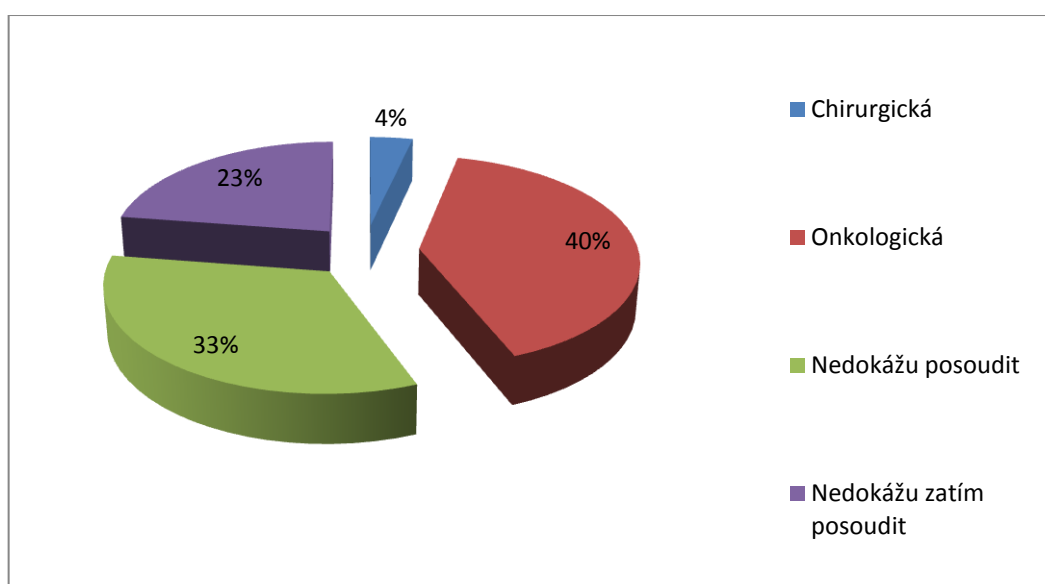
Graf 31 - Využití speciálních protetických pomůcek

Protetické pomůcky jsou pro většinu žen – 50 (60 %) velmi důležité. 9 (11 %) z dotázaných žen neodpovědělo a stejný počet žen o ně nemá zájem. Občas je používá 8 (10 %) žen, pro 7 (8 %) žen z celkového počtu nejsou důležité a 1 (1 %) žena nebyla o možnosti využívat protetické pomůcky informována.

Otázka č. 46: Která léčba Vám více ovlivnila kvalitu života?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Chirurgická	3	4
Onkologická	34	40
Nedokážu posoudit	28	33
Nedokážu zatím posoudit	19	23
Celkem	84	100

Tabulka 43 - Léčba, která více ovlivnila kvalitu života



Graf 32 - Léčba, která více ovlivnila kvalitu života

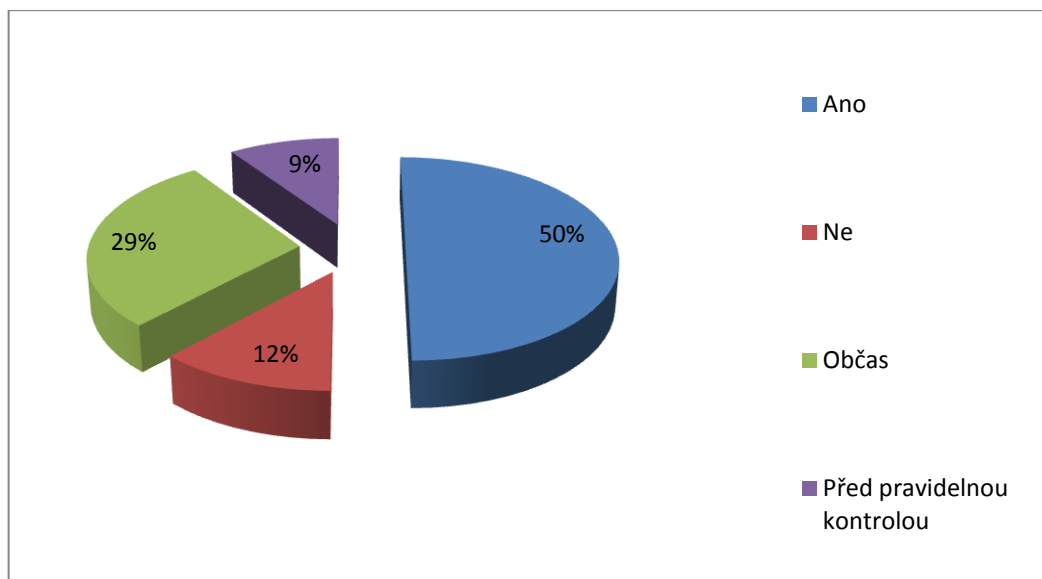
34 (40 %) ženám ovlivnila více kvalitu života léčba onkologická. 28 (33 %) žen to nedokáže posoudit, 19 (23 %) zatím nedokáže posoudit a 3 (4 %) ženám ovlivnila více kvalitu života léčba chirurgická.

