Život po mastektomii pro karcinom prsu

Štěpánka Pšovská

Bakalářská práce
2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Štěpánka PŠOVSKÁ**
Osobní číslo:	**H10448**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Forma studia:	**prezenční**
Téma práce:	**Život po mastektomii pro karcinom prsu**

Zásady pro vypracování:

Výběr a nastudování vhodné odborné literatury.
Vypracovaní struktury práce, osnovy a formulace cílů práce.
Příprava metodiky výzkumné části práce.
Realizace výzkumu pomocí dotazníkového šetření.
Průběžné předkládání zpracovaných částí práce a konzultace výsledků s vedoucím práce.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace výsledků výzkumu.
Vyhodnocení a finalizace práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ABRÁHÁMOVÁ, Jitka et al. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9.
DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK. Rekonstrukce prsu po mastektomii. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1123-0.
HUSSAIN, Maria. Praktický rádce pro ženy po operaci rakoviny prsu. Praha: Petra, 1993. ISBN 80-85612-26-7.
KOPECKÝ, Josef, Pavel VODVÁŘKA a Jorga SUMEROVÁ. Žena po operaci prsu ... a jak dále?: možnosti, rady informace. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7042-321-8.
TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

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

Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

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 4. 3. 2013 .....

.....

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 nevýdělečně 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 nahlížení 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 vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího 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 udělit 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 vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Má bakalářská práce se zabývá životem žen po mastektomii. Karcinom prsu je jedním z nejčastějších zhoubných nádorů u žen, který velmi intenzivně ovlivňuje nemocnou ženu i její okolí. Žena je oslabena jak po fyzické, tak i po psychické stránce. V teoretické části popisuji anatomii a fyziologii prsní žlázy, historii karcinomu a příčiny jeho vzniku, rizikové faktory, možnosti prevence, klinické příznaky, stanovení diagnózy, léčbu a výběr protetických pomůcek. V mé práci je důraz kladen hlavně na psychoterapii žen, které prodělaly rakovinu prsu. V praktické části je popsán výzkum kvalitativní metodou ve formě anonymního dotazníku, který jsem rozdala na oddělení onkologie ve dvou různých městech.
Cílem práce je zjistit, v čem se nejvíce změní život žen po mastektomii, tj. jejich fyzický a převážně psychický stav, role v rodině, pracovní schopnost a také záliby a omezení.

Klíčová slova: Žena, karcinom, mastektomie, prs, psychika.

ABSTRACT

My bachelor thesis is focused on life of women after breast mastectomy. Breast Carcinoma is one of the most common malignant tumours of women. It heavily influences life of a diseased woman as well as her surroundings. Such a woman is weakened both physically and mentally.
In the theoretical part is described anatomy and physiology of mammary gland, carcinoma history and causes of its origin, high-risk factors, options for prevention, clinical symptoms, diagnosis determination, medical treatment and choice of prosthetic aids. My thesis emphasizes mainly the psychotherapy of women who have lived through the breast cancer.
In the practical part is described a qualitative research which was carried out in the form of anonymous questionnaires. These questionnaires were distributed at two different oncology departments in two different towns.
The aim of this thesis is to find out how women's lives change after a mastectomy, i. e. their physical and mainly their mental condition, their family role, work ability, hobbies and limitations.

Keywords: Woman, carcinoma, mastectomy, breast, psyche.

Děkuji panu primáři MUDr. Jiřímu Gaťkovi PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, a všem ženám, které prodělaly mastektomii, za ochotu spolupracovat. Děkuji také mé rodině a přátelům za pochopení a trpělivost, kterou se mnou měli při psaní bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 HISTORIE **12**
1.1 HISTORIE KARCINOMU PRSU 12
1.2 VNÍMÁNÍ ŽENSKÉHO PRSU V HISTORII 12
2 ANATOMIE PRSU **14**
2.1 MLÉČNÁ ŽLÁZA 14
2.2 LYMFATICKÁ DRENÁŽ MLÉČNÉ ŽLÁZY 14
2.3 TVORBA MLÉKA A LAKTACE 15
3 KARCINOM PRSU **16**
3.1 CO JE BENIGNÍ A MALIGNÍ NÁDOR? 16
3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY A PŘÍČINY VZNIKU 17
3.3 MOŽNOSTI PREVENCE 18
3.3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE 18
3.3.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE 18
3.3.2.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY SAMOVYŠETŘENÍ PRSU 18
3.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY 19
3.5 DIAGNOSTIKA - VYŠETŘOVACÍ METODY 19
3.5.1.1 MAMOGRAFICKÝ SKRÍNING 20
4 TERAPIE KARCINOMU PRSU **21**
4.1 CHIRURGICKÁ 21
4.1.1 KONZERVATIVNÍ VÝKONY ŠETŘÍCÍ PRS 21
4.1.2 ABLATIVNÍ OPERAČNÍ VÝKONY 22
4.1.3 VÝKONY V PODPAŽÍ PRO KARCINOM PRSU 22
4.1.4 VEDLEJŠÍ ÚČINKY PO CHIRURGICKÉ LÉČBĚ 23
4.1.4.1 BOLESTIVÝ POSTMASTEKTOMICKÝ SYNDROM 24
4.1.4.2 LYMFEDÉM 24
4.1.5 REKONSTRUKCE PRSU 25
4.2 RADIOTERAPIE 25
4.2.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE 27
4.2.2 LÉČBA VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ RADIOTERAPIE 28
4.3 CHEMOTERAPIE 28
4.3.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE 29
4.4 HORMONÁLNÍ TERAPIE 30
4.4.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY 31
4.4.1.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY ABLATIVNÍ LÉČBY 31
4.4.1.2 VEDLEJŠÍ ÚČINKY ANTIESTROGENNÍ LÉČBY 31
4.4.1.3 VEDLEJŠÍ ÚČINKY INHIBIČNÍ LÉČBY 32
4.5 BIOLOGICKÁ TERAPIE 32
4.5.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY BIOLOGICKÉ LÉČBY 33

4.6 LÉČEBNÁ REHABILITACE 34
4.7 PSYCHOTERAPIE 35
4.7.1 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE 38
4.7.2 SKUPINOVÁ TERAPIE 38
II PRAKTICKÁ ČÁST 39
5 CÍLE PRÁCE 40
5.1 CÍL 1 40
5.2 CÍL 2 40
6 METODIKA 41
6.1 METODA VÝZKUMU 41
6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 41
7 VÝSLEDKY 42
7.1 DISKUZE 79
ZÁVĚR 81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 82
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 84
SEZNAM OBRÁZKŮ 85
SEZNAM TABULEK 87
SEZNAM PŘÍLOH 89

ÚVOD

Téma Život po mastektomii pro karcinom prsu jsem si vybrala z důvodu mého velkého zájmu o tuto problematiku. Karcinom prsu je velmi častým onemocněním u žen ve starším, ale bohužel už i mladším věku. Toto onkologické onemocnění je velmi nešťastné tím, že je dlouhodobě asymptomatické. Žena může problémy pocítit až v pokročilém stádiu. Musí absolvovat různá vyšetření a léčebné procedury pomáhající natolik, že je díky nim možné karcinom nadobro vyloučit z organismu. Bohužel je tady neustále i ta druhá negativní, možnost nevyléčení. Pokud je léčba pozitivní a boj nad nemocí žena vyhraje, zůstává otázkou, jaký je její psychický stav. Změní se po mastektomii spoustu pocitů v těle ženy? V mé bakalářské práci se zabývám obecným popsáním onemocnění, ale v praktické části je důraz kladen především právě na psychickou stránku ženy po mastektomii.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

1.1 HISTORIE KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu není onemocnění dnešní moderní doby, jeho výskyt byl zjištěn už v dávné historii. Tímto onemocněním se zabýval již Hippokrates a Galén. Snaha o účinnou léčbu započala v 19. století, ve 20. století se už dala považovat za léčbu všestrannou. Století 21. je znakem velkého rozvoje biologické léčby a skríningových programů, které jsou velkou prevencí úmrtnosti a zlepšení kvality života. (Abrahámová et al., 2009, s. 11)

Přednosti ženy, ňadra, byly vždy symbolem plodivé síly a zdrojem výživy pro potomky. Existuje nemalé množství obrazů s nahými ženami, u kterých malíř předpokládal přítomnost zhoubného nádoru prsu a dokázal poukázat na známky tumoru. Známá výtvarná díla zobrazených žen jsou například od umělců Michelangela, Rafaela nebo Rubense. Mezi nejznámější obrazy patří „Betsabé s dopisem krále Davida“ od Rembrandta. Obraz ukazuje modelku, Rembrandtovu ženu Hendrickje, s patrnými známkami karcinomu levého prsu. (Abrahámová et al., 2009, s. 11) Velmi kolosálním příkladem uctívání ňader v dávných časech jsou významné mnohoprsé sochy bohyně Artemis o rozměrech živé ženy. Historické záznamy také poukazují na modelku Margaritu Luti, kterou vyobrazil Raffaelo pod názvem La Fornarina. Margarita zemřela mladá a příčinou její smrti mohl být právě karcinom prsu. Na obraze lze vypozorovat znamení karcinomu levého prsu, které se snaží modelka zahalit. (Abrahámová a Dušek, 2003, s. 11 – 12)

Ve 20. století se objevuje nový postoj ke ztvárnění obrazů. Postoj k nemoci je už zcela uvědomělý a uchopený ženami samotnými. Vytváří se nové obrazy obnaženého ženského těla - nahý hrudník po ablaci prsu. Jedna z prvních fotografií zobrazuje ženu s jedním prsem, která rozpíná paže vzhůru ke slunci v pozitivním životním smyslu, s radostným úsměvem. Ztvárněnou ženou na obrázku byla spisovatelka Deeny Metzgerová a fotografkou Hella Hammidová. (Abrahámová et al., 2009, s. 12)

1.2 VNÍMÁNÍ ŽENSKÉHO PRSU V HISTORII

Velmi známá je dochovaná soška Venuše z Grimaldi stará 23 000 let. Představuje ženu s vyvinutým poprsím, které vyjadřuje blahobyt, plodnost a roli matky živitelky. Např. i Aštar, fénická bohyně, je ztvárněna na sloupoví soch z 8. – 6. století př. Kr., jako bohyně lásky a plodnosti. Ve starém Egyptě se faraonové nechávali zpodobňovat u prsu právě této bohyně, kojící ženy při narození dítěte, při korunovaci nebo po své smrti, tedy při všech

událostech, pod které spadal přechod z jedné formy života do druhé. Další soška, která byla zachována je Isis, symbol matky kojící syna Hóra. Je považována za pravzor pro vyobrazení Kojící madony ze 14. století. Vždy byl dáván největší důraz na prsy, jako zdroj potravy a znak zachování a rozvíjení narozeného života. Ženský prs představuje také erotickou - sexuální symboliku, která je znázorněna např. ženami s odhalenými ňadry a nohami zakrytými zvonovitou suknicí na zdech paláce v Knóssu, na vázách a sarkofázích. I bohyně lásky Afrodita byla zobrazována s jasně dmoucím poprsím ve 4. stol. př. Kr. Ženské prsy představují sexuální symboliku také v Bibli ve sbírce milostných veršů Písně krále Šalamouna. Zachovalo se velké množství písemnictví, ve kterých byly zapsány postoje a názory na ženský prs. S přívětivými postoji se ale objevily i postoje negativní, odmítavé. Příkladem je křesťanství a jiná náboženská vyznání, která po staletí potlačovala atribut ženské krásy. Křesťanské umění často dávalo najevo, že svátost ženy považuje právě tehdy, pokud na ní není vyznačena existence prsů. (Dražan a Měšťák, 2006, s. 13)

K zásadní změně v pohledu na ženské prsy došlo až v pozdním středověku a v období renesance. Podnětem k tomuto obratu byl obraz Agnés Sorelové, která byla konkubínou francouzského krále Karla VII. Agnés byla zvěčněna ve své plné kráse s holým ňadrem, vystupujícím jasně ze živůtku, na rozdíl od Kojící madony vyobrazené o sto let dříve. Agnés se stala bohatou první královskou metresou a ze své sexuální náklonnosti vytěžila hojnou prosperitu. Příběh této ženy byl nejen znamením nové doby ve francouzských dějinách, ale i rysem nového sociálního smyslu ňader. (Dražan a Měšťák, 2006, s. 13)

Neměli bychom zapomenout ani na báje o Amazonkách, legendárním kmenu, který pocházel údajně z maloasijské Kappadokie. Amazonky žily pouze v ženské společnosti řízené královnou a první zmínky o nich se objevily v homérské literatuře z 8. Století př. Kr. V bájích si tyto ženy nechávaly uříznout pravé ňadro, aby si jeho absencí zjednodušily napínání luku. Výklad jejich jména „Amazonky“ se odvolává na dvě řecká slova „a-“ (bez) a „mazos“ (prs). Lékařské studie z konce 5. století př. Kr. zvané Vzduch, voda, prostor, říkají, že ňadro bylo odstraňování již v dětství. Důvodem bylo, aby všechna síla přešla do ramene a paže. Chybějící prs tvořil hrůznou nesouměrnost. Jeden prs byl zachován kvůli kojení potomků ženského pohlaví, druhé uříznuto, aby ulehčilo násilný čin proti mužům.

O tom, že prsa představovala atribut ženské krásy, ukazuje i mnoho příkladů z počátku našeho letopočtu a středověku, kdy byly ženy trestány za rozličná provinění zohavením prsů nebo jejich odříznutím. (Dražan a Měšťák, 2006, s. 13 - 14)

2 ANATOMIE PRSU

2.1 MLÉČNÁ ŽLÁZA

Prs patří mezi párové laločnaté orgány a během života ženy prochází rozmanitými změnami. (Abrahámová a kol., 2009, s. 15) Mléčná žláza je uložena na přední ploše hrudní stěny v tukovém polštáři a u dospělých žen kůže vystupuje, tvoří vyvýšeninu. Mléčná žláza se tvoří jak u žen, tak i u mužů. V dětství je tato žláza malá, u mužů ale nedochází k většímu vývoji ani v dalším stádiu růstu těla. (Dylevský, 1998, s. 304 – 305) Všechny dané změny jsou způsobeny díky hormonům, a to hlavně v období puberty, v šestinedělí, v období laktace a přechodu. V průběhu celého života prsy mění tvar, objem a hmotnost. Objem nekojícího prsa se z velké části skládá z tukové a fibrózní pojivové tkáně. (Abrahámová a kol., 2009, s. 15)

Plnohodnotně vyvinutý prs zasahuje od 3. k 6. žebru, ale vše závisí na velikosti prsů. (Dražan a Měšťák, 2006, s. 17) Mléčná žláza má 15 – 20 laloků. Ty jsou děleny do řad malých lalůčků, které jsou tvořeny žlázovými buňkami a spojují se do jednotných mlékovodů. Vrcholem prsu je prsní dvorec, který má hebkou, zpravidla tmavěji pigmentovanou kůži. Ve dvorci se nachází malé hrbolky obsahující mazové žlázky a v jeho podkoží snopečky kruhově seřazené hladké svaloviny. Prsní dvorec má ve středu prsní bradavku. Ta se skládá ze spirální upravené svaloviny. Při dotykové stimulaci tato svalovina svým stahem způsobuje napřimování bradavky a pomáhá vypuzovat mléko z mlékovodů. Naprosto funkce schopná a plně vyvinutá je mléčná žláza v konečné fázi těhotenství. (Dylevský, 1998, s. 304 – 305) Ňadro dělíme na 4 kvadranty a to horní, zevní, dolní zevní, horní vnitřní a dolní vnitřní. Mléčná žláza má hojné cévní – krevní zásobení, velmi důležité je ale také zásobení mízní – lymfatické. Proudění mízy mízními cévami je přerušováno mízními uzlinami sloužící jako filtr. Mezi uzliny prsu patří uzliny podpažní, mezižeberní, podklíčkové a mezisvalové, také uzliny nadklíčkové a mezižeberní – intramamární. (Abrahámová a kol., 2009, s. 15)

2.2 LYMFATICKÁ DRENÁŽ MLÉČNÉ ŽLÁZY

Ve formě bohaté kapilární sítě jsou tvořeny lymfatické cévy prsu a to v kůži kolem bradavky. Všechny kapiláry jsou napojeny na lymfatické cévy vlastní žlázy. Převážné množství lymfy, tj. asi 75 – 95 %, je odváděno do axilárních uzlin. V místě 3 mezižebří, mezi prsem a axilárními uzlinami, je uložena drobná skupina pektorálně ležících uzlin.

Tyto pektorálně uložené uzliny jsou většinou jako první postiženy metastázami, tzv. **sentinelová** (hlídací) uzlina. Většina metastáz se nachází v axilárních uzlinách, ale mohou se objevit také v uzlinách parasternálních a supraklavikulárních. (Naňka, Elišková a Eliška, 2009, s. 37 – 38)

2.3 TVORBA MLÉKA A LAKTACE

Produkce a vyprazdňování mléka začíná až krátký čas po porodu dítěte. Před početím z prsu odtéká pouze vodnatý sekret – mlezivo, kolostrum. Ve žlázových buňkách prsu se tvoří z glukosy a z aminokyselin, které jsou přiváděny pomocí krve matky, mléčný cukr a bílkoviny mléka. Z tuků krevní plazmy se vytváří mléčné tuky. Dále jsou do mateřského mléka z krve matky přiváděny vitamíny, minerály, hormony a soli. Pro bezchybnou výživu novorozence je důležité mít dostatečný reciproční poměr bílkovin, cukrů, tuků, vápníku a fosforu. Téměř všechny důležité látky a protilátky produkované organismem matky mléko obsahuje. Všechny látky jsou velmi potřebné proto, aby organismus rychle rostl. Kasein, tak se nazývá významná látka, bílkovina, která obsahuje všechny primární aminokyseliny. Tyto aminokyseliny patří mezi hlavní stavební materiál pro tvorbu a obnovu těla novorozence. Sacharidy a tuky jsou přijatelným zdrojem přísunu energie. Čeho je v mateřském mléce nedostatek, je železo. Dítě si však dostatek tohoto prvku nese ještě z období nitroděložního života. (Dylevský, 1998, s. 305 - 306)

V průběhu těhotenství probíhá hormonální děj, **laktace.** Pomocí hormonů vaječníků a placenty nabírá prs svůj objem rozrůstáním váčků a vývodů. Na zvětšování mléčné žlázy se podílí také hormony, jako je např. inzulín, hormony štítné žlázy, nadledvin a podvěsku mozkového. Jakmile matka porodí placentu, rázně klesne v její krvi poměr placentárních hormonů. Je pravděpodobně nastartován hormon prolaktin spouštějící zvýšené tvoření mateřského mléka. Velký význam má sání mléka dítětem. Drážděním ústy se mléko vyprázdní a tím způsobí další produkci hormonů nutných k vyvolání stahu hladké svaloviny mlékovodů a děložní stěny. Nejen, že je laktace proces zajišťující výživu dítěte, pokud matka dítě kojí, utužuje tím celkový jejich vztah a tvoří citovou harmonii. (Dylevský, 1998, s. 306)

V dnešní době je spousta matek ovlivňována médiemi, lákána na umělou výživu pro své miminka a neuvědomují si, o co sebe i dítě okrádají. Jeden z důvodů, proč odmítají své dítě kojit, bývá často domněnka, že po kojení nebudou mít pohledná prsa, tak jako předtím.

3 KARCINOM PRSU

3.1 CO JE BENIGNÍ A MALIGNÍ NÁDOR?

Světově uznávaný patolog a anatom, profesor Heřman Šikl, definuje nádor jako *" místní výstřelek tkáňového růstu nedostatečně regulovaný, tedy více méně autonomní, a vymykající se postulátu celovztažnosti (integrity) organismu."* Kdybychom tato slova přeložili do srozumitelnějšího jazyka, zněla by asi takto: náhle se jedna i více buněk přestane podřizovat potřebám organismu. Nekontrolovatelně se všechny tyto buňky začnou dělit a i všechny další, nové buňky, se začnou řídit zásadou, že jablko nespadne daleko od stromu. Za nějaký čas, ať krátký či delší, se vytvoří armáda buněk, neschopná být umístěná v jednom určeném ložisku v organismu. Nevejdou se, znamená to pro ně tlačení do okolní tkáně. Z této přeložené definice můžeme pochopit i rozdíl mezi benigním (nezhoubným) a maligním (zhoubným) nádorem.

Benigní (nezhoubný) nádor roste pomalu a způsobuje jen útlak okolních tkání. Je přesně ohraničený a okolo něj bývá pouzdro, ze kterého se při chirurgickém zákroku lehce vyloupne.

Maligní (zhoubný) nádor roste na rozdíl od benigního mnohem rychleji. Rychlost růstu je individuální. Buňky tohoto druhu nádoru vrůstají do mezírek buněk tkání okolo, ba i mohou vrůstat rovnou do nich. Maligní nádor nemá přesné ohraničení, prostupuje do cév, buňky se uvolňují, plují krevním řečištěm a na jiných vzdálených místech tvoří druhotná ložiska nádoru, metastázy. Jestliže buňky cestovaly z prvotního nádoru lymfatickými cestami, metastázy se vytvářejí v lymfatických uzlinách regionálních. Regionální uzliny patří mezi nejbližší spádové uzliny pro mízní zásobování. Např. regionální uzliny prsu jsou umístěny v podpaží. Mezi nejčastěji zasáhnuté orgány, do kterých se nádorové buňky dostaly krevní cestou, se řadí játra, kosti, plíce, málokdy ale mozek.

Metastáza může být ojedinělá nebo vícečetná v jednom orgánu. Mohou ale také napadnout postupně dva i více rozličných orgánů. Jestliže je napadeno více než dva orgány, jedná se o generalizaci. V dutinách organismu se mohou vyskytnout tzv. implantační metastázy projevující se šířením nádorové tkáně po vnějšku orgánů v daném prostoru. (Dostálová, 1993, s. 19)

Karcinom prsu patří mezi nejčastější zhoubný nádor žen a jen vzácně se může objevit i u mužů. V posledních letech přežívá více pacientek s tímto onemocněním díky časnéj-

ší diagnóze a díky novým léčebným možnostem. Převážná většina karcinomů prsu vzniká v horním zevním kvadrantu. (Kapesní průvodce anatomií prsu, 2009)

Je pochopitelné, že se u karcinomu prsu více vše točí kolem žen, dle mého názoru by se ale měli zřetelně více vyšetřovat i muži nebo se je pokusit zajímavou metodou motivovat k preventivnímu vyšetřování. Spousta žen samotných na samovyšetření prsu nedbá, je tedy o to složitější k tomuto činu motivovat i muže. Stále by ale stálo za uvážení nad vhodnou metodou motivace uvažovat.

3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY A PŘÍČINY VZNIKU

Pravá příčina vzniku rakoviny prsu nebyla doposud objasněna. I přes všechna intenzivní bádání nádorových onemocnění není nikdo schopen ani dnes říci, u kterých žen je obava z tohoto onemocnění adekvátní a jsou jím ohroženy, a které by se naopak onemocnění neměly obávat. (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 41) Mezi rizikové faktory, které mohou ovlivnit karcinom prsu, spadá delší výstava estrogenům. Odpovídá tomu brzký nástup menstruace a pozdní nástup menopauzy. Také opožděná první gravidita, krátká laktace a dlouhodobé užívání substituční léčby exogenními estrogeny. Celkově více ohroženy jsou ženy, které ještě nepočaly potomka. (Prausová, 2010)

Mezi faktory, které se mohou podílet na vzniku karcinomu prsu, se řadí např. faktory dietní. Spadá pod ně alkohol, vysoký příjem tuků, kouření, minimální fyzická aktivita, kterou většinou doprovází přibývání na váze. Dalším rizikovým faktorem je i užívání hormonální antikoncepce. Dle metaanalýzy 54 studií se karcinom vyskytoval pouze ale u žen, které užívaly antikoncepci s vysokými a středními dávkami estrogenů. Na vznik karcinomu prsu má i vliv zevního prostředí. Jedná se prioritně o ionizující záření před 40. rokem věku, pokud je prs ozařován kvůli předchozímu malignímu onemocnění. (Prausová, 2010) Špičkou poznání v problematice karcinomů prsu je genetické testování a určování nosiček mutace BRCA1 nebo BRCA2 genu. V rodinách, kde se tyto mutace předávají z generace na generaci, se vyskytuje výrazně často zhoubný nádor prsu u žen mladších 50 let. Lidé, kteří jsou nosiči těchto mutací, mají většinou sklony i k jiným nádorovým onemocněním. U žen jsou to např. nádory vaječníků a u mužů tlustého střeva. (Skovajsová, 2010, s. 35)

Někteří lidé si neumí představit život bez kouření a alkoholu. Je to určitá závislost, která přilne k jejich osobnosti a nelze s ní ve velké většině nic dělat. Je velmi smutné, že se tito lidé nadále velmi udivují, jaké onemocnění je třeba v další fázi života překvapí. Jejich mysl si mnohdy uvědomuje, jaké problémy jim závislost může způsobit, nehodlají s ní ale

nijak méně manipulovat. A co je hlavní, chybí jim myšlenka na jejich okolí, kterému svými negativními životními návykami škodí více než sobě samotným.

