

Sebepéče u pacientek po operaci karcinomu prsu

Ivana Hadwigerová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana HADWIGEROVÁ**

Osobní číslo: **H080269**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Sebepéče u pacientek po operaci karcinomu prsu.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části bakalářské práce popsat onemocnění karcinomu prsu, ošetrovatelskou péči u žen s tímto onemocněním a teorii deficitu sebepéče dle D. E. Oremové.

V praktické části se zaměřit na sestavení situační potřeby sebepéče, dle dotazníkového šetření zjistit nejčastější problémy u pacientek po operaci karcinomu prsu. Sestavit edukační materiál pro pacientky, které odchází do domácího léčení po operaci karcinomu prsu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ABRAHÁMOVÁ, Jitka; DUŠEK, Ladislav. Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu . 1. vyd. Praha: Grada Oublishing, 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499-4.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka; POVÝŠIL, Ctibor; HORÁK, Jaromír. Atlas nádorů prsu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 328 s. ISBN 80-7169-771-0.

BEKEL, Gerhard; HALMO, Renata. Teorie deficitu sebeděče. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9.

HALMO, Renata. Ošetrovatelské koncepční modely se zaměřením na teorii deficitu sebeděče D. Oremové – poprvé v ČR. Ošetrovatelství. 2004, roč. 6, č.1-2, s. 56-57. ISSN 1212-723X.

MACHÁČKOVÁ, Růžena. Zásady ošetrovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. Sestra. 2010, Roč. 20, č.7-8, s.69-70. ISSN 1210-0404.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Renata Halmo**
Ústav ošetrovatelství

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

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

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 23.5.2011



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 nevydělečně 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 vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-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.*

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

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

Jméno a příjmení studenta	Ivana Hadwigerová
Téma bakalářské práce	Sebepéče u pacientek po operaci karcinomu prsu
Skupina respondentů	Ženy po operaci prsu v následné onkologické léčbě
Pracoviště	Centrum klinické onkologie Přerov, MUDr. Skopal Lubomír

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



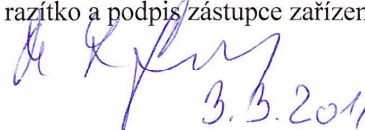
Ve Zlíně dne 18.2.2011



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

CENTRUM KLINICKÉ ONKOLOGIE
DENNÍ STACIONÁŘ a AMBULANCE
MUDr. LUBOMÍR SKOPAL
Nám. Přerovského povst. 1, Poliklinika IV
PŘEROV
IČZ 82 316 000 IČO 480 02 82H

.....
razítko a podpis/zástupce zařízení



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	Ivana Hadwigerová
Téma bakalářské práce	Sebepéče u pacientek po operaci karcinomu prsu
Skupina respondentů	Ženy po operaci prsu s následnou onkologickou léčbou
Pracoviště	Prodejna zdravotnických potřeb TILIA, Přerov


Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 18. 2. 2011


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




.....
razítko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


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

Jméno a příjmení studenta	Ivana Hadwigerová
Téma bakalářské práce	Sebepéče u pacientek po operaci karcinomu prsu
Skupina respondentů	Ženy po operaci prsu v následné onkologické léčbě
Pracoviště	Centrum MAMMA HELP Přerov

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 18.2.2011


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

Mamma HELP
Sdružení pacientek
IČ: 700 99 880
MAMMA HELP CENTRUM PŘEROV
Právní zástupce: Mgr. Dana Klimešová
IČ: 700 02 8760V
.....

razítko a podpis zástupce zařízení

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma sebepěče u pacientek po operaci karcinomu prsu je zaměřena na zmapování problematiky karcinomu prsu, diagnostiky a léčby. Zabývá se problémy, které mohou u těchto pacientek nastat. Východiskem předkládané práce je teorie deficitu sebepěče D. E. Oremové. Podle této teorie byla sestavena situační potřeba sebepěče u pacientek po operaci karcinomu prsu. Cílem práce je zmapovat činnosti sebepěče pacientek po operaci karcinomu prsu v oblasti léčebných opatření, vlivu onemocnění na osobní život a zjistit nejčastější problémy, které pacientky trápí. Pro splnění těchto cílů bylo použito dotazníkového šetření. Jedním ze zjištění také bylo, že ženy po operaci karcinomu prsu ve velké míře neznají nebo málo využívají epitézy. Proto byl vytvořen edukační materiál pro pacientky zaměřený na následnou péči po operaci karcinomu prsu s využitím epitéz – prsních náhrad s názvem „Dostupnost a používání epitéz po operacích prsu“.

Klíčová slova: karcinom prsu, sebepěče, teorie deficitu sebepěče, D. E. Oremová, screening.

ABSTRACT

This bachelor thesis on the topic of patients self-care after the breast cancer surgery is aimed at mapping the problem of breast cancer diagnosis and treatment. It deals with problems that may occur on these patients. The basis of the submitted work is the theory of self-care deficit by D. E. Oremová. According to this theory the need of patients self-care situation after surgery of breast cancer was made. The aim is to monitor the activities of self-care patients after surgery of breast cancer treatment interventions, the impact of the disease at the personal life and to find the most common problems that worry patients. To meet these objectives, the questionnaire survey was used. One of the findings was also that women after undergoing the breast cancer surgery don't know the breast forms or they use them very little. For that reason the educational material for patients focused on the follow-up care after surgery for breast cancer using breast forms - breast replacements entitled "Availability and use of breast forms after breast surgery" was made.

Keywords: breast cancer, self-care, self-care deficit theory, D. E. Orem, screening.

Děkuji PhDr. Renatě Halmo za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, ochotu, trpělivost a vstřícnost na všech konzultacích kde mi byla vždy nápomocná.

Děkuji také MUDr. Lubomíru Skopalovi z Centra klinické onkologie, paní Janě Janovské z prodejny zdravotnických potřeb TILIA a centru Mamma Help v Přerově za umožnění dotazníkového šetření.

Poděkování patří také mé rodině a manželovi za trpělivost a podporu během celého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	14
I TEORETICKÁ ČÁST	16
1 KARCINOM PRSU	17
1.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ PRSU	17
1.2 ANATOMIE PRSU	17
1.3 EPIDEMIOLOGIE	17
1.4 ETIOPATOGENEZE A RIZIKOVÉ FAKTORY	17
Mezi rizikové faktory, které mohou mít vliv na vznik rakoviny prsu, patří:	18
1.5 KLINICKÝ OBRAZ.....	18
1.5.1 Asymptomatická forma	18
1.5.2 Lokální zduření	18
1.5.3 Zánětlivý karcinom.....	18
1.6 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ	19
1.6.1 Samovyšetřování prsů	19
1.6.2 Screening	19
1.7 DIAGNOSTIKA.....	20
1.8 HISTOLOGICKÉ TYPY KARCINOMU PRSU	21
1.9 URČENÍ ROZSAHU ONEMOCNĚNÍ POMOCÍ TNM SYSTÉMU.....	21
1.10 LÉČBA KARCINOMU PRSU	21
1.10.1 Chirurgická léčba	21
1.10.1.1 Konzervativní, prs šetřící výkony	21
1.10.1.2 Ablativní operační výkony	22
1.10.1.3 Výkony v podpaží	22
1.10.2 Radioterapie	23
1.10.3 Chemoterapie	23
1.10.4 Hormonální léčba	24
1.10.5 Biologická léčba.....	24
1.11 VEDLEJŠÍ ÚČINKY LÉČBY	24
1.11.1 Vedlejší účinky po chirurgické léčbě	25
1.11.2 Vedlejší účinky radiační léčby	26
1.11.3 Vedlejší účinky cytostatické terapie - chemoterapie	27
1.11.3.1 Bezprostřední nežádoucí účinky	27
1.11.3.2 Časné nežádoucí účinky	27
1.11.3.3 Oddálené nežádoucí účinky.....	28
1.11.3.4 Pozdní nežádoucí účinky.....	28
1.11.4 Nežádoucí účinky hormonální léčby	28
1.11.5 Nežádoucí účinky biologické léčby.....	28
1.12 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PO SKONČENÍ LÉČBY.....	29
1.12.1 Psychologická rehabilitace	29
1.12.1.1 Prsní epitézy – vnější náhrady prsu.....	30

1.12.1.2	Rekonstrukční výkony.....	31
1.12.1.3	Partnerský vztah	31
1.12.2	Fyzikální rehabilitace	31
1.12.3	Sociální rehabilitace	32
1.13	PROŽÍVÁNÍ NEMOCI	32
1.14	OBČANSKÉ SDRUŽENÍ.....	34
2	TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE	36
2.1	DOROTHEA ELIZABETH OREMOVÁ	36
2.2	TEORIE SEBEPÉČE	36
2.3	KOMPETENCE SEBEPÉČE.....	37
2.4	TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE	37
2.5	TEORIE OŠETŘOVATELSKÝCH SYSTÉMŮ.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
3	CÍLE PRÁCE	40
4	METODIKA PRÁCE.....	41
4.1	METODIKA SESTAVENÍ VLIVU KARCINOMU PRSU NA POŽADAVKY SEBEPÉČE	41
4.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	41
4.4	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	42
5	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	43
5.1	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 1 – ODVODIT VLIV KARCINOMU PRSU (V POOPERAČNÍM OBDOBÍ) NA POŽADAVKY SEBEPÉČE.	43
5.2	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 2 – SESTAVIT SITUAČNÍ POTŘEBU SEBEPÉČE U PACIENTEK PO OPERACI KARCINOMU PRSU.	46
5.3	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	49
5.3.1	ČÁST A – identifikační údaje respondentek.....	49
5.3.2	ČÁST B – onemocnění, druh operačního výkonu a následná léčba	53
5.4	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 3 - ZMAPOVAT ČINNOSTI SEBEPÉČE U PACIENTEK V SOUVISLOSTI S LÉČBOU PO OPERACI KARCINOMU PRSU.	56
5.4.1	ČÁST C – využití epitéz	63
5.5	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 4 - ZMAPOVAT ČINNOSTI SEBEPÉČE U PACIENTEK V OBLASTI VLIVU ONEMOCNĚNÍ NA OSOBNÍ ŽIVOT.....	68
5.5.1	ČÁST D – vliv onemocnění na osobní život	68
5.6	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 5 - ZJISTIT NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY PACIENTEK PO OPERACI KARCINOMU PRSU.....	74
6	DISKUZE	76
	ZÁVĚR	83
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	94

ÚVOD

V České republice je v současné době každoročně léčeno více než 5 tisíc žen s nově zjištěným karcinomem prsní žlázy. Karcinom prsu se řadí mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen. Základním předpokladem úspěšné léčby a příznivé prognózy karcinomu prsní žlázy je včasná diagnostika. Kromě osvětové činnosti, samovyšetřování prsu, je to především mamografický screening ženské populace, který zachytí časná stádia karcinomu prsu. Je to jediná současná naděje pro detekci nepalpovatelných maligních lézí v preklinickém období tohoto zákeřného onemocnění (Jandík, 2004, s. 375).

Reakce pacientů na onkologickou diagnózu je odlišná od reakcí na jiný druh onemocnění, a proto je psychologická podpora pacientů ze strany zdravotníků nejen potřebná, ale vyžaduje i vysokou profesionalitu (Zacharová, 2011, s. 19).

V průběhu onkologického onemocnění dochází mnohdy ke změnám v sociální situaci člověka. Mění se sociální role, potřeby, sociální prostředí a často i profesní zařazení, které mnohdy vede k úplné ztrátě zaměstnání. Zhoršuje se i ekonomické zabezpečení a často se mění vztahy v rodině včetně partnerských. Nemocný ztrácí určité životní jistoty a potřebuje pomoc (Zacharová, 2011, s. 19-20).

U pacientek po operaci prsu z důvodu karcinomu je rozhodující v jakém stádiu onemocnění se žena dostaví k lékaři a jaká strategie léčby je zvolena a také jak rozsáhlý výkon musí být proveden (Zacharová, 2011, s. 19-20).

Před zahájením léčby a během jejího průběhu potřebuje žena s diagnózou karcinomu prsu, stejně jako onkologický pacient získat informace o rozsahu nemoci, možnosti a dostupnosti léčby, prognóze a pravděpodobnosti vyléčení. Velmi důležité informace jsou o vedlejších účincích léčby. Je třeba o vedlejších účincích spojených s léčbou s ošetřujícím personálem již dopředu před zahájením léčby diskutovat a každý vzniklý problém ihned řešit (Abrahámová, 2009).

Důležitou úlohu v přístupu nemocnému po operaci prsu sehrává celý zdravotnický tým a hlavně sestra, která může pacientku systematicky edukovat a posílit její systém sebepečce tak, aby jí pomohla integrovat důsledky nemoci a tím vzniklé problémy do běžného denního života. Proto byla jako východisko práce teorie deficitu sebepečce D. E. Oremové, která dává sestře jedinečnou možnost, sestavit logický celek všech činností sebepečce, jež by si měla pacientka po operaci prsu osvojit, aby lépe zvládla integrovat problémy

způsobené onemocněním a následnou léčbou do běžného života. Tento soubor činností je označován jako situační potřeba sebepéče, která se také stala výchozím bodem pro tvorbu dotazníkového šetření ke zjištění činností sebepéče u 50 (100,00 %) žen po operaci prsu. Vypracovaná situační potřeba sebepéče také nabízí sestřám jednotný postup péče o tyto pacientky a v předkládané práci posloužila jako struktura pro tvorbu edukačního letáku s názvem „Dostupnost a používání epitéz po operacích prsu“.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KARCINOM PRSU

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným onemocněním u žen. Jak vyplývá z uveřejňovaných statistik, jeho výskyt stále roste a stává se tak velkým společenským problémem. Na základě tohoto trendu je karcinom prsu zařazován mezi civilizační choroby. Karcinom prsu můžeme objevit v jakémkoli věku, je však vzácný před 25. rokem a jeho (incidence) stoupá s přibývajícím věkem (Měšťák, 2007, s. 23).