Otázka č. 47: Měla jste/máte strach z recidivy (návratu onemocnění)?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	42	50
Ne	10	12
Občas	24	29

Před pravidelnou kontrolou	8	10
Celkem	84	100

Tabulka 44 - Obava z recidivy



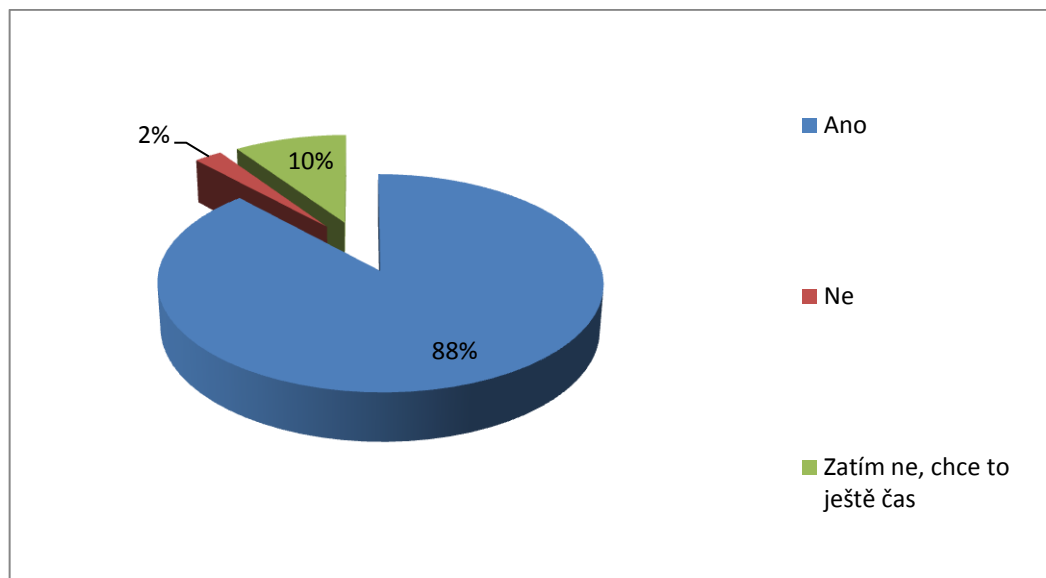
Graf 33 - Obava z recidivy

Z recidivy má obavu polovina – 42 (50 %) dotázaných žen, občas 24 (29 %) žen, 10 (12 %) žen obavu nemá a 8 (10 %) před pravidelnou kontrolou.

Otázka č. 48: Dokážete o své nemoci, operaci, léčbě otevřeně mluvit?

	Absolutní četnost - n	Relativní četnost - r (%)
Ano	74	88
Ne	2	2
Zatím ne, chce to ještě čas	8	10
Celkem	84	100

Tabulka 45 - Otevřenost v diskuzi o své chorobě, léčbě, operaci



Graf 34 - Otevřenost v diskuzi o své chorobě, léčbě, operaci

74 (88 %) žen z mého výzkumu o své nemoci, operaci a léčbě dokáže otevřeně mluvit. 8 (10 %) zatím ne a 2 (2 %) ženy o tom mluvit nedokážou.

11 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ženami s diagnózou karcinomu prsu, které prodělaly operaci a část z nich i následnou onkologickou léčbu. Zjišťovala jsem, jak hodnotí kvalitu svého života a jak tato diagnóza, operace a následná léčba ovlivnila jejich život. Pro přehlednost jsem výsledky výzkumu rozdělila do několika okruhů.

První okruh otázek se týká věku, vzdělání, rodiny, její postoj a zastoupení v době nemoci, temperamentu a ovlivnění osobnosti ženy nemocí. Zjištěné výsledky potvrzují fakt, že výskyt karcinomu prsu narůstá s věkem; skoro polovina žen - 48 % byly ve věku 61 a více let. Vzdělání podle vyplněných dotazníků kvalitu života významným způsobem neovlivňuje. Čím však ovlivněna určitě je, je partnerský vztah, protože podpora a zázemí v rodině ovlivňuje další bojovnost a jasný cíl přizpůsobovat se nové situaci a pozitivně uvažovat o budoucnosti. 74 % respondentek uvedlo jako rodinný stav vdaná a i ve většině případů - 57 % uvedly, že nemoc a léčba jejich partnerský život neovlivnila. A pokud „ano“, tak 44 % vztahů bylo utuženo, 40 % vztahů mírně narušeno a u 16 % došlo k rozchodu. Je třeba zvážit, do jaké míry je objektivně zodpovězeno na otázku sexuálního života, protože lidé toto téma pokládají za intimní a převážná většina respondentek byly seniorky. Přesto 49 % žen uvedlo, že sexuální život narušen nebyl. O podpoře rodiny vypovídá také otázka č. 19, kdo z rodiny byl pro ženy největší opora, kde ve 34 % to byl manžel nebo přítel a ve 31 % děti. Myslím si, že rodinné zázemí patří mezi nejdůležitější podpůrný faktor a pravděpodobně i z tohoto důvodu většina žen – 87 % nevyužila pomoc psychologa. Bylo taky překvapivé, že neziskové organizace pro lidi se stejným onemocněním využívá malé procento, a to jen 18 % žen.

Povahové vlastnosti zcela jistě kvalitu života ovlivňují, protože psychika má na chorobu a stav pacienta velký vliv. Podle dotázaných respondentek se většina – 77 % řadila mezi optimisticky laděné. V návaznosti na to si myslím, že spousta dalších odpovědí v dotazníku byla ovlivněna tímto postojem. Pozitivní přístup ovlivňuje postoj k léčbě, její úspěšnost, lepší vyrovnání se s nežádoucími účinky a komplikacemi. 71 % žen odpovědělo, že je operace zásadním způsobem neovlivnila a že se cítí jako před operací. Některé z nich odpověděly vlastními slovy, např. „Byla jsem ráda, že se problém operací vyřešil, nádor je odoperován, cítím se zdravá“. Další optimistická odpověď je: „Operaci jsem brala jako nutnost a věděla jsem, že půjdu na plastiku, teď jsem po plastické operaci