3.3 MOŽNOSTI PREVENCE

3.3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Je zaměřena na zdravé lidi a každý jednotlivec si ji musí uzpůsobit sám. Především se zabývá zlepšováním zdravotního stavu, tím se zvyšuje i celková kvalita života. Vedení ke zdravému životnímu stylu začíná výchovou v rodině. Ve velké většině dítě přejímá zvyky svých rodinných příslušníků, dále jistě také od svých vrstevníků, projevuje se zde i vliv školy a módních trendů. Primární prevence je důležitá prioritně v dětství a v období adolescence. Pokud je v tomto období zanedbávána, má velmi často negativní dopad na zdravý životní styl v dospělosti. Zdravý životní styl především znamená: nekouřit cigarety ani neužívat jiné drogy, velmi omezit konzumaci alkoholu, dodržovat vhodné stravovací návyky s dostatečným podílem ovoce a zeleniny, stravou bohatou na vlákninu, chudou na tuky a zvýšit příjem ryb. (Karešová, 2011, s. 13 - 15)

Dle mého názoru můžeme svůj životní styl samozřejmě z velké části ovlivnit. Pokud se ale pohybujeme ve společnosti, kde lidé své zdraví zanedbávají, přenáší to negativní vlny jak na jejich zdraví, tak i na naše, mám na mysli např. kouření. Pro mne, jako nekuřáka, může pasivní kouření znamenat vyšší riziko vzniku karcinomu, než pro kuřáka aktivního. V některých případech vdechování škodlivých látek zdaleka nemůžeme ovlivnit.

3.3.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Je časné rozpoznání prvních příznaků nádorového onemocnění a je zásadní pro prosperující léčbu. Častokrát strach z pozitivního nálezu, stud, podceňování prvních příznaků hraje hlavní roli v tom, že se lidé bojí jít k lékaři. Bohužel toto podceňování mnohdy vede k objevení nádorů až v pokročilém stádiu. U žen by mělo patřit mezi prioritní sekundární prevenci samovyšetření prsu a mamografický screening. (Karešová, 2011, s. 15)

3.3.2.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY SAMOVYŠETŘENÍ PRSU

Žena by měla vyšetření provádět pravidelně každý měsíc, ideálně 5. – 8. den od prvního dne menstruace. Ženy, které jsou již v menopauze, by si měly určit jeden den v měsíci, který si budou dobře pamatovat. Pro samovyšetření je potřebný klid. Žena musí být soustředěná jen na svůj prs, aby si jej pohmatem zkontrolovala co nejdůkladněji. Jako

první krok je prohlédnutí si obou prsů v zrcadle s rukama svěšenýma podél těla. Ruce se dále pomalu zdvihají směrem nahoru, nad hlavu. Druhou část samovyšetření by měla žena vykonávat vleže na zádech. Vyšetřovací místo je ohraničeno nahoře klíční kostí, zevně podpažní jamkou, uvnitř spojnicí hrudní kosti a žeber, dole linií podprsenky. Pokud jsou vyšetřena všechna tato místa, nesmí žena zapomenout ani na uzliny pod klíční kostí, v podpažní jamce a také při hrudní kosti. Tři prsty na jedné ruce krouživými pohyby postupně kontrolují všechna místa. Ruka pravá vyšetřuje levou stranu a naopak. Je dobré vždy na každém místě zakroužit prsty třikrát a přidat vždy mírný tlak. Pokud vyšetřujeme oblast podpaždí a zevního prsu je vhodné mít polohu vleže mírně na boku. Až se vyšetřující ruka dostane k bradavce, je dobré položit se zpět na záda. Při samovyšetření prsu se nesmí vynechat žádný kvadrant prsu. Je dobré postupovat od podpaždí dolů k rýze podprsenky a dále opět nahoru ke klíční kosti. (Skovajsová, 2010, s. 39 – 40)

Samovyšetření prsu bývá v mnoha brožurách a knihách popisováno různými způsoby. Myslím si ale, že je důležité, aby si každý žena našla svůj správný způsob samovyšetření, bude ho provádět pravidelně a bude moci usoudit, že sama o sebe dbá a sleduje se.

3.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Často je to lékař, kdo objeví benigní uzel (bulku) v prsu, a to při klinickém vyšetření prsů nebo mamografii. Žena samotná si útvar může nahmatat při samovyšetření prsů, o kterém jsme se již zmiňovali. Příznaky, které budou teď uvedeny, se mohou objevit jak u benigních, tak i u maligních nádorů prsu. Ženu může provázet **trvalá bolest** v některé oblasti prsu a ta se nemění ani v průběhu menstruačního cyklu. Dále může zaznamenat **uzel** nebo **zduření**, **citlivost na tlak** nebo **dotek**, **podráždění kůže**, **bolest bradavky** nebo i její **vtažení**, **zarudnutí** nebo **olupování kůže** prsu a bradavky a v neposlední řadě **vytékání sekretu** z bradavky, kdy se nejedná o mléko. (Kapesní průvodce anatomií prsu, 2009) Znalost těchto klinických příznaků nádoru prsu by měla patřit bezpochyby k přirozenému podvědomí a základním znalostem každého člověka. Nádor je vždy dobré bez nadsázky nalézt brzy, jeho příznaky se objevují až v pozdním stádiu. (Skovajsová, 2010, s. 23)

3.5 DIAGNOSTIKA - VYŠETŘOVACÍ METODY

1) ***Lékařská anamnéza a fyzikální vyšetření*** – Lékař pátrá po abnormalitách prsu v podobně bulky nebo uzlu. Všímá si jejich konzistence, velikosti a vztah ke kůži a svalu.

2) ***Vyšetření výtoku z bradavky*** – Jestliže z bradavky vytéká sekret, tato tekutina se lze odebrat k vyšetření. Ve většině případů je sekrece z nezhoubného původu. (Kapesní průvodce anatomií prsu, 2009)

3) Sonografie – Ultrasonografie často dokáže odhalit i mamograficky skryté karcinomy. Bývá většinou indikována jako doplňkové vyšetření po provedené mamografii. V případech, kdy je ultrasonografické vyšetření základní metodou (mladé ženy, těhotné a kojící), doplňujeme mamografii při nejednoznačném ultrasonografickém nálezu. Ultrazvuk není zdraví škodlivý, lze jej užívat libovolně často. (Daneš, 1996, s. 34)

4) ***Zobrazovací metody v mamologii*** – Analogová mamografie, digitální mamografie, sonografie mléčné žlázy, magnetická rezonance, duktografie, izotopová vyšetření mléčné žlázy a CT mamografie. (Abrahámová, Dušek a kol., 2003, s. 93 – 106)

5) ***Biopsie*** – je odběr vzorku k mikroskopickému vyšetření po lokálním znecitlivění pomocí jehly. Nejčastějšími metodami biopsie jsou: odběr buněk z bulky tenkou jehlou, odběr samořeznou jehlou (jehla se speciálním řezným okrajem), která vyjímá malý kousek tkáně a odstranění celého pochybného ložiska při chirurgické biopsii s malým množstvím okolní tkáně, nebo se z něj odebere pouze malý vzorek. (Kapesní průvodce anatomií prsu, 2009)

3.5.1.1 MAMOGRAFICKÝ SKRÍNING

Mamografie je rentgenologické vyšetření měkkým zářením probíhající ve dvou projekcích. Jejím cílem je vyhledat nehmatný patologický přechod nebo ukázat hmatnou odolnost, určit její objem a spojitost s okolními strukturami. Pomocí mamografie jsme schopni udělat i histopatologický odběr tkáně. (Prausová, 2010) Cílovou skupinou pro vyšetření jsou ženy od dovršených 45 let. Mamografie je plně hrazena pojišťovnou jednou za dva roky. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 873)

Je mnoho žen, které nechtějí podstoupit mamografii z obavy bolestivého stlačení prsu. Je třeba si otevřeně říci, že mamografie patří v některých případech mezi výkony méně příjemné, hlavně u žen, které mají celoživotně citlivější prsy. Bolest se ale může velmi zmírnit, pokud dojde ke správné komunikaci mezi pacientkou a radiologickou asistentkou. Stačí ji dopředu upozornit na daný problém, plánovat vyšetření v období po menstruaci, kdy je žláza v největším hormonálním klidu. (Skovajsová, 2010, s. 19 – 20)

4 TERAPIE KARCINOMU PRSU

4.1 CHIRURGICKÁ

Odstranění jako operační zákrok zůstává a je pravděpodobně i nastálo základní metodou léčby zhoubných nádorů prsu. Důležitost chirurgické léčby dokonce stále roste s častějším záchytem malých, a dokonce i naprosto nehmatných nádorů v mamografickém skríningu. (Žaloudník, Zdravotnické noviny, s. 9) Metoda odstranění nádoru pomocí chirurgické terapie je prováděna od 19. století. Operace byla zpočátku velmi radikální, kdy se jednalo hlavně o zasažení do svaloviny hrudní stěny, a byla doplněna o exenteraci axily. Pro nemocnou znamenal zákrok četné funkční důsledky. Prostá mastektomie je indikována jako sanační výkon při lokálně pokročilých nálezech, a hlavně tam, kde je riziko krvácení nádoru. (Prausová, 2010)

Tímto zákrokem se získává třeba i jen vzorek nádorové tkáně, ten se mikroskopicky vyšetří a diagnostikuje se zhoubný nádor a druh karcinomu. (Zámečník, 2002, s. 23) I přesto, že byla zavedena spousta nových druhů cytostatik, staly se velké pokroky v radioterapii a v biologické léčbě, hlavní léčebnou metodou neustále zůstává právě chirurgická léčba. Tento druh léčby může být vzácně metodou kurativní u pokročilých stádií, z většiny případů zlepšuje staging onemocnění, kvalitu života, prodlužuje dobu bez onemocnění, progrese a celkového přítěží. Neodmyslitelnou součástí některých rozsáhlých operací jsou i výkony plastické a rekonstrukční. Všechny základní chirurgické výkony byly popsány již před několika desítkami let, přesto se chirurgie podrobuje velkému vývoji a za hlavní trend se považuje individuální přístup ke každé pacientce. Spadá do něj individuální optimální stanovení rozsahu a radikality operačního výkonu na podkladě zhodnocené řady prognostických parametrů. (Cibula, Petruželka, 2009, s. 151) Každá žena je vyšetřena s určením stupně pokročilosti onemocnění a její léčba je indikována dle rozhodnutí mamární komise a přijatých standardů léčby. Chirurgická léčba je doporučena u stádia karcinomu I, IIA, IIB. U většího karcinomu je postup odlišný. (Heroková, 2008, s. 1)

4.1.1 KONZERVATIVNÍ VÝKONY ŠETŘÍCÍ PRS

Nádor by měl být resekován s bezpečným okrajem okolní tkáně (ideálně 10mm). O resekčních okrajích se stále často píše v odborných diskuzích a všeobecné pravidlo není určeno, je nutno brát ohled na individuální rizikové faktory. Při hodnocení lemu zdravé tkáně velmi záleží na přezkoumání vzorku a jeho odečtení patologem. U prs záchovných

operací se provádí vyšetření mikroskopických okrajů zmrzlým řezem během operace. Peroperačně se do lůžka tumoru aplikují titanové klipy, které zlehčují zaměření následné radioterapie. Tyto operace musí být v každém případě vždy doplněny biopsií sentinelové uzliny nebo direkcí axily. Po těchto operacích se pokaždé provádí radioterapie prsu. Mezi prs záchovné operace patří parciální resekce, lupektomie, segmentální resekce, tumorektomie a větším zákrokem je kvadratektomie. (Heroková, 2008, s. 1)

Kontraindikace k těmto typům operací dělíme na **absolutní** – gravidita, předchozí ozáření prsu nebo hrudníku, zánětlivý karcinom, pozitivní resekční okraje po opakovaném chirurgickém zákroku, žádná odpověď na chemoterapii. (Heroková, 2008, s. 1)

Relativní kontraindikace jsou multicentricita nebo multifokalita nádoru, kolagenózy a revmatická onemocnění, nepoměr mezi velikostí tumoru a prsu, rozsáhlé mikrokalcifikace maligního charakteru. (Heroková, 2008, s. 1)

4.1.2 ABLATIVNÍ OPERAČNÍ VÝKONY

Nejčastěji používaná **modifikovaná radikální mastektomie** – sec. Madden. Prostá mastektomie znamená odstranění prsní žlázy včetně cirkumaleolárního komplexu, bez operace v axile. (Heroková, 2008, s. 3) Na rozdíl od totální mastektomie se při tomto zákroku zachovávají prsní svaly. Modifikovaná radikální mastektomie v současnosti nahradila mastektomii totální a je jednou z nejčastějších operací karcinomu prsu v dnešní době. (Kapesní průvodce anatomií prsu, 2009)

Subkutální mastektomie - odstranění celé prsní žlázy s ponecháním kožního krytu a cirkumaleolárního komplexu. Tato operace může být provedena současně s vložením implantátu. Je indikována u duktálního karcinomu in situ a profylakticky u nosiček genu BRCA1, nebo BRCA2. (Heroková, 2008, s. 3)

Sanační mastektomie - používá se u lokálně pokročilých tumorů, vzniklý defekt je potřeba rekonstruovat různými druhy plastiky, jako jsou kožní a muskulokuttání laloky. (Heroková, 2008, s. 3)

4.1.3 VÝKONY V PODPAŽÍ PRO KARCINOM PRSU

Sentinelová biopsie je velmi šetrná operace v podpaží u časných stádií karcinomu prsu. Indikace odběru sentinelové uzliny je možná při klinicky i ultrazvukově potvrzeném negativním nálezu v axile (T1, T2, do 3 cm velikosti nádoru). Sentinelová uzlina je první spádovou uzlinou v lymfatickém povodí nádoru. Odběr sentinelové uzliny, vychází z teo-

rie, že pokud tato první spádová je bez přítomnosti nádorových buněk, pak i zbývající uzliny nejsou nádorem postiženy. (Heroková, 2008, s. 2) K identifikace sentinelové uzliiny se používájí 3 metody: **První metodou** je označení uzliny nebo i více uzlin aplikací radiofarmaka do blízkosti nádoru na oddělení nukleární medicíny a to v den operace nebo jeden den před operací. Tato používaná látka se nazývá Tc 99 nanokoloid a je vychytávána sentinelovou uzlinou, zobrazena lymfoscintigraficky. **Druhou metodou** je vpravování speciálního modrého barviva do okolí nádoru, a provádí se masáž prsu. Použití barviva zvyšuje zvyšuje úspěšnost identifikace sentinelové uzliny a preparací v podpažní jamce vyhledáváme modře zbarvenou sentinelovou uzlinu. Mezi **třetí metodu** spadá peroperační pomáhání si pomocí detektorem gama záření, který zachycuje vyšší intenzitu radioaktivity v sentinelové uzlině. Po odtranění těchto uzlin dochází k poklesu radiace v axile méně než 10 % radiace sentinelové uzliny. Uzlinu peroperačně hodnotí patolog zmrzlým řezem a cytologickými nátěry. Pokud dojde ke zjištění maligního postižení uzliny je nutno doplnit kompletní disekci axily. Kombinací všech tří metod detekce sentinelové uzliny se dosahuje 95 % senzitivity. (Heroková, 2008 , s. 2)

Axilární disekce je standartním chirurgickým operačním výkonem v oblasti axily. Znázonuje odnětí tukové lymfatické tkáně axily s uzlinami I. a II. etáže. Odběr III. etáže se neprovádí, jelikož zvyšuje riziko lymfedému končetiny. Ženy s masivním postižením lymfatických uzlin v axile jsou předoperačně léčeny neadjuvantní chemoterapií. Tato operace je doprovázená četnými - 28 - pooperačními komplikacemi, a proto se nyní více používá metoda sentinelové biopsie. Při operaci je nutné vyšetřit nejméně deset uzlin. Preparace musí být šetrná, s ponecháním nervových a cévních svazků. Komplikací tohoto výkonu je nebezpečí vzniku lymfedému končetiny a přilehlé části hrudní stěny, často se rovněž vyskytují bolesti a poruchy citlivosti na mediální straně paže. (Heroková, 2008 , s. 2)

4.1.4 VEDLEJŠÍ ÚČINKY PO CHIRURGICKÉ LÉČBĚ

Po záchovných operacích typu segmentektomie a kvadrantektomie většinou nebývají zvláštní potíže. Někdy může vzniknout hematom nebo serom, který si vyžádá odlehčovací punkci nevstřebatelné tekutiny provádějící chirurgem. Obvykle dojde poté ke zhojení. Amputace prsu s odstraněním podpažních uzlin může znamenat zásah do funkce horní končetiny. Po zhojení rány je důležité co nejdříve zahájit rehabilitaci, za cílem navrátit horní končetinu k normální pohyblivosti v ramenním kloubu a ke snížení a vymizení pocitů ztuhlosti a tahu v okolí jizvy. Cvičení je nutno provádět mírně několikrát přes den, v nejlepším případě před zrcadlem, aby žena mohla srovnat pohyblivost obou dvou horních

končetin. Pokud se při cvičení objeví bolest, neměla by se překonávat a je lepší se cvičením přestat a pokračovat v té době, až bolestivé pocity odezní. Mezi nejvhodnější cvičení patří například plavání, ale každé ženě její lékař může doporučit individuální styl rehabilitace. (Abrahámová a kol., 2009, s. 97 – 98)

4.1.4.1 BOLESTIVÝ POSTMASTEKTOMICKÝ SYNDROM

4 – 10 % žen trpí operaci prsu bolestivým syndromem. Syndrom se může objevit ihned po operaci nebo i po několika dnech, týdnech, měsících. Bolest má charakter stahování, pálení a to hlavně v krajině hrudní stěny a v oblasti jizvy. Dále v podpaží a v zadní části paže. Ženy většinou udávají, že pocity jsou charakteristické pro „mrtvění“ nebo pocity „cizí tkáně“ v oblasti jizvy. Může se vyskytnout také syndrom zmrzlého ramene na operované straně, z důvodu častého podvědomého šetření ruky po operaci. Ženy ruku drží většinou v ohnutém postavení a přitaženou k hrudníku. Způsobovat bolest může i radiační fibróza pojivové tkáně pažního pletence a druhotně poškození nervových – cévních svazků. Tato problematika je spojena s otokem paže, neboli lymfedémem, projevující se během šesti měsíců nebo i řady let. Zabránit bolestivému postmastektomickému syndromu se dá časným zahájením rehabilitace, masáží jizvy a zavedením vhodného sportu. (Abrahámová a kol., 2009, s. 98)

4.1.4.2 LYMFEDÉM

Lymfedém, neboli vysokoproteinový otok, vzniká při poruše transportu lymfy v lymfatickém systému. Lymfa se dále hromadí v podkoží, je to bezbarvá, čirá tekutina, vznikající z tkáňového moku. Dle charakteru dělíme lymfedémy na **primární** a **sekundární**, kdy primární vzniká na základě chybného vrozeného vývoje lymfatického systému a sekundární jako následek po předchozím zánětu, chirurgickém výkonu, poranění tkáně, při nádorovém bujení nebo po ozáření. Postiženy bývají nejčastěji horní a dolní končetiny, vzácně se mohou otoky vyskytnout i na jiné části těla. Sekundární lymfatické otoky po operaci prsu se vyskytují u 5 – 35 % žen. Velmi záleží na tom, jestli byly při operaci odstraněny lymfatické uzliny z podpaží a jestli bylo po zákroku provedeno ozáření. V poslední době se v moderní chirurgii rozšířily trendy, kdy se při operaci odborníci snaží zachovat celý prs. Nutné ale nadále je, aby se po operaci zahájilo ozařování zbývající tkáně prsu. Otoky se mohou pak objevovat v místě ozářeného prsu a hrudní stěny i bez otoku horní končetiny. Lymfedém horní končetiny u žen nejčastěji shledáváme až po 1,5 roku po operaci prsu. Vždy je nutné po zákroku časté kontrolování a přešetření pacientky lékařem, aby nedošlo

k recidivě nádorového onemocnění. Mezi časté komplikace patří i erysipel, neboli růže, kdy je nezbytná řádná léčba tohoto onemocnění před indikací léčby otoku. Důležité je i zaléčení trůzných meziprsních kožních onemocnění a poranění kůže. (Barkmanová a Jelínková, s. 2 - 3)

4.1.5 REKONSTRUKCE PRSU

Po mastektomii je možné se rozhodnout pro rekonstrukci prsu. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 882) Cílem rekonstrukce je znovuobnovení a zcelení hrudníku, odstranit deformace způsobené resekčním zákrokem. Jedná se o snahu obnovení symetrie hrudníku a tvaru obou dvou prsů, celkově vzato jde o rekonstrukci povrchu – kůže prsu a jeho objemu. Ženy, které chtějí podstoupit rekonstrukci se dělí na dvě skupiny. Na ty, které potřebují rekonstruovat jen chybějící objem a použije se u nich implantát a ty, které potřebují zrekonstruovat jak kůži, tak i objem. U těchto žen se může použít lalok nebo lalok s implantátem. (Dražan, Měšťák, 2006, s. 47)

Rekonstrukci je možné provést v různých alternativách. Může se jednat o **transpozici myokuttáního laloku** z přímého břišního svalu nebo širokého svalu zádového. Dále je možné umístit pod velký pektorální sval **syntetický implantát.** (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 882) Implantáty jsou výhodné hlavně u menších pevných ňader s minimální ptózou a u žen s mastektomiií obou ňader. Jejich nevýhodou může být tvorba vaziva kolem implantátu, může dojít i k jeho svraštění a také změně tvaru, velikosti a polohy prsu. (Dražan, Měšťák, 2006, s. 47 - 48)

Rekonstrukce prsu nemá vliv na výsledky léčby a ani možnost časných recidiv onemocnění. V některých zemích světa je rekonstrukce prováděna rutinně, kdežto v ČR většinou onkologové výkon povolují až nejdříve po jednom roce, nejčastěji po dvou letech od dosažení remise. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 882 - 883)

4.2 RADIOTERAPIE

Aneb léčba ionizujícím zářením patří mezi další účinné formy léčby. V léčbě rakoviny zaujímá širší doménu jak chirurgie. Na rozdíl od chirurgické léčby zůstává pacientovi při radioterapii zachovaný celý orgán s víceméně zachovalou funkcí. Radioterapie je primární volbou před chirurgickou léčbou, ale často se s ní také kombinuje. Za účelem zmenšení nádoru a dočasné devitalizace buněk se prování předoperační ozařování. (Zámečník, 2002, s. 23) Radioterapie se zařazuje jako předoperační, pooperační a paliativní léčba (oza-

řování metastáz, např. do kostí). (Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 238) Jako pooperační se používá po chirurgickém výkonu, např. při karcinomu prsu, kdy se odstraní jen úsek ňadra s nádorem. Radioterapie slouží i jako postoperativní léčba k likvidaci nádorových buněk zůstávající v místě po operaci, v regionálních uzlinách, v okolí nádorového ložiska nebo při nedokonalém odejmutí zhoubného nádoru. (Zámečník, 2002, s. 23)

Snahou radiační léčby je vpravit do daného ložiska letální nádorovou dávku (Letal Tumor Dose – LTD) během specifického času. Radiace počítá s rozdílem radiosenzitivity mezi tkání normální, zdravou a tkání nádorovou. Poměr těchto tkání je vyjádřen terapeutickým indexem, který udává snadnost, s jakou je možné do ložiska nádoru aplikovat LTD a to bez porušení okolní zdravé tkáně. Pokud je do nádoru opravdu vpravena dávka LTD, jedná se o léčbu radikální a může vzniknout kurativní výsledek. Bohužel se mohou objevit vzdálená nádorová ložiska, která představují další řadu problémů, a která radiace nemůže postihnout. Záření, které se u radioterapie používá, je energetické a mezi nejobvyklejší patří **teleterapie**, což je záření zevní (z dálky). (Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 237 - 238)

U teleterapie neboli zevní radiace je preferována iridiace pomocí lineárního urychlovače. Používá se zde technika dvou polí, která minimalizuje dávku radiace v kritických orgánech, jako jsou např. plíce. Pokud je iridiace u prsa, užívají se dvě protilehlé tangenciální pole, pro ozáření lymfatik nejčastěji dvou konvergentních polí. Tato terapie se lze použít i pro aplikace boostuna lůžko tumoru. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 883)

Pak existuje záření **brachyterapie**, což je záření vnitřní (z blízka). Používá se nejčastěji k intersticiální aplikaci iridiových drátků dosažení „boost“ efektu. Tento efekt znamená dosycení dávky ve vlastním ložisku a stejně efektivním se v dnešní době stává i záření pomocí rychlých elektronů, kde jde na operačních sálech o ozáření těmito elektrony přímo peroperačně.