1.1 Historie onemocnění prsu

Historie onemocnění prsu je popsána v příloze č. III.

1.2 Anatomie prsu

Stručná anatomie prsu je popsána v příloze č. IV.

1.3 Epidemiologie

Karcinom prsu je po jiných kožních nádorech nejčastějším zhoubným novotvarem u žen a v roce 2005 představoval 17 % všech nově diagnostikovaných malignit v ženské populaci. Trend incidence byl v celém sledovaném období (1977-2005) setrvale rostoucí, pouze v posledních letech byla zaznamenána jeho stagnace a mírný pokles, kdy v roce 2005 dosáhl počet nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen počtu 5 533, což představuje 105,4 nádorů na 100 tisíc žen. Počet žijících žen s nádorem prsu nebo anamnézou (tedy tzv. prevalence) pak byl v roce 2005 celkem 49 539, což je 944 na 100 tisíc žen.

Vysoká incidence nádorů prsu je pozorována ve všech vyspělých zemích světa, především v zemích severní a západní Evropy a severní Ameriky. Česká republika zaujímá ve srovnání s ostatními zeměmi světa 23. místo v počtu nově diagnostikovaných nádorů na 100 tisíc žen, ve srovnání s evropskými zeměmi pak 17. místo (Abrahámová, Dušek, 2003).

1.4 Etiopatogeneze a rizikové faktory

Etiopatogeneze karcinomu prsu není zcela jasná. Jsou však určité rizikové faktory dávané do souvislosti se vznikem této choroby.

Mezi rizikové faktory, které mohou mít vliv na vznik rakoviny prsu, patří:

- Hormonální a gynekologické faktory
- Hormonální substituční terapie v menopauze
- Hormonální antikoncepce
- Rodinná historie
- Benigní onemocnění prsu
- Radiace
- Životní styl

Jednotlivé rizikové faktory jsou popsány v příloze č. V.

1.5 Klinický obraz

1.5.1 Asymptomatická forma

Je klinicky bezpříznaková. Může být vedlejším nálezem při jiných vyšetření v oblasti hrudníku (rtg, SONO). Nejčastěji je v dnešní době zachycována při screeningové mammografii. Je snahou zachytit co nejvíce karcinomů prsu v tomto stadiu.

1.5.2 Lokální zduření

Jde o více či méně ohraničenou resistenci v oblasti prstu, na pohmat většinou nebolestivou, dalšími příznaky jsou zduření lymfatických uzlin v podpaždí, výtok z bradavky, vpáčená mamilla, u pokročilejších forem fixace tumoru ke kůži či hrudní stěně, kožní změny, ulcerace. Vyskytuje se i okultní karcinom – jde o nehmotnou primární lézi při zvětšených metastaticky postižených lymfatických uzlinách (Černý, 1993).

1.5.3 Zánětlivý karcinom

Jde o nepříznivou formu karcinomu, která se projevuje zduřením celého prsu, jeho začervenaním, hypertermií, lokální zduření u této formy nemusí být patrné (Černý, 1993).

1.6 Prevence onemocnění

V naší republice je 25,7 - 40 % všech případů karcinomu prsu diagnostikováno ve stádiu III-IV. Na tomto neutěšeném stavu se podílí zejména nízká úroveň zdravotnické výchovy. Mnoho žen váhá s návštěvou lékaře řadu týdnů. Vzhledem k tomu, že primární prevence karcinomu prsu není prakticky možná, je třeba se zaměřit na prevenci sekundární, která směřuje k časnému zachytu a detekci karcinomu a vytipování rizikových skupin žen.

1.6.1 Samovyšetřování prsů

Nejjednodušší metodou včasného zachytu rakoviny prsu je samovyšetřování vlastních prsů. Jak je zřejmé z názvu, vyšetřování si žena provádí sama, a to pravidelně každý měsíc. Ženy, které se samovyšetřením začínají, by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den. Jen tak se naučí znát geografii vlastních prsů. Nejlepším obdobím pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí (Abrahámová et al., 2000, s. 29).

Postup při samovyšetřování prsů je popsán v příloze II.

1.6.2 Screening

Mezi prevencí karcinomu prsu patří screening. Karcinom prsu je jedním ze tří onemocnění v naší republice, které byly zahrnuty do screeningového programu. Další dvě onemocnění jsou karcinom tlustého střeva a karcinom děložního čípku.

Mamografie spolu s fyzikálním vyšetřením prováděným velice zkušeným trénovaným profesionálem a se samovyšetřováním je propojená triáda, která hraje svou roli ve screeningu (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 157).

Cílem screeningu (aktivního vyhledávání) je detekovat karcinom prsu, když je velmi malý a před tím, než má šanci se rozšířit cévní propagací. Jde o stádium carcinoma in situ. Klinické vyšetření, mamografie prsu a výuka samovyšetření jsou efektivními nástroji na úspěšný širokoplošný screening (Abrahámová et al., 2000, s. 32).

Nádorový screening je definován jako cílené testování asymptomatických, dosud zdravých, dobrovolně souhlasících osob běžné populace, s cílem rozdělit je do skupin s vysokou a nízkou pravděpodobností onemocnění hledaným nádorem. Jedinci s pozitivním screeningovým testem podstupují do dalšího vyšetřovacího kola tak, aby exaktními

diagnostickými metodami byla potvrzena (event. vyloučena) hledaná choroba. U osob s potvrzenou diagnózou musí plynule a neprodleně následovat indikovaná léčba. Cílem je tedy objevit onemocnění dříve, než se projeví příznaky (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 65).

V současné době jsou pravidla mamárního screeningu dána Metodickým opatřením č. 12 s názvem: *Doporučený standard při poskytování výkonů screeningu nádorů prsu v České republice*. Metodické opatření bylo uveřejněno ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, Částka 11, v říjnu 2002 (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 148).

Screeningového vyšetření se může zúčastnit každá žena, která dosáhne 45. let. Tohoto vyšetření se může zúčastnit jednou za dva roky. Od 1. 2. 2010 je zrušena horní hranice screeningu. Podmínky, které musí splňovat screeningové vyšetření je uvedeno v příloze č. IX (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 66).

1.7 Diagnostika

K diagnostice karcinomu prsu patří aspekce – pohled a palpce – pohmat. Tyto metody jsou v současné době metodami doplňkovými stejně jako termografie či scintigrafie. Dominantní postavení zaujímá mamografie, sonografie a sonograficky navigovaná biopsie. Snahou je soustředit tyto metody do center, která poskytují komplexní diagnostickou péči a zajišťují návaznou péči chirurgickou.

Mezi vyšetřovací metody karcinomu prsu patří:

- Mamografie – indikace mamografického vyšetření jsou popsány v příloze č. X
- Sonografie
- Magnetická rezonance
- CT mamografie
- Duktografie
- Izotopová vyšetření prsu
- Perkutánní diagnostické techniky

Jednotlivé vyšetřovací metody jsou popsány v příloze č. XI.

1.8 Histologické typy karcinomu prsu

Nádory prsu dělíme dle histologie na zhoubné epitelové karcinomy a fibroepiteliární nádory. Jednotlivé typy nádorů jsou popsány v příloze č. VII.

1.9 Určení rozsahu onemocnění pomocí TNM systému

Rozsah onemocnění se stanovuje pomocí tak zvané TNM klasifikace, která zahrnuje tři složky – T (tumor), N (nodul – uzlina) a M (vzdálené metastázy).

V příloze č. VI jsou popsány jednotlivé složky TNM klasifikace.

1.10 Léčba karcinomu prsu

Nádorové onemocnění prsu vyžaduje komplexní léčebný postup s využitím všech metod určených k diagnostice a stanovení stupně pokročilosti choroby. Na léčbě se podílí tým lékařů, který je složen z odborníků zaměřených na mamární problematiku: radiodiagnostik, chirurg, klinický onkolog, radioterapeut a histolog. Každá pacientka je vyšetřena s určením tzv. stadiu onemocnění (tj. stupeň pokročilosti onemocnění) a její léčba je indikována na základě doporučení mamární komise podle přijatých standardů léčby.

1.10.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je základní součástí komplexní léčby karcinomu prsu. Operační léčba karcinomu prsu zahrnuje dvě oblasti – prs jako takový a jeho spádové lymfatické řečiště v axile. Do 90. let minulého století byly standardním řešením ablační výkony. Vzhledem k zavedení mamárního screeningu, k pokroku v diagnostice, novým chirurgickým technikám a moderní onkologické léčbě je současným trendem provádění prs šetřících operací, které je možné v přibližně 70% případů. Při stejné délce přežití pacientek zaručují podstatně lepší kvalitu života (Heroková, 2008, s. 1).

1.10.1.1 Konzervativní, prs šetřící výkony

Podle rozsahu odebrané tkáně se provádí parciální resekce od tumorektomie, lumpektomie, segmentální resekce. Větším zákrokem je kvadrantektomie, s rozsahem kvadrantu prsu s resekci kůže nad tumorem a pektorální fascií na spodině. Nádor by měl být resekován

en bloc s bezpečnostním okrajem okolní tkáně – ideálně 10 mm. Důležité je pečlivé označení orientace preparátu chirurgem pro histologa. Peroperačně se do lůžka tumoru aplikují titanové klipy k usnadnění zaměření následné radioterapie – aplikace boostu do místa tumoru. Tyto operace musí být vždy doplněny stejnostranným výkonem v axile – biopsií sentinelové uzliny nebo direktí axily (Heroková, 2008, s. 1).

Kontraindikace k prs šetřícím operacím najdete v příloze č. VIII.

1.10.1.2 Ablativní operační výkony

- Radikální mastektomie – sec. Halsted
- Modifikovaná radikální mastektomie – sec. Madden. Dnes je tento typ operace standartně prováděným ablačním výkonem.
- Prostá mastektomie – odstranění prsní žlázy včetně cirkumaleolárního komplexu bez operace v axile. Provádí se v případě duktálního karcinomu in situ, karcinomu u starších a rizikových žen.
- Subkutánní mastektomie – odstranění celé prsní žlázy s ponecháním kožního krytu a cirkumaleolárního komplexu, může být provedeno v jedné době s vložením implantátu. Tento výkon je indikován u duktálního karcinomu in situ a profylakticky u nosiček genu BRCA-1, BRCA-2.
- Sanační mastektomie – je indikována u lokálně pokročilých rozsáhlých axulcerovaných tumorů, kde je zapotřebí vzniklý defekt rekonstruovat různými druhy plastiky jako jsou kožní a muskulokutánní laloky (Heroková, 2008, s. 2).

1.10.1.3 Výkony v podpaží

- Sentinelová biopsie – představuje velmi šetrnou operaci v podpaží u časných stádií karcinomu prsu. Praxe při technice odběru sentinelové uzliny vychází z teorie, že pokud je tato první spádová, nazývaná také strážná uzlina bez přítomnosti nádorových buněk, pak i zbývající uzliny nejsou nádorovými buňkami postiženy.

K identifikaci sentinelové uzliny se používají tři metody:

- Označení této uzliny aplikací radiofarmaka (technecium Tc 99) do bezprostřední blízkosti nádoru na oddělení nukleární medicíny v den operace nebo jeden den dopředu.
- Na operačním sále se v úvodu operace do okolí nádoru vpravuje speciální modré barvivo – Patent Blue, a provádí se masáž prsu. Preparací v podpažní jamce vyhledáváme modře zbarvenou sentinelovu uzlinu.
- V detekci této uzliny si pooperačně pomáháme detektorem gama záření, který zachycuje vyšší intenzitu radioaktivity v sentinelové uzlině. Po odstranění sentinelové uzliny klesá radiace v axile.

Peroperačně uzlinu hodnotí patolog zmrzlým řezem a cytologickými nátěry. V případě maligního postižení uzlin je nutno doplnit kompletní disekci axily.

- Axilární disekce – je standardním chirurgickým operačním výkonem v axile. Představuje odnětí tukové lymfatické tkáně axily s uzlinami I. a II. etáže. Komplikací tohoto výkonu je nebezpečí vzniku lymfedému končetiny a přilehlé části hrudní stěny (Heroková, 2008, s. 2).

1.10.2 Radioterapie

Radioterapie je zařazována ke komplexní léčbě jako pooperační, předoperační (např. u inoperabilních tumorů), paliativní (ozařování metastáz, např. do kostí, centrálního nervového systému, při léčbě relapsů). Pooperační radiační léčba má za cíl zničení předpokládaných nádorových buněk. Provádí se zpravidla v oblasti jizvy či ponechané části prsu, podpaží, náklíčku. Rozsah ozařovaného objemu závisí na rozsahu onemocnění. V případě většího rozměru původního nádoru v prsu může být operační odstranění obtížné až nemožné. Tehdy se může provést předoperační ozáření prsu s cílem zmenšit rozsáhlý tumor a pak jej odstranit operací (Vorlíček et al., 2006, s. 259-261).