a cítím se dobře“. Samozřejmě se objevily odpovědi typu: „cítím se hendikepovaná; depresivní; nejistá; zmatená“, ale naštěstí jen v minimální míře. V případě delšího časového odstupu od operace a přímé následné léčby se 34,5 % žen cítí stejně jako před vznikem nemoci a 26 % lépe než po ukončení léčby. Léčba nádoru ovlivnila postoj k životu 61 % žen, všem však pozitivním směrem. Pro příklad zde uvádím pár vlastních slov od žen, kterým léčba postoj k životu ovlivnila: „Těším se z každého kvalitně prožitého dne“; „Vážím si víc obyčejných věcí, neřeším maličkosti, raduji se ze života“; „ Nesmírně si vážím života a své rodiny“; „Přehodnotila jsem všechny priority“; „ Vážím si každého dne a pěkných okamžiků“. Také odpovědi typu, že si více hlídají svůj zdravotní stav, že se více bojí o zdraví svých dcer, že se snaží být co nejvíce se svou rodinou, dokonce jedna žena napsala, že zmoudřela. Dalo by se pokračovat a vypsát odpovědi na tuto otázku, ale jsou v podstatě všechny v tomto duchu.

Okruhy otázek vztahující se k období operace byly směřovány ke zjištění časového období od operace, protože s časovým odstupem je pohled na toto období zcela jistě ovlivněn. Dále na typ operace, odstranění uzlin, reoperace, rozhodování o operaci.

Nejvíce oslovených žen 64 % bylo po operaci 0 – 3 roky, proto taky některé z nich na určité otázky z důvodu krátkého časového úseku od operace neodpověděly. U 49 % žen byla provedena resekce prsu, u 35 % mastektomie a u 15 % žen subkutánní mastektomie.

Zajímavé bylo, že 42 % žen nebylo dostatečně informováno o počtu odstraněných uzlin, což pokládám za velký nedostatek v podávání informací od lékařů.

Reoperaci nemusela podstoupit většina, čili 74 % dotázaných žen.

Možnost rozhodnout se k chirurgickému výkonu mělo 53 % žen a finální výsledný typ výkonu bylo společné rozhodnutí pacientky a lékaře, a to v 68 %. Znamená to, že se v dnešní době vychází z respektování práv pacientů a pokud je poskytnut dostatek informací, podílí se pacienti na rozhodování o svém zdravotním stavu v průběhu léčby a hospitalizace.

Další otázky dotazníku, které mohou zásadním způsobem vypovídat o kvalitě života, jsou spokojenost žen s provedeným výkonem, hodnocení výsledného efektu u obou typů operací, o smíření se s mastektomií. I v této oblasti shledávám více pozitivních odpovědí.

S typem chirurgického výkonu je z 84 (100 %) žen spokojeno 68 (84 %) žen. 17 % žen to nedokáže posoudit, což může být dáno i krátkým časovým obdobím od operace., Jen 2

(2 %) ženy uvedly „ne“ a to v případě provedené mastektomie.

Jak byly jednotlivé operace hodnoceny, ukazuje graf č. 9 a graf č. 10. Konzervativní výkon byl samozřejmě hodnocen lépe než mastektomie. Kosmetický efekt u konzervativního výkonu známkou 1 ohodnotilo 55 % žen. Mastektomii známkou 1 ohodnotilo 27 % žen. Většina, tj. 30 % hodnotila tento výkon známkou 3. Přestože je mastektomie v podvědomí lidí považována za hrůzostrašný výkon, je s ní smířeno 83 %, tj. 25 žen a 5 (17 %) smířeno není.

Důležitost přikládám také pooperačnímu hodnocení, tzn. opora ve zdravotnicích, změny v osobnosti člověka, do jaké míry ženy hodnotí všeobecnou pooperační péči, vznik komplikací.

Největší oporou v pooperačním období byli pro ženy lékař/ka, a to ve 49 %, těsně za nimi byly uvedeny zdravotní sestry ve 43 %. 3 % žen uvedlo studentku a stejný počet žen dopsaly jako jiné – spolupacientku, psychologa a jedna žena uvedla „nikdo“. Lze tedy konstatovat, že zdravotnický tým obecně nepodceňuje význam emocí a vypjatých citových reakcí u těchto žen. Pochopení a naslouchání jsou důležité nejen pro ženu samotnou, ale i pro úspěch léčby.

Nejčastější změny ve své osobnosti popsaly ženy strach a úzkost v 15 %, dále uváděly úlevu - 14 % a poruchy spánku ve 13 %. Celkově tyto pocity popisovala větší polovina, tj. 51 % žen. U 56 % žen, které tyto změny potvrdily, přetrvávají i nadále. Jsem přesvědčena, že i tyto pocity a změny mohou být přirozenou součástí všech pacientů, kteří jsou před léčbou, v léčbě nebo i po léčbě nádorového onemocnění, protože se jedná o onemocnění velmi náročné na psychiku člověka.

Téměř vyrovnané jsou odpovědi k prováděné pooperační rehabilitaci ramenního kloubu, kde v 57 % s ženami cvičení prováděna byla a ve 43 % nebyla. Přesto je vysoké procento záporných odpovědí, což vede k upozornění zdravotníkům, více dbát na tuto pooperační péči, která je pro další kvalitu života velmi důležitá.

O pooperačních komplikacích bylo informováno 76 % pacientek, 24 % informováno nebylo. Větší procentuální zastoupení - 74 % bylo žen, u kterých ke komplikacím nedošlo. Nejčastější pooperační komplikací byl lymfedém, a to ve 41 %. Lymfedém je i v literatuře uváděn jako nejčastější komplikace operace prsu a podpaží. Bohužel pacientky zatěžuje nejen fyzicky, ale i psychicky. Všechny ostatní pooperační komplikace měly daleko menší procentuální zastoupení. Přesto bych i v této oblasti poukázala na větší informovanost

pacientů ze strany lékařů.