Karcinom prsu nespadá k zřetelným radiosenzitivním nádorům, a proto je pochopitelné, že z toho plyne i limitace radiační léčby. Přes to všechno má ale radioterapie neustále v komplexní léčbě karcinomu prsu své trvalé místo.

Cíle radioterapie:

1. *Zmenšit riziko vzniku lokoregionálních recidiv.*
2. *Podílet se na snížení primárního nádoru a vytvořit podmínky pro využití dalších léčebných možností.*

3. *Ulevit obtížím nemocné, které vyplývají z přítomnosti metastáz.*

(Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 237 - 238)

4.2.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY RADIOTERAPIE

Jak již bylo výše zmíněno, radiace působí na tkáně nádorové, ale i zdravé a to v celkovém ozařovaném rozsahu. Pokud se ozařuje prs, je zasažena kůže, podkožní svalstvo, případně sternum a jiné partie hrudníku. Při plánování radioterapie je potřeba, aby kužel paprsků cílil pouze na dané místo a ne na okolní rizikové orgány (plíce, srdce) nebo v co nejmenší míře. (Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 240) Vedlejší účinky po radioterapii se dělí na **časné** a **pozdní. Časné** se dělí ještě na celkové a místní. **Celkové vedlejší účinky** se objevují v tom případě, pokud je ozářen celý objem tkáně. Nejčastějšími příznaky jsou náznaky připomínající chřipku, únava, malátnost, bolesti hlavy a někdy také nevolnost a zvracení. (Cibula a Petruželka, 2009, s. 214)

Časné vedlejší účinky nastávají během radioterapie a odezní pár týdnů po skončení léčby. Nejčastěji se časný vedlejší účinek projevuje zarudnutou ozařovanou kůží. K tomuto dochází většinou koncem třetího týdne ozařovací série a při dalších sériích se bohužel ještě zhoršuje. Vždy záleží na typu kůže, kdy může mít ozáření různé stupně. Lidé, kteří se rádi vystavují slunečním paprskům, a také je dobře snášejí, tolerují ozařování velmi dobře. Tento projev je nejčastěji v místě kožních řas a záhybů, pokožka se může odloučit a mokvat. Pozornost by se měla zvýšit u pacientek s ozařováním levého prsu, které byly před radioterapií léčeny chemoterapií. Mohlo by dojít k podráždění perikardu srdce, díky kombinovanému vlivu cytostatik a záření na srdce. Podráždění se projevuje bolestí na hrudi, celkovou únavou a dušností. Výskyt tohoto vedlejšího účinku je ale vzácný. (Abrahámová a kol., 2009, s. 116)

Pozdní vedlejší účinky shledávají ženy až po řádě měsíců po ukončení radioterapie. Nastávají pouze v místech, která byla ozařována. Pozdní efekty zahrnují změnu zabarvení kůže a ztuhnutí podkožní tkáně. Prs má na pohmat tužší strukturu a kůže ozářeného prsu bývá tmavšího zabarvení, než – li kůže zbytku těla. Tužší struktury ukazují na změnu v podkožním vazivu, kterým nelze při ozařování předcházet, ale neznamenají pro ženu žádné velké riziko. Při radioterapii lymfatických uzlin v podpaží a nadklíčku může dojít k lymfedému horní končetiny. V dnešní době se operační výkony i radioterapie zdokonalily natolik, že se riziko lymfedémů velmi zmenšuje. Výjímečně se dnes setkáváme také

s poškozením plic a srdce po ozařování. Odborníci jsou schopni při výkonu orgány odstínit natolik, že jsou vystaveny minimální dávce záření. (Abrahámová a kol., 2009, s. 117)

4.2.2 LÉČBA VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ RADIOTERAPIE

Časté zarudnutí kůže, svědění a pálení se nejlépe ošetřuje neparfémovanými mastmi s obsahem kalcia a panthenolu. Tyto látky mají regenerační schopnost, kdy usnadňují regeneraci a hojení narušených buněk kůže. Velmi efektní je také měsíčková mast nebo i běžné, nesolené vepřové sádlo. Zásadní je, aby byla kůže mastná a přitom nedrážděná barvivy či parfémy. Nanášení mastí se musí přerušit v tom případě, když začne kůže mokvat a kožní kryt se naruší. Na mokvající ránu má nejlepší účinky samotný vzduch a postižené místo by mělo být jemu přístupné. Při mokvající ráně je vhodné přestat nosit podprsenku a nosit volné pohodlné oblečení. Kůže se může ošetřovat léčebnými prostředky, které ji vysušují a dezinfikují nebo jen krýt sterilními obvazy a častěji sprchovat vlažnou vodou. (Abrahámová a kol., 2009, s. 118)

4.3 CHEMOTERAPIE

Tímto pojmem rozumíme podávání velmi účinných, celosvětově užívaných léčiv k pozitivnímu ovlivnění relevantních, zejména onkologických onemocnění. Jde o tzv. protinádorovou chemoterapii **cytostatiky**. (Svoboda a Filip, 2004, s. 6) V 50. - 60. letech 20. století se potvrdila možnost léčit chemoterapií zhoubné nádory a hematologické malignity (leukémie a lymfomy). (Zámečník, 2002, s. 35) Chemoterapie ničí nádorové buňky takovým způsobem, že zastaví jejich množení zákrokem v jedné nebo více fázích v průběhu jejich buněčného vývojového cyklu. Tato forma terapie neničí pouze nádorové buňky, zasahuje bohužel i buňky normálních tkání a tím mohou vzniknout jisté nežádoucí účinky. (Svoboda a Filip, 2004, s. 6 - 7) Chemoterapii dělíme na adjuvantní, neadjuvantní a paliativní. **Adjuvantní** chemoterapií rozumíme léčbu zbytkové choroby a bývá indikována po předchozí operaci a u nemocných s nepříznivými prognostickými faktory. **Neadjuvantní** chemoterapie je indikována nemocným s lokálně pokročilým onemocněním. Ne nemocnému s neoperabilním záměrem zmenšit místní nádor, umožnit eventuálně záchovný operační zákrok. Cílem **paliativní** chemoterapie je hlavně zachování dobré kvality života u generalizovaného onemocnění pronikajícího do dalších orgánů. (Interní Med., 2010) Při systémové léčbě se aplikuje i chemoterapie lokoregionální, zaměřující se prioritně na nádor a jeho úzce spjaté okolí. Při této formě chemoterapie se cytostatika aplikují do zásobující tepny. Tím se dosáhne velké koncentrace léků při relativně nízké celkové dávce. (Karešo-

vá, 2011, s. 23) Mezi nejčastější cytostatika, která se podávají v adjuvanci, neadjuvanci a paliaci v kombinacích patří cyklofosfamid, metotrexát, 5 – fluorouracil, doxorubicin, vinorelbin, paklitaxel, docetaxel, gemcitabin atd. (Abrahámová, Povýšil, Horák, a kol., 2000, s. 225 – 264) Cytostatika se podávají nejčastěji ve formě nitrožilních injekcí, infúzí, také tablet a krémů v pravidelných intervalech zpravidla po 7, 21 nebo 28 dnech (cyklus). (Karešová, 2011, s. 23)

4.3.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE

Chemoterapie výrazně zasahuje do dělení buněk, snižuje se jejich počet. Jde hlavně o krvinky, vznikající v kostní dřeni, buňky zažívacího traktu, pohlavní orgány a vlasové cibulky. Tento typ léčby může ovlivnit také buňky v ledvinách, srdci, močovém měchýři, nervovém a plicním systému. Nejčastějšími vedlejšími účinky chemoterapie je celková únava, nevolnost, zvracení, průjem, řídnutí až ztráta vlasů. Může se objevit také sklon ke krvácivosti, k infekcím nebo chudokrevnosti díky změnám krvetvorby. O vedlejších účincích a jejich intenzitě vždy rozhodne výběr cytostatických léčiv. Efekty léčby se tedy mohou velmi lišit a obavy kolující mezi pacienty nemusí být vždy na svém místě. Největší obavou z chemoterapie bývá ztráta vlasů. Důležité ale je, že po skončení této léčby většinou vlasy znovu narostou, mohou mít pouze jiný odstín, tvrdost, či tvar. Méně často pak dochází k takovým změnám s ochlupením na těle. (Svoboda a Filip, 2004, s. 10 - 13)

V posledních dnech vychází spousta článků o velkém zmírnění vedlejších účinků chemoterapeutické léčby. Lidé si doposud mysleli, že pokud je při chemoterapii provází návaly na zvracení, nevolnost atd., jedná se tak o účinnou léčbu. Není tomu ale tak, v případě velkých problémů léčba není hodnocena jako kvalitní. Lékaři se snaží o to, aby byla chemoterapie aplikována a pacient mohl nadále žít jako člověk.

Časné vedlejší účinky s poškozením konkrétního orgánu se dostavují ve dnech až týdnech po aplikaci látky. Příčinou poškození ledvin může být např. léčba **cisplatinou**, ta může způsobit poškození sluchu. Při léčbě tímto lékem jsou zasaženy speciální buňky ve vnitřním uchu, hlavně při nasazení vyšších dávek a častém podávání. Jestliže pacientka zpozoruje změnu sluchu, je nutné informovat o problému lékaře a lék se následně vysadí. Při poškození ledvin tímto lékem dochází k nežádoucím vlivům na ledvinných kanálcích. Funkce ledvin se snižuje a může dojít až k úplné zástavě tvorbě moči. Prevencí je dostatečné podávání tekutin a léků podporujících tvorbu moči. Jestliže by i přesto došlo k nežádoucím účinkům, je nutná léčba pomocí umělé ledviny k vyloučení toxicky působí-

cího léku a jiných metabolických zplodin organizmu. **Oddálené** vedlejší účinky mohou být způsobeny léky **antracykliny** – doxorubicin a epirubicin. Tato cytostatika mohou způsobit poškození srdce, kdy mají negativní vliv na srdeční svalovinu. Poškození se projeví akutní změnou srdečního rytmu nebo zánětlivými změnami srdce. **Neurotoxicita** je dalším oddáleným účinkem, kde dochází k postižení centrálního nervového systému. Projevuje se poruchami vědomí, zmateností, závratěmi, poruchou hybnosti, křečemi či třesem. Často se také objevuje neuropatie. Jedná se o poruchu periferních nervů, která způsobí poruchu citu v konečcích prstů a třes. Objevit se mohou také bolesti svalů a kloubů. Z cytostatik používaných u karcinomu prsu, které ovlivňují periferní nervy, patří paklitaxel, kapecitabin a cisplatina. Při těchto potížích se doporučuje snížení dávky cytostatik nebo jejich úplné vysazení. (Abrahámová a kol., 2009, s. 110 - 111)

4.4 HORMONÁLNÍ TERAPIE

Je metodou terapie, která je aplikována v adjuvanci, neadjuvanci i paliaci a základním předpokladem indikace je přítomnost hormonálních receptorů v nádorových buňkách. (Interní Med., 2010) Hormonální terapii lze rozdělit dle mechanismu působení. Dělíme ji na **ablační, aditivní, inhibiční** a **kompetivní**. (Cibula, Petruželka, 2009, s. 191)

Ablační léčba neboli terapie, která spočívá v odstranění pohlavních žláz, je nejstarší hormonální léčbou u pacientek s karcinomem prsu. Prvotní metodou je chirurgická kastrace a později metoda radiokastrace s malou dávkou záření, obě jsou definitivní. Mezi nejnovější způsob patří chemická kastrace pomocí podávání analogů hormonů LHRH (luteinizing hormone-releasing hormone, neboli luteizační hormon uvolňující hormon), kde je možnost návratu. (Petráková, 2012) **Aditivní** metoda se zakládá na aplikaci steroidních hormonů ve vyšších dávkách. Tím dojde k blokaci vazby endogenních hormonů na hormonální receptory a lze použít estrogeny, gestageny a androgeny. U **inhibiční** léčby jde o blokování syntézy hormonů nebo metabolických produktů hormonů. Patří sem nejčastěji inhibitory aromatázy a inhibice lze docílit i aplikací analogů gonadoliberinů. **Komperativní** metoda hormonální léčby se zabývá vytěsněním přirozeného hormonu z vazby na receptor. Řadí se zde selektivní modulární estrogenové receptory a mezi nejčastější přípravky patří tamoxifen. (Cibula, Petruželka, 2009, s. 191) Hormonální léčba působí na nádorové onemocnění již několika způsoby:

1. Mechanismem blokády estrogenních receptorů je spojena estrogeny kontrolovaná růstová stimulace.

2. Cytostatické a cytocidní působení hormonálních přípravků přímo na nádorové buňky nebo pomocí růstových faktorů.

3. Jakmile se léčba zahájí, může dojít k objevení a prohloubení nádorových příznaků a to ve 3 – 9 %. Projevuje se zvýšením nádorových markerů, alkalické fosfatázy a hyperkalcemií. Vyvolán může být estrogeny, tamoxifenem, androgeny a gestageny, nebyl pozorován u zahájení léčby s inhibitory aromatáz. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2010, s. 890)

4.4.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY

Ženské pohlavní hormony, estrogeny, jsou hlavním růstovým faktorem nádorových buněk. Jestliže se odstraní vliv růstových faktorů, zablokuje se i růst nádorových buněk. Vedlejší účinky hormonální terapie jsou ve srovnání s cytostatickou léčbou méně obtěžující. Může způsobit spíše jen projevy nepříjemných komplikací, které jsou ale rozhodně snáze tolerovány než u chemoterapie. (Abrahámová a kol., 2009, s. 112)

4.4.1.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY ABLATIVNÍ LÉČBY

Tato terapie si zakládá na odstranění pohlavních žláz. (Abrahámová a kol., 2009, s. 112) Provádí se tzv. blokáda vaječníkové činnosti - operační kastrace, radiační i medikamentózní u žen před klimakteriem. Následkem toho je umělý přechod. Ženy si často stěžují na zvýšené noční pocení, podrážděnost, návaly horka a suchost sliznice zevního pohlavního ústrojí. (Abrahámova, 2000, s. 34) Kastrace se provádí chirurgicky vyjmutím vaječníků nebo pomocí radioterapie, kdy se vaječníky ozařují přes povrch těla, ale také pomocí léků, které sníží jejich funkci. Díky umělému přechodu u žen přestane pravidelné měsíční krvácení a může docházet i k depresím nebo ke ztrátě sexuálního apetitu. Tento stav jistě není příjemný, ale musíme se zamyslet nad tím, že může jít o výhru nad nemocí. (Abrahámová a kol., 2009, s. 112)

4.4.1.2 VEDLEJŠÍ ÚČINKY ANTIESTROGENNÍ LÉČBY

Tato léčba blokuje estrogeny – receptory pro ženské pohlavní hormony. Používá se lék **tamoxifen**, který patří mezi nejčastější hormonální antiestrogenní preparát u žen s karcinomem prsu. Používá se buď samostatně, nebo kombinovaně nebo u žen před menopauzou v kombinaci s kastrací. Jestliže ženy užívají tamoxifen samostatně a jejich vaječníky mají ještě zachovanou funkci, mají stejné potíže, jako ženy po menopauze, ale ne s takovou velkou intenzitou. U tamoxifenu se mohou objevit i potíže s nadbytkem hormonů, kr-

vácení ze sliznice dělohy, záněty žil a zároveň tvorba trombů. Je třeba při této léčbě kontrolovat cévní systém a sledovat sliznici dělohy. (Abrahámová a kol., 2009, s. 113)

4.4.1.3 VEDLEJŠÍ ÚČINKY INHIBIČNÍ LÉČBY

U inhibiční léčby jde o blokování přeměny hormonů nadledvin na ženské pohlavní hormony a to v období počátku menopauzy pomocí inhibitorů aromatáz. I po ukončení menstruační aktivity si žena tvoří pohlavní hormony z hormonů nadledvin. Proces vzniká v tukové tkáni pomocí aromatáz, což jsou speciální enzymy. Aby k tvoření nedošlo, je možnost tyto enzymy blokovat inhibitory. Tato terapie je provázena stejnými příznaky jako u nástupu menopauzy. (Abrahámová a kol., 2009, s. 113)

4.5 BIOLOGICKÁ TERAPIE

Klinické využití bioloregulační léčby bylo zahájeno v 70. letech minulého století. Cílená onkologická léčba byla ve své podstatě zahájena po objevení hormonálních receptorů a cíleného klinického využití tamoxifenu. (Cibula a Petruželka, 2009, s. 195)

V této formě léčby se jedná o různé léčebné metody, které jsou velmi tence propojeny s molekulární biologií. Biologická terapie nemá nic společného s alternativní medicínou nebo se šarlatánstvím, ale základ má na nekompromisně přísných vědeckých základech. Jedná se zejména o imunoterapii patřící mezi základní metodu léčby zhoubných nádorů, které působí přes přirozené obranné mechanismy lidského těla. Imunoterapie je pouze částí biologické léčby, ta samotná se již dnes považuje za čtvrtý významný postup léčení karcinomu. (Zámečník, 2002, s. 24) U biologické terapie se podávají léky zaměřující se na bílkoviny, které jsou zapojeny do buněčných signálních tratí. Tato blokáda signálů může cíleně zastavit růst nádoru, navodit buněčnou smrt nádorových buněk. Tomuto procesu se říká apoptóza. Další biologické léky způsobují zánik nádorových buněk nepřímou aktivizací imunitního systému. Aby byla biologická terapie účinná, potřebuje se najít vhodný cíl, který hraje hlavní roli v růstu a dělení nádorových buněk. Cílená biologická terapie se jako jediná ze všech léčebných metod řadí mezi metody terapie nejvíce „ušité na míru“. Biologická terapie zahrnuje molekulární léky a monoklonální protilátky, pokud se správně identifikuje cíl, léčba může začít. Malé molekuly mají tu schopnost, že proniknou difúzí do buňky a v ní rozpoznají a zaměří cíl ve středu buňky. Většina monoklonálních protilátek není schopna přes buněčnou membránu proniknout do buňky, zaměřuje se ale na cíle na jejím povrchu. Léky s **malými molekulami** se vyrábí v laboratoři pomocí vyhledávacích

testů. Ty si zkontrolují působení tisíce látek na vytyčený cíl. **Monoklonální látky** jsou naopak tvořeny nejdříve imunizováním zvířat (např. myší) a to čistou cílovou molekulou, antigenem. Tato zvířata, která jsou imunizovaná, tvoří řadu specifických protilátek proti antigenu. Dále se shlukují slezinné buňky, které produkují protilátky jednoho druhu a propojí se s buňkami myelomu (nádor pocházející s imunitních buněk). Celý proces vede ke zvýšení produkce čistých protilátek. Dále se vše prověřuje klinickými studiemi. Než putují protilátky ke člověku, jsou humanizovány, jejich větší část zvířecí komponenty je nahrazena lidskou. Biologická terapie zahrnuje také výrobu **protinádorových** vakcín, která se testuje u řady zhoubných nádorů. (Karešová, 2011, s. 55 - 57) Při této léčbě není, na rozdíl od konvenční chemoterapie, není kvalita života výrazně negativně ovlivněna. (Cibula a Petruželka, 2009, s. 195)

Do nejčastější biologické léčby spadá **Transtuzumab (Herceptin)**, což je protilátka proti receptoru Her-2, navazující se na uvedený receptor a blokuje veškeré děje zprostředkované receptorem Her-2, konečným výsledkem je smrt buňky. Tato látka je účinná pouze tehdy, jestliže je prokázán zvýšený obsah Her-2 na buňkách, v opačném případě je lék neúčinný. Dále se také používá protilátka proti cévnímu růstovému faktoru, **Bevancizumab (Avastin)**, která zabraňuje novotvorbě cév vyživující nádor. Provádí se také léčba pomocí protilátky **Lapatinib (Tyverb)**, která se navazuje na nitrobuněčné části receptoru Her-2. Způsobí zastavení růstu nádoru a jeho řízenou smrt. (Abrahámová a kol., 2009, s. 86)

4.5.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY BIOLOGICKÉ LÉČBY

Jedná se většinou o vedlejší účinky méně časté, nejsou akutní a neohrožují život. Výjimkou se stává přecitlivělost na danou účinnou látku, která může způsobit rychlou alergickou reakci. (Abrahámova a kol., 2009, s. 114) Alergická reakce se nejčastěji projevuje kožními změnami a odezní většinou brzy po přerušení léčby. Pokud se vyskytují zmíněné kožní změny, nemusí to znamenat špatný efekt léčby, ba naopak může poukazovat na dobrý léčebný efekt. Vždy se s novými léky mohou vypátrat i nová rizika. (Cibula a Petruželka, 2009, s. 204 - 206) Mezi nejčastěji používané léky patří trastuzumab, bevacizumab a lapatinib. **Trastuzumab** způsobí alergickou reakci, projevující se vyrážkou kůže, otokem obličeje, svěděním kůže, dušností, ba dokonce může způsobit ztrátu vědomí. Význačnou komplikací může být narušení srdečního svalu s následným selháváním srdce. Kvůli těmto nežádoucím účinkům je preventivně každý pacient kardiologicky vyšetřen (EKG, ECHO). Jestliže je na výsledcích po vyšetření objevena jakákoliv nesrovnalost, nemůže být trastuzumab podán a během léčby se musí sledovat hodnoty krevního obrazu. **Bevacizumab**

může vyvolat také alergickou reakci. Objevuje se hypertenze, kdy se při tomto zjištění podávají léky ke snížení a normalizaci krevního tlaku. Jestliže by se normalizace tlaku nepodařilo, musel by se bevacizumab vysadit. Lék má charakter takový, že brání tvorbě cév a z tohoto důvodu je nutností po operaci počkat 3 – 4 týdny na úplné zhojení rány a až následně podat tento lék. V ojedinělých případech došlo při užívání bevacizumabu k perforaci v zažívacím traktu a více ohrožení jsou vždy lidé s vředovou chorobou nebo se záněty v travícím traktu. Během této léčby se mohou objevit i změny při močení. Měl by se sledovat celkový příjem a výdej tekutin a frekvence močení. Moč se vyšetřuje také biochemicky pro množství bílkovin. Mezi další vedlejší účinek může patřit krvácení ze sliznic a to hlavně z nosu, dále vykašlávaní krve, krvácení do zažívacího traktu. To se projeví zvracením krve nebo příměsí krve ve stolici, také černou stolicí s natrávenou krví při krvácení ze žaludeční sliznice. Bevacizumab může způsobit také trombembolickou příhodu. Měla by se dávat velká pozornost na otoky dolních končetin a na bolesti lýtek. Pacienti s poškozením srdečního svalu nebývají zařazeni do léčebného procesu tímto lékem, mohlo by dojít k srdeční nedostatečnosti. Při užívání **lapatinibu** se může jako nežádoucí účinek objevit průjem, nevolnost a zvracení. Tyto projevy se dají jednoduše zvládnout danými léky. Je důležité o tomto stavu informovat svého lékaře, aby nedošlo po dlouhodobých vedlejších účincích k celkovému zhoršení organismu. Tento lék negativně ovlivňuje také srdeční funkce a pacient se před podáním vyšetřuje, stejně jako u trastuzumabu, pomocí EKG a ECHO. Terapii může provázet únava a nechutenství a častou komplikací může být porucha funkce jater. Provádějí se také tedy biochemické jaterní testy. Může se objevit zvýšení koncentrace žlučového barviva v krvi, což se projeví žloutenkou. Vyskytuje se také velká citlivost dlaní a plosek nohou, projevující se bolestí a červeným zabarvením kůže. Objevují se i záněty sliznice ústní, výražky a drobné červené puchýřky, zvláště v obličeji. U všech případů nežádoucích účinků je samozřejmostí a nutností konzultace se svým ošetřujícím lékařem. (Abrahámová a kol., 2009, s. 114 - 118)

4.6 LÉČEBNÁ REHABILITACE

Psychologická rehabilitace startuje hned při podezření na zhoubné onemocnění, kdy je potřebné pacientce vysvětlit příčinu i velikost chirurgického výkonu. Je důležité, aby se ženě sdělily pravdivé informace o diagnóze a ty srozumitelně vyjádřit. Včetně informací o chorobě musí lékař seznámit pacientku i s možnými nežádoucími účinky při léčbě a vytvořit si kvalitní individuální léčebný plán. Pro lékaře je zcela těžké sdělovat špatnou diagnózu, musí tedy vážit slova a snažit se vytvořit dobré pouto mezi pacientkou a lékařem sa-

motným. Profesionální důvěru je nutno dodržovat po celou dobu léčby pacientky a nelze s ní nijak hazardovat. Je nutno dávat neustále pacientce pocity naděje a to i v konečné fázi života a vždy je potřebné, aby se zachovala opatrnost a obezřetnost při zacházení s prognostickou pravdou. (Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 318)