1.10.3 Chemoterapie

V současné době existuje nejméně čtyřicet cytostatik s prokázanou účinností v léčbě karcinomu prsu. Cytostatika působí v různé fázi buněčného cyklu a mají různý mechanismus účinku. Používá se chemoterapie předoperační (neadjuvantní) tam, kde chceme zmenšit obtížně operovatelný nádor v prsu a současně zasáhnout i možné

vycestovalé buňky. Pooperační (adjuvantní) chemoterapie u místně úspěšně léčeného nádoru je zajišťovací a ničí eventuální uniklé nádorové buňky. Chemickou léčbu lze většinou aplikovat ambulantně. O možnosti hospitalizace rozhoduje lékař podle typu použitých cytostatik a podle snášenlivosti léčby (Vorlíček et al., 2006, s. 261).

1.10.4 Hormonální léčba

Patří mezi nejstarší způsob léčby karcinomu prsu. Indikace hormonální léčby je založena na průkazu hormonálních receptorů. Hormonální léčba je stejně jako chemoterapie léčbou systémovou. Je poněkud rozdílná u žen před menopauzou a po menopauze. Závisí též na predispozici nádorové tkáně odpovídat na hormonální podněty. U žen před menopauzou provádí blokáda vaječnickové funkce, a to buď odstraněním vaječníků, nebo jejím ozářením. V současné době lze dosáhnout stejného efektu aplikací určitých léků (nekrvavá medikamentózní kastrace). U žen po menopauze se zcela běžně aplikují tablety, jejichž užívání je dlouhodobé, jednoduché, efektivní a bez vedlejších účinků (Vorlíček et al., 2006, s. 261-262).

1.10.5 Biologická léčba

Biologická léčba znamená podávání látek, které ovlivňují řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk. V současnosti jsou u nás pro léčbu karcinomu prsu registrované léky trastuzumab (Herceptin), bevacizumab (Avastin) a lapatinib (Tyverb). Biologické léky se podávají dlouhodobě (až rok i déle), a to v určitých intervalech a v kombinaci s cytostatiky či hormony, event. i samostatně. Ve výzkumu jsou také různé vzájemné kombinace různých biologických látek. Léčba biologickými látkami je neobyčejně nákladná, ale u přesně vymezené skupiny nemocných (např. nositelky znaku Her-2) je plně hrazena pojišťovnami. Každá žena-nositelka znaku Her-2 má právo v případě, že je vhodná k léčbě Herceptinem, být odeslána k terapii do příslušného speciálního onkologického centra (Vorlíček et al., 2006, s. 261-262).

1.11 Vedlejší účinky léčby

Rakovina je závažným onemocněním a vyžaduje proto i veleúčinnou terapii, která se neobejde bez vedlejších účinků. Mezi laickou veřejností jsou vedlejší účinky popisovány velmi dramaticky. Je třeba zdůraznit, že každý člověk reaguje na systémovou

léčbu vysoce individuálně, řada nemocných ji snáší zcela bez komplikací. Onkolog vedoucí terapii má k dispozici řadu prostředků, kterými usměrňuje poléčené komplikace. Je třeba o vedlejších účincích spojených s léčbou s ošetřujícím personálem již dopředu před zahájením léčby diskutovat a každý vzniklý problém ihned oznámit, aby lékař i střední zdravotnický personál mohl pomoci (Abrahámová, 2009).

1.11.1 Vedlejší účinky po chirurgické léčbě

Po záchovných operacích prsu (segmentektomii, kvadrantektomii) většinou nejsou zvláštní obtíže. Amputační operace s odstraněním podpažních uzlin mohou představovat zásah do dynamiky horní končetiny. Co nejdříve po zhojení rány je třeba začít se cvičením, které má za úkol návrat normální pohyblivosti v ramenním kloubu a snížení a vymizení pocitů ztuhlosti a tahu v oblasti jizvy. Tato cvičení je třeba provádět pozvolna několikrát denně, nejlépe před zrcadlem pro srovnání pohyblivosti paže na straně operované s paží zdravou. Při cvičení je zcela nevhodné překonávat případnou bolest (Abrahámová, 2009, s. 97-98).

Postmastektomický bolestivý syndrom - část žen (4-10 %), které se podrobily operaci prsu (od lumpektomie až po radikální mastektomii), je v nebezpečí vývoje tohoto bolestivého syndromu. Bolestivost se může projevit bezprostředně po operaci nebo po několika dnech, týdnech event. i měsících. Bolest je charakterizována pocity stahování a pálení zejména v oblasti hrudní stěny a okolí operační jizvy, v podpaží a v zadní partii paže. Pacientky si stěžují na pocit „mrtvění“ a pocit „cizí tkáně“ v okolí jizvy. Na operované straně se relativně často vyvíjí syndrom zmrzlého ramene (periarthritis humeroscapularis), protože tuto paži nemocné podvědomě šetří a drží ji spíše v poloohnutém postavení přitaženou ke stěně hrudní. Účinným prostředkem předcházejícím postmastektomickému algickému syndromu je včasné zavedení fyzikální rehabilitace, jemných masáží jizvy a cvičení paže, ze sportů je vhodné zejména plavání (Abrahámová, 2009, s. 98).

Lymfedém (lymfatický – mízní otok) paže na straně souhlasné s operací prsu se může objevit za řadu let po lokální léčbě bez jakékoli souvislosti s případným dalším projevem choroby. Studie vyplývající s lymfedémem po radikální mastektomii udávají její četnost v 25 %. Na rychlost a vydatnost průtoku lymfy má vliv pohyb, venkovní teplota, sluneční záření a samozřejmě místní tlak. Léčba lymfedému je obtížná. Ženy po axilární direkci s ozářením by se měly vystríhat takových činností, které podporují zadržování mízy.

Postižená končetina by měla být ve zvýšené poloze vždy, když je to možné. Denní pečlivá péče o kůži, potírání krémem bez parfému a dráždivých látek je nezbytné. Po této přípravě je možné přiložit bandáže. Dalším požadavkem je prevence drobných poranění škrábnutím či štípnutím hmyzem a infekcí.

Rehabilitační režim zaměřený k prevenci otoků má začít ihned po operaci a zahrnuje cvičení, aplikaci kompresních rukávů, manuální lymfodrenáže, centripetální masáže a celý program protiotokové fyzioterapie prováděný školeným fyzioterapeutem. Uvedený poléčený lymfedém je třeba odlišit od lymfedému vzniklého nádorovou blokádou. V tomto případě je rehabilitační režim neúčinný. Nezbytná je specifická protinádorová léčba (Abrahámová, 2009, s. 98-99).

1.11.2 Vedlejší účinky radiační léčby

Radioterapie je obecně snášena velmi dobře, ale není třeba předstírat, že by byla zcela bez vedlejších účinků. Nežádoucí účinky jsou dvojí, a sice časné a pozdní. Souvisí to s typem tkáně, který je zářením poškozen.

Časné vedlejší účinky – nejčastějším a také ve většině případů jediným vedlejším účinkem je zarudnutí ozařované kůže. Nastává kolem třetího týdne ozařovací série a po zbytek ozařování se mírně zhoršuje. Pacienti, kteří dobře snášejí sluneční paprsky, většinou velmi dobře tolerují i ozařování a naopak. Největší reakce bývají v místech kožních řas a záhybů – pod prsem či v podpaží. Na těchto místech je velmi časté i odloučení pokožky a mokvání. Zvýšená pozornost by se měla věnovat pacientkám ozařovaným pro nádor levého prsu, které byly před ozářením léčeny chemoterapií. U těchto pacientek může dojít k podráždění srdečního obalu (perikardu) následkem kombinovaného vlivu cytostatik a záření na srdce a jeho obaly. Toto podráždění se projevuje bolestí na hrudi, dušností a celkovou únavou. Jeho výskyt je však nesmírně vzácný.

Pozdní vedlejší účinky – vyskytují se opět jen v oblastech, které byly ozařovány. Běžným pozdním efektem radioterapie je zbarvení kůže a ztuhnutí podkoží tkáně. Kůže v ozařované oblasti je tmavší a prs má na pohmat tužší strukturu. Pokud se ozařují i lymfatické uzliny v podpaží a nadklíčku, existuje určité riziko vzniku lymfatického otoku horní končetiny. Během ozařování se doporučuje nosit bavlněné prádlo, pokud možno se vyhnout umělým vláknům a těsnému oblečení, které se zařezává do kůže hrudníku (Abrahámová, 2009).

1.11.3 Vedlejší účinky cytostatické terapie - chemoterapie

Při aplikaci chemoterapie - cytostatické léčby jsou nežádoucí účinky časté a provázejí prakticky všechna aplikovaná cytostatika. Cytostatika potlačují růst buněk a působí nejen na buňky nádorové, ale i na buňky zdravých tkání, především na ty, které se množí a rostou rychle (kostní dřeň, sliznice zažívacího traktu, pohlavní buňky, vlasový folikul).

1.11.3.1 Bezprostřední nežádoucí účinky

Jsou společné pro všechny cytostatika, dostavují se v hodinách až dnech po aplikaci.

Patří mezi ně:

- Nevolnost a zvracení
- Reakce v místě vpichu při nitrožilním podání
- Alergická reakce
- Horečka, zimnice a třesavka

Jednotlivé nežádoucí účinky jsou podrobně rozebrány v příloze č. XII.

1.11.3.2 Časné nežádoucí účinky

Časné nežádoucí účinky většiny cytostatik, které přicházejí po dnech a týdnech, způsobují:

- Úbytek počtu bílých krvinek
- Infekce
- Úbytek počtu krevních destiček
- Alopecie
- Zánět ústní sliznice
- Zánět střevní sliznice a průjem
- Zácpa
- Poškození kůže a nehtů

Jednotlivé nežádoucí účinky jsou podrobně rozebrány v příloze č. XIII.

1.11.3.3 Oddálené nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky se objevují až po týdnech až měsících. Jsou to úbytek počtu červených krvinek (anemie), poškození jaterní tkáně (parenchymu) a poškození plic.

1.11.3.4 Pozdní nežádoucí účinky

Pozdní nežádoucí účinky se mohou projevit až po letech od ukončení léčby. Jsou to neplodnost - sterilita a druhotná zhoubná onemocnění - sekundární malignity (Abrahámová, 2009).

1.11.4 Nežádoucí účinky hormonální léčby

Hormonální léčba je nedílnou součástí terapie karcinomu prsu. Karcinom prsu může ve svých buňkách nést receptory, které jsou ovlivnitelné hormony. Hormony pak mohou způsobit růst nádorových buněk jako růstový faktor, to jsou ženské hormony – estrogenery. A naopak – pokud se odstraní vliv těchto růstových faktorů, zastaví se růst nádorových buněk. V porovnání s cytostatickou léčbou je léčba pomocí hormonální manipulace doprovázena nežádoucími účinky méně často a také typ nežádoucích účinků je méně obtížný, než u cytostatické léčby.

Nežádoucí účinky dělíme na:

- Nežádoucí účinky ablativní terapie
- Nežádoucí účinky antiestrogenní léčby
- Nežádoucí účinky inhibiční léčby
- Nežádoucí účinky aditivní léčby

Jednotlivé nežádoucí účinky jsou podrobně rozebrány v příloze č. XIV.

1.11.5 Nežádoucí účinky biologické léčby

Biologická léčba zasahuje struktury, které jsou spoluodpovědné za buněčný růst. Nežádoucí účinky cílené biologické léčby jsou, podobně jako u léčby hormonální, méně časté a většinou se nejedná o akutní bezprostředně život ohrožující komplikace. Výjimkou může být přecitlivělost na účinnou látku a vyvolání alergické reakce. Všechny nežádoucí účinky je nutné konzultovat s ošetřujícím lékařem (Abrahámová, 2009).

1.12 Psychosociální aspekty po skončení léčby

Největší snahou zdravotnického týmu a samotné pacientky je co nejrychlejší návrat do běžného způsobu života, do dobré tělesné i duševní pohody. Rychlost návratu normální aktivity po prodělané léčbě závisí kromě původního rozsahu onemocnění a typu léčby na mnoha individuálních faktorech. Tyto faktory významně ovlivňují život po operačním zákroku a po indikované léčbě.

Léčebná rehabilitace pacientky s karcinomem prsu začíná při prvním překročení prahu ordinace. Rehabilitaci dělíme na psychologickou, fyzikální a sociální.

1.12.1 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace začíná ihned při podezření na zhoubné onemocnění. Takové onemocnění je velkým zásahem do lidského života. Přináší s sebou obtíže spojené s přítomností nádoru a potíže vyvolané léčbou, ale i velmi složité i z hlediska psychického a sociálního. Lékař je povinen pacientce velmi přesně a srozumitelně sdělit důvod i rozsah chirurgického zákroku. Pacientce je třeba pravdivě, šetrně a srozumitelně podat pravdivou informaci o diagnóze. Jde o psychologicky velmi náročnou situaci. Kromě informací o povaze onemocnění musí ošetřující lékař pacientku získat pro léčebný plán tak, aby byl co nejvíce dodržen i přes řadu nežádoucích účinků. Tyto chvíle jsou pro lékaře vždy velmi náročné. Pro pacientku jde o velice složité životní období, kdy se sžívá s chorobou a musí se orientovat v mnoha okolnostech. Diagnóza zhoubného nádoru prsu vyvolá psychickou odezvu u postižené a jejich nejbližších a většinou si vynutí i částečnou změnu životního stylu. Úzkost, strach, zloba a deprimující nálady jsou obvyklými reakcemi na nepříznivou zprávu o povaze onemocnění. V procesu nezbytného přijetí choroby pacientkou je nápomocen veškerý ošetřující personál. Velmi důležité je harmonické rodinné zázemí. Většina pacientek se vyrovná s nemocí úspěšně a vrací se, třeba i v omezené míře ke svým aktivitám rodinným, sportovním a pracovním (Abrahámová, 2009).