Další okruhy otázek se zabývají následnou onkologickou léčbou a péčí. Protinádorová léčba je nejčastěji kombinovaná. U mých respondentek byla ve 39 % indikovaná chemoterapie, ve 38 % radioterapie, v 16 % hormonální léčba a v 7 % léčba biologická.

Čeho se jako ženy obávaly nejvíce? 50 % žen uvedlo obavu o život, jelikož většina lidí tak vážné onemocnění jako je rakovina považuje za život ohrožující. V 19 % to bylo vypadání vlasů a v 16 % ztráta prsu. Účinky onkologické léčby zná snad každý, pro pacienta znamená velkou zátěž. Předpokládám, že z tohoto důvodu měly ženy největší obavu po chirurgickém výkonu z následné léčby, a to v 69 %. Vedlejších účinků léčby se obávalo také 69 % dotázaných žen.

Zaměstnání je pro mnohé zdrojem sociálních kontaktů, pocit, že jsme užiteční pro společnost. Pokud toto odpadne, nastane obtížné období jak pro pacientku, tak i pro rodinu. Z výzkumu vyplývá, že 29 % žen pracuje i nadále na stejném místě, některé ženy odešly do invalidního důchodu, některé o změně zaměstnání uvažují. Neodpovědělo na tuto otázku 33 % žen, přisuzují to ve velké většině krátkému pooperačnímu období, dále pracovní neschopnosti, důchodu a evidenci na úřadu práce.

Další pozitivní informací je způsob trávení volného času – 51 % žen jej změnit nemuselo, 27 % žen jen částečně a 22 % žen trávení volného času změnit muselo. Ale i tyto odpovědi mohou být ovlivněny krátkou dobou od operace.

Plastická chirurgie dosahuje stále více významnějších pokroků. Z 30 (100 %) žen podstoupilo rekonstrukční výkon po mastektomii 6 (20 %). Je to pravděpodobně dáno tím, že v souboru byly spíše respondentky starších ročníků. Všem ženám, které podstoupily plastickou operaci, tato operace splnila jejich očekávání. 5 ženám zvýšila sebevědomí a jedna žena uvedla, že došlo ke zlepšení partnerského vztahu.

Pro většinu žen a to určitě celkově po onkologické léčbě jsou protetické pomůcky neodmyslitelnou součástí života. V dnešní době jsou tak dokonalé a zcela přirozené, že je málokdo pozná, co je však důležitější, dodají sebevědomí a určitě i další radost do života. 60 % z oslovených žen protetické pomůcky používá a jsou pro ně velmi důležité.

40 % žen ovlivnila více kvalitu života léčba onkologická. 33 % žen to nedokáže posoudit, 23 % zatím nedokáže posoudit a 4 % žen ovlivnila více kvalitu života léčba chirurgická

(z toho byly dvě ženy po radikální mastektomii a jedna žena po subkutánní mastektomii).

Strach z možné recidivy si připouští polovina dotázaných žen.

88 % žen s diagnózou karcinom prsu dokáže otevřeně mluvit o všem, čím prošly a co s touto diagnózou souvisí.

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných výsledků doporučuji některá následná opatření, která by mohla přispět ke kvalitnější pooperační péči a tím i ke zvýšení kvality života žen po operaci prsu pro karcinom.

Podle mého názoru je třeba věnovat více času ženám před i po operaci, více je informovat o daném typu výkonu. Vysvětlit, proč se jim některý zákrok doporučuje a jiný ne. Každý pacient si při setkání s lékařem zapamatuje jen část z toho, co jim bylo řečeno. Usuzuji podle odpovědí na počet odstraněných uzlin, kde 42 % žen odpovědělo, že neví kolik uzlin jim bylo odstraněno. Je třeba si udělat více prostoru na sdělení diagnózy jako je karcinom a jeho následující terapie a informace opakovat. Také jsem shledala nedostatky v informování pacientek o nežádoucích komplikacích chirurgické léčby a jak předcházet lymfedému. Dále bylo hodně žen, které odpověděly, že s nimi nebyla prováděna rehabilitace k obnovení normální pohyblivosti ramenního kloubu. Proto je velmi důležité, aby pacientky našly ve zdravotnicích dobré rádce, na které se mohou kdykoliv obrátit. Nezapomínat na rehabilitační sestry, které seznámí pacientky s vhodnými cviky. Pacientka také musí být poučena, že cvičení je důležité i po propuštění z nemocnice. Pacienti celkově pokládají onkologickou léčbu za zdrcující. Z tohoto důvodu považuji za nutné poskytovat větší psychickou podporu a přípravu k následné onkologické léčbě. Při propuštění z nemocnice nebo při kontrole v ambulanci doporučuji předat ženám kontakt na sdružení pacientek s nádorovým onemocněním. Zda tuto organizaci vyhledají je už na jejich zvážení. Mohou zde mluvit o svých obavách, strachu, sdílejí si navzájem zkušenosti, psychicky se podporují. Asi to z počátku spousta žen zavrhne, ale myslím, že je dobré, aby o tom věděly a mohly v pravou chvíli využít.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak hodnotí kvalitu života ženy po operaci prsu pro karcinom. Teoretická část je zaměřena obecně, na celkovou problematiku karcinomu prsu. Je zde zahrnuta epidemiologie, rizikové faktory, anatomie prsu, vyšetřovací metody v mamologii, prevence, léčba a pojem kvalita života. V praktické části jsou prezentovány konkrétní výsledky šetření.