Fyzikální rehabilitace by měla být zahájena ihned po primárním zákroku, nejčastěji chirurgickém. Rehabilitace je po operaci hrazena zdravotní pojišťovnou a pacientce se věnuje fyzioterapeut. Cvičení by mělo směřovat k prevenci lymfedému a postmastektomického bolestivého syndromu. Během léčby se doporučuje také přiměřený pohyb, například vycházky nebo plavání, ale není vhodné přepínat síly. (Büchler, Tomáš) Je velmi důležité, aby žena začala již brzy po zákroku používat správné epitézy. Epitézy nejsou brány jen jako kosmetické záležitosti, přispívají i ke správnému držení těla a dobré dynamice páteře. (Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 318)

Sociální rehabilitace spočívá v opětném zařazení ženy po mastektomii do společnosti. Po ukončení léčby se může zahájit lázeňská léčba. Je velmi individuální, kdy se žena navrátí zpět do pracovního procesu a záleží na jejím fyzickém i psychickém stavu. Ve všech směrech by měly být nápomocny sociální pracovnice, svépomocné skupiny a hlavně rodina pacientky a dobrá spolupráce se zdravotnickými pracovníky. (Abrahámová, Povýšil a Horák, 2000, s. 318)

4.7 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie znamená léčbu, ale i primární prevenci a rehabilitaci poruchy zdraví. Tato porucha se projevuje hlavně psychologickými nástroji komunikační a vztahové charakteristiky. Psychoterapie je druh psychologické intervence, která má vliv na duševní život, chování člověka, mezilidské vztahy a celkový lidský organizmus. Navozuje žádoucí změny, kterými podporuje žádané změny, podporuje uzdravení a blokuje vznik a rozvoj onemocnění. Celistvá psychoterapie probíhá vědomě, záměrně a má strukturovaný řád, kde hraje velmi důležitou roli vztah mezi lékařem a pacientem. (Vymětal a kol., 1997, s. 14) V poslední době se ukazuje spousta studií dokazující, že stres může způsobit nádorové onemocnění. Stresovými podněty, vyvolány typickým podmiňováním, mohou být způsobeny změny v imunitním systému. Emoce se velmi rychle projevují negativní odpovědí organizmu, a jestliže je situace vnímána jako ohrožující, dochází k uvolnění stresových hormonů. (Angenendt a kol., 2010, s. 44) Každá žena s rakovinou prsu prožívá změny v oblasti sociálních rolí, upravení rodinného života, pracovní způsobilosti a změnou fi-

nančního stavu. Téměř polovina žen s tímto onemocněním se musí smířit s dalšími postupy nemoci a i s možnou případnou nevyhnutelnou smrtí. Psychologické odezvy na ženy s rakovinou prsu jsou převeliké. U 20 – 60% nemocných je přítomen opakovaný distres, dále jsou u většiny nemocných uváděny úzkostné symptomy, ze kterých můžeme u 12 – 30% mluvit o klinicky relevantní úzkosti. U pokročilého stádia onemocnění a paliativní léčby zaznamenávají výzkumy až 40% pacientek s klinickou depresí. I v případě překonaného onemocnění psychické potíže stále ještě dlouhou dobu přetrvávají a mají sklon k tomu, aby se staly chronickými. (Angenendt a kol., 2010, s. 58)

Dle mého názoru by měla mít každá žena s rakovinou prsu nárok na svého osobního psychologa či psychiatra, kdy by terapie byla hrazena pojišťovnou. Žena potřebuje mít odborné, kvalifikované a citlivě podané informace od onkologického nebo psychologického odborníka. Terapie by se měla provádět již při počátku onemocnění, aby stresové situace ženu neovlivnily víc negativně, než je třeba.

V porovnání s neléčenou skupinou žen psychoedukační a psychosociální metody snižují úzkost, zoufalství, deprese, nevolnost, zvracení, bolesti a mají lepší informovanost o celkové léčbě. S ohledem na speciální potřeby psychosociální péče byly vytvořeny jednotlivé fáze nádorového onemocnění. V **první fázi** se jedná o sdělení diagnózy, informací a zde dochází často k počátečním psychickým komplikacím. **Druhá fáze** zahrnuje brzkou lékařskou terapii, kdy se už žen objevuje úzkost a strach z léčebných metod a jejich vedlejších účinků. **Třetí fáze** je fáze zotavení, mohou se vyskytnout depresivní, velmi úzkostné stavy směřující někdy až k sebevražedným tendencím. Ve **čtvrté fázi**, kdy nemoc pokračuje, vznikají během recidivy nebo při diagnostikování metastáz stavy zoufalství a traumatizace. Během **páté, terminální – paliativní fáze**, by psychosociální, psychoterapeutické doprovázení mělo pacientce pomoci s vyrovnáním se blížícího konce života. (Angenendt a kol., 2010, s. 59 - 61)

Karcinom prsu představuje velkou psychickou zátěž, kromě toho poukazuje i na specifickou zátěž. Zejména se jedná o problémy spojeny s tělesným obrazem, problémy sexuální, interpersonální/sociální a potíže se zvládáním akutních a chronických fyzických příznaků. (Angenendt a kol., 2010, s. 70 - 71) Mezi psychické důsledky po ztrátě patří deprese, pochybnosti o vlastní hodnotě a také velmi často poruchy sexuálního chování. Pacientky mají pocit, že po operaci prsu přišly o své ženství a nejsou již dostatečně atraktivní. Vyskytuje se u nich také strach o partnera, kdy se bojí toho, aby pro něj byly dále sexuálně přitažlivé. První reakcí po mastektomii bývá úsilí o zamaskování jizvy a stáhnutí se do ústraní.

Ženy po této operaci potřebují dostatečný čas na to, aby měly možnost se vyrovnat se změnou svého vzhledu. (Angenendt a kol., 2010, s. 156)

Do psychoterapie je vhodné zařadit **psychologické/psychiatrické poradenství**, které může být velmi efektivní při setkání s terapeutem, zejména v oblasti snížení stresu a úzkosti. **Relaxační metody** mají v psychoterapii svůj vlastní význam, jako doplňující metody snižující psychickou zátěž. Relaxace je důležitá, při redukci bolesti způsobenou nemocí a vedlejších účinků léčby, v rámci behaviorálních metod. Metody relaxace nepředstavují samy o sobě terapii zajišťující účinnější strategie zvládání situací nebo psychosociálních problémů spojených s nemocí. Velmi pozitivních výsledků dosahovali u onkologických pacientek speciálně vyškolení terapeuti, zabývající se muzikoterapií. **Muzikoterapie** v ženách vyvolává ve velké většině pocity okamžitého zklidnění a uvolnění, bohužel ale ani touto metodou nelze zlepšit strategie zvládání. Nejlépe působí muzikoterapie při paliativní péči a jedna kontrolovaná studie prokázala, že muzikoterapie snižuje celou řadu zátěžových psychosociálních a fyzických komplikací. Patrně mohou být díky muzikoterapii ovlivněny i imunitní funkce, ale v současnosti to ještě není zřetelně osvědčeno. Ženě může pomoci také určitý druh **arteterapie**, který má hlavně za cíl zaměstnat a odreagovat. Existují onkologická centra a kliniky, které přikládají arteterapii velký smysl v paliativní oblasti, ale vědeckými studiemi ještě nebyly pokroky zjištěny. I přesto mají onkologická centra velmi dobře propracované koncepty a modely využití arteterapie a jsou případovými studiemi hodnoceny velmi kladně. (Angenendt a kol., 2010, s. 47 - 48)

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných aktivit, při které dochází k velkému odreagování organizmu a alespoň na chvíli člověk může zapomenout na všechno zlé, co jej v životě doprovází. Dle mě, je arteterapie i muzikoterapie velmi dobrá volba pro psychickou úlevu hlavně v kolektivním sezení, kde si radost a uvolnění mohou předávat lidé navzájem a společně zapomenout na černé stíny světa.

Mezi další psychickou podporu spadají **masáže, duchovně tělesné koncepty, aromaterapie** a třeba také **akupunktura** a **jóga**, i když ani jeden celek není ve většině případů předmětem vědeckého zkoumání. Z mála studií ale vyplývá, že velmi dobré účinky má kombinace masáže a aromaterapie, která snižuje krátkodobě úzkost, ale je méně účinná při snižování depresí a stresu. Tato metoda snižuje i pocit nevolnosti a zvracení, není však nic známo o trvanlivosti výsledků této techniky. (Angenendt a kol., 2010, s. 49)

4.7.1 INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

Jedná se o formu psychoterapie, při které se setkává pouze pacientka a terapeut. Členové rodiny mohou být, se souhlasem pacientky, ve zvláštních situacích přizváni. Při přítomnosti člena rodiny se nemusí jednat jasně o terapii, ale třeba jen o edukaci a rady, jak příbuzné pomoci. Základní podoba individuální psychoterapie zahrnuje rozestavění, kdy pacientka a terapeut sedí tváří v tvář pod úhlem asi 90°. Jestliže terapeut sedí přímo naproti pacientce, ztěžuje jí možnost vyhnout se očnímu kontaktu, i když někdy bývá tato forma také upřednostňována. V případě, kdy dva lidé sedí a mají mezi sebou stůl, narušuje se kontakt a velmi zásadně to vymezuje pozice „před" a „za" na úkor „spolu". Tuto chybu dělají terapeuti někdy naprosto nevědomě jako ochranu před pacientkou. Existuje i další možnost psychoterapie, kdy pacientka může ležet. Poloha vleže umožňuje větší svalovou relaxaci, prohlubuje regresi a snižuje potřebu kontroly sociálních aspektů chování. Součástí terapie může být i pohyb zaměřený na hlubokou práci s tělem. (Vymětal a kol., 1997, s. 51 - 52)

4.7.2 SKUPINOVÁ TERAPIE

Nejúčinější pomoc pacientkách s rakovinou prsu se nachází ve velké většině ve skupinové terapii. Setkávají se zde pacietnti se stejnou diagnózou, léčbou či podobnými problémy. Mohou být buďto samostatné jen pro pacienty nebo také jedinečné s účastí rodinných příslušníků. Skupina není setkáním sebelitujících a nešťastných lidí, ale rovnocenných lidí s podobným osudem. (Romaňáková, educentrum) Zpočátku přistupuje každá pacientka k této metodě terapie velmi pochybně, často se strachem a obavami, protože se musí svěřit se svým problémem více lidem. Je také neustále seznamována s problémy ostatních lidí, kteří se skupinové terapie zúčasňují také. Mnohokrát se stane, že žena skupinovou terapii odmítne a přestane na ni chodit. V tomto případě je dobré pacientce vysvětlit, že tento druh terapie patří mezi nejlepší pomoc u nemocných s rakovinou, kdy neobyčejným způsobem ztělesňuje pocit, že v tom nemocná žena není sama. Psychoterapeut, psycholog ani psychoonkolog nemá schopnost nahradit skupinovou terapii. Při skupinové terapii je možné řešit různé problémy a hledat jejich společné řešení. Může pozitivně působit na úzkost, trápení, zbavit člověka pocitu beznaděje a navodit chuť znovu žít. Skupina umožňuje také pocit, že se může žena podílet na životech druhých lidí, může odreagovat svoji mysl a nebude uzavřena jen sama v sobě se svými problémy. Je stále i ona pro ostatní důležitá, lidí ji vnímají a poslouchají. (Angenendt a kol., 2010, s. 51)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE

5.1 CÍL 1.

Monitorovat psychické problémy u žen po mastektomii.

5.2 CÍL 2.

Zjistit, jaká byla délka pracovní neschopnosti žen po mastektomii a jestli mohou i nadále vykonávat svoji původní profesi.

6 METODIKA

6.1 METODA VÝZKUMU

Ke zpracování dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu, formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly anonymní, dobrovolné a určené ženám po mastektomii. Vždy mohly ženy vyplnit jednu, či více odpovědí, dle formy otázky. Výzkum byl prováděn v ambulancích nemocnic v Břeclavi a Hodoníně.

6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

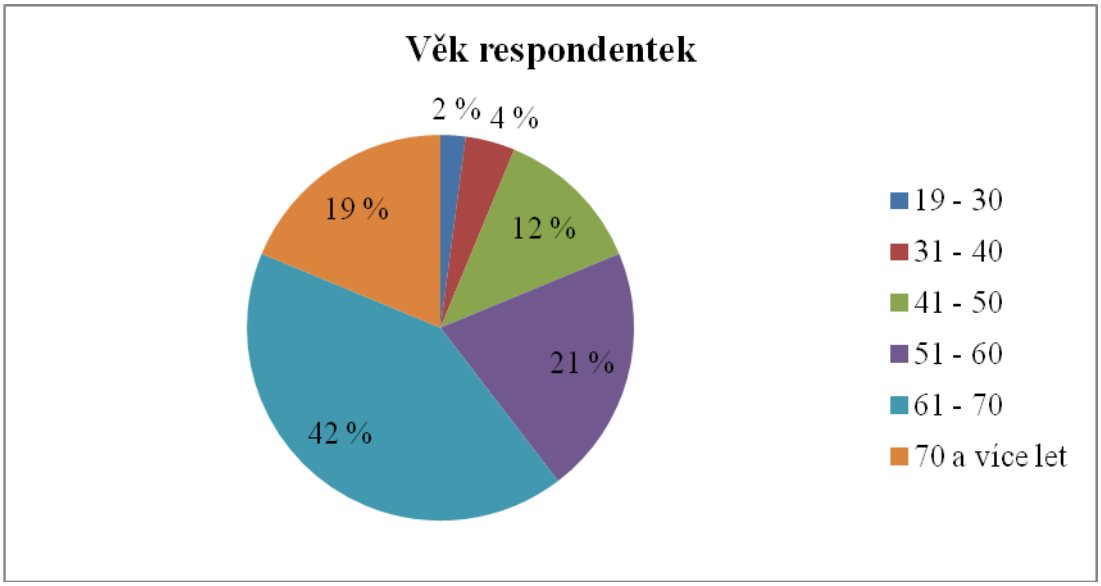
Dotazníků bylo rozdáno celkem 70, v daných ambulancích ženám po mastektomii. Výzkumné šetření obsahovalo 37 otázek, ve kterých bylo možno doplnit jednu, či více odpovědí a bylo zaměřeno na psychiku a pracovní schopnost žen po mastektomii. Vyplněné dotazníky mi byly vráceny od 48 žen. Výzkum probíhal od února do dubna 2013. Pro zpracování výsledků byly použity grafy, které znázorňují odpovědi žen po mastektomii a vyhodnocená data jsou uvedena celým číslem a zaokrouhlena na celá procenta.

7 VÝSLEDKY

Otázka č. 1. Kolik je Vám let?

Tabulka 1 Věk respondentek

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
19 - 30	1	2 %
31 - 40	2	4 %
41 - 50	6	13 %
51 - 60	10	21 %
61 - 70	20	42 %
70 a více let	9	19 %
Celkem	**48**	**100%**



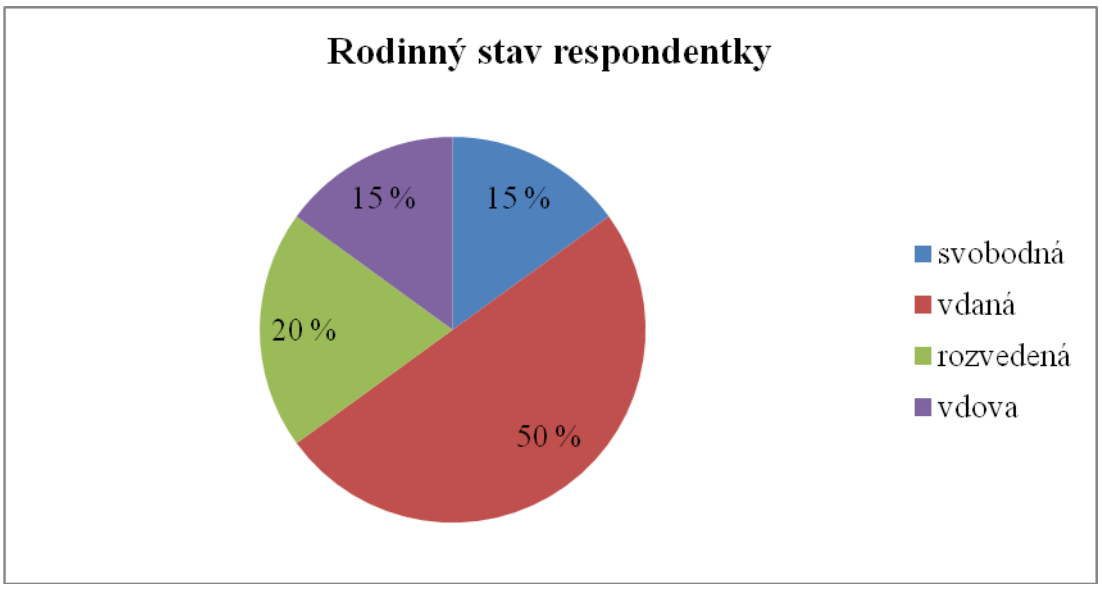
Graf 1 Věk respondentek

Dotazník nejvíce vyplňovaly ženy po mastektomii ve věku 61 – 70 let.

Otázka č. 2. Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 2 Rodinný stav

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
svobodná	7	15 %
vdaná	24	50 %
rozvedená	10	20 %
vdova	7	15 %
Celkem	**48**	**100 %**



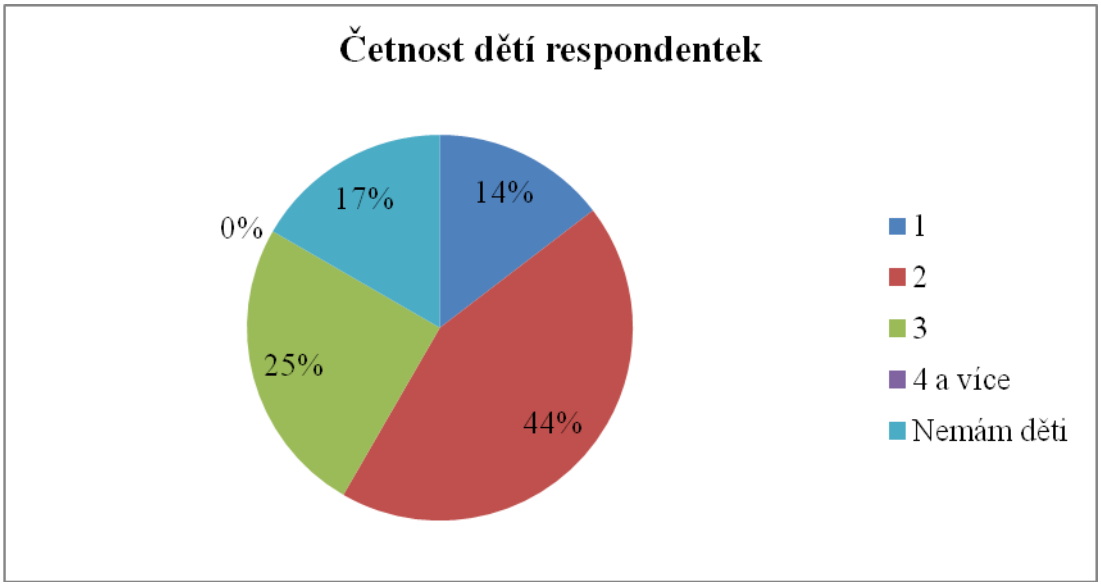
Graf 2 Rodinný stav

Dotazník nečastěji vyplňovaly ženy, které byly vdané.

Otázka č. 3. Máte děti?

Tabulka 3 Četnost dětí respondentek

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
1	7	15 %
2	21	44 %
3	12	25 %
4 a více	0	0 %
Nemám děti	8	17 %
Celkem	**48**	**100 %**



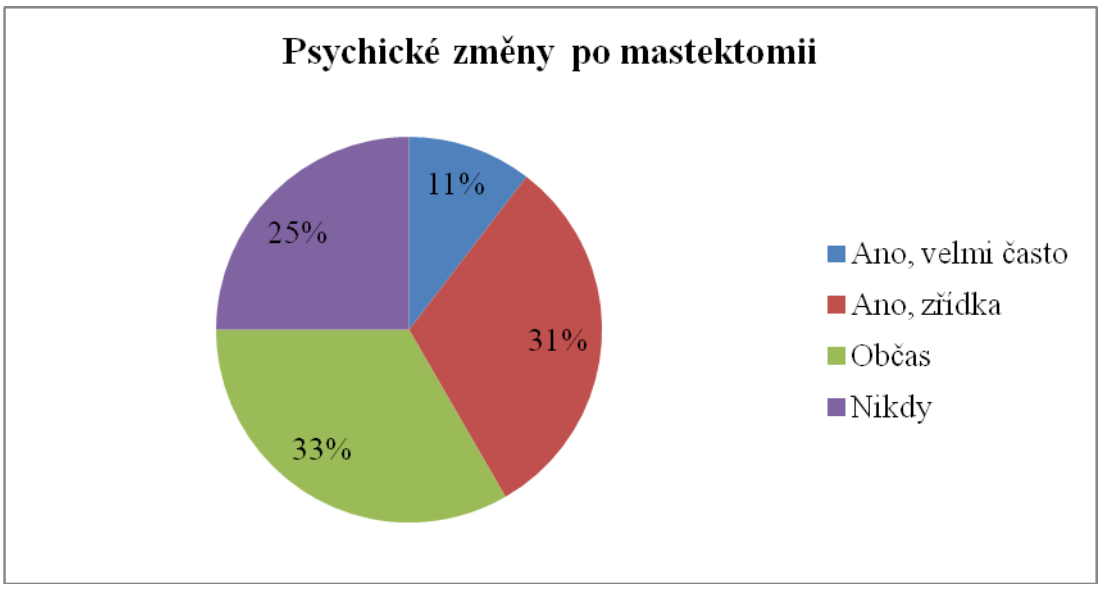
Graf 3 Četnost dětí respondentek

Dotazník vyplnilo nejvíce žen po mastektomii, které mají 2 děti.

Otázka č. 4. Pociťujete, jako následek mastektomie, psychické změny?

Tabulka 4 Psychické změny po mastektomii

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano, velmi často	5	10 %
Ano, zřídka	15	31 %
Občas	16	33 %
Nikdy	12	25 %
Celkem	**48**	**100 %**



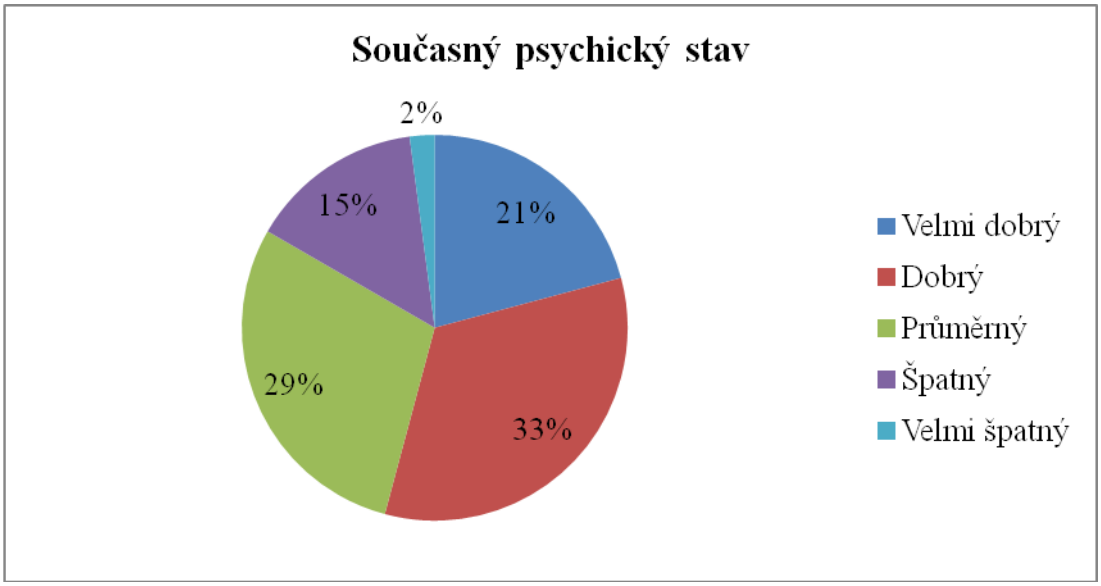
Graf 4 Psychické změny po mastektomii

Nejvíce dotazovaných žen pociťuje po mastektomii psychické změny občas.

Otázka č. 5. Jaký je Váš současný psychický stav?