V období komplexní léčby je účelné zaměřit veškeré úsilí na nekomplikovaný průběh léčby a návrat jak psychických tak fyzických sil, umožňujících po léčbě plnou pracovní i společenskou aktivitu. Situace může být individuálně odlišná v závislosti na charakteru nádorového onemocnění, celkového stavu, věku pacientky a mnoho dalších okolnostech. Limitujícím faktorem pro další pracovní aktivitu je riziko nadměrného fyzického

zatěžování horní končetiny na operované straně. Pracovní aktivita přispívá i dobré duševní rovnováze, pocitu sebevědomí a umožňuje úplný návrat do společenského života. Upevňuje partnerské vztahy a řeší často i sociální aspekty (Abrahámová, 2009).

1.12.1.1 Prsní epitézy – vnější náhrady prsu

Odstranění prsu, zejména byl-li prs objemnější, může způsobit stranovou nerovnováhu přetahováním hrudníku ke straně zdravé. Z tohoto důvodu vyplývá bolest v zádech a krční páteře se ztuhlostí krku. Proto je třeba co nejdříve (nejlépe už při odchodu z nemocnice po operaci) začít nosit epitézu. Na trhu je velký výběr dokonalých epitéz, které se vkládají do speciální podprsenky (Abrahámová, 2009, s. 121).

- Jemné prvotní zaopatření bezprostředně po operaci

Jde o textilní prvotní epitézy z bavlny nebo mikrovlákna v kombinaci se speciálními podprsenkami z materiálu vhodného pro pokožku. Jsou ideálním spojením toho, co je pro období ihned po operaci třeba. Je to období, kdy tělo velmi citlivě reaguje na jakýkoli tlak a dotek.

- Vyrovnávací a prsní epitézy

Jsou vyrobeny ze silikonu a jejich obal tvoří polyuretanová folie, kterou překrývá vlastní olejová svrchní plocha. Dermatologické a fyziologické testy prokázaly, že tyto produkty je možno nosit v podprsence či plavkách bez obav. Prsní epitézy nabízejí mnoho individuálních a flexibilních variant. Vyrábí se epitézy na běžné nošení, sportovní epitézy, epitézy na plavání, epitézy s možností individuálního vyplnění košíčku.

Pokud jde o operaci zachovávající prs, je u nich tkáňový deficit tím větší, čím více tkáň bylo třeba odstranit. Pro dosažení perfektní symetrie jsou vyrovnávací silikonové výplně. Na výběr jsou různé tvary a velikosti. Použití je snadné a estetické. Mohou být nošeny přímo na pokožce nebo ve speciálních podprsenkách, které jsou opatřeny oboustrannými kapsičkami - tak jak to vyhovuje každé ženě.

Na trhu jsou také prsní bradavky pro větší zdůraznění špičky prsu u prsních epitéz a vyrovnávacích pomůcek. Lze je použít také přímo na kůži.

V prodejnách zdravotnických potřeb, které se specializují na tyto pomůcky, pracuje vyškolený personál, který každé ženě poradí a pomůže s výběrem vhodné epitézy. Je třeba věnovat výběru dostatek času a zkoušet si v klidu více druhů. To, jak vybraná epitéza sedí, lze snadno posoudit oblečením přiléhavého svrchního oblečení. Nesprávný výběr epitézy

(např. trvalé nošení lehkých textilních epitéz) by mohl trvale narušit statiku těla (chybné držení těla) a vést k poškození páteře a muskulatury.

Péče o epitézy je nenáročná. Postačí, když ji denně budete ručně omývat mýdlem nebo jemným pracím prostředkem a poté vysušíte ručníkem (http://www.anita.com/cz-cs/Products,Anita_care,Prsní_epitézy?PSID=05851cfd9bee46cded2b5593a04a88).

1.12.1.2 Rekonstrukční výkony

Rekonstrukční výkony u nás dosud nejsou běžnou záležitostí. Provádí se zásadně po skončení základní léčbě, pokud žena nemá žádné známky nádorové choroby. Lze očekávat, že s postupujícím pokrokem v léčbě se rozšíří i možnost těchto plastických výkonů. Rozhodnutí o vhodnosti této operace náleží ošetřujícímu lékaři a plastickému chirurgovi. Prvotním rozhodujícím faktorem je rozsah původní choroby. Dalšími faktory jsou objem prsů a možnosti výplňové tkáně rekonstruovaného prsu vlastním tukem či jiným náhradním syntetickým materiálem (Abrahámová, 2009, s. 122).

1.12.1.3 Partnerský vztah

Je samozřejmě nutné, aby partner byl velmi citlivý, chápatelý a vstřícný. Nemoc ani léčba nevylučují normální sexuální chování partnerů. Mnohdy nemoc a její řešení partnerské vztahy ještě utuží. Partneři se utuží a naučí se těžké období života řešit společně, účelně a racionálně (Abrahámová, 2009, s. 122).

1.12.2 Fyzikální rehabilitace

Fyzikální rehabilitace si klade za cíl minimalizovat, eventuelně zcela předejít možným nepříznivým pohybovým následkům léčebných (zejména chirurgických) výkonů. Fyzikální rehabilitace má být zahájena neprodleně po primárním, nejčastěji chirurgickém, zákroku. Soustava cvičení směřuje k prevenci lymfedému horní končetiny a k omezení postmastektomického bolestivého syndromu. Vhodné cvičení ramenního kloubu je prevencí vzniku syndromu zmrzlého ramene. Důležité je včasné a správné užívání prsních náhrad – epitéz, které nejsou jen kosmetickou záležitostí. Přispívají také ke správnému držení těla a správné dynamice páteře (Abrahámová, 2009, s. 122-123).

1.12.3 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace znamená opětovné zařazení do společnosti. Je ryze individuální a záleží na fyzickém i psychickém stavu každé pacientky. Pokud byl karcinom prsu zachycen včas a nevyžaduje příliš razantní terapii, nemusí zasáhnout do běžného života nijak výrazně. Nemoc pokročilá, která vyžaduje velmi intenzivní terapii a pacientku omezuje v životních aktivitách, představuje samozřejmě i větší sociální dopad. Žena musí opustit zaměstnání, má pouze invalidní důchod, strádá z pocitu dalšího uplatnění. Má omezené finanční prostředky a tím je poškozena i její rodina. Někdy může její stav vyžadovat i pomoc druhých. Potřebuje opakovaně transport do zdravotnického zařízení. Pacientka s malými dětmi není schopna se o ně postarat a potřebuje pomoc blízkých (Abrahámová, 2009).

Lze využít zkušenosti skupinové terapie, jak uvádí Laura Q. Rogers a kolektiv v článku „Lessons Learned in the Trenches - Facilitating Exercise Adherence Among Breast Cancer Survivors in a Group Setting“. Autorka zkoumala zkušenosti žen po operaci karcinomu prsu s využitím skupinové terapie vedené zkušenými mentorkami. Její zjištění ukazují možné cesty dalšího rozvoje pomoci ženám s touto diagnózou. Podporování pacientek s rakovinou prsu na pravidelných cvičeních je důležité pro snížení rizika onemocnění a zlepšení kvality života. Skupinové poradenství poskytuje možnosti efektivně poskytovat informace o cvičení a zároveň přizpůsobení individuálních potřebám ve skupině účastníků. Diskusní skupiny mohou mít dvojí zaměření: vzdělávání a sociální podpory. Například mohou tyto skupiny směřovat cvičení k dodržování: správného chování po rakovině prsu, skupinová podpora pro změnu pocitu vlastní porážky, orientace na budoucí perspektivu a usnadnění odhalení vnitřních zdrojů. Moderátor musí dávat pozor na faktory, které ovlivňují dynamiku skupiny, jako je důvěra, shodnosti, osobní povědomí o emocionální reakci na jejich diagnózu rakoviny, citlivost k potřebám a pocitům druhých, ochota dát vědět, věkové rozdíly, závazek změny a očekávání pro skupinové aktivity a cíle (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20562618>).

1.13 Prožívání nemoci

Diagnóza rakoviny vyvolává v pacientovi zpravidla stále ještě šok. To, co bylo před několika lety chápáno jako rozsudek smrti, je dnes stále více nahlíženo jako chronické onemocnění a přibývá postižených, pro které se rakovina stává vyléčitelnou (Tschuschke,

2004, s. 9). Psychosociální zátěž, jíž jsou nemocní rakovinou vystaveni, mohou zdraví lidé jen těžko pochopit. Tschuschke ve své knize uvádí Fallerovy (1998, s. 26n) hlavní tělesné, psychické a sociální problémy, které jsou spojeny s diagnózou rakoviny a její léčbou:

- *Hrozba smrti.* Diagnóza „rakovina“ je stále ještě spojována s nevyhnutelnou smrtí a umíráním, je chápána jako rozsudek smrti
- *Ztráta tělesné nedotknutelnosti.* Pocit „nezranitelnosti“ je přirozený a normální, zdravý člověk v zásadě nikdy nemyslí na to, že by jeho organismus jednou mohl přestat fungovat.
- *Ztráta autonomie.* Pocit sebeurčení a řízení vlastního osudu je v základech otřesen a ztracen.
- *Ztráta aktivit.* Vykonávání běžných aktivit je částečně nebo zcela znemožněno.
- *Sociální izolace, strach ze stigmatizace.* Změny v obvyklých sociálních vztazích na základě změněných reakcí nemocného vůči svému okolí, a naopak.
- *Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty.*

Diagnóza rakoviny vyvolá v každém postiženém existenční krizi (Block, 1997). Pacienti s rakovinou se musí vyrovnat s pocitem nejistoty týkajícím se jejich dalšího života, s nežádoucími vedlejšími účinky terapie, s pocitem izolace a pocitem stigmatizace a viny (Dunkel-Schetter et al., 1992; Maguire, 1985). Reakce okolí nejsou vždy přiměřené, příbuzní často nejsou schopni pochopit psychické zoufalství postiženého. Může dojít ke zhoršení nebo ztroskotání manželství/partnerství (Tschuschke, 2004, s. 36-37).

Od pacienta se očekává, že se bude snažit „nedat se“ a nepoddát se nemoci. Očekává se od něho, že tím, že se stal pacientem, stal se statečným „vojákem“ v boji s nemocí. Očekává se, že se bude neustále snažit zlepšovat svůj zdravotní stav a dělat vše pro to, aby se uzdravil. Empirické studie ukázaly, že většina pacientů se domnívá, že jejich onemocnění je jen dočasné a že se v dohledné době uzdraví a budou stoprocentně zdraví - i když jde o onemocnění, kde toto očekávání je problematické. O tom, jak pacient zvládá svou nemoc, by mohl hovořit každý lékař ze své bohaté zkušenosti. Mohl by o tom hovořit i každý z nás. V posledních desetiletích se v oblasti psychologie zdraví velice výrazně prosazují tzv. kognitivní modely zvládání nemoci pacientem. Ty kladou mimořádný důraz na myšlenkovou (kognitivní) stránku psychiky. Příkladem může být

model sebeřízení (self-regulatory model). Model sebeřízení při zvládnání nemoci chápe tuto činnost do určité míry obdobně jako řešení problému. To znamená, že se dívá na pacienta, který vnímá příznaky nemoci (status quo) a vytváří si svou představu o nemoci, jako na obecného řešitele problému, pro něhož řešením daného problému je opětné dosažení normálního (zdravého) stavu. Zdravý stav je v tomto pojetí chápán jako norma, zatímco jakékoliv odchýlení od této normy je považováno za zdroj problému, který je třeba řešit. Odchylka od normy je zde zdrojem motivace. **Skupinová setkání onkologických pacientů:** Siegel (1985) organizoval pro pacientky na onkologickém oddělení možnost účasti na skupinové kognitivně-behaviorální psychoterapii. Pacientky se scházely jednou týdně na půldruhé hodiny ke skupinovým rozhovorům a skupinovým činnostem. Tam jim byla dána možnost ventilovat emoce a svobodně se projevit. Výsledky práce ukázaly, že ženy žily v průměru o 18 měsíců déle než ty ženy, které se skupinové terapie neúčastnily. V České republice organizuje stále intenzivněji obdobná setkávání *Liga proti rakovině* (Tschuschke, 2004).