Obyčejně je kvalita života definovaná jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace. Každý člověk prožívá stejné onemocnění rozdílně, každý se s ním rozdílně vyrovnává, Je to dáno velkým množstvím okolních faktorů, včetně osobnostních charakteristik, individualitou člověka, rodinné podpory, pracovní schopnosti, způsobu trávení volného času, nepříjemných pooperačních komplikací, nežádoucích účinků léčby, komunikace zdravotníků s pacientem a spoustou dalších.

Převážně se ženy hodnotily jako optimistky, což je velmi pozitivní, protože optimismus je pro další kroky v následné léčbě a kvalitě života nezanedbatelný. Rodinné vztahy nemocí nebyly změněny, a pokud ano, pak utuženy. Podporu v rodině – manžel, děti, také udávala většina žen. Tato opora je zdrojem citové síly a ramenem, o které se mohou kdykoliv opřít. Podobně by měl vystupovat i zdravotník, měl by u pacienta vzbuzovat důvěru a optimismus, být dobrým posluchačem a umět veškeré informace podat tak, aby jim pacienti řádně rozuměli. Důležité je postupovat u každého člověka individuálně, jeho stesky a potíže nebagatelizovat. Podle dotázaných respondentek lékaři a zdravotní sestry svým přístupem tuto důležitou úlohu zastávají, protože jsou považováni za největší opory ze zdravotníků.

Nemoc, s ní spojená operace a léčba nemusí mít vždy jen negativní stránky, ale i pozitivní. O tom svědčí různé názory žen na změnu postoje k životu: určit si priority, žít uvědoměleji, těšit se ze života, zhodnotit, co je a co není skutečně podstatné, žít jinak a možná i lépe.

Operace karcinomu prsu významným způsobem neovlivňuje ani způsob trávení volného času ani změnu pracovních pozic. Tím pádem ženy nemusí myslet stále na nemoc, ale mohou se soustředit na jiné příjemnější a radostnější věci.

Ze získaných výsledků lze tedy obecně říci, že celkově ženy hodnotí kvalitu života po operaci karcinomu prsu spíše pozitivně a z negativního se snaží vytěžit to pozitivní.

Přestože je odstranění prsu, nebo jen jeho části velký zásah do života ženy, je většina z nich s výkonem smířená a i hodnocení kosmetického výkonu bylo spíše kladné. Tyto

odpovědi mě také vedly k úvaze, že smíření se s daným výkonem a subjektivní výborné hodnocení operační rány dodává ženám znovu pocit sebevědomí a tím i zvyšuje kvalitu jejich života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABRAHÁMOVÁ, J., POVÝŠIL, C., HORÁK J. a kol. *Atlas nádorů prsu*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 328 s. ISBN 80-7169-771-0.
- [2] ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L. a kol. *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499-4.
- [3] ABRAHÁMOVÁ, J., a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9.
- [4] ADAM, Z., KREJČÍ M., VORLÍČEK J., a kol., *Speciální onkologie, 25. Karcinom prsu*, 1. vydání. Praha: Galén 2010. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
- [5] ANGENENDT, G., SCHUTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie v praxi. Psychoedukace, poradenství a terapie*, 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 2010. 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
- [6] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*, 1. vydání. Brno: NCO NZO 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [7] BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- [8] *Biologická léčba – rakovina prsu* [online]. 2011 [cit. 2011-02-25]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/biologicka-lecba/>.
- [9] ČERNÝ, J. a kol. *Špeciálna chirurgia, 3 Chirurgia hrudníka*, 2. vydání. Martin: Osveta 1996. 397 s. ISBN 80-88824-28-1.
- [10] DOSTÁLOVÁ, O., *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*, 1. vydání. Praha: Avicenum 1986. 208 s. ISBN 08-022-86.
- [11] *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 – centrum adiktologie*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-08]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/165/904/Dotazník-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>.
- [12] DRAŽAN, L., MĚŠŤÁK, J., *Rekonstrukce prsu po mastektomii*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 168 s. ISBN 80-247-1123-0.
- [13] FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ L., *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*, 2. vydání. Praha 2008. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.
- [14] CHOVANEC, J., DOSTÁLOVÁ, Z. Karcinom prsu – aktuální problém. *Interní*

- medicína pro praxi* [online]. 2008, č. 2 [cit. 2010-10-07], s. 84-89. Dostupné z:
<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/02/10.pdf>.
- [15] CHOVANEC, J., DOSTÁLOVÁ, Z. Biologická léčba karcinomu prsu. *Praktická gynekologie* [online]. 2009, č. 4 [cit. 2010-11-02], s. 228-231. Dostupné z:
http://www.praktickagynekologie.cz/pdf/pg_09_04_09.pdf.
- [16] JANÁČKOVÁ, L., *Bolest a její zvládnutí*, 1. vydání. Praha: Portál 2007. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- [17] JANDÍK, P. Sonda do psychologické situace onkochirurgického pacienta. *Klinická onkologie* [online]. 2005, č. 3 [cit. 2010-11-02], s. 107-109. Dostupné z:
<http://www.mou.cz/cz/casopis-klinicka-onkologie--rocnik-2005/article.html?id=81>.
- [18] KLAUZOVÁ, K. Diagnostika a léčba lymfedému. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, č. 1 [cit. 2010-11-02], s. 36-40. Dostupné z:
<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/01/07.pdf>.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, 2. vydání. Praha: Portál 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [21] McKAYOVÁ, J., HIRANOVOVÁ, N., *Jak přežít chemoterapii a ozařování*, 1. vydání. Praha: Triton s.r.o. 2005. 206 s. ISBN 80-7254-542-6.
- [22] *Nemoc a kvalita života – ZDN* [online]. 2011 [cit. 2011-03-08]. Dostupné z:
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383>.
- [23] OPATRŇÁ, M., *Etické problémy v onkologii*. 1. Vydání. Praha: Mladá fronta a.s. 2008. 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
- [24] PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*, 1. vydání. Praha: Triton 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [25] PRAUSOVÁ, J. Karcinom prsu – problém i v 21. století. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, č. 1 [cit. 2010-11-02], s. 26-32. Dostupné z:
<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/01/05.pdf>.
- [26] SKOVAJSOVÁ, M., *Mamodiagnostika. Integrovaný přístup*, 1. vydání. Praha: Galén 2003. 301 s. ISBN 80-7262-220-X.