Tabulka 5 Současný psychický stav

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Velmi dobrý	10	21 %
Dobrý	16	33 %
Průměrný	14	29 %
Špatný	7	15 %
Velmi špatný	1	2 %
Celkem	**48**	**100 %**



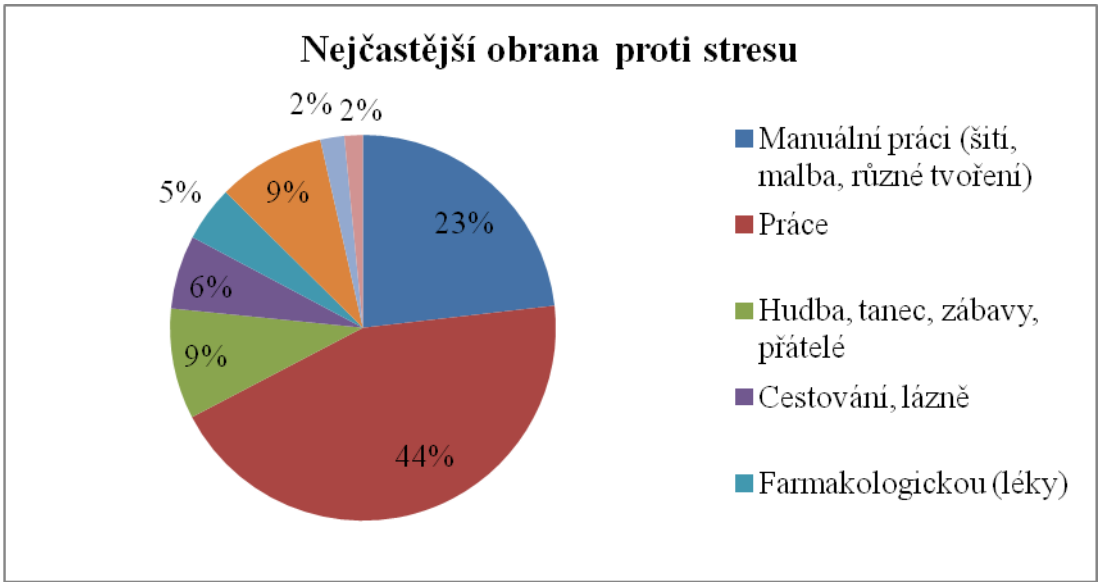
Graf 5 Současný psychický stav

Nejvíce žen zaznačilo v dotazníku dobrý psychický stav.

Otázka č. 6. Jakou máte nejčastější obranu proti stresu po mastektomii?

Tabulka 6 Obrana proti stresu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Manuální práci (šití, malba, různé tvoření)	15	23 %
Práce	29	45 %
Hudba, tanec, zábavy, přátelé	6	9 %
Cestování, lázně	4	6 %
Farmakologickou (léky)	3	5 %
Děti, vnoučata, pravnoučata	6	9 %
Čtení, televize	1	2 %
Nemám stres	1	2 %
Celkem	**65**	**100 %**



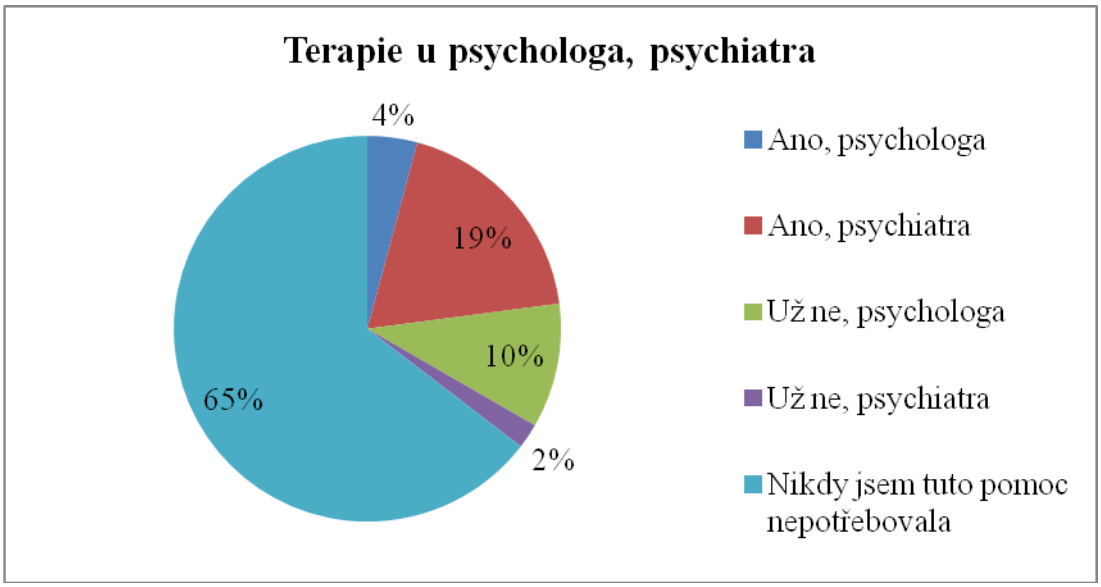
Graf 6 Obrana proti stresu

Celkově bylo u této otázky zaznamenáno 65 odpovědí. Mezi nejčastější obranu proti stresu patří u těchto žen práce.

Otázka č. 7. Navštěvujete psychologa nebo psychiatra?

Tabulka 7 Terapie u psychologa, psychiatra

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano, psychologa	2	4 %
Ano, psychiatra	9	19 %
Už ne, psychologa	5	10 %
Už ne, psychiatra	1	2 %
Nikdy jsem tuto pomoc nepotřebovala	31	65 %
Celkem	**48**	**100 %**



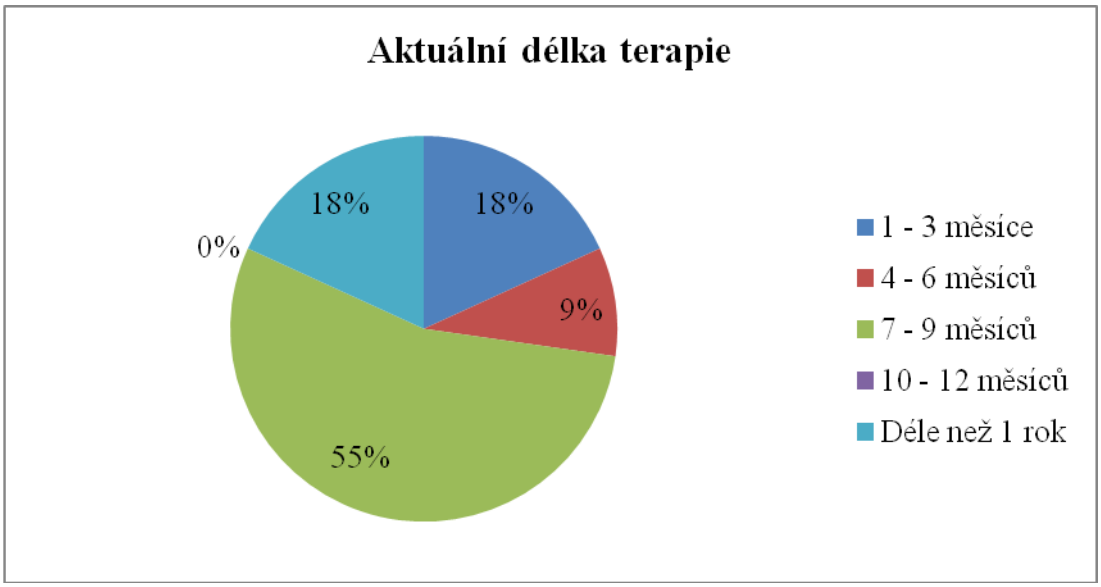
Graf 7 Terapie u psychologa, psychiatra

Z šetření vyplynulo, že většina žen nikdy nepotřebovala pomoc od odborníka.

Otázka č. 8. Pokud jej navštěvujete, jak dlouho již terapie trvá?

Tabulka 8 Aktuální délka terapie

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
1 - 3 měsíce	2	18 %
4 - 6 měsíců	1	9 %
7 - 9 měsíců	6	55 %
10 - 12 měsíců	0	0 %
Déle než 1 rok	2	18 %
Celkem	**11**	**100 %**



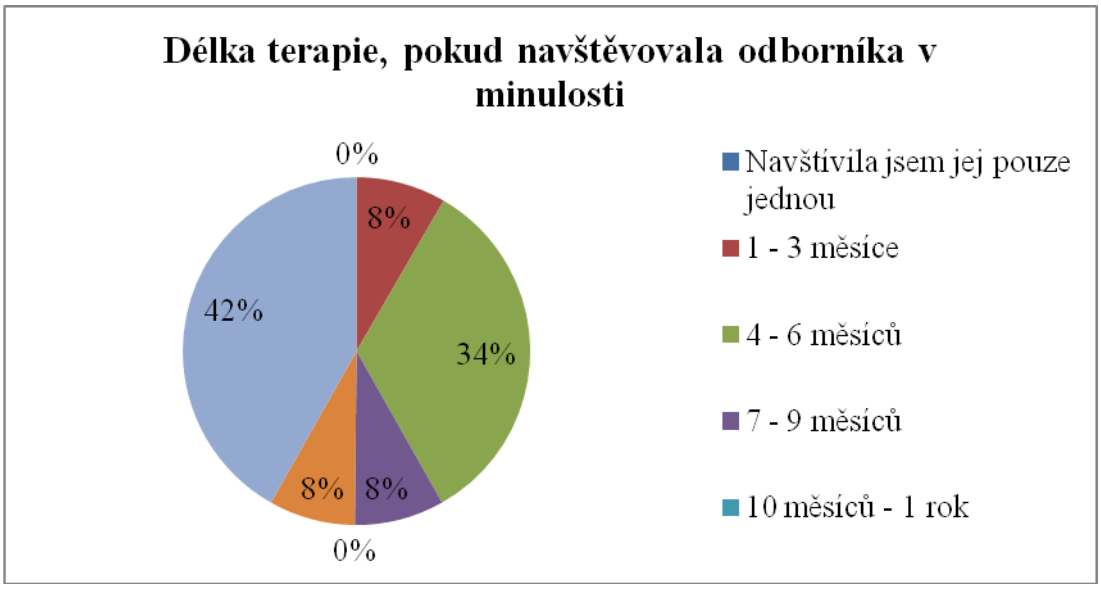
Graf 8 Aktuální délka terapie

Ženy po mastektomii, které zaznačily v předchozí otázce, že navštěvují psychologa nebo psychiatra odpovídaly dále na otázku, jak dlouho jejich terapie trvá. Nejvíce žen navštěvuje odborníka 7 – 9 měsíců.

Otázka č. 9. Pokud jste jej navštěvovala, jak dlouho terapie trvala?

Tabulka 9 Délka terapie, pokud navštěvovala odborníka

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Navštívila jsem jej pouze jednou	0	0 %
1 - 3 měsíce	1	8 %
4 - 6 měsíců	4	33 %
7 - 9 měsíců	1	8 %
10 měsíců - 1 rok	0	0 %
Více jak 1 rok	1	8 %
Na sezení chodím stále	5	42 %
Celkem	**12**	**100 %**



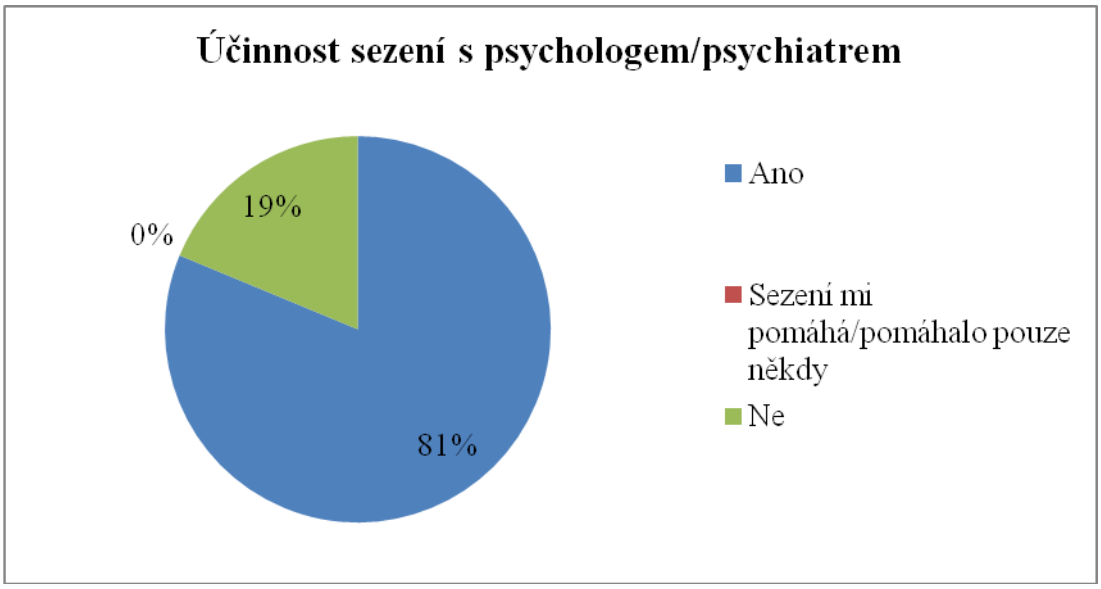
Graf 9 Délka terapie, pokud navštěvovala odborníka

Z šetření vyplynulo, že nejvíce z dotazovaných žen na sezení k odborníkovi chodí stále.

Otázka č. 10. Pomáhá/ pomáhalo Vám toto sezení?

Tabulka 10 Účinnost sezení s psychologem/psychiatrem

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	13	81 %
Sezení mi pomáhá/pomáhalo pouze někdy	0	0 %
Ne	3	19 %
Celkem	**16**	**100 %**



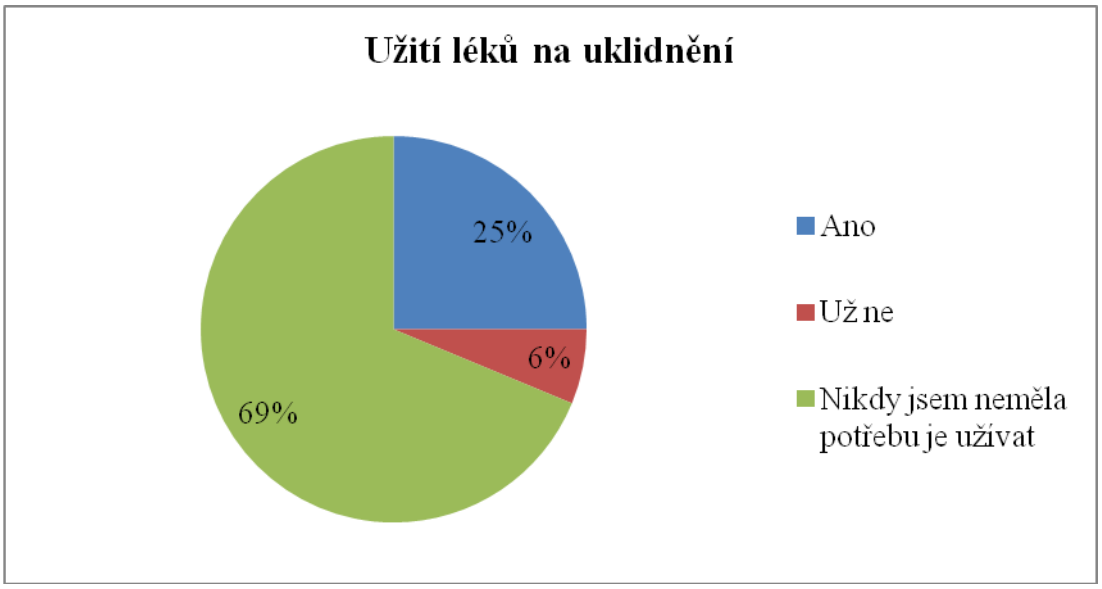
Graf 10 Účinnost sezení s psychologem/psychiatrem

16 žen, navštěvující psychologa nebo psychiatra mohlo doplnit, zda – li byla terapie účinná. Většina žen potvrdila, že sezení účinné je/bylo.

Otázka č. 11. Užíváte po mastektomii léky na uklidnění?

Tabulka 11 Užití léků na uklidnění

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	12	25 %
Už ne	3	6 %
Nikdy jsem je neměla potřebu užívat	33	69 %
Celkem	**48**	**100%**



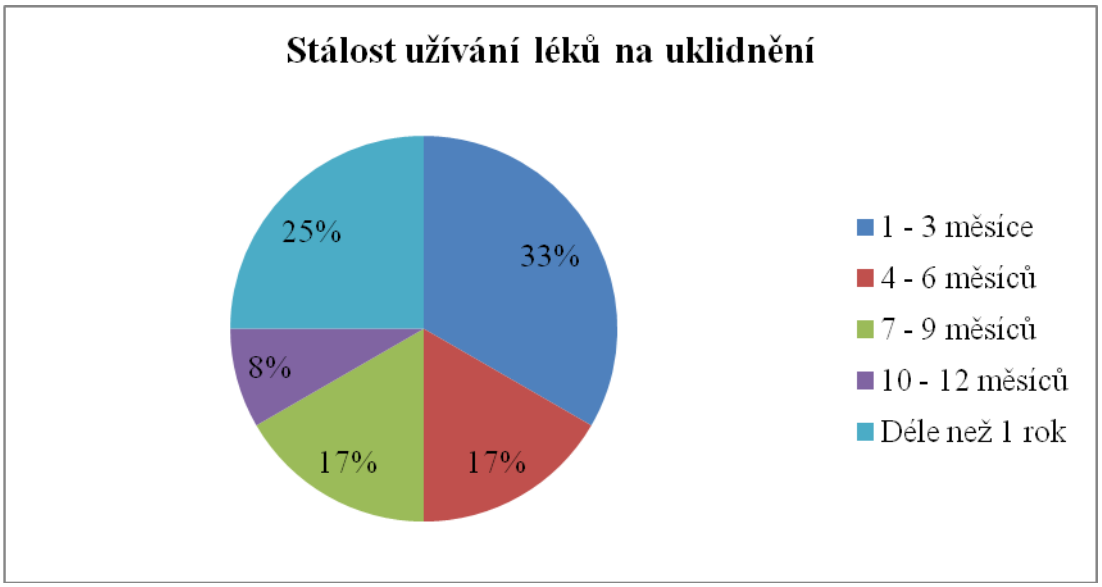
Graf 11 Užití léků na uklidnění

Z šetření plyne, že většina žen léky na uklidnění neměla nikdy potřebu užívat.

Otázka č. 12. Jak dlouho tyto léky užíváte?

Tabulka 12 Stálost užívání léků na uklidnění

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
1 - 3 měsíce	4	33 %
4 - 6 měsíců	2	17 %
7 - 9 měsíců	2	17 %
10 - 12 měsíců	1	8 %
Déle než 1 rok	3	25 %
Celkem	**12**	**100 %**



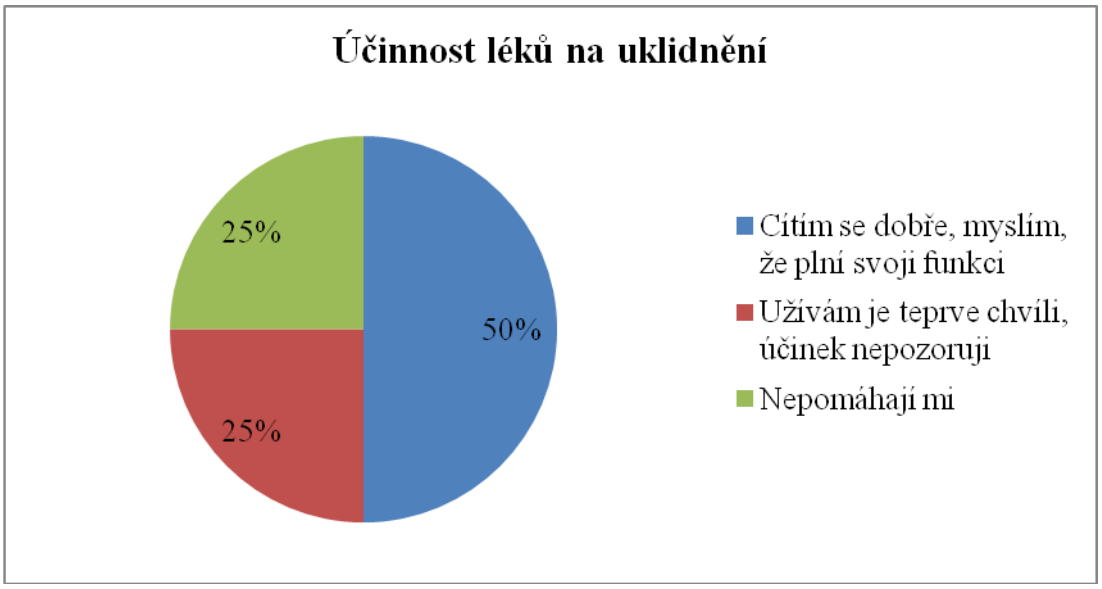
Graf 12 Stálost užívání léků na uklidnění

Ze 48 dotazovaných žen užívá léky na uklidnění 12. Léky užívají ženy nejdéle 1 – 3 měsíců.

Otázka č. 13. Jak moc Vám tyto léky pomáhají?

Tabulka 13 Účinnost léků na uklidnění

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Cítím se dobře, myslím, že plní svoji funkci	6	50 %
Užívám je teprve chvíli, účinek nepozoruji	3	25 %
Nepomáhají mi	3	25 %
Celkem	**12**	**100 %**



Graf 13 Účinnost léků na uklidnění

Účinnost léků zaznamenalo celkem 12 žen. Nejčastěji se po užití léků ženy cítí dobře.

Otázka č. 14. Zkoušela jste vyhledat i jiný druh terapie?

Tabulka 14 Jiný druh terapie

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Taneční a pohybová terapie	0	0 %
Muzikoterapie	0	0 %
Kanesteterapie	0	0 %
Ergoterapie	0	0 %
Jiný druh terapie, doplňte	0	0 %
Žádnou terapii jsem nikdy nezkoušela	48	100 %
Celkem	**48**	**100 %**

Na tuto odpovědělo všech 48 dotazovaných žen. Žádná z nich nikdy jiný druh terapie nezkoušela.

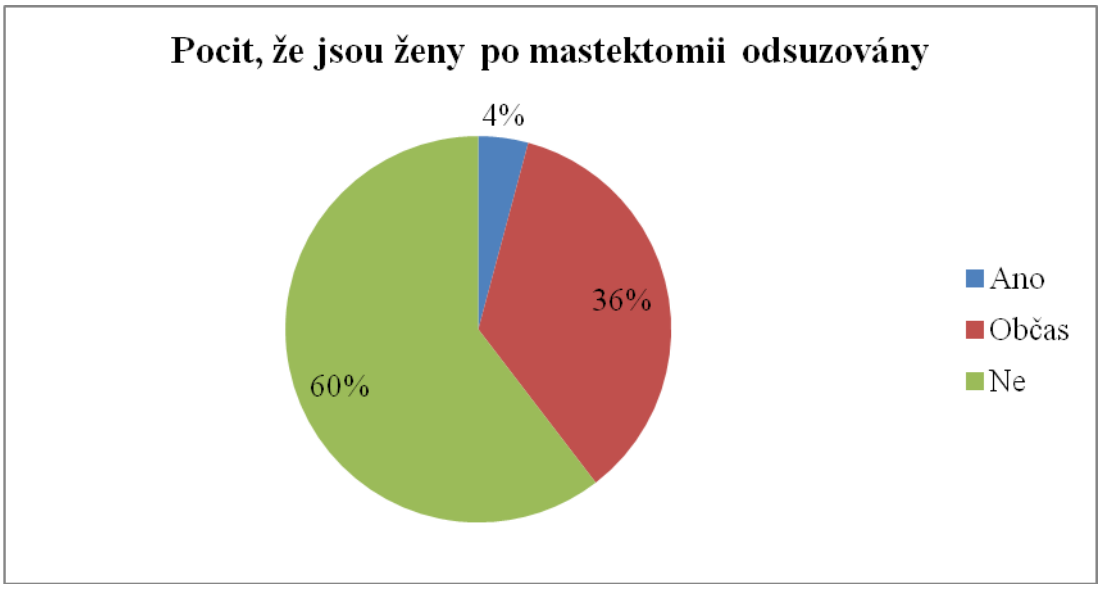
Otázka č. 15. Pomohl Vám tento druh terapie?

Jelikož žádná z dotazovaných žen nezkusila jiný druh terapie, na tuto otázku jsem nedostala odpověď.

Otázka č. 16. Máte pocit, že Vás okolí po prodělané nemoci odsuzuje?