1.14 Občanské sdružení

V současné době vyrostla řada občanských sdružení soustředěných na onemocnění prsu. V ČR existuje kolem 45 organizací sdružujících onkologicky nemocné. Všechny tyto organizace jsou neziskovými humanitárními společenstvími. Vesměs se jedná o pacientské organizace. Řídí se obecně závaznými předpisy a jejich cílem je podpora prevence, léčby a následné péče. Tato sdružení se věnují psychické a sociální podpoře pacientek se zhoubnými nádory prsu. Usilují o zvýšení kvality života onkologických pacientek a řešení jejich psychosociálních, sociálních, právních i společenských poměrů. Mají většinou své psychology a právníky, kteří se snaží pacientkám pomoci. Z bývalých pacientek, nyní členek, se stávají laické terapeutky, které se snaží pomoci podobně nemocným ženám. Vyměňují si osobní zkušenosti s nemocí a léčbou, vzájemně se psychicky podporují. Ve sdružení Mamma HELP např. působí v telefonické poradně sponzorované společností AVON. Občanské sdružení pořádají různé besedy, kulturní a společenské akce, setkání se zdravotníky, rekondiční pobyty pro své členy a jiné aktivity. Jejich kladem je vytvoření bezpečného zázemí v době krize, podpora sounáležitosti, edukace předávání informací nově příchozím. Mezi nejznámější dobrovolné organizace

patří Ligy proti rakovině, Mamma HELP, ARCUS onkocentrum, Klub ŽAP (ženy po ablaci prsu), ONKO AMAZONKY, klub DIANA a další.

Jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost byla založena devatenácti organizacemi onkologických patientek Aliance žen s rakovinou prsu o.p.s.. Cílem společnosti je vytvořit informační a edukační centrum pro veřejnost, onkologicky nemocné a jejich organizace. Dále koordinovat projekty a kampaně ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu, sjednotit snahy patientských organizací i jednotlivců o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu, zastupovat české onkologické pacientky mezinárodních strukturách.

2 TEORIE DEFICITU SEBEPÉČE

2.1 Dorothea Elizabeth Oremová

D. E. Oremová se narodila v roce 1914 v Baltimore v USA. V roce 1934 získala diplom v ošetrovatelství na Province Hospital Schoul of Nursing ve Washingtonu. Hned po ukončení zdravotnické školy pracovala na operačním sále, potom přešla na pediatrii, interní oddělení i chirurgii. V roce 1939 obdržela diplom Bakalář ošetrovatelství na Katolické universitě ve Washingtonu a v roce 1946 na stejné universitě získala titul Magister v ošetrovatelské edukaci. Od roku 1945 byla zaměstnána v Detroitu jako ředitelka ošetrovatelských služeb a zdravotnické školy. V letech 1949 až 1957 pracovala v Indiana State Board of Health. Pracovala jako primární sestra a sestra konzultantka. Prováděla reflexi ošetrovatelských činností, ošetrovatelského jednání v ošetrovatelské praxi. V roce 1959 byla D. E. Orem pověřena vládou vypracovat kurikulum pro vzdělávání ošetrovatelského personálu, které se později realizovalo na University of Washington. V roce 1960 zahájila vývoj a formování jednotlivých konceptů, které se později staly známé jako Teorie deficitu sebekpěče. V roce 1971 vydala knihu „Nursing: Concept of practice“. Dále získala titul doktora věd a čestné doktoráty na univerzitě Georgetown University ve Washingtonu a Catholic University of America.

Strukturu teorie deficitu sebekpěče Oremové tvoří tři dílčí teorie: teorie sebekpěče, teorie deficitu sebekpěče a teorie ošetrovatelských systémů.

2.2 Teorie sebekpěče

Ústředním pojmem teorie sebekpěče je pojem sebekpěče, která je chápána jako lidská, regulatorní funkce, kterou pro sebe osoba vědomě vykonává nebo pro sebe nechává vykonávat (dependentní péče), aby zajistila a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek k zachování života. Sebekpěče je iniciování a provádění aktivit, které uskutečňují jedinci ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví. Lidé získávají v průběhu svého života schopnosti, aby se mohli starat o zachování života a udržení zdraví (vykonávat sebekpěči). Jakým způsobem člověk sebekpěči provádí, závisí na individuálních schopnostech a životních okolnostech. Oremová

se nedívá na člověka jako na organismus, ale jako na jedince. Ošetrovatelský personál má co do činění s jedinci, kteří vědomě jednají (Bekel, Halmo, 2004. s. 25-26).

Součástí této teorie je také koncept požadavků sebeděče, který je teoretickým vyjádřením požadavků na lidský život. V každé věkové skupině existují požadavky na sebeděči. Jsou rozdílné podle délky trvání, intenzity nebo osobního stupně manifestace. Jsou rozdílné u lidí s různým onemocněním. Požadavky sebeděče jsou podle D. Oremové klasifikovány do tří skupin: a) obecné požadavky sebeděče, b) vývojově podmíněné požadavky sebeděče a c) zdravotně podmíněné požadavky sebeděče.

2.3 Kompetence sebeděče

Kompetence sebeděče jsou specifické schopnosti, k vykonání potřebných činností v závislosti na určité potřebě sebeděče. Koncept kompetence sebeděče objasňuje, jakým způsobem obecné a specifické schopnosti zaměřené na sebeděči umožňují využití činností. D. Oremová rozdělila strukturu tohoto konceptu do tří dílčích konceptů:

- Činnosti sebeděče – koncept schopností k provádění činností sebeděče.
- Potenciální komponenty – skupina specifických schopností k provádění činností sebeděče.
- Základní dispozice a schopnosti – různé formy základních lidských schopností, které tvoří předpoklady pro potenciální komponenty.

Koncept činností sebeděče, s nímž je v práci pracováno obsahuje tři skupiny činností sebeděče nezbytných pro vědomé jednání člověka tak, jak je pojímá Oremová. Jedná se o činnosti, které jsou důležité pro hodnocení a pochopení situace. Dále potom činnosti, které jsou nutné pro posouzení situace a rozhodnutí a poslední skupinou činností jsou ty, které souvisí s praktickým provedením činností (Bekel, Halmo, 2004. s. 30-31).

2.4 Teorie deficitu sebeděče

Teorie deficitu sebeděče dle Oremové se zaměřuje na aktivitu jednotlivce a jeho nároky na sebeděči. Sebeděče je „provádění aktivit, které jednotlivci provádějí pro své zdraví v běžném životě v rámci osobního rozvoje a tělesné i duševní pohody. Pokud schopnosti jedince nejsou adekvátní a nemohou vyhovět požadavkům sebeděče, nastává deficit

sebepéče (Orem, 2001, Bekel, Halmo, 2004, s. 46). Deficit sebepéče vzniká při nerovnováze mezi kompetencemi sebepéče a situační potřebou sebepéče. Deficity sebepéče mohou být úplné nebo částečné. Úplný deficit sebepéče znamená nedisponovat žádnými schopnostmi uspokojit situační potřebu sebepéče. Situační potřeba sebepéče je způsob a počet opatření, o kterých člověk ví nebo o nichž se domnívá, že regulují lidské funkce a vývoj člověka v určitém časovém rámci, například při onemocnění, tedy v určité konkrétní situaci (Bekel, Halmo, 2004, s. 33).

2.5 Teorie ošetrovatelských systémů

Ošetrovatelské systémy jsou neoddělitelně spojeny s ostatními dílčími koncepty. Obsahují jak teorii sebepéče, tak teorii deficitu sebepéče. Tyto systémy zobrazují způsob a objem ošetrovatelských činností, umožňují rozlišení ošetrovatelských situací a nabízejí přiřazovací systémy pro výkony vyplývající z ošetrovatelských činností. Pomocí této teorie můžeme určit, jakou formu péče pacient potřebuje a stanovit vše, co je nutné provádět s pacientem a jeho blízkými.

Oremová rozlišuje tři ošetrovatelské systémy:

- úplně kompenzatorní/kompenzační systémy
- částečně kompenzatorní/kompenzační systémy
- podpůrný a edukační systémy (Bekel, Halmo, 2004, s. 35).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

1. Odvodit vliv karcinomu prsu (po chirurgické léčbě) na požadavky sebekpěče.
2. Sestavit situační potřebu sebekpěče u pacientek po operaci karcinomu prsu.
3. Zmapovat kompetence sebekpěče u pacientek v souvislosti s léčbou po operaci karcinomu prsu
4. Zmapovat kompetence sebekpěče u pacientek v oblasti vlivu onemocnění na osobní život.
5. Zjistit nejčastější problémy pacientek po operaci karcinomu prsu.
6. Vytvořit edukační materiál pro pacientky po operaci karcinomu prsu zaměřený na používání a druhy epitéz.

4 METODIKA PRÁCE

Ke splnění cílů této bakalářské práce bylo třeba nastudovat problematiku karcinomu prsu a teorii deficitu sebeděče z dostupných literárních a internetových zdrojů. Následovalo vypracování teoretické části, na kterou navazuje část praktická.

4.1 Metodika sestavení vlivu karcinomu prsu na požadavky sebeděče

Po prostudování příslušné odborné literatury byly odvozeny obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebeděče u pacientek po operaci karcinomu prsu. Dále byl ve spolupráci s PhDr. R. Halmo analýzou a dedukcí odvozen vliv onemocnění karcinomu prsu na požadavky sebeděče, sestaven přehled situačních problematik s projevy, požadavky a kompetencemi sebeděče u těchto pacientek, tedy situační potřeba sebeděče, kterou tyto pacientky vykazují.

4.2 Užitá metoda výzkumného šetření

Pro dosažení cílů byla zvolena metoda anonymního dotazníku, který jsem sestavila ve spolupráci s PhDr. R. Halmo a tento byl sestaven na základě vytvořené situační potřeby sebeděče. Pro vytvoření dotazníku bylo nutno sestavit situační problematiku pacientek po operaci karcinomu prsu. V úvodu dotazníku jsem respondentky seznámila s důvodem provádění tohoto šetření a poprosila o spolupráci. Dotazník obsahoval otevřené, uzavřené a polouzavřené otázky (kombinace zavřené a otevřené otázky). Dotazník byl rozdělen do 4 částí z celkového počtu 30 otázek. Část A obsahovala 5 otázek ke zjištění identifikačních údajů respondentek. Část B v 11 otázkách mapovala samotné onemocnění, výkon, který respondentky podstoupily a léčbu, kterou následně absolvovaly. Otázky směřovaly ke zjištění informovanosti respondentek týkajících se jejich onemocnění, znalosti nežádoucích účinků léčby. Část C zjišťovala využití epitéz, obsahovala 5 otázek. Poslední část D zjišťovala v 9 otázkách vliv onemocnění na osobní život respondentek.

4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Vzhledem k typu onemocnění, tvořil zkoumaný soubor pouze ženy, které podstoupily léčbu po operaci karcinomu prsu. Onemocnění se vyskytuje v převážné většině u žen, ale nevyhýbá se ani mužům. Počet mužů je ale nízký a byl by problém s vyhledáním

vhodných respondentů. Dotazníky byly rozdány v Centru klinické onkologie MUDr. Lubomíra Skopala v Přerově, prodejně zdravotnických potřeb TILIA, která se zabývá prodejem speciálních potřeb pro ženy po operaci prsu a v pobočce Mamma HELP v Přerově. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků (100%) a návratnost byla 50 dotazníků (83%).

4.4 Zpracování dat

Veškeré výsledky výzkumného šetření byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí počítačového programu Microsoft Excel a Microsoft Word v operačním systému Windows. Data byla zaznamenána do tabulek v absolutní (počet odpovídajících respondentů) a relativní (procentuálním zastoupení) četnosti. Seznam tabulek je uveden v přílohách bakalářské práce. Relativní četnost byla znázorněna graficky pomocí koláčového grafu. Seznam grafů je uveden v přílohách bakalářské práce.

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

5.1 Interpretace dat k cíli č. 1 – odvodit vliv karcinomu prsu

(v pooperačním období) na požadavky sebedpěče.

Ve spolupráci s PhDr. R. Halmo jsme stanovily obecné a zdravotně podmíněné požadavky sebedpěče a z nich vyvodila situační problematiku u pacientek po operaci karcinomu prsu.

Tabulka č. 1: Obecné požadavky sebedpěče

Obecné požadavky sebedpěče	Vliv karcinomu prsu na obecné požadavky sebedpěče v období následné léčby po operaci
1. Udržení dostatečného přívodu vzduchu	<ul style="list-style-type: none"> • Dýchání u pacientek po operaci prsu pro karcinom v období následné léčby by mělo být fyziologické.
2. Udržení dostatečného přívodu tekutin	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky v období následné léčby by neměly mít problémy s dostatkem příjmu tekutin, měly by dodržovat pitný režim – 2-3 litry tekutin/24 hodin.
3. Zachování dostatečného přívodu potravin.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky by měly přijímat potravu pestrou a bohatou na vitamíny, minerály, bílkoviny s ohledem na možnost výskytu nechutenství, nauzey a zvracení při eventuelní onkologické léčbě.
4. Udržení správného vylučování stolice a moče.	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientek v následné onkologické léčbě může docházet k poruchám vylučování stolice – zejména průjmy z důvodu ozařování. • K poruchám močení by nemělo docházet.
5. Udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky v následné onkologické léčbě by měly dbát na přiměřenou pohybovou aktivitu. • U pacientky se může vyskytovat únava s poruchou spánku z důvodu onkologické léčby. • U pacientek se mohou vyskytnout potíže s pohybem horní končetiny na operované straně.