- [27] SOBIN, L. H., WITTENKIND, CH., *TNM. Klasifikace zhoubných novotvarů*, 6. vydání, česká verze 2004, Ústav zdravotnických informací a statistiky české republiky Praha 2004. 196 s ISBN 80-7280-391-3.
- [28] TSCHUSCHKE, V., *Psychoonkologie, Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vydání. Praha: Portál 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
- [29] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 328 s ISBN 80-247-1716-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

např. například

s. strana

tj. to je

tzv. tak zvaně

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věkové rozmezí	35
Graf 2 - Stupeň vzdělání	36
Graf 3 - Rodinný stav.....	37
Graf 4 - Povaha	38
Graf 5 - Doba od operace.....	39
Graf 6 - Typ operace	40
Graf 7 - Počet odstraněných uzlin v podpaží.....	41
Graf 8 - Reoperace	42
Graf 9 - Rozhodování o výkonu	43
Graf 10 - Konečné rozhodnutí o výkonu	44
Graf 11 - Spokojenost s provedeným výkonem.....	45
Graf 12 - Kosmetický efekt po konzervativním výkonu	46
Graf 13 - Kosmetický efekt po mastektomii.....	47
Graf 14 - Smíření s mastektomií.....	48
Graf 15 - Psychický a fyzický stav po operaci s delším časovým odstupem	50
Graf 16 - Největší obava z následného pooperačního období	51
Graf 17 - Největší opora ve zdravotnických pracovnících	52
Graf 18 - Největší opora v nejbližším okolí	53
Graf 19 - Změny v osobnosti	54
Graf 20 - Nejčastější změny v osobnosti v pooperačním období	55
Graf 21 - Přetrvávání změn.....	56
Graf 22 - Nejčastější pooperační komplikace	58
Graf 23 - Poučení o předcházení komplikacím	59
Graf 24 - Absolvovaná následná léčba	60
Graf 25 - Největší obavy.....	61
Graf 26 - Obavy po strážce tělesné.....	62
Graf 27 - Využití psychologa.....	63
Graf 28 - Návštěvnost sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu.....	64
Graf 29 - Změna pracovní pozice nebo zaměstnání	66
Graf 30 - Možnost využití rekonstrukčního výkonu.....	67
Graf 31 - Využití speciálních protetických pomůcek	69
Graf 32 - Léčba, která více ovlivnila kvalitu života	70

Graf 33 - Obava z recidivy	71
Graf 34 - Otevřenost v diskuzi o své chorobě, léčbě, operaci	72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věkové rozmezí.....	35
Tabulka 2 - Stupeň vzdělání	36
Tabulka 3 - Rodinný stav	37
Tabulka 4 - Povaha	37
Tabulka 5 - Doba od operace	38
Tabulka 6 - Typ operace	39
Tabulka 7 - Počet odstraněných uzlin v podpaží	40
Tabulka 8 - Reoperace	41
Tabulka 9 - Rozhodování o výkonu.....	42
Tabulka 10 - Konečné rozhodnutí o výkonu	43
Tabulka 11 - Spokojenost s provedeným výkonem.....	44
Tabulka 12 - Kosmetický efekt po konzervativním výkonu.....	45
Tabulka 13 - Kosmetický efekt po mastektomii	46
Tabulka 14 - Smíření s mastektomií	47
Tabulka 15 - Psychický a fyzický stav po operaci.....	48
Tabulka 16 - Psychický a fyzický stav po operaci s delším časovým odstupem.....	49
Tabulka 17 - Největší obava z následného pooperačního období	51
Tabulka 18 - Největší opora ve zdravotnických pracovnících	51
Tabulka 19 - Největší opora v nejbližším okolí.....	52
Tabulka 20 - Změny v osobnosti	53
Tabulka 21 - Nejčastější změny v osobnosti v pooperačním období	54
Tabulka 22 - Přetrvávání změn.....	55
Tabulka 23 - Rehabilitace k obnově pohybnosti ramenního kloubu	56
Tabulka 24 - Informovanost o komplikacích chirurgické léčby.....	57
Tabulka 25 - Pooperační komplikace	57
Tabulka 26 - Nejčastější pooperační komplikace	57
Tabulka 27 - Poučení o předcházení komplikacím.....	58
Tabulka 28 - Postoj k životu	59
Tabulka 29 - Absolvovaná následná léčba	60
Tabulka 30 - Největší obavy	61
Tabulka 31 - Obavy po stránce tělesné	62
Tabulka 32 - Pooperační pocity	62