Tabulka 15 Pocit, že jsou ženy po mastektomii odsuzovány

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	2	4 %
Občas	17	35 %
Ne	29	60 %
Celkem	**48**	**100 %**



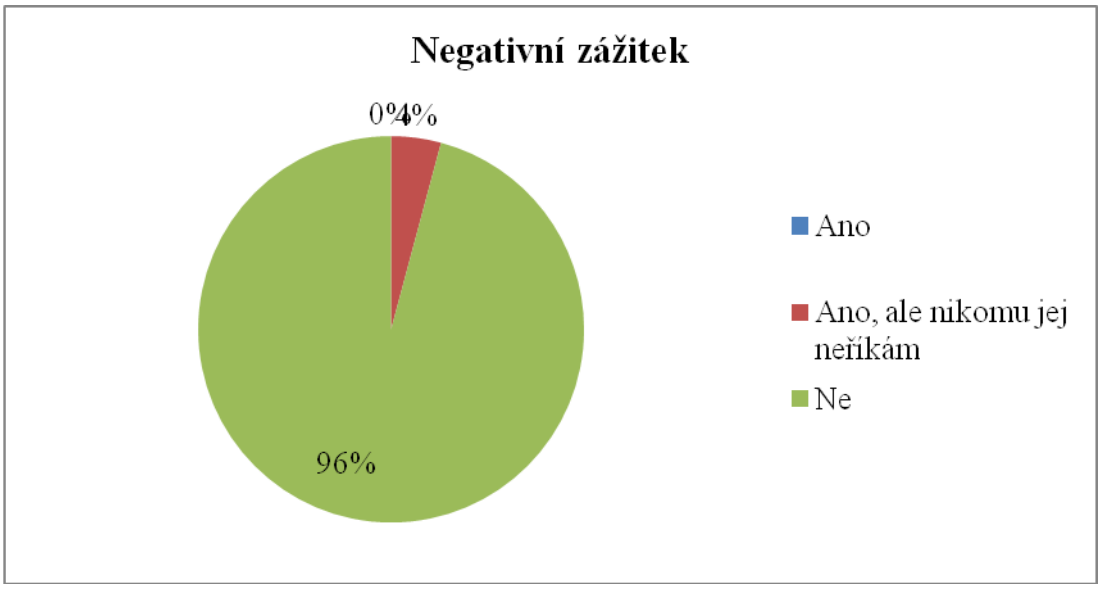
Graf 14 Pocit, že jsou ženy po mastektomii odsuzovány

Ženy si ve velké většině nemyslí, že by byly pro jejich prodělané onemocnění odsuzovány.

Otázka č. 17. Proč se u Vás tento pocit vyskytuje? Máte nějaký negativní zážitek?

Tabulka 16 Negativní zážitek

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	0	0 %
Ano, ale nikomu jej neříkám	2	4 %
Ne	46	96 %
Celkem	**48**	**100 %**



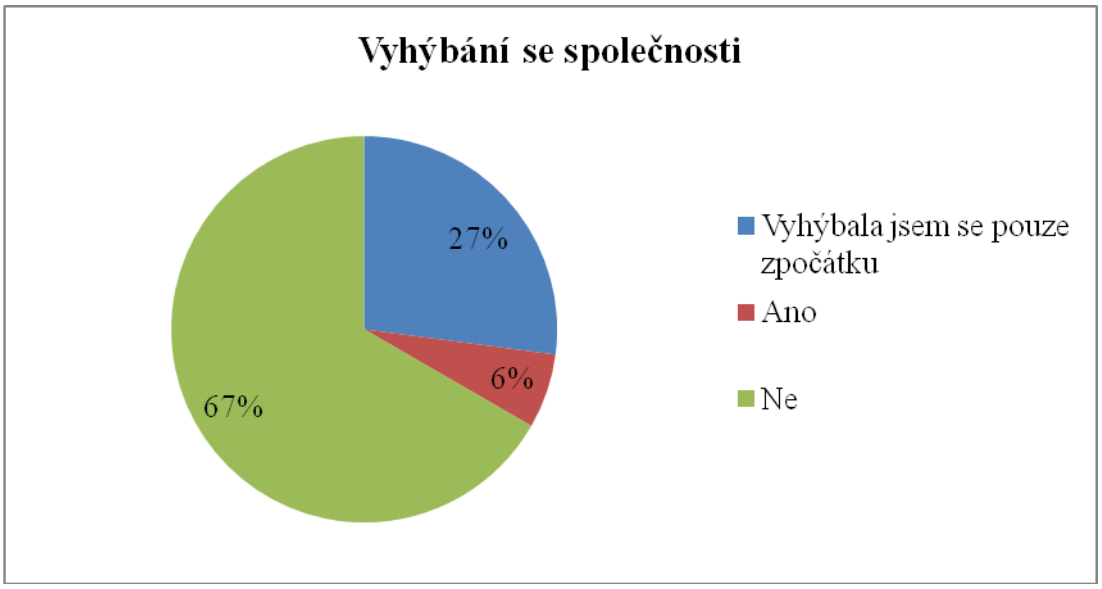
Graf 15 Negativní zážitek

Většina z dotazovaných žen žádný negativní zážitek nikdy neměla.

Otázka č. 18. Vyhýbáte se po mastektomii společnosti?

Tabulka 17 Vyhýbání se společnosti

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Vyhýbala jsem se pouze zpočátku	13	27 %
Ano	3	6 %
Ne	32	67 %
Celkem	**48**	**100 %**



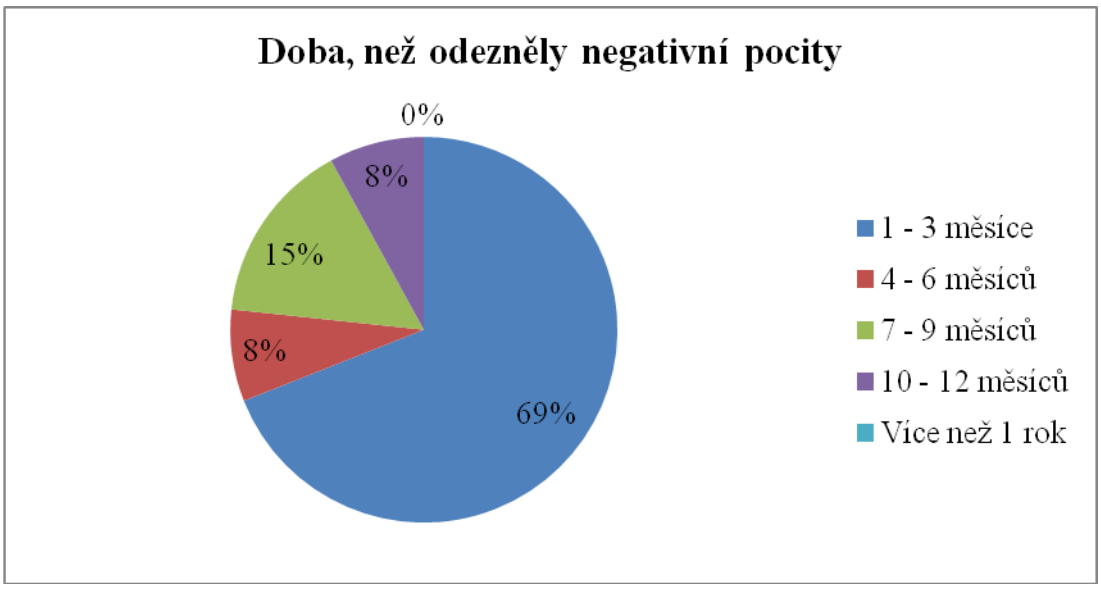
Graf 16 Vyhýbání se společnosti

Po mastektomii se společnosti nevyhýbá většina z dotazovaných žen.

Otázka č. 19. Pokud jste se společnosti vyhýbala a nyní již ne, jak dlouho Vám trvalo, než Vaše negativní pocity odezněly?

Tabulka 18 Doba, než odezněly negativní pocity

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
1 - 3 měsíce	9	69 %
4 - 6 měsíců	1	8 %
7 - 9 měsíců	2	15 %
10 - 12 měsíců	1	8 %
Více než 1 rok	0	0 %
Celkem	**13**	**100 %**



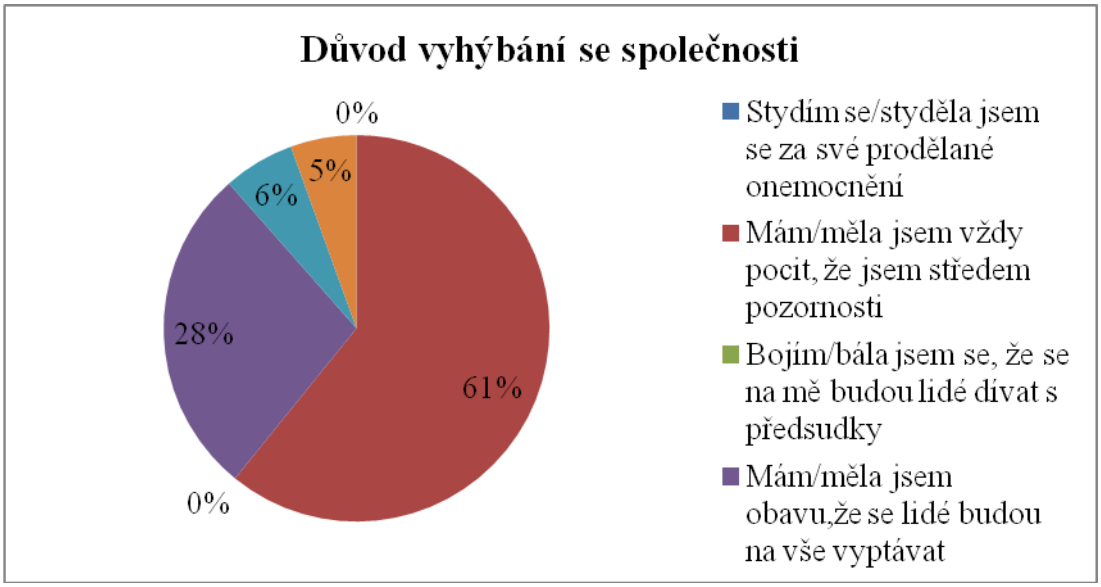
Graf 17 Doba, než odezněly negativní pocity

Negativní pocity ženám po mastektomii nejčastěji odezněly po 1 – 3 měsících.

Otázka č. 20. Pokud se společnosti vyhýbáte nebo jste se jí vyhýbala pouze zpočátku, z jakého důvodu nejvíce?

Tabulka 19 Důvod vyhýbání se společnosti

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Stydím se/styděla jsem se za své prodělané onemocnění	0	0 %
Mám/měla jsem vždy pocit, že jsem středem pozornosti	11	61 %
Bojím/bála jsem se, že se na mě budou lidé dívat s předsudky	0	0 %
Mám/měla jsem obavu, že se lidé budou na vše vyptávat	5	28 %
Bojím se jít někam sama	1	6 %
Lidé mě obtěžují	1	6 %
Celkem	**18**	**100 %**



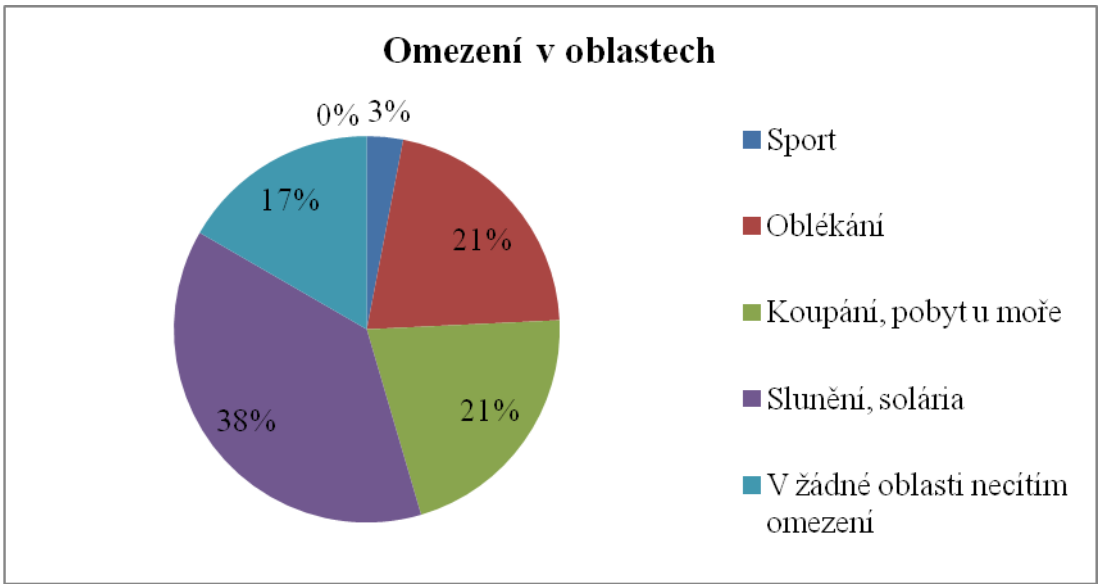
Graf 18 Důvod vyhýbání se společnosti

Dotazované ženy se společnosti vyhýbá/vyhýbaly, protože mají/měly pocit, že jsou středem pozornosti.

Otázka č. 21. Ve kterých oblastech cítíte po mastektomii omezení?

Tabulka 20 Omezení v oblastech

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Sport	2	3 %
Oblékání	14	21 %
Koupání, pobyt u moře	14	21 %
Slunění, solária	25	38 %
V žádné oblasti necítím omezení	11	17 %
Jiné, doplňte	0	0 %
Celkem	**66**	**100 %**



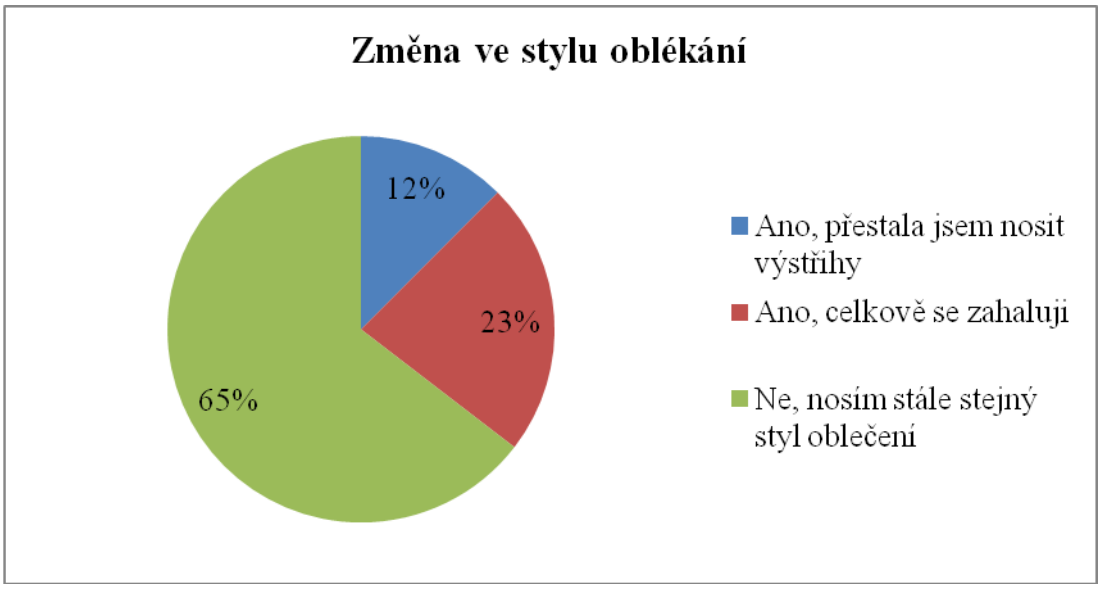
Graf 19 Omezení v oblastech

Nejvyšší počet žen cítí omezení ve slunění a v návštěvnosti solárií.

Otázka č. 22. Změnila jste styl oblékání?

Tabulka 21 Změna ve stylu oblékání

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano, přestala jsem nosit výstřihy	6	13 %
Ano, celkově se zahaluji	11	23 %
Ne, nosím stále stejný styl oblečení	31	65 %
Celkem	**48**	**100 %**



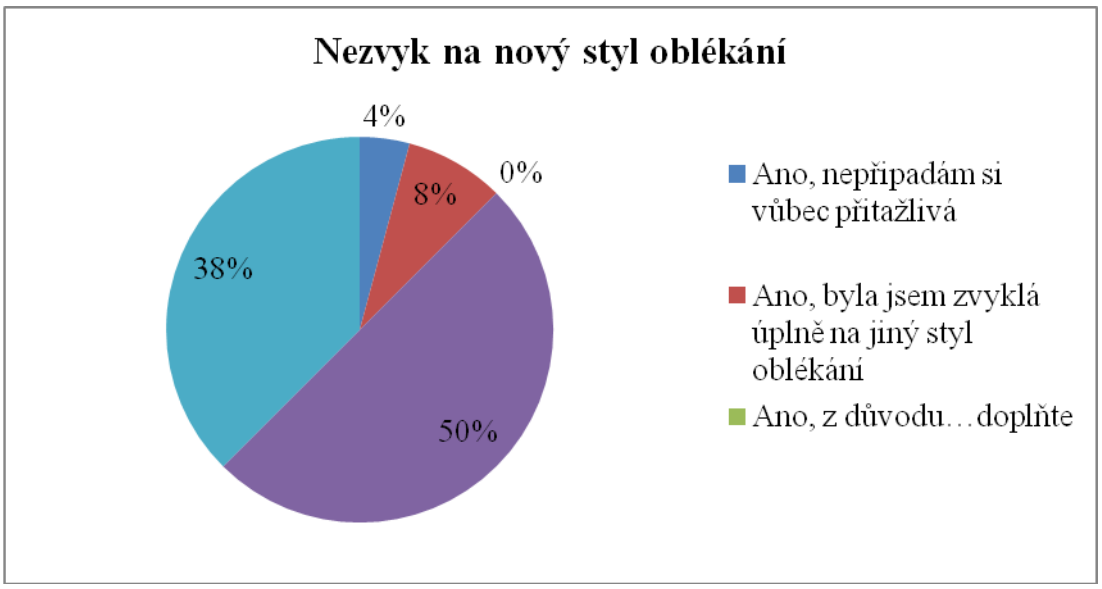
Graf 20 Změna ve stylu oblékání

Dotazované ženy nosí stále stejný styl oblečení.

Otázka č. 23. Pokud Vás pocit po mastektomii nutí k tomu, abyste se jistým způsobem zahalovala, vadí Vám nový styl oblékání?

Tabulka 22 Nezvyk na nový styl oblékání

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano, nepřipadám si vůbec přitažlivá	2	4 %
Ano, byla jsem zvyklá úplně na jiný styl oblékání	4	8 %
Ano, z důvodu…doplňte	0	0 %
Ano, ale už jsem si na tento styl zvykla	24	50 %
Ne, tento nový styl mi vůbec nevadí	18	38 %
Celkem	**48**	**100 %**



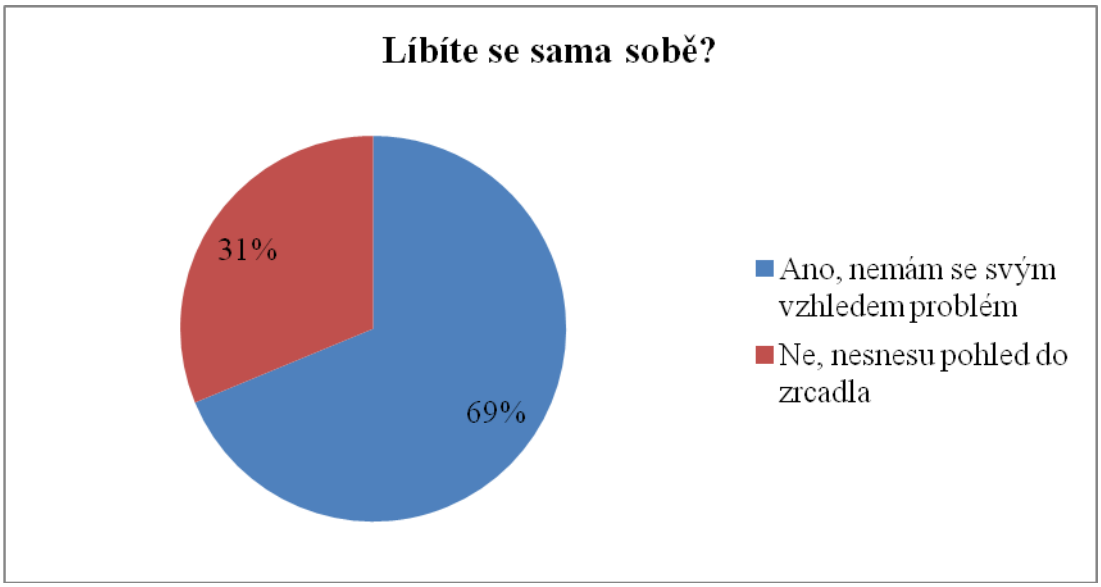
Graf 21 Nezvyk na nový styl oblékání

Pokud ženy změnily svůj styl oblékání, měly možnost odpovědět na další otázku v této oblasti. Nejvíce žen si na nový styl oblékání již zvyklo.

Otázka č. 24. Líbíte se po mastektomii sama sobě?

Tabulka 23 Líbíte se sama sobě?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano, nemám se svým vzhledem problém	33	69 %
Ne, nesnesu pohled do zrcadla	15	31 %
Celkem	**48**	**100 %**



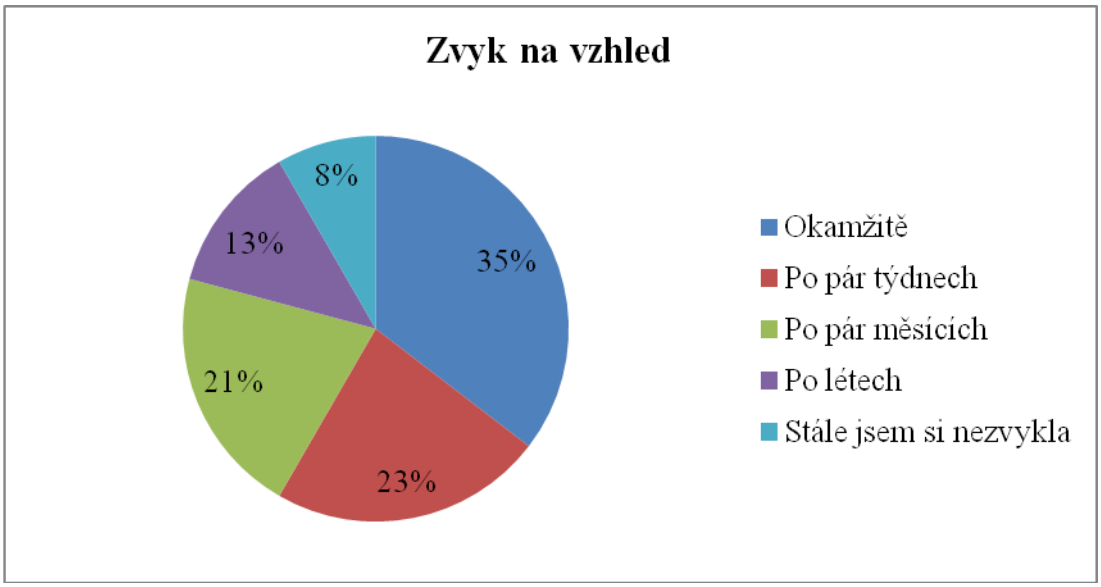
Graf 22 Líbíte se sama sobě?

U této otázky jsem došla k zjištění, že se ve velké většině dotazované ženy samy sobě po mastektomii líbí.

Otázka č. 25. Po jak dlouhé době jste si na svůj nový vzhled zvykla?