	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientek by se měla provádět speciální rehabilitace jako prevence lymfedému horní končetiny na operované straně. • Dle zdravotního stavu se mohou vrátit k běžným aktivitám a sportu jako před onemocněním.
6. Udržení rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí.	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientek se může vyskytovat úzkost z vyřazení z pracovního kolektivu a rodinných vazeb.
7. Předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well-being, fyzická rovnováha.	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientek je riziko hluboké žilní trombózy vzhledem k onemocnění, riziko pozdních komplikací operační rány. • Radioterapie a chemoterapie poškozuje imunitní systém • U pacientek je riziko vzniku komplikací po radioterapii – nekrózy tkání. • U pacientek dochází k alopecii vlivem onkologické léčby.
8. Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální.	<ul style="list-style-type: none"> • Karcinom prsu je velmi závažné onemocnění, které ovlivní tělesný vzhled pacientky. Zasahuje do osobního i profesního života ženy. U pacientek se vyskytuje úzkost z pocitu nevyčleptelnosti tohoto onemocnění.

Tabulka č. 2: Zdravotně podmíněné požadavky sebestarání

Zdravotně podmíněné požadavky sebestarání	Vliv karcinomu prsu na ZPPS
1. Nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky by měly znát strategii a možnosti léčby a následné péče. • Pacientky by měly mít informace o možnostech eliminace následků operace a onkologické léčby. • Pacientky by měly být informovány o možnostech prsních náhrad –

	<p>epitéz, možnostech využití, způsobu používání.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientky by měly být obeznámeny s možností plastické náhrady prsu a jejich riziky
<p>2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky se umí chovat tak, aby snížily riziko vzniku komplikací. • Pacientky znají a umí rozpoznat případné patologie v oblasti: žilní trombózy, infekce v ráně, otok horní končetiny.
<p>3. Efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky znají zásady dodržování léčebného procesu, pravidelně užívají léky, pravidelně navštěvují odborného lékaře – onkologa.
<p>4. Uvědomit si, znát a regulovat vedlejší efekty zdravotnických intervencí.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky by měly znát vedlejší účinky léčby, možnosti vzniku nežádoucích účinků následné péče po operaci prsu.
<p>5. Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky by měly akceptovat změny konceptu sebe sama po léčbě karcinomu prsu a snažit se o integraci do běžného života. • Pacientky by měly být informovány o celkovém průběhu léčby. • Pacientky by měly akceptovat změny v konceptu sebe sama po operaci a snažit se o integraci do běžného života.
<p>6. Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientky integrují léčebná opatření do běžného denního života. • Rodina pacientky by měla akceptovat léčebné opatření a spolupracovat. • Pacientky by se měly snažit o návrat do zaměstnání i s případným zdravotním omezením. • Pacientky by se měly snažit o návrat ke sportovním aktivitám z období předchorobí, používat kompenzační

	pomůcky snižující tělesný hendikep.
--	-------------------------------------

Přehled situačních problematik u pacientek po operaci karcinomu prsu

S vlivu karcinomu prsu na požadavky sebekpěče byly odvozeny tyto situační problematiky sebekpěče:

- SIP 1. Neznalost strategie léčby karcinomu prsu
- SIP 2. Problematika dodržování léčebného režimu
- SIP 3. Problematika dostupnosti a použití kompenzačních pomůcek po operaci karcinomu prsu
- SIP 4. Psychosociální problematika

5.2 Interpretace dat k cíli č. 2 – sestavit situační potřebu sebekpěče u pacientek po operaci karcinomu prsu.

Přehled situační problematiky u pacientek po operaci karcinomu prsu:

SIP 1. Neznalost strategie léčby karcinomu prsu.

Projevy: nedostatek znalostí o onkologické terapii, strach ze sociální izolace, strach z termínu „rakovina“, zkreslené informace o nežádoucích účincích onkologické léčby.

Požadavek: znalost strategie léčby a jejich možných komplikací.

KSP/KDP:

1. zná druhy onkologické terapie
2. pacientka zná strategii další léčby
3. pacientka zná nežádoucí účinky léčby a je schopna je rozpoznat, zejména nevolnost, subfebrilie, dyspepsie, alopecie, snížená imunitní odpověď a umí je regulovat
4. pacientka ví, kde konzultovat případné nežádoucí účinky léčby

SIP 2. Problematika dodržování léčebného režimu.

Projevy: neznalost důležitosti pravidelných kontrol, neznalost lékaře, zodpovědného za léčbu, neznalost termínů kontrol.

Požadavek: znalost důležitosti dodržování léčebného režimu.

KSP/KDP:

1. pacientka zná a dodržuje místo a termíny aplikace chemoterapie a radioterapie (biologické léčby)
2. pacientka zná druhy následné léčby
3. pacientka zná účinky chemoterapie a její nežádoucí účinky
4. pacientka zná účinky radioterapie a její nežádoucí účinky
5. pacientka ví, jak a proč má pečovat o ozařovanou kůži
6. pacientka zná lékaře, který vede onkologickou léčbu
7. pacientka zná okolnosti vedoucí k dočasnému přerušení onkologické léčby

SIP 3. Problematika dostupnosti a použití epitéz po operaci karcinomu prsu.

Projevy: neznalost dostupnosti epitéz, ostych a strach z fyzického hendikepu, neznalost jak používat epitézy, jaké druhy epitéz jsou na trhu, jak jsou finančně nákladné.

Požadavek: znalost dostupnosti epitéz, možnosti jejich využití a druhy.

KSP/KDP:

1. pacientka zná druhy epitéz
2. pacientka zná možnosti využití epitéz jak slovně, tak názorně (katalogy, letáky)
3. pacientka zná zacházení s epitézou a speciálním prádlem, umí je používat
4. pacientce je poskytnuta podpůrná psychologická terapie
5. rodina pacientky zná pojem podpůrné psychologické terapie pro pacientku a ví, kde ji vyhledat

SIP 4. Psychosociální problematika.

Projevy: nejistota ve společenském styku, obava z narušení intimního manželského života, strach ze ztráty zaměstnání, strach ze sociálního vyloučení.

Požadavek: psychické vyrovnání se z nemocí, návrat do zaměstnání, spolupráce s podobně postiženými ženami v občanských sdruženích.

KSP/KDP:

1. pacientka má velkou psychickou podporu v rodině
2. rodina zná problematiku onemocnění
3. pacientka zná nutná omezení vyplývající z onemocnění a chápe je
4. pacientka ví o možnostech rehabilitace, lázeňské léčby
5. pacientka chápe sociálně-ekonomické aspekty onemocnění
6. pacientka umí vyhledat organizace sdružující pacientky s podobným onemocněním

5.3 Výsledky dotazníkového šetření

5.3.1 ČÁST A – identifikační údaje respondentek

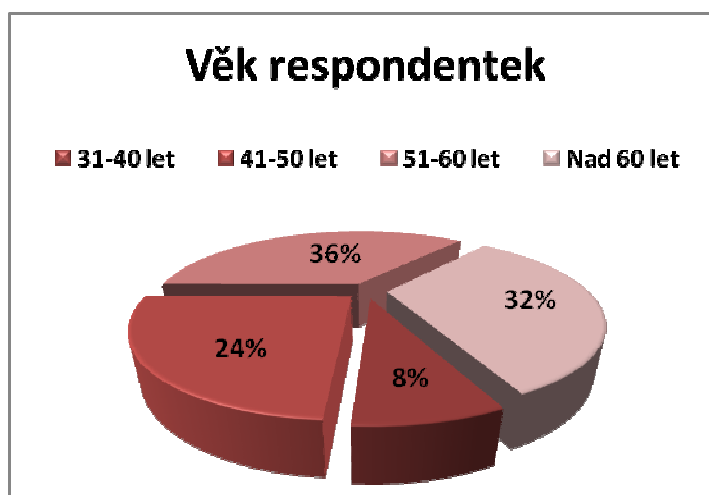
Otázka č. 1: Věk respondentek

Z 50 (100,00 %) respondentek byly ve skupině 31-40 let 4 (8,00 %) respondentky, ve skupině 41-50 let 12 (24,00 %) respondentek, v další skupině 51-60 let 18 (36,00 %) respondentek a v poslední skupině nad 60 let bylo 16 (32,00 %) respondentek.

Tabulka č. 3: Věk respondentek

Věk respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
31 - 40 let	4	8,00 %
41 - 50 let	12	24,00 %
51 – 60 let	18	36,00 %
Nad 61 let	16	32,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 1: Věk respondentek



Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Z 50 (100,00 %) dotázaných respondentek mělo základní vzdělání 8 (16,00 %) respondentek, střední školu bez maturity mělo 10 (20,00 %) respondentek, nejvyšší počet respondentek a to 23 (46,00 %) mělo střední školu s maturitou a vysokoškolsky vzdělaných bylo 9 (18,00 %) respondentek.

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	8	16,00 %
Střední bez maturity	10	20,00 %
Střední s maturitou	23	46,00 %
Vysokoškolské	9	18,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

**Otázka č. 3: Zaměstnání před onemocněním**

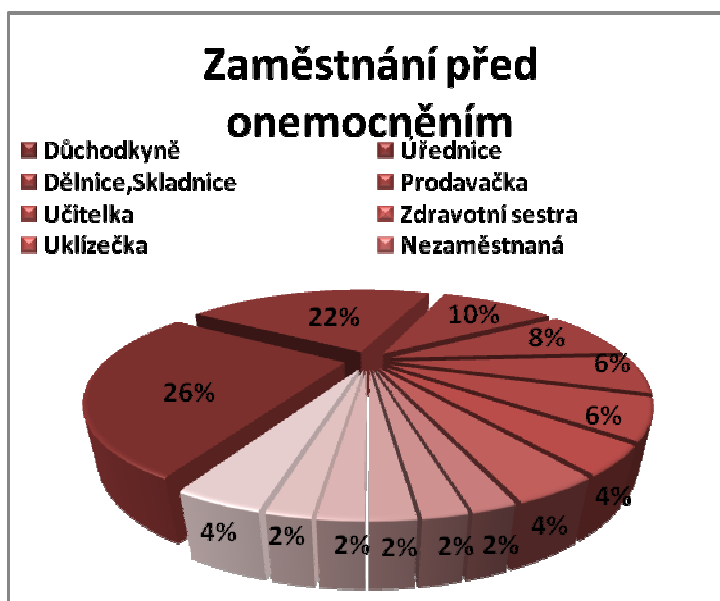
Povolání dotazovaných respondentek bylo různé. Z 50 (100,00 %) respondentek bylo nejvíce důchodkyň, a to 13 (26,00 %), dále 11 (22,00 %) úřednic. Žen, které pracovaly jako dělnice nebo skladnice bylo 5 (10,00 %), prodavačky byly 4 (8,00 %), učitelky 3 (6,00 %) respondentky, povolání zdravotní sestry vykonávaly také 3 (6,00 %) respondentky. Dále 1 (2,00 %) kuchařka, 2 (4,00 %) uklízečky, 1 (2,00 %) kadeřnice,

1 (2,00 %) právnička, 1 (2,00 %) lékařka, 1 (2,00 %) pečovatelka o osobu blízkou, 2 (2,00 %) respondentky byla na mateřské dovolené a 2 (4,00 %) respondentky byly nezaměstnané.

Tabulka č. 5: Zaměstnání před onemocněním

Zaměstnání před onemocněním	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Důchodkyně	13	26,00 %
Úřednice	11	22,00 %
Dělnice, skladnice	5	10,00 %
Prodavačka	4	8,00 %
Učitelka	3	6,00 %
Zdravotní sestra	3	6,00 %
Kuchařka	1	2,00 %
Uklízečka	2	4,00 %
Kadeřnice	1	2,00 %
Právnička	1	2,00 %
Lékařka	1	2,00 %
Pečovatelka o osobu blízkou	1	2,00 %
Mateřská dovolená	2	2,00 %
Nezaměstnaná	2	4,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 3: Zaměstnání před onemocněním



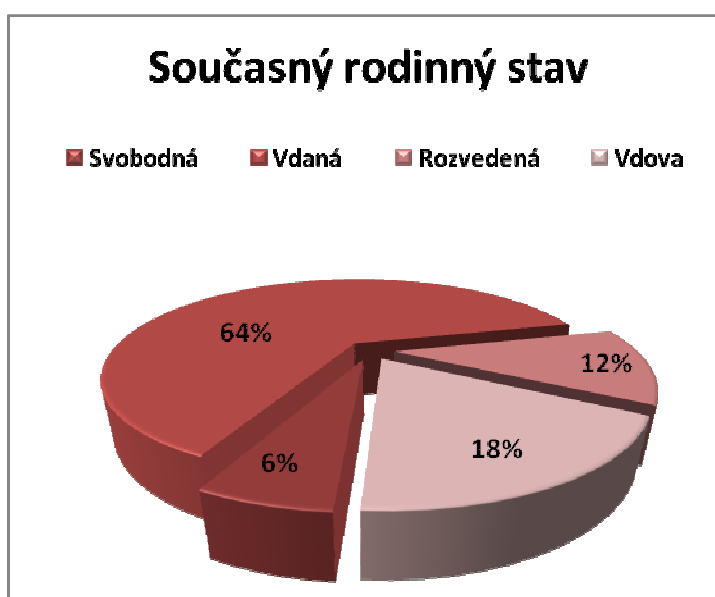
Otázka č. 4: Současný rodinný stav

Z 50 (100,00 %) respondentek byly 3 (6,00 %) respondentky svobodné, 32 (64,00 %) respondentek bylo vdaných, rozvedených bylo 6 (12,00 %). Ovdovělých respondentek bylo 9 (18,00 %).