Tabulka 33 - Využití psychologa.....	63
Tabulka 34 - Návštěvnost sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu.....	64
Tabulka 35 - Změna partnerského života	64
Tabulka 36 - Způsob změny partnerského života.....	65
Tabulka 37 - Narušení sexuálního života	65
Tabulka 38 - Změna pracovní pozice nebo zaměstnání.....	66
Tabulka 39 - Možnost využití rekonstrukčního výkonu.....	67
Tabulka 40 - Splnění očekávání.....	68
Tabulka 41 - V jakém směru splnil rekonstrukční výkon Vaše očekávání?.....	68
Tabulka 42 - Využití speciálních protetických pomůcek	69
Tabulka 43 - Léčba, která více ovlivnila kvalitu života	70
Tabulka 44 - Obava z recidivy.....	71
Tabulka 45 - Otevřenost v diskuzi o své chorobě, léčbě, operaci	71

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ Č. 1

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

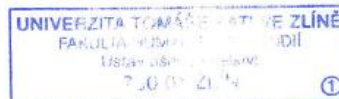
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	JITKA KOUKILOVÁ
Téma bakalářské práce	KVALITA ŽIVOTA PO OPERACI PRSU PRO KARCINOMY
Skupina respondentů	ŽENY PO OPERACI KARCINOMU PRSU
Pracoviště	ONKOLOG. ODD. P. PMS. KNTB a.s.


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 2. 2011





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčково náměstí 600
762 75 Zlín (9)


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ Č. 2

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

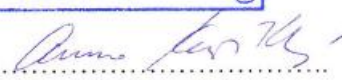
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	JITKA KOUŘILOVÁ
Téma bakalářské práce	KVALITA ŽIVOTA PO OPERACÍCH PRSU PRO KARCINOMY
Skupina respondentů	ŽENY PO OPERACÍCH KARCINOMU PRSU
Pracoviště	NETHOCLINICE HTLAS, a.s., tř. T. BÍLÝ 5135, Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN ①

Ve Zlíně dne 3.1.2017


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství


NETHOCLINICE HTLAS, a.s.
H. T. Bati 5135, 760 01 ZLÍN
tel: 577 957 347
ředitel MUDr. Roman Kučera
ředitel

razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Kouřilová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně. Dotazník, který se k Vám právě dostal, je zcela anonymní a slouží jako podklad k mé závěrečné práci na téma: “Kvalita života po operacích prsu pro karcinom.“ Práce vzniká pod vedením MUDr. Jiřího Gařka, Ph.D. V dotazníku je u několika otázek možnost i více odpovědí, pokud byste měla problém na některou z otázek odpovědět, nemusíte. Za vyplnění a za Váš čas velmi děkuji, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit. Přeji hezký den.

Jitka Kouřilová

1. Váš věk:

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) 61 – a více let

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské s maturitou
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

3. Rodinný stav:

- a) svobodná
- b) vdaná

- c) rozvedená
- d) vdova
- e) žiji s přítelem

4. Jak byste se charakterizovala?:

- a) optimista
- b) pesimista
- c) flegmatik
- d) cholerik

5. Jak dlouho jste po operaci?:

- a) 0 – 3 roky
- b) 4 – 6 let
- c) 7 – 10 let
- d) 11 a více let

6. Jaký typ operace Vám byl proveden?:

- a) radikální mastektomie (odstranění celého prsu, dvorce, bradavky a lymfatických uzlin v podpaží)
- b) odstranění části prsu
- c) subkutánní mastektomie (odstranění celé žlázy prsu se zachováním kůže a bradavky s dvorcem)

7. Byla Vám odstraněna v podpaží jen jedna uzlina nebo všechny uzliny?:

- a) jedna (sentinelová uzlina – strážná uzlina – první uzlina)
- b) všechny

c) nevím

8. Musela jste podstoupit reoperaci- novou operaci?:

a) ano, v podpaží

b) ano, prsu

c) ne

9. Chirurgický výkon Vám byl:

a) předložen nekompromisně

b) měla jste možnost se sama rozhodnout

c) byl na Vás vyvíjen nátlak, byla jste přesvědčována, skoro nucena k danému výkonu

d) sama jste si vybrala

10. Výsledná operace bylo:

a) Vaše rozhodnutí

b) rozhodnutí lékaře

c) společné rozhodnutí

11. Jste spokojena s typem chirurgického výkonu?:

a) ano

b) ne

c) nedokážu posoudit

12. Po provedeném konzervativním výkonu – zachovaný prs - jak hodnotíte výsledný kosmetický efekt? (Hodnoťte jako ve škole, tzn. 1 – nejlepší, 5 – nejhorší):

a) 1

- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

13. Po provedené mastektomii – odstraněný prs – jak hodnotíte výsledný kosmetický efekt? (Hodnoťte jako ve škole, tzn. 1 – nejlepší, 5 – nejhorší):

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

14. V případě mastektomie - odstranění celého prsu:

- a) jsem s výkonem smířená
- b) nejsem s výkonem smířená

15. Jak jste se cítila/cítíte po operaci?:

- a) měla jsem/mám pocit ztráty nezávislosti, ztráty části osobnosti
- b) cítím se jako před operací, nemohu říci, že by mě operace ovlivnila zásadním způsobem
- c) nevím
- d) jiné (uved'te):.....

16. V případě delšího časového odstupu od operace a přímé následné léčby se cítíte?:

- a) stejně jako po ukončení léčby
- b) lépe než po ukončení léčby

- c) hůře než po ukončení léčby
- d) stejně jako než jsem onemocněla

17. Po chirurgickém výkonu jste měla největší obavu?:

- a) z následné léčby (chemoterapie, ozařování)
- b) ze ztráty zaměstnání
- c) z reakce rodiny a okolí
- d) ze smrti
- e) jiné (uved'te):

18. Kdo ze zdravotníků Vám byl po operaci největší oporou?:

- a) lékař
- b) zdravotní sestra
- c) ošetřovatelka
- d) studentka

19. Kdo z okolí Vám byl po operaci největší oporou?:

- a) manžel/přítel
- b) děti
- c) kamarád/ka
- d) rodiče
- e) sourozenec
- f) ten, kdo tím prošel taky
- g) nikdo, byla jsem na to sama
- h) jiné (uved'te).....