Tabulka 24 Zvyk na vzhled

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Okamžitě	17	35 %
Po pár týdnech	11	23 %
Po pár měsících	10	21 %
Po létech	6	13 %
Stále jsem si nezvykla	4	8 %
Celkem	**48**	**100 %**



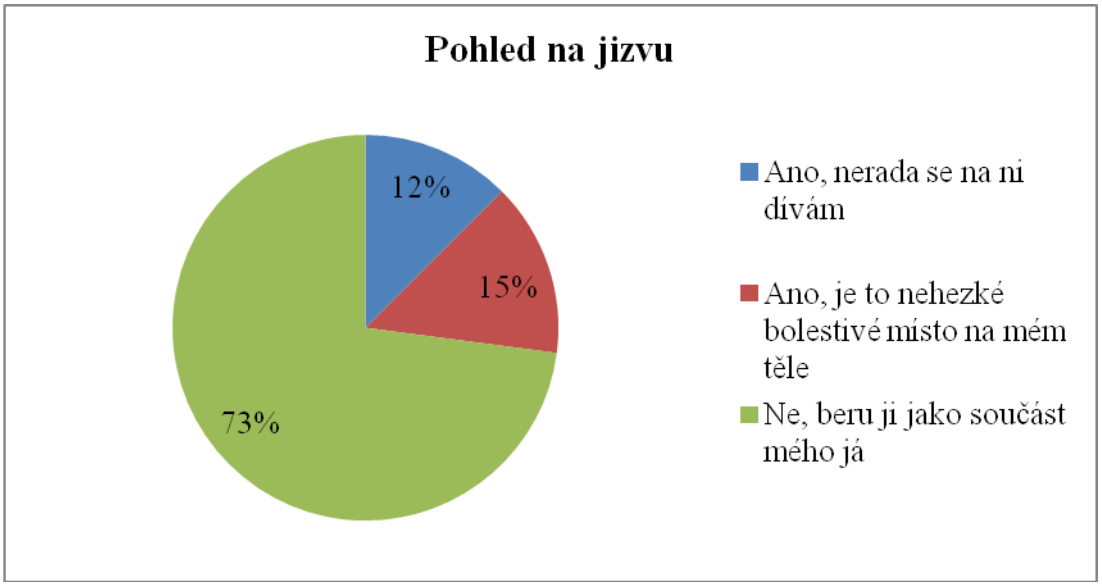
Graf 23 Zvyk na vzhled

Z šetření vyplynulo, že si na svůj vzhled okamžitě ihned zvyklo nejvyšší procento žen.

Otázka č. 26. Má jizva na prsu negativní vliv na Vaši psychiku?

Tabulka 25 Pohled na jizvu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano, nerada se na ni dívám, vše mi připomene	6	13 %
Ano, je to nehezké, někdy bolestivé místo na mém těle	7	15 %
Ne, beru ji jako součást mého já	35	73 %
Celkem	**48**	**100 %**



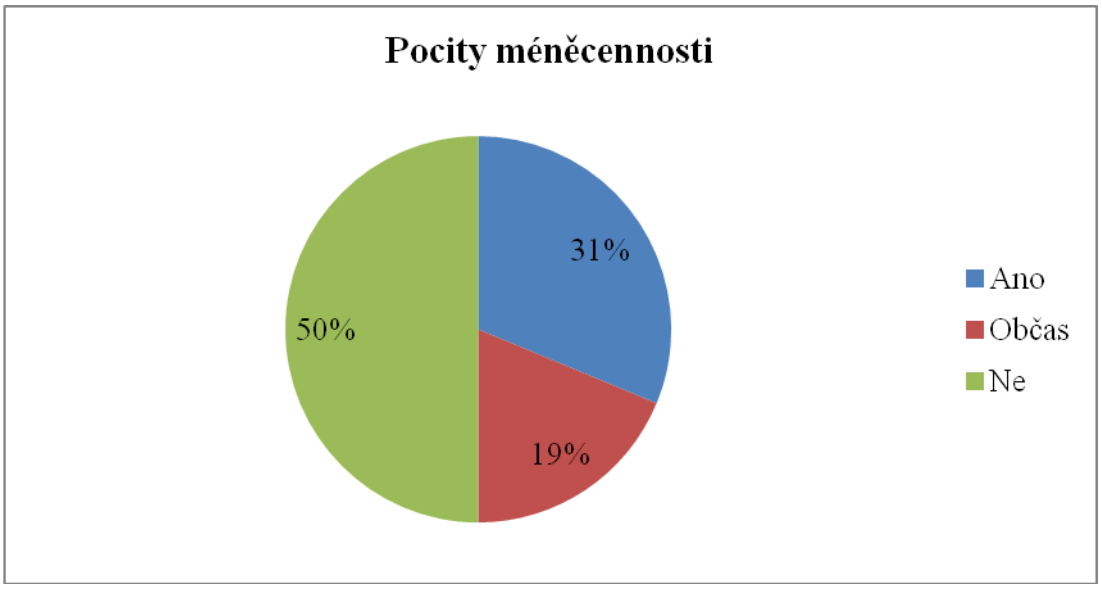
Graf 24 Pohled na jizvu

Jako součást svého já bere jizvu 35 (73 %) žen.

Otázka č. 27. Vyskytly se u Vás po mastektomii pocity méněcennosti?

Tabulka 26 Pocity méněcennosti

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	15	31 %
Občas	9	19 %
Ne	24	50 %
Celkem	**48**	**100 %**



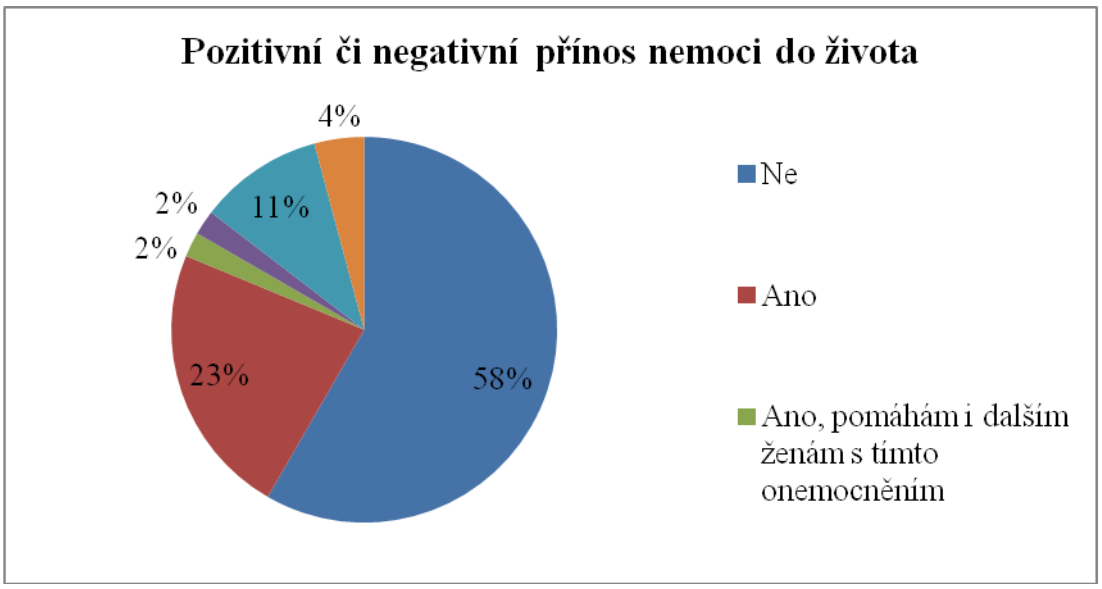
Graf 25 Pocity méněcennosti

Z šetření vyplynulo, že nejvíce žen nemá po mastektomii pocity méněcennosti.

Otázka č. 28. Vnesla Vám nemoc do života i něco pozitivního, nejen negativního?

Tabulka 27 Pozitivní či negativní přínos nemoci do života

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ne	28	58 %
Ano	11	23 %
Ano, pomáhám i dalším ženám s tímto onemocněním	1	2 %
Ano, nevím, jak dlouho mi bude ještě život dopřán	1	2 %
Ano, život si více užívám	5	10 %
Ano, přestala jsem se upínat na děti	2	4 %
Celkem	**48**	**100 %**



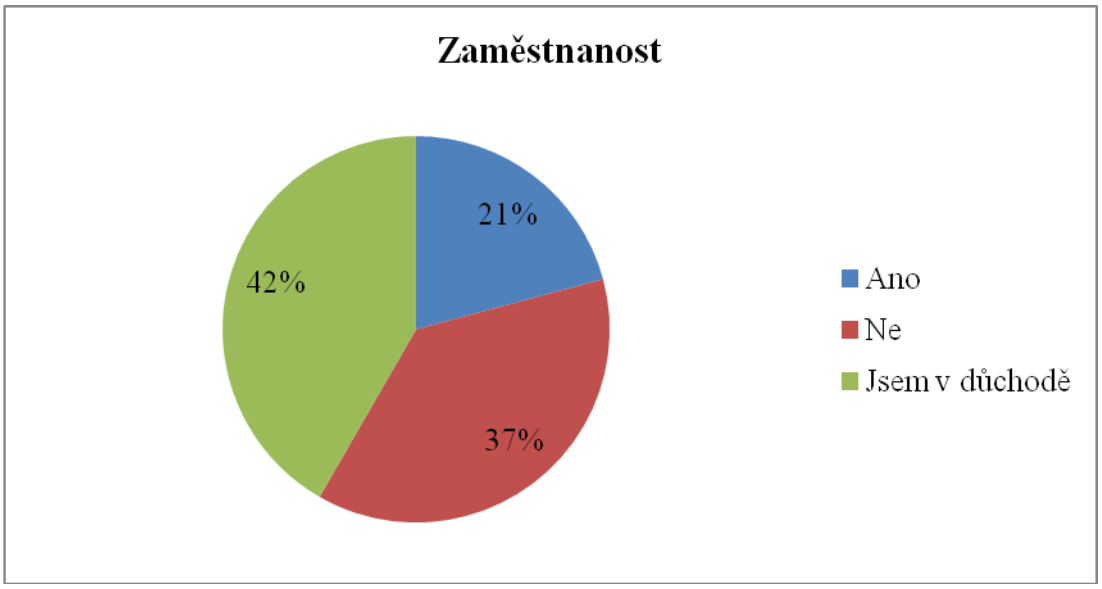
Graf 26 Pozitivní či negativní přínos nemoci do života

Nic pozitivního nemoc do života nepřinesla většině z dotazovaných žen.

Otázka č. 29. Jste zaměstnaná?

Tabulka 28 Zaměstnanost

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	10	21 %
Ne	18	38 %
Jsem v důchodě	20	42 %
Celkem	**48**	**100 %**



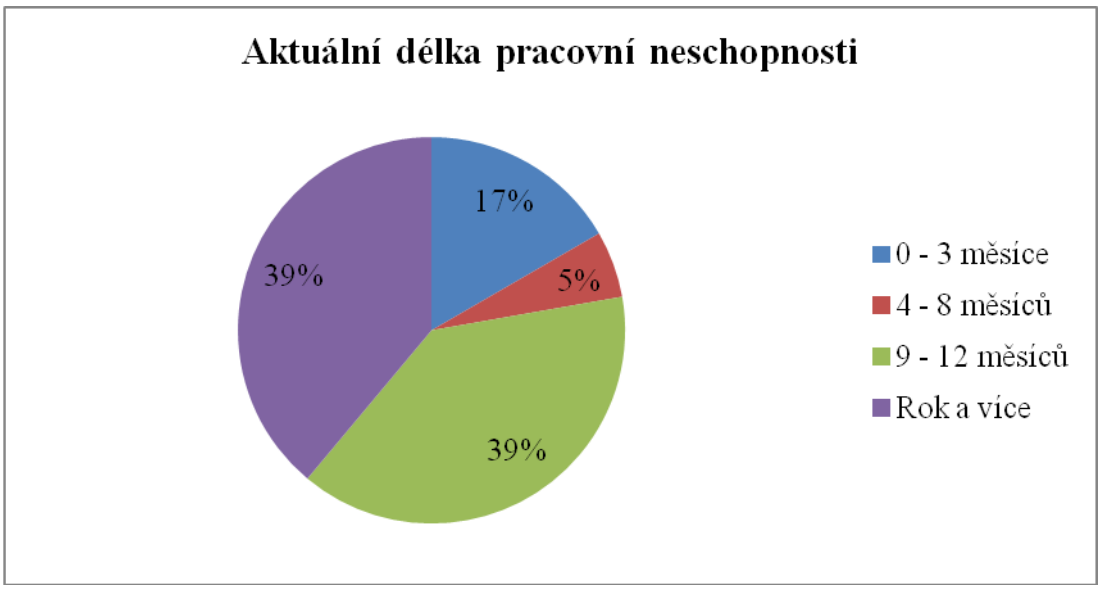
Graf 27 Zaměstnanost

Nejčetnější skupina žen, která odpovídala na dotazníky, byla v důchodě.

Otázka č. 30. Jak dlouho jste v pracovní neschopnosti?

Tabulka 29 Aktuální délka pracovní neschopnosti

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
0 - 3 měsíce	3	17 %
4 - 8 měsíců	1	6 %
9 - 12 měsíců	7	39 %
Rok a více	7	39 %
Celkem	**18**	**100 %**



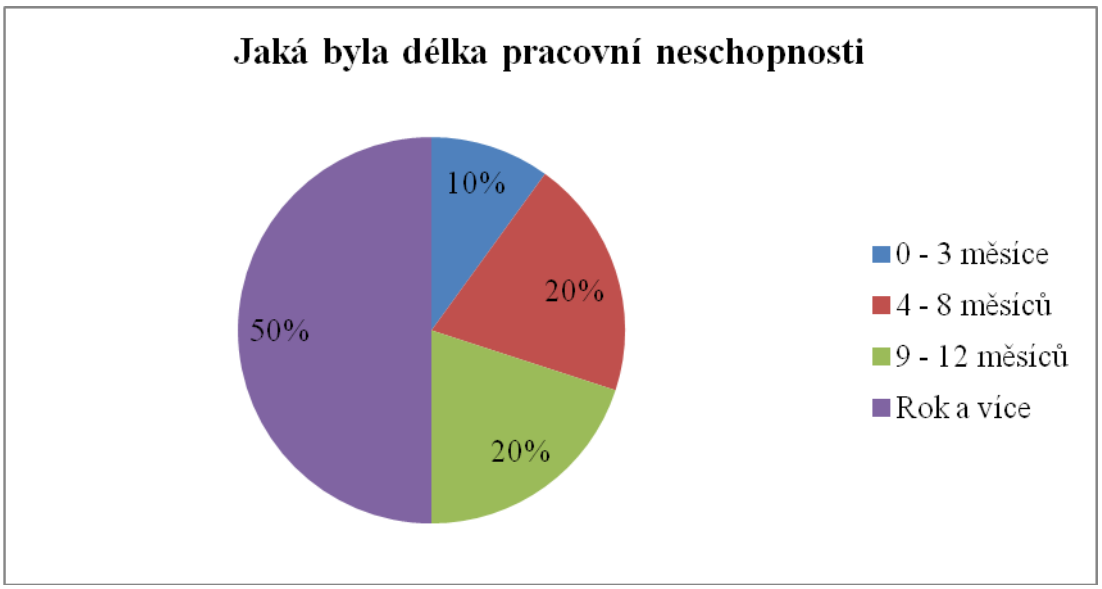
Graf 28 Aktuální délka pracovní neschopnosti

Ženy, které nejsou zaměstnané nebo jsou v důchodu a pracují, mohly zaznamenat, jak dlouho jsou již v pracovní neschopnosti. Nejčastěji byly žen v pracovní neschopnosti rok a více.

Otázka č. 31. Jaká byla délka Vaší pracovní neschopnosti po mastektomii?

Tabulka 30 Jaká byla délka pracovní neschopnosti

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
0 - 3 měsíce	1	10 %
4 - 8 měsíců	2	20 %
9 - 12 měsíců	2	20 %
Rok a více	5	50 %
Celkem	**10**	**100 %**



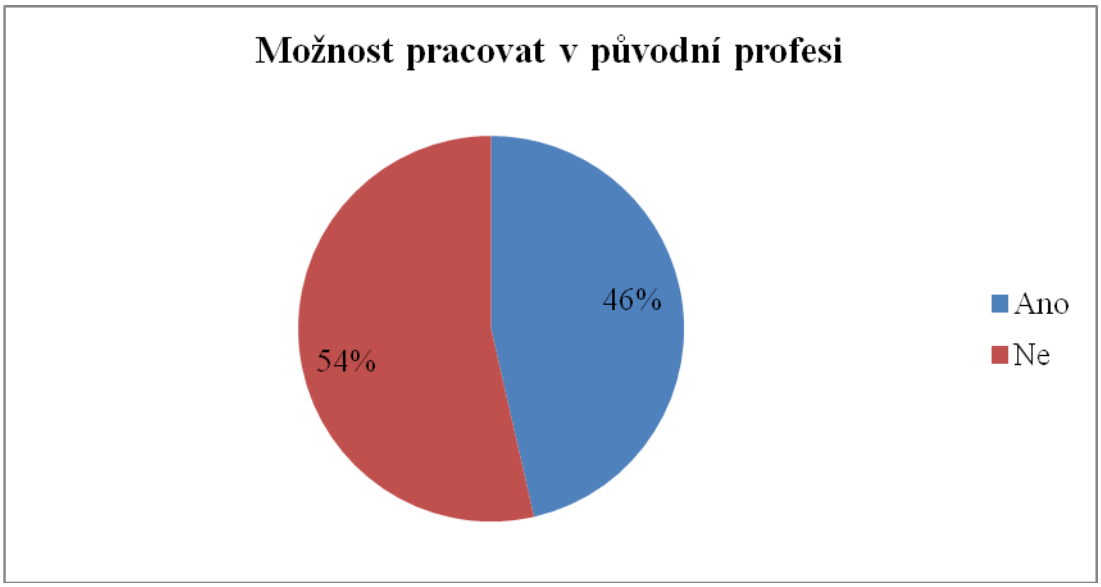
Graf 29 Jaká byla délka pracovní neschopnosti

Nejvíce žen zaznamenalo, že bylo v pracovní neschopnosti rok a více.

Otázka č. 32. Můžete/mohla byste po mastektomii vykonávat svoji původní profesi?

Tabulka 31 Možnost pracovat v původní profesi

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	13	46 %
Ne	15	54 %
Celkem	**28**	**100 %**



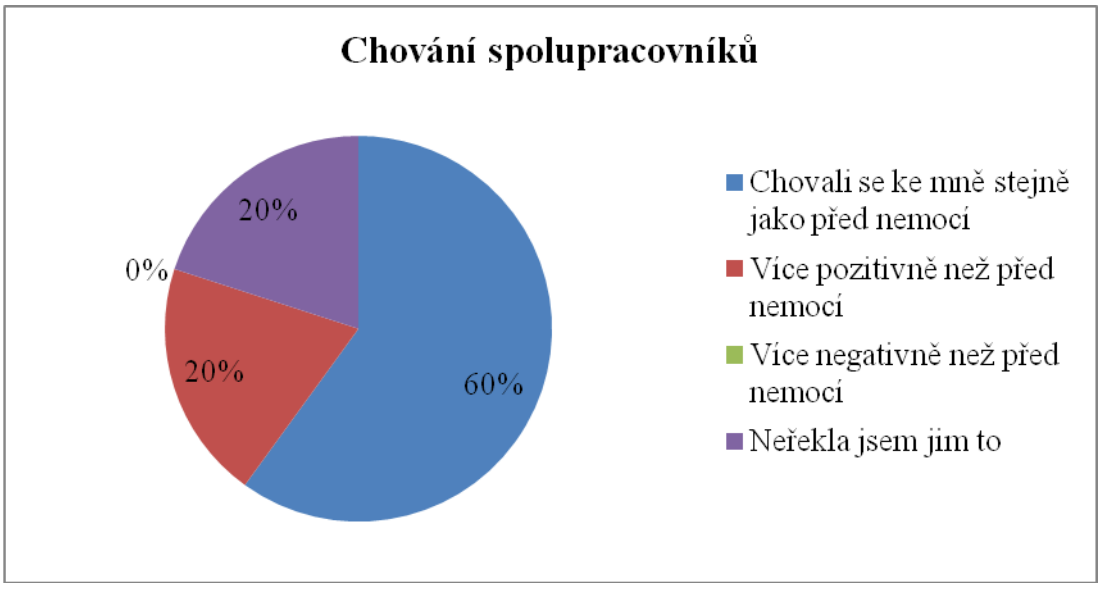
Graf 30 Možnost pracovat v původní profesi

Na tuto otázku odpovědělo celkem 28 žen. Největší počet žen nemůže/ by nemohlo po mastektomii vykonávat svoji původní profesi.

Otázka č. 33. Pokud jste se vrátila na své původní pracovní místo, jak se k Vám spolupracovníci chovali?

Tabulka 32 Chování spolupracovníků

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Chovali se ke mně stejně jako před nemocí	6	60 %
Více pozitivně než před nemocí	2	20 %
Více negativně než před nemocí	0	0 %
Neřekla jsem jim to	2	20 %
Celkem	**10**	**100 %**



Graf 31 Chování spolupracovníků

Na tuto otázku odpovídaly pouze ty ženy, které jsou v pracovním procesu. Z šetření plyne, že se k ženám spolupracovníci chovali stejně jako před nemocí.

Otázka č. 34. Setkala jste se s opovrhováním či nespoluprácí?

Tabulka 33 Opovrhování či nespolupráce

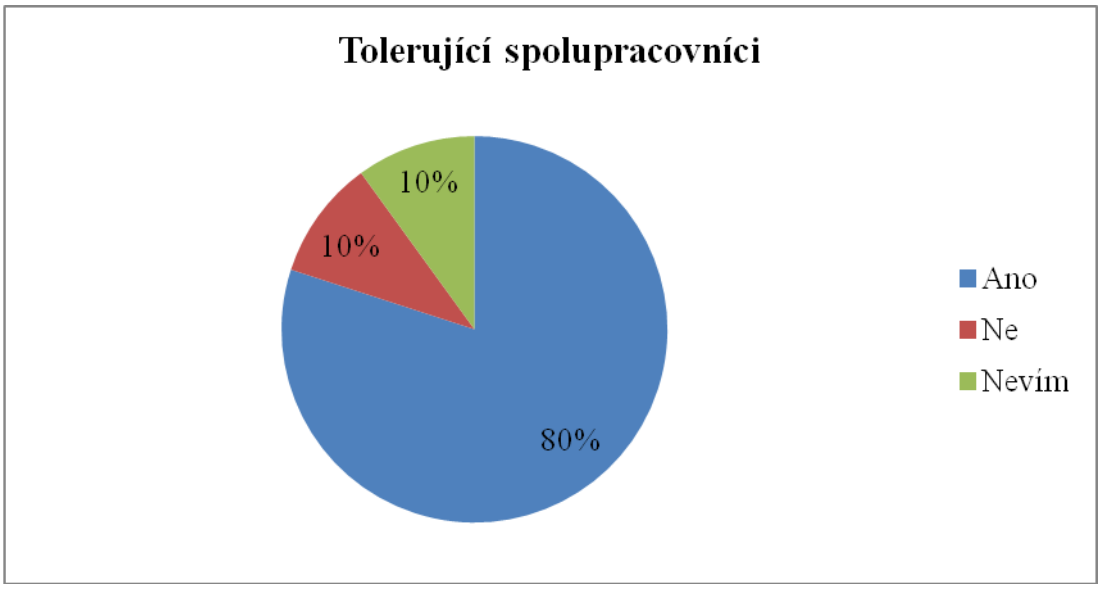
	Absolutní četnost (n)	**Relativní četnost**
Ano	0	0 %
Občas	0	0 %
Ne	10	100 %
Celkem	**10**	**100 %**

Na tuto otázku všech 10 žen odpovědělo jednoznačně. Z vyšetření plyne, že se nikdy žádná z těchto žen nesetkala s opovrhováním či nespoluprácí.

Otázka č. 35. Máte v práci kolektiv, který toleruje, že jste si prošla tímto onemocněním?

Tabulka 34 Tolerující spolupracovníci

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Ano	8	80 %
Ne	1	10 %
Nevím	1	10 %
Celkem	**10**	**100 %**



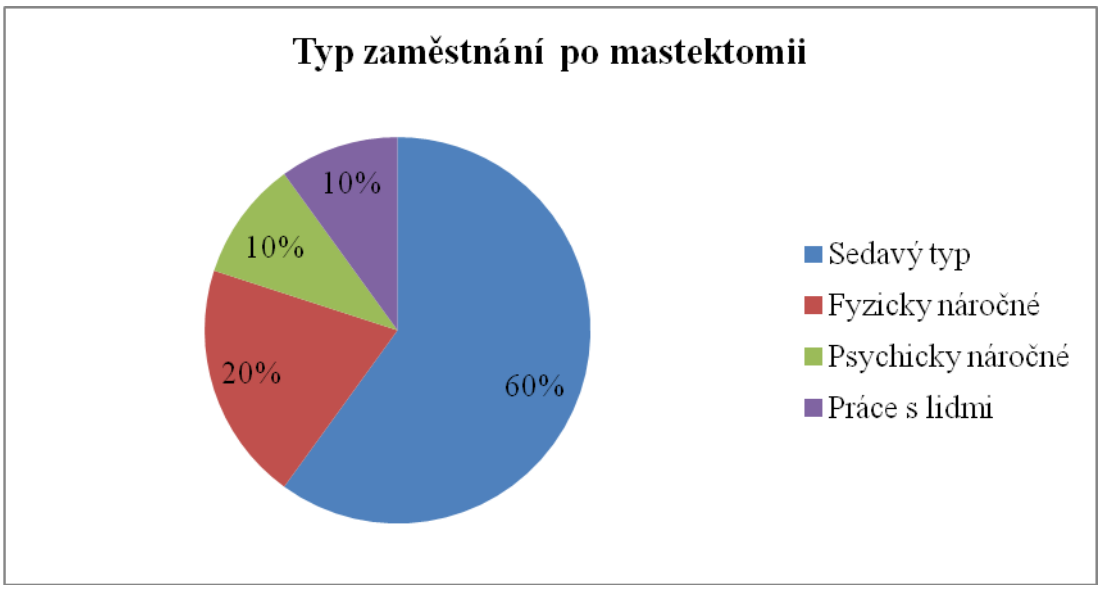
Graf 32 Tolerující spolupracovníci

Z dotazníku vyplynulo, že onemocnění, které ženy prodělaly, spolupracovníci tolerují.