Tabulka č. 6: Současný rodinný stav

Současný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Svobodná	3	6,00 %
Vdaná	32	64,00 %
Rozvedená	6	12,00 %
Vdova	9	18,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 4: Současný rodinný stav

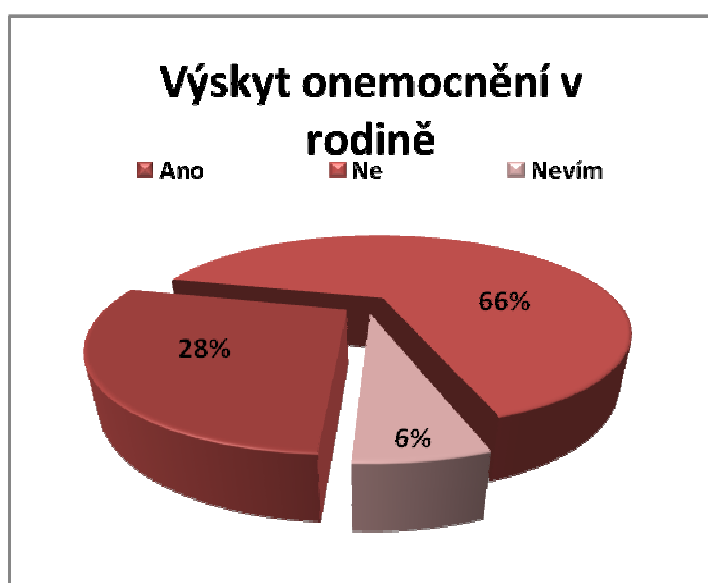
**Otázka č. 5: Výskyt onemocnění v rodině**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek odpovědělo v této otázce na pozitivní rodinnou anamnézu 14 (28,00 %) a negativní rodinnou anamnézu 33 (66,00 %) respondentek. 3 (6,00 %) respondentky odpověděly, že nevědí.

Tabulky č. 7: Výskyt onemocnění v rodině

Výskyt onemocnění v rodině	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	28,00 %
Ne	33	66,00 %
Nevím	3	6,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 5: Výskyt onemocnění v rodině



5.3.2 ČÁST B – onemocnění, druh operačního výkonu a následná léčba

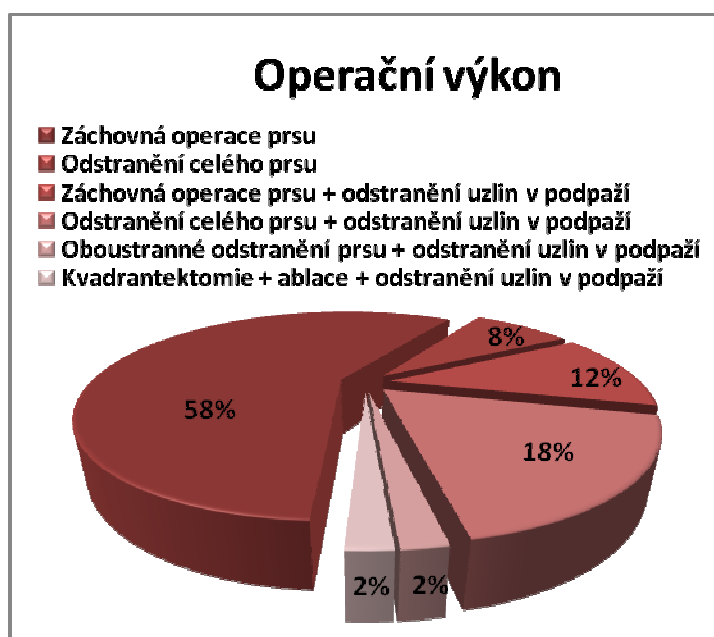
Otázka č. 6: Operační výkon

V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Označovaly operační výkony, které jim byly provedeny. Z 50 (100,00 %) respondentek podstoupilo pouze záchovnou operaci prsu kvadrantektomií 29 (58,00 %) respondentek, odstranění celého prsu podstoupily 4 (8,00 %) respondentky. Kombinovaný výkon kvadrantektomií a odstranění uzlin v podpaží podstoupilo 6 (12,00 %) respondentek, jednostranné odstranění celého prsu a odstranění uzlin v podpaží podstoupilo 9 (18,00 %) respondentek. 1 (2,00 %) respondentka podstoupila oboustranné odstranění prsů a odstranění uzlin v podpaží. 1 (2,00 %) respondentka uvedla, že jí byla provedena kvadrantektomie a při recidivě provedena ablace a odstranění uzlin v podpaží.

Tabulka č. 8: Operační výkon

Operační výkon	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Záchovná operace prsu	29	58,00 %
Odstranění celého prsu	4	8,00 %
Záchovná operace prsu + odstranění uzlin v podpaží	6	12,00 %
Odstranění celého prsu + odstranění uzlin v podpaží	9	18,00 %
Oboustranné odstranění prsu + odstranění uzlin v podpaží	1	2,00 %
Kvadrantektomie + ablace + odstranění uzlin v podpaží	1	2,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 6: Operační výkon

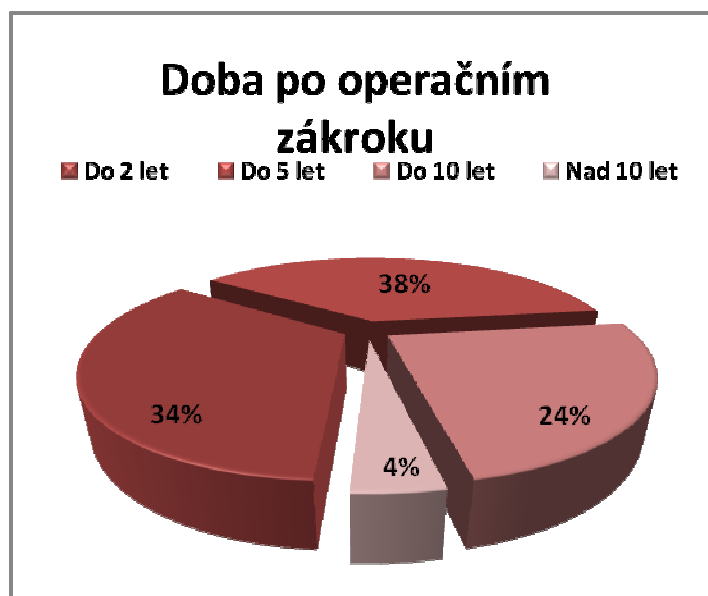
**Otázka č. 7: Doba po operačním zákroku**

50 (100,00 %) dotazovaných respondentek odpovídalo na otázku, jak dlouho jsou po operačním zákroku. Délku jsem rozdělila do období do 2 let, kde patřilo 17 (34,00 %) respondentek, období do 5 let, kde patřilo 19 (38,00 %) respondentek, období do 10 let 12 (24,00 %) respondentek a poslední období nad 10 let, kam patřily 2 (4,00 %) respondentky.

Tabulka č. 9: Doba po operačním zákroku

Doba po operačním zákroku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 2 let	17	34,00 %
Do 5 let	19	38,00 %
Do 10 let	12	24,00 %
Nad 10 let	2	4,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 7: Doba po operačním zákroku



5.4 Interpretace dat k cíli č. 3 - zmapovat činnosti sebepéče u pacientek v souvislosti s léčbou po operaci karcinomu prsu.

Otázka č. 8: Informovanost o svém onemocnění

V této otázce všech 50 (100,00 %) respondentek zakroužkovalo pouze jednu odpověď, a to ano. Všechny byly dostatečně informovány o svém onemocnění.

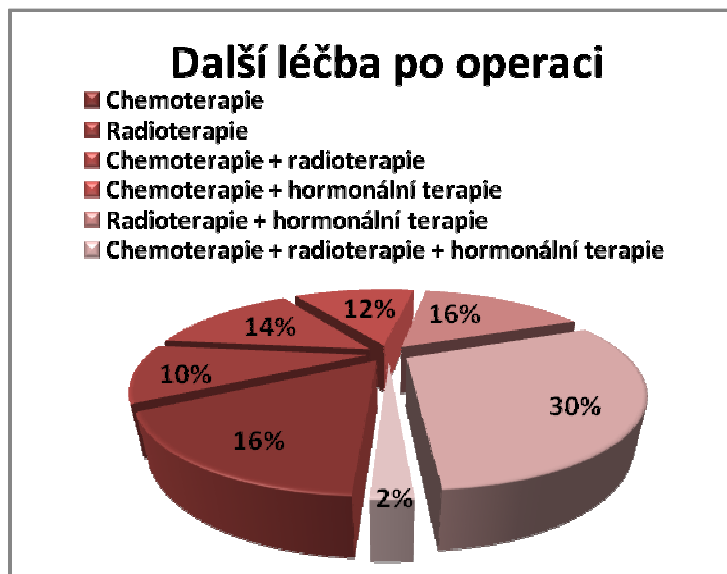
Otázka č. 9: Další léčba po operaci

V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Označovaly další léčbu, kterou po operaci absolvovaly. Z 50 (100,00 %) respondentek odpovědělo 8 (16,00 %) pouze chemoterapii, 5 (10,00 %) pouze radioterapii, kombinaci chemoterapie a radioterapie podstoupilo 7 (14,00 %) respondentek, kombinaci chemoterapie a hormonální terapie podstoupilo 6 (12,00 %) respondentek. Radioterapii a hormonální terapii postoupilo 8 (16,00 %) respondentek a kombinaci chemoterapie, radioterapie a hormonální terapie podstoupilo 15 (30,00 %) respondentek. 1 (2,00 %) pacientka označila kombinaci chemoterapie, radioterapie a biologické léčby.

Tabulka č. 10: Další léčba po operaci

Další léčba po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Chemoterapie	8	16,00 %
Radioterapie	5	10,00 %
Chemoterapie + radioterapie	7	14,00 %
Chemoterapie + hormonální terapie	6	12,00 %
Radioterapie + hormonální terapie	8	16,00 %
Chemoterapie + radioterapie + hormonální terapie	15	30,00 %
Chemoterapie + radioterapie + biologická léčba	1	2,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 8: Další léčba po operaci

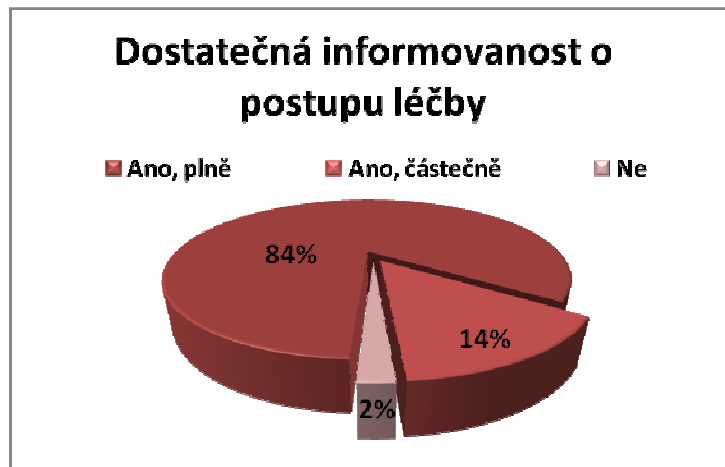
**Otázka č. 10: Dostatečná informovanost o postupu léčby**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek odpovědělo 42 (84,00 %) respondentek, že bylo plně informováno o postupu léčby, která následovala po operaci. 7 (14,00 %) respondentek odpovědělo, že bylo informováno částečně a pouze 1 (2,00 %) respondentka odpověděla, že si musela informace o postupu léčby dohledat na internetu.

Tabulka č. 11: Dostatečná informovanost o postupu léčby

Dostatečná informovanost o postupu léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, plně	42	84,00 %
Ano, částečně	7	14,00 %
Ne	1	2,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 9: Dostatečná informovanost o postupu léčby

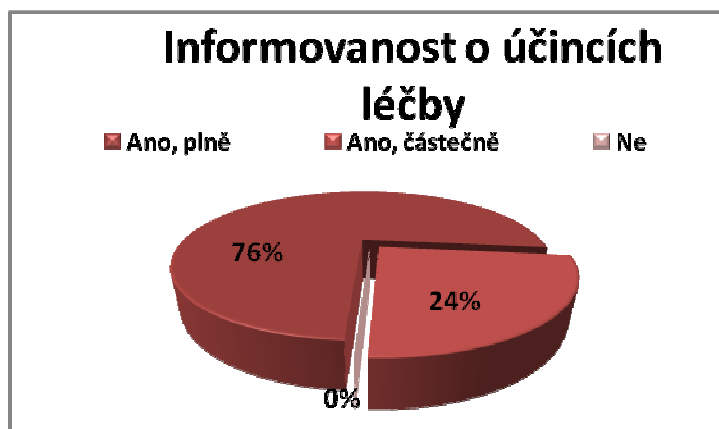
**Otázka č. 11: Informovanost o účincích léčby**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek odpovědělo 38 (76,00 %), že bylo informováno plně a 12 (24,00 %) bylo informováno částečně. Negativně neodpověděla žádná respondentka.