20. Cítala jste v pooperačním období výrazné změny své osobnosti-svém osobním „JÁ“?:

- a) ano
- b) ne

21. Pokud ano, jaké?:

- a) poraženost
- b) bezbrannost
- c) beznaděj
- d) strach
- e) úzkost
- f) napětí
- g) podrážděnost
- h) žaludeční potíže
- i) poruchy spánku
- j) uzavřela jsem se do sebe
- k) cítila jsem úlevu, že se konečně něco děje a nádor je pryč
- l) jiné (uveďte):.....

22. Pokud ano, přetrvávají změny i nadále?:

- a) ano
- b) ne
- c) občas

23. Byla s Vámi po operačním zákroku prováděna rehabilitace k obnovení normální pohyblivosti ramenního kloubu?:

- a) ano

b) ne

24. Byly Vám poskytnuty informace o nežádoucích komplikacích chirurgické léčby?:

a) ano

b) ne

25. Došlo u Vás k pooperačním komplikacím?:

a) ano

b) ne

26. Pokud ano, k jakým?:

a) lymfedém

b) omezení pohyblivosti ramenního kloubu

c) brnění prstů

d) snížená citlivost kůže

e) rozpad operační rány

f) nevzhledná jizva

g) jiné (uveďte):.....

27. Byla jste poučena jak předcházet lymfedému a komplikacím po operaci prsu a podpaží?:

a) ano

b) ne

c) jen zběžně

d) informace jsem si hledala sama

28. Ovlivnila léčba nádoru Váš postoj k životu?

a) ano

b) ne

29. Pokud ovlivnila léčba nádoru Váš postoj k životu, mohla byste formulovat jak?

uved'te

30. Jaký typ následné léčby jste absolvovala?:

a) radioterapie

b) hormonální léčba

c) biologická léčba

d) chemoterapie

31. Čeho jste se jako žena obávala nejvíce?:

a) obava o život

b) ztráta prsu

c) vypadání vlasů

d) obava, že už nebudu jako žena atraktivní

e) jiné (uved'te):.....

32. Čeho jste se v průběhu následné léčby obávala nejvíce po tělesné stránce?:

a) bolesti

b) vedlejších účinků léčby

c) změny tělesného vzhledu

d) jiné (uved'te):.....

33. Měla jste pocit, že kolem Vás chodili/chodí „po špičkách“, nevěděli/neví jak s Vámi mluvit?:

- a) ano
- b) ne
- c) nezamýšlela jsem se nad tím

34. Využila jste/využíváte konzultace psychologa?:

- a) ano
- b) ne
- c) uvažuji o tom
- d) tato možnost mi nebyla nabídnuta
- e) přivítala bych to, pokud by mi to bylo nabídnuto

35. Využíváte kluby, centra pro lidi se stejným onemocněním?:

- a) ano
- b) ne
- c) uvažuji o tom
- d) nebyla jsem o této možnosti informována

36. Změnila Vám nemoc a léčba partnerský život?:

- a) ano
- b) ne

37. Pokud ano, jakým způsobem?:

- a) partnerský vztah se utužil
- b) vztah byl/je mírně narušen, ale myslím, že partner potřebuje čas

c) došlo k rozchodu/rozvodu

38. Narušila Vám nemoc, léčba, změna tělesného vzhledu Váš sexuální život?:

a) ano

b) trochu

c) ne

39. Musela jste po operaci změnit pracovní zařazení nebo hledat nové zaměstnání?:

a) ano, z důvodu těžké fyzické námahy

b) ano, z důvodů psychických

c) šla jsem do invalidního důchodu

d) ne, pracuji na stejném místě

e) ne, ale o změně uvažuji

40. Musela jste po operaci změnit způsob trávení volného času?:

a) ano

b) ne

c) jen částečně

41. Pokud Vám byla provedena mastektomie, využila jste možnost rekonstrukčního (plastického) výkonu?:

a) ano

b) ne

c) uvažuji o tom

d) vůbec o tom neuvažuji

e) nebyla jsem o této možnosti informována

42. Pokud jste tuto možnost využila, splnilo to Vaše očekávání?:

- a) ano
- b) ne

43. Pokud ano, v čem?:

- a) zvýšilo mi to sebevědomí
- b) zvýšilo mi to kvalitu života
- c) došlo ke zlepšení partnerského vztahu
- d) jiné (uveďte):

44. Pokud ne, dokážete říci proč?:

uveďte:

45. Využíváte speciální protetické pomůcky (epitézy, zdravotnické podprsenky, speciální prádlo, plavky, paruky, šály,...):?

- a) ano, jsou pro mě velmi důležité
- b) ne, nejsou pro mě důležité
- c) ne, nemám o ně zájem
- d) občas
- e) nebyla jsem o těchto možnostech informována

46. Která léčba Vám více ovlivnila kvalitu života?:

- a) chirurgická
- b) onkologická
- c) nedokážu posoudit
- d) nedokážu zatím posoudit

47. Měla jste/máte strach z recidivy (návratu onemocnění)?:

- a) ano
- b) ne
- c) občas
- d) před pravidelnou kontrolou

48. Dokážete o své nemoci, operaci, léčbě otevřeně mluvit?:

- a) ano
- b) ne
- c) zatím ne, chce to čas