Otázka č. 36. Jaký máte po mastektomii typ povolání?

Tabulka 35 Typ zaměstnání po mastektomii

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost
Sedavý typ	6	60 %
Fyzicky náročné	2	20 %
Psychicky náročné	1	10 %
Práce s lidmi	1	10 %
Celkem	**10**	**100 %**



Graf 33 Typ zaměstnání po mastektomii

Po mastektomii 10 zaměstnaných žen zaznamenalo typ své práce. Dotazované ženy mají nejčastěji sedavé zaměstnání.

Otázka č. 37. Dělalo Vám problém zařadit se znovu do pracovního procesu?

Tabulka 36 Zařazení do pracovního procesu

	Absolutní četnost (n)	**Relativní četnost**
Ano	0	0 %
Ne	10	100 %
Celkem	**10**	**100 %**

Na poslední otázku odpovědělo 10 zaměstnaných žen. Ani jedna z nich neměla problém znovu se zařadit do pracovního procesu.

7.1 DISKUZE

Prostřednictvím dotazníků rozdaných v ambulancích nemocnic Břeclav a Hodonín jsem dospěla k závěrečným výsledkům u žen po mastektomii. Ženy po mastektomii, které nejvíce dotazníky vyplňovaly, byly ve věku 61 – 70 let, tedy v důchodovém věku. Z toho vyplynulo, že se bohužel nemohly vyjádřit k problematice pracovní neschopnosti. Dále byly nejpočetnější věkovou skupinou ženy ve věku 51 – 60 let. 9 žen vyplnilo dotazník ve věku 70 let a více, 6 žen ve věku 41 – 50 let, pouze 2 ženy ve věku 31 – 40 let a jako jediná žena po mastektomii byla ve věku 19 – 30 let. Celkově mi na dotazníky odpovědělo ze 70 rozdaných pouze 48 žen po mastektomii. Z toho 28 žen odpovídalo na otázky v ambulanci Hodonín a 20 žen v ambulanci Břeclav. Ženy, které vyplňovaly dotazník, byly nejčastěji vdané a měly v průměru 2 potomky.

Cíl 1. Monitorovat psychické problémy u žen po mastektomii.

Prvním cílem, který jsem si zvolila pro praktickou část mé bakalářské práce, bylo monitorovat psychické problémy/změny u žen po mastektomii. Z dotazníku vyplynulo, že ženy po mastektomii, které měly dotazník k dispozici, psychické změny po zákroku mají. Výsledky byly ale rozporuplné a nejčastější odpovědí byla možnost občas, dále pak ihned po ní odpověď ano, zřídka. Překvapilo mne, že pořád nemalé množství žen zaznamenalo možnost, nikdy jsem nepocítila psychické změny a v průměru současný psychický stav je u většiny těchto žen dobrý, pouze u jedné velmi špatný. Nejčastější obranu proti stresu zaznamenaly ženy v průměru nejvíce práci. Psychologa a psychiatra nad mé očekávání navštívil jen malý počet žen, na to, jak je karcinom prsu psychicky náročným onemocněním a ženy jej v některých případech velmi těžce snáší. Pomoc odborníka nikdy nepotřebovalo 31 žen z celkového počtu 48. Pokud ženy odborníka navštěvují stále, nejčastěji již terapie trvá 7 – 9 měsíců. Jestliže ženy již odborníka nenavštěvují, ale v minulosti ano, nejčastěji to byla délka terapie 4 – 6 měsíců. Účinnost sezení s odborníkem potvrdilo 13 žen. Léky na uklidnění užívá z dotazovaných žen 12 ze 48, nejčastěji 1 – 3 měsíce a 6 žen potvrdilo, že se po medikaci cítí lépe. Jiný druh terapie, než je psycholog a psychiatr, nezkusila žádná z žen. Pocit, že ženy po mastektomii lidé odsuzují, neměla většina žen, a to v počtu 29, zbytek žen tento pocit má. K negativním zážitkům po mastektomii se vyjádřila pouze jedna žena a to s odpovědí, že jej raději nikomu neříká. Společnosti se zpočátku vyhýbalo, nad mé očekávání, 13 žen, stále pouze 3 ženy a zbytek žen nemá se společností problém. Než

negativní pocity u žen odezněly a byly schopny jít mezi lidi, v průměru tento problém trval 1 – 3 měsíce a nejčastěji z důvodu obavy pocitu ze středu pozornosti. Omezení cítí většina dotazovaných žen v oblasti slunění a solárií, styl oblékání většina žen nezměnila, a pokud některá z žen ano, brzy si na tento styl oblékání zvykla a vůbec jí nevadí. Se svým vzhledem po mastektomii většina žen problém nemá a to 33 žen ze 48. Na svůj vzhled si ve velké většině zvykly ženy okamžitě, dále po pár týdnech. Jizva na prsu má negativní vliv pouze u 13 - ti žen, zbytek žen s pohledem na jizvu nemá problém. Pocity méněcennosti se vyskytují u 24 žen, což je polovina z dotazovaných. Můj předpoklad se potvrdil u poslední otázky, kdy jsem se ptala, jestli nemoc ženám přinesla do života i něco pozitivního, nejen negativního. 20 žen zaznačilo, že ano a některé byly i konkrétní. Vepsaly pozitiva ve smyslu většího užívání si života, odpoutání se od dětí a pomáhání druhým ženám s tímto onemocněním.

Cíl 2. Zjistit, jaká byla délka pracovní neschopnosti žen po mastektomii a jestli mohou i nadále vykonávat svoji původní profesi.

Mým druhým cílem bylo zjistit problémy v pracovní oblasti. S výsledky nejsem spokojená, protože většina žen odpovídajících na dotazník byla v důchodu. Nedošla jsem tedy k převratným výsledkům. Zaměstnaných žen bylo pouze 10 a 18 žen bylo v pracovní neschopnosti. Ženy v pracovní neschopnosti byly nezaměstnané nejčastěji rok a více. U žen, které zaměstnané již jsou, byla délka pracovní neschopnosti po mastektomii stejná, tedy rok a více. Svoji původní profesi vykonává nebo by alespoň vykonávat mohlo 28 žen ze 48 dotazovaných. Jestliže se 10 žen vrátilo na své původní místo, spolupracovníci se k nim chovali stejně jako před nemocí a nikdy se nesetkaly s opovrhováním či nespoluprácí. Kolektiv ve velké většině toleroval, že si prošly jistým onemocněním a typ zaměstnání měly sedavý. Zařazení se znovu do pracovního procesu nedělalo ani jedné z 10 – ti žen problém.

ZÁVĚR

Téma mé bakalářské práce bylo Život po mastektomii pro karcinom prsu. V teoretické části jsem se zaměřila na obecné popsání historie, anatomie prsu, karcinomu prsu, jeho diagnostiky, prevenci, či léčby. Zaměřila jsem se také na rehabilitaci po mastektomii a psychoterapii.

V praktické části z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že ženy po mastektomii mají psychické problémy v 50 – ti %. Dovolila bych si říci, že víc než polovina dotazovaných žen měla minimální psychické problémy, které by musela nějakým způsobem řešit. Ať už pomocí odborníka, psychologa, psychiatra nebo pomocí léků. Těch druhých 50 % dotazovaných žen psychické problémy mají, ale ve velké většině se s nimi umí vypořádat, chodí na sezení, užívají léky na uklidnění a snaží se své pocity eliminovat i jinými způsoby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. 2000. *Rakovina prsu*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4136-6.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada, ISBN 978-802-4730-639.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK, 2003. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0499-4.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, Ctibor POVÝŠIL a Jaromír HORÁK, 2000. *Atlas nádorů prsu*. Praha: Grada, ISBN 80-716-9771-0.

ANGENENDT, Gabriele et al., 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, ISBN 978-807-3677-817.

BARKMANOVÁ, Jaroslava a Alena JELÍNKOVÁ. *Lymfatický otok po operacích prsu*. Praha 8: Liga proti rakovině. Dostupné z: http://www.lpr.cz/

BÜCHLER, Tomáš, *Karcinom prsu Průvodce pro pacienty – diagnóza a léčba.* Praha 3. *Dostupné z: www.breastcancer.cz*

CIBULA, David a Luboš PETRŽELKA, 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, ISBN 978-802-4726-656.

DANEŠ, Jan, 1996. Základy ultrasonografie prsu. Praha: Maxdorf, ISBN 80-85800-34-9.

DOSTÁLOVÁ, Olga, 1991. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada-Avicenum, ISBN 80-716-9040-6.

DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK, 2006. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1123-0.

DYLEVSKÝ, Ivan, 1995. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava, ISBN 80-901-6670-9.

HEROKOVÁ,J. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Onkologická péče. 2/2008. ISSN 1214-5602.

WOLTERS KLUWER. *Kapesní průvodce anatomií prsu: a jeho onemocněními*. Praha 4: GlaxoSmithKline s.r.o., © 2009. Dostupné z: http://www.pharma.wkhealth.com

KAREŠOVÁ, Jana, 2011. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-807-3452-681.

KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, ISBN 978-802-4617-176.

PETRÁKOVÁ, Katarína, 2012. *Rozhodovací proces v léčbě mladých žen s karcinomem prsu.* Zdravotnické noviny: Lékařské listy, odborná příloha zdravotnických novin. Roč. 61, č. 40, s. 11 – 12.

PRAUSOVÁ, Jana, 2010. *Karcinom prsu – problém i v 21. století.* Interní medicína pro praxi. Olomouc: SOLEN, s.r.o., roč. 12, č. 1, s. 26 – 32. ISSN 1212-7299

ROMAŇÁKOVÁ, Marta. *Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné.* Masarykův onkologický ústav, Brno. *Dostupné z: www.breastcancer.cz*

SKOVAJSOVÁ, Miroslava, 2010. *O rakovině prsu beze strachu*. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-802-0421-845.

SVOBODA, Václav a Stanislav FILIP, 2004. *Protinádorová léčba - chemoterapie: přínos Vaší aktivní spolupráce*. 3., dopl. vyd. Hradec Králové: Granet, ISBN 80-902-5742-9.

VYMĚTAL, Jan, 1997. *Obecná psychoterapie.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 6. ISBN 80-861-2302-2.

ZÁMEČNÍK, Jiří, 2002. *Nemocný se zhoubným nádorem*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, ISBN 80-704-0556-2.

ŽALOUDNÍK, Jan, 2012. *Moderní chirurgická léčba karcinomu prsu mladých žen, lékařské listy.* Lékařské listy Karcinom prsu mladých žen, odborná příloha Zdravotnických novin. LF MU Brno, roč. 61, č. 43.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	číslo
ČR	Česká republika
dpl.	doplněné
EKG	elektrokardiografie
ECHO	echografie
Int.	interní
kol.	kolektiv autorů
Kr.	Kristem
LHRH	Lutuizing hormone – releasing hormone
LTD	Letal Tumor Dose
Med.	Medicína
např.	například
př.	před
přeprac.	přepracované
s.	strana
sec. Madden	modifikovaná radikální mastektomie
stol.	století
T	tumor
t. j.	tj.
tzv.	takzvaný/á
vyd.	vydání

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 Věk respondentek 42
Graf 2 Rodinný stav 43
Graf 3 Četnost dětí respondentek 44
Graf 4 Psychické změny po mastektomii 45
Graf 5 Současný psychický stav 46
Graf 6 Obrana proti stresu 47
Graf 7 Terapie u psychologa, psychiatra 48
Graf 8 Aktuální délka terapie 49
Graf 9 Délka terapie, pokud navštěvovala odborníka 50
Graf 10 Účinnost sezení s psychologem/psychiatrem 51
Graf 11 Užití léků na uklidnění 52
Graf 12 Stálost užívání léků na uklidnění 53
Graf 13 Účinnost léků na uklidnění 54
Graf 14 Pocit, že jsou ženy po mastektomii odsuzovány 57
Graf 15 Negativní zážitek 58
Graf 16 Vyhýbání se společnosti 59
Graf 17 Doba, než odezněly negativní pocity 60
Graf 18 Důvod vyhýbání se společnosti 61
Graf 19 Omezení v oblastech 62
Graf 20 Změna ve stylu oblékání 63
Graf 21 Nezvyk na nový styl oblékání 64
Graf 22 Líbíte se sama sobě? 65
Graf 23 Zvyk na vzhled 66
Graf 24 Pohled na jizvu 67
Graf 25 Pocity méněcennosti 68
Graf 26 Pozitivní či negativní přínos nemoci do života 69
Graf 27 Zaměstnanost 70
Graf 28 Aktuální délka pracovní neschopnosti 71
Graf 29 Jaká byla délka pracovní neschopnosti 72
Graf 30 Možnost pracovat v původní profesi 73
Graf 31 Chování spolupracovníků 74
Graf 32 Tolerující spolupracovníci 76

Graf 33 Typ zaměstnání po mastektomii 77

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentek 42
Tabulka 2 Rodinný stav 43
Tabulka 3 Četnost dětí respondentek 44
Tabulka 4 Psychické změny po mastektomii 45
Tabulka 5 Současný psychický stav 46
Tabulka 6 Obrana proti stresu 47
Tabulka 7 Terapie u psychologa, psychiatra 48
Tabulka 8 Aktuální délka terapie 49
Tabulka 9 Délka terapie, pokud navštěvovala odborníka 50
Tabulka 10 Účinnost sezení s psychologem/psychiatrem 51
Tabulka 11 Užití léků na uklidnění 52
Tabulka 12 Stálost užívání léků na uklidnění 53
Tabulka 13 Účinnost léků na uklidnění 54
Tabulka 14 Jiný druh terapie 55
Tabulka 15 Pocit, že jsou ženy po mastektomii odsuzovány 57
Tabulka 16 Negativní zážitek 58
Tabulka 17 Vyhýbání se společnosti 59
Tabulka 18 Doba, než odezněly negativní pocity 60
Tabulka 19 Důvod vyhýbání se společnosti 61
Tabulka 20 Omezení v oblastech 62
Tabulka 21 Změna ve stylu oblékání 63
Tabulka 22 Nezvyk na nový styl oblékání 64
Tabulka 23 Líbíte se sama sobě? 65
Tabulka 24 Zvyk na vzhled 66
Tabulka 25 Pohled na jizvu 67
Tabulka 26 Pocity méněcennosti 68
Tabulka 27 Pozitivní či negativní přínos nemoci do života 69
Tabulka 28 Zaměstnanost 70
Tabulka 29 Aktuální délka pracovní neschopnosti 71
Tabulka 30 Jaká byla délka pracovní neschopnosti 72
Tabulka 31 Možnost pracovat v původní profesi 73
Tabulka 32 Chování spolupracovníků 74

Tabulka 33 Opovrhování či nespolupráce 75
Tabulka 34 Tolerující spolupracovníci 76
Tabulka 35 Typ zaměstnání po mastektomii 77
Tabulka 36 Zařazení do pracovního procesu 78

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Nemocnici Hodonín

Příloha č. II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Nemocnici Břeclav

Příloha č. III: Dotazník

Příloha č. I: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Nemocnici Hodonín

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 Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Štěpánka Pšovská	
Téma bakalářské práce	Život po mastektomii pro karcinom prsu	
Skupina respondentů	Ženy po mastektomii	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Onkologická ambulance Hodonín	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28. 2. 2013

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

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha č. II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Nemocnici Břeclav

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 Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Štěpánka Pšovská
Téma bakalářské práce	Život po mastektomii pro karcinom prsu
Skupina respondentů	Ženy po mastektomii
Pracoviště	Ambulance klinické onkologie Břeclav

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

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

Ve Zlíně dne 17.12.2012

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

NEMOCNICE BŘECLAV
příspěvková organizace
hlavní sestra
U nemocnice 1, 690 74 Břeclav
IČO: 00 390 780

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

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

Příloha III: Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,

jmenuji se Štěpánka Pšovská a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetřovatelství. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma *„ Život po mastektomii pro karcinom prsu.“* Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, jakožto anonymního formuláře, ve kterém můžete zaznačit vždy jednu, či více odpovědí. Zadané odpovědi budou použity pouze pro potřebu této práce. Doba vyplnění dotazníku je 5 - 10 minut.

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a čas, který jste dotazníku věnovali.

1. **Kolik je Vám let?**
   a) 19 – 30
   b) 31 – 40
   c) 41 – 50
   d) 51 – 60
   e) 61 – 70
   f) 70 a více let

2. **Jaký je Váš rodinný stav?**
   a) Svobodná
   b) Vdaná
   c) Rozvedená
   d) Vdova

3. **Máte děti?**
   a) 1
   b) 2
   c) 3
   d) 4 a více
   e) Nemám děti

4. **Pociťujete, jako následek mastektomie, psychické změny?**
   (Např. deprese, značný stres, časté výkyvy nálad.)
   a) Ano, velmi často

b) Ano, zřídka
c) Občas
d) Nikdy

5. Jaký je Váš současný psychický stav?

a) Velmi dobrý
b) Dobrý
c) Průměrný
d) Špatný
e) Velmi špatný

6. Jakou máte nejčastější obranu proti stresu po mastektomii?

a) Manuální práci (šití, malba, různé tvoření)
b) Práce
c) Hudba, tanec, zábavy, přátelé
d) Cestování, lázně
e) Farmakologickou (léky)
f) Nemám stres
g) Jiné, doplňte……

7. Navštěvujete psychologa nebo psychiatra?

a) Ano, psychologa
b) Ano, psychiatra
c) Už ne, psychologa (Přejděte k ot. **č. 9.)**
d) Už ne, psychiatra (Přejděte k ot. **č. 9.**)
e) Nikdy jsem tuto pomoc nepotřebovala (Přejděte k ot. **č. 11.**)

8. Pokud jej navštěvujete, jak dlouho terapie již trvá?

a) 1 – 3 měsíce
b) 4 – 6 měsíců
c) 7 – 9 měsíců
d) 10 – 12 měsíců
e) Déle než 1 rok

9. Pokud jste jej navštěvovala, jak dlouho terapie trvala?

a) Navštívila jsem jej pouze jednou
b) 1 měsíc – 3 měsíce
c) 4 měsíce – 6 měsíců
d) 7 měsíců – 9 měsíců
e) 10 měsíců – 1 rok
f) Více jak 1 rok
g) Na sezení chodím stále

10. Pomáhá/pomáhalo Vám toto sezení?

a) Ano
b) Sezení mi pomáhá/pomáhalo pouze někdy
c) Ne

11. Užíváte po mastektomii léky na uklidnění?

a) Ano
b) Už ne (Přejděte k ot. **č. 14**)
c) Nikdy jsem je neměla potřebu užívat (Přejděte k ot. **č. 14**)

12. Jak dlouho tyto léky užíváte?

a) 1 – 3 měsíce
b) 4 – 6 měsíců
c) 7 – 9 měsíců
d) 10 – 12 měsíců
e) Déle než 1 rok

13. Jak moc Vám tyto léky pomáhají?

a) Cítím se dobře, myslím, že plní svoji funkci
b) Užívám je teprve chvíli, účinek nepozoruji
c) Nepomáhají mi

14. Zkoušela jste vyhledat i jiný druh terapie?

a) Taneční a pohybová terapie
b) Muzikoterapie (Léčba zvukem, hudbou)
c) Kanesteterapie (Léčba pomocí psů)

d) Ergoterapie (Léčba prací)
e) Jiný druh terapie, doplňte……
f) Žádnou terapii jinou jsem nezkoušela (Přejděte k ot. **č. 16**)

15. Pomohl Vám tento druh terapie a mohla byste jej jiným ženám doporučit? (Popřípadě doplňte Vaše poznámky k terapii)

a) Ano……
b) Ne……..

16. Máte pocit, že Vás okolí po prodělané nemoci odsuzuje?

a) Ano
b) Občas
c) Ne (Přejděte k ot. **č. 18**)

17. Proč se u Vás tento pocit vyskytuje? Máte nějaký negativní zážitek? (Prosím doplňte)

……..

18. Vyhýbáte se po mastektomii společnosti?

a) Vyhýbala jsem se jí pouze zpočátku
b) Ano (Přejděte na ot. **č. 20**)
c) Ne (Přejděte na ot. **č. 21**)

19. Pokud jste se společnosti vyhýbala a nyní již ne, jak dlouho Vám trvalo, než Vaše negativní pocity odezněly?

a) 1 – 3 měsíce
b) 4 – 6 měsíců
c) 7 – 9 měsíců
d) 10 – 12 měsíců
e) Více než 1 rok

20. Pokud se společnosti vyhýbáte nebo jste se jí vyhýbala pouze zpočátku, z jakého důvodu nejvíce?

a) Stydím se/ styděla jsem se za své prodělané onemocnění
b) Mám/měla jsem vždy pocit, že jsem středem pozornosti
c) Bojím/bála jsem se, že se na mne lidé budou dívat s předsudky

d) Mám/měla jsem obavu, že se mne lidé budou na vše vyptávat
e) Jiné, doplňte……..

21. Ve kterých oblastech cítíte omezení?

a) Sport
b) Oblékání
c) Koupání, pobyt u moře
d) Slunění, solária
e) V žádné oblasti omezení necítím
f) Jiné, doplňte……

22. Změnila jste styl oblékání?

a) Ano, přestala jsem nosit výstřihy
b) Ano, celkově se zahaluji
c) Ne, nosím stále stejný styl oblečení (přejděte k ot. **č. 24**)

23. Pokud Vás pocit po mastektomii nutí k tomu, abyste se jistým způsobem zahalovala, vadí Vám nový styl oblékání?

a) Ano, nepřipadám si vůbec přitažlivá
b) Ano, byla jsem zvyklá úplně na jiný styl oblékání
c) Ano, (z důvodu - doplňte)……..
d) Ano, ale už jsem si na tento styl oblékání zvykla
e) Ne, tento nový styl oblékání mi vůbec nevadí

24. Líbíte se po mastektomii sama sobě?

a) Ano, nemám se svým vzhledem problém
b) Ne, nesnesu pohled do zrcadla

25. Po jak dlouhé době jste si na svůj nový vzhled zvykla?

a) Okamžitě
b) Po pár týdnech
c) Po pár měsících
d) Po létech
e) Stále jsem si nezvykla

26. Má jizva na prsu negativní vliv na Vaši psychiku?

a) Ano, nerada se na ni dívám, vše mi připomene
b) Ano, je to nehezké, někdy bolestivé místo na mém těle
c) Ne, beru ji jako součást mého já

27. Vyskytly se u Vás po mastektomii pocity méněcennosti?

a) Ano
b) Občas
c) Ne

28. Vnesla Vám nemoc do života i něco pozitivního, nejen negativního? (Například, že si nyní užíváte více život naplno, atd.)

a) Ano, konkrétně……
b) Ne

29. Jste zaměstnaná?

a) Ano (Přejděte na ot. **č. 31**.)
b) Ne

30. Jak dlouho jste v pracovní neschopnosti?

a) 0 – 3 měsíce
b) 4 – 8 měsíců
c) 9 – 12 měsíců
d) Rok a více

31. Jaká byla délka Vaší pracovní neschopnosti po mastektomii?

a) 0 – 3 měsíce
b) 4 – 8 měsíců
c) 9 – 12 měsíců
d) Rok a více

32. Můžete po mastektomii vykonávat svoji původní profesi?

a) Ano
b) Ne

33. Pokud jste se vrátila na své původní pracovní místo, jak se k Vám spolupracovníci chovali?

a) Chovali se ke mně stejně jako před nemocí
b) Více pozitivně než před nemocí
c) Více negativně než před nemocí

34. Setkala jste s opovrhováním či s nespoluprací?

a) Ano
b) Občas
c) Ne

35. Máte v práci kolektiv, který toleruje, že jste si prošla tímto onemocněním?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

36. Jaký máte typ povolání po mastektomii?

a) Sedavé zaměstnaní
b) Fyzicky náročné
c) Psychicky náročné
d) Jiné, doplňte……

37. Dělalo Vám problém zařadit se znovu do pracovního procesu?

a) Ano (uveďte dvod)…….
b) Ne