Tabulka č. 12: Informovanost o účincích léčby

Informovanost o účincích léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, plně	38	76,00 %
Ano, částečně	12	24,00 %
Ne	0	0 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 10: Informovanost o účincích léčby



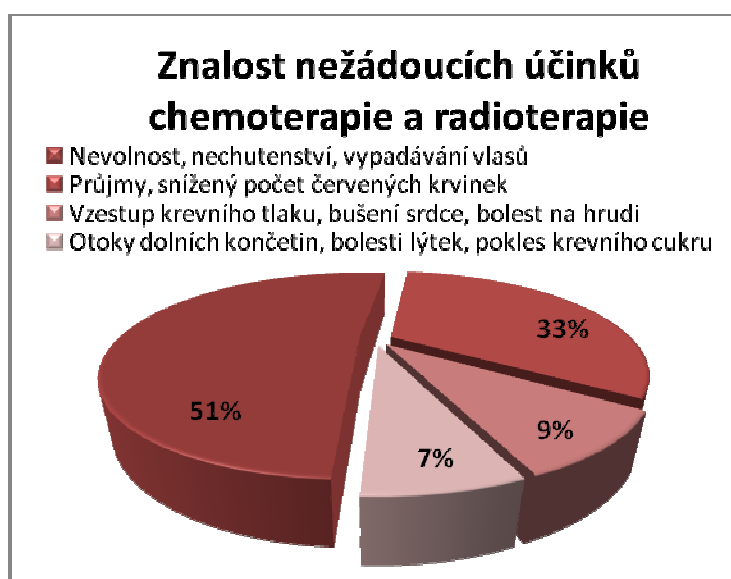
Otázka č. 12: Znalost nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie

V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Šlo o vědomostní otázku, zda respondentky znají možné nežádoucí účinky chemoterapie a radioterapie, které mohou během léčby nastat. Celkem bylo uvedeno 98 (100,00 %) odpovědí. Všech 50 (51,02 %) respondentek uvedlo správně odpověď a) nevolnost, nechutenství a vypadávání vlasů. 32 (32,65 %) respondentek uvedlo odpověď b) průjmy, snížený počet červených krvinek. Odpověď c) vzestup krevního tlaku, bušení srdce a bolest na hrudi vybralo 9 (9,18 %) respondentek a poslední odpověď d) otoky dolních končetin, bolesti lýtek, pokles krevního cukru vybralo 7 (7,14 %) respondentek.

Tabulka č. 13: Znalost nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie

Nežádoucí účinky léčby, které mohou nastat	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nevolnost, nechutenství, vypadávání vlasů	50	51,02 %
Průjmy, snížený počet červených krvinek	32	32,65 %
Vzestup krevního tlaku, bušení srdce, bolest na hrudi	9	9,18 %
Otoky dolních končetin, bolesti lýtek, pokles krevního cukru	7	7,14 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 11: Znalost nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie



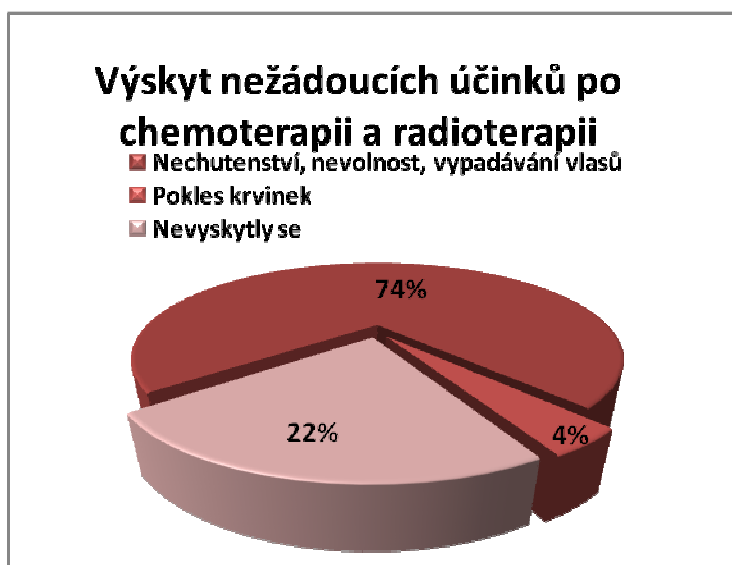
Otázka č. 13: Výskyt nežádoucích účinků po chemoterapii a radioterapii

Z 50 (100,00 %) respondentek odpovědělo 37 (74,00 %), že se u nich vyskytly nežádoucí účinky, a to nechutenství, nevolnost a vypadávání vlasů. 2 (4,00 %) respondentky uvedly pokles počtu červených a bílých krvinek. 11 (22,00 %) respondentek uvedlo, že se u nich vedlejší nežádoucí účinky nevyskytly.

Tabulka č. 14: Výskyt nežádoucích účinků po chemoterapii a radioterapii

Výskyt nežádoucích účinků u respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nechutenství, nevolnost, vypadávání vlasů	37	74,00 %
Pokles krvinek	2	4,00 %
Nevyskytly se	11	22,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 12: Výskyt nežádoucích účinků po chemoterapii a radioterapii

**Otázka č. 14: Péče o ozařovanou kůži**

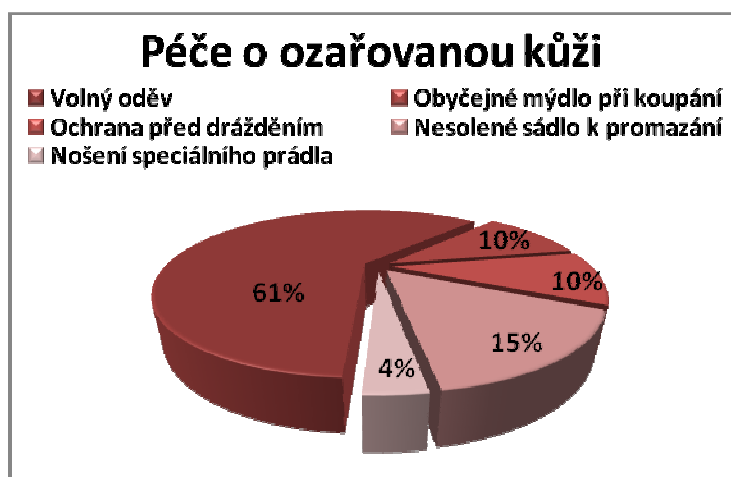
V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Šlo o vědomostní otázku, zda respondentky umí pečovat o ozařovanou kůži. Celkem bylo uvedeno 59 (100,00 %) odpovědí. Všech 36 (61,02 %) ozařovaných respondentek odpovědělo, že nosí volný oděv bez krajek, 6 (10,17 %) žen odpovědělo, že při sprchování, koupání používají obyčejné mýdlo, kůži před tepelným, chemickým a mechanickým drážděním si chrání 6 (10,17 %)

respondentek, 9 (15,25 %) respondentek používá k promazávání kůže nesolené sádlo a 2 (3,39 %) respondentky označily používání speciálního prádla.

Tabulka č. 15: Péče o ozařovanou kůži

Péče o ozařovanou kůži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Volný oděv	36	61,02 %
Obyčejné mýdlo při koupání	6	10,17 %
Ochrana před drážděním	6	10,17 %
Nesolené sádlo k promazání	9	15,25 %
Nošení speciálního prádla	2	3,39 %
Celkem	59	100,00 %

Graf č. 13: Péče o ozařovanou kůži



Otázka č. 15: Aktivity, které respondentky neprovádějí

V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Šlo o zjištění, které aktivity respondentky po léčbě karcinomu prsu neprovádí. Odpovědi jsem rozdělila do 6 kategorií. Celkem bylo uvedeno 78 (100,00 %) odpovědí. Nejvíce respondentky vypsaly omezení v oblasti nošení těžkých břemen, tašek s nákupem. Celkem šlo o 29 (37,18 %) respondentek. Práce na zahradě se muselo vzdát 12 (15,38 %) respondentek, náročnou fyzickou práci neprovádí 13 (16,67 %) respondentek. 10 (12,82 %) respondentek se muselo vzdát oblíbeného sportu a 7 (8,97 %) respondentek nevykonává domácí práce. 7 (8,97 %) respondentek odpovědělo, že se nemuselo vzdát žádných činností, provádí vše, co před onemocněním.

Tabulka č. 16: Aktivity, které respondentky neprovádějí

Aktivity, které respondentky neprovádějí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nošení těžkých břemen	29	37,18 %
Práce na zahradě	12	15,38 %
Náročná fyzická práce	13	16,67 %
Sport	10	12,82 %
Domácí práce	7	8,97 %
Žádné omezení	7	8,97 %
Celkem	78	100,00 %

Graf č. 14: Aktivity, které respondentky neprovádějí

**Otázka č. 16: Důvody pro přerušení onkologické léčby**

Z 50 (100,00 %) respondentek na otázku, jestli znají důvody k přerušení onkologické léčby, odpovědělo 16 (16,00 %) respondentek ano. Jejich hlavní důvody byly alergické reakce na podávanou látku, špatné výsledky krevních testů během terapie, těžká reakce po radioterapii. 34 (68,00 %) respondentek odpovědělo, že důvody pro přerušení onkologické léčby neznají a léčba u nich byla dokončena.

Tabulka č. 17: Důvody pro přerušení onkologické léčby

Důvody pro přerušení onkologické léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	16	32,00 %
Neznám	34	68,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 15: Důvody pro přerušení onkologické léčby



5.4.1 ČÁST C – využití epitéz

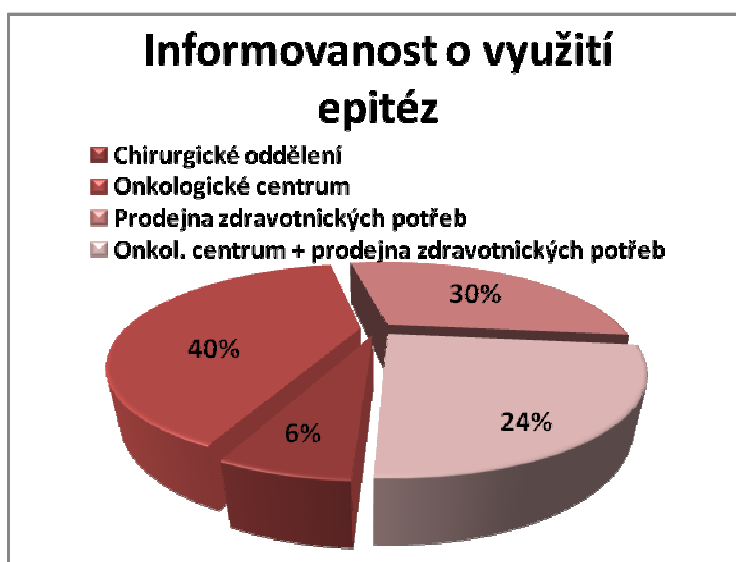
Otázka č. 17: Informovanost o využití epitéz

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek odpověděly 3 (6,00 %) respondentky, že byly obeznámeny s možnostmi využití epitéz na chirurgickém oddělení, kde provedli operaci. Nejvíce respondentek, a to 20 (40,00 %), uvedlo, že byly informovány v onkologickém centru a 15 (30,00 %) respondentek uvedlo, že byly informovány v prodejně zdravotnických potřeb, kam je odeslal onkolog. 12 (24,00 %) respondentek uvedlo jak onkologické centrum, tak prodejnu zdravotnických potřeb.

Tabulka č. 18: Informovanost o využití epitéz

Informovanost o využití epitéz	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Chirurgické oddělení	3	6,00 %
Onkologické centrum	20	40,00 %
Prodejna zdravotnických potřeb	15	30,00 %
Onkol. centrum + prodejna zdravotnických potřeb	12	24,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 16: Informovanost o využití epitéz

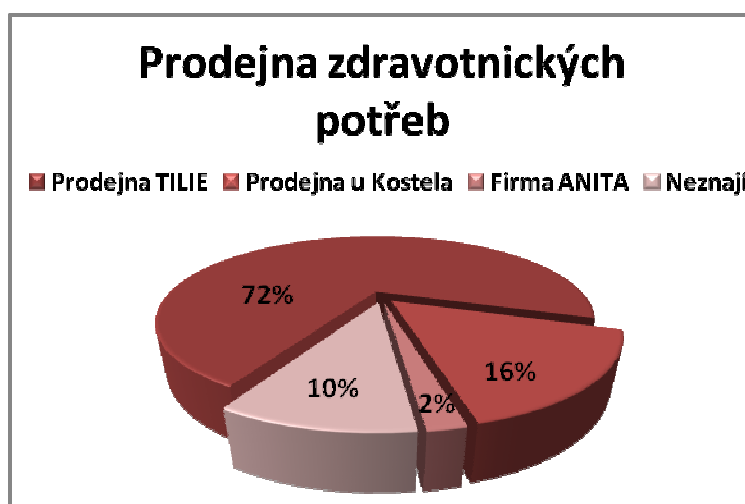
**Otázka č. 18: Prodejna zdravotnických potřeb**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek 36 (72,00 %) odpovědělo, že znají specializovanou prodejnu TILIE v Přerově, dále 8 (16,00 %) respondentek uvedlo Prodejnu u Kostela v Přerově. 1 (2,00 %) respondentka uvedla firmu ANITA. 5 (10,00 %) respondentek uvedlo, že neznají žádnou prodejnu.

Tabulka č. 19: Prodejna zdravotnických potřeb

Prodejna zdravotnických potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Prodejna TILIE	36	72,00 %
Prodejna u Kostela	8	16,00 %
Firma ANITA	1	2,00 %
Neznají	5	10,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 17: Prodejna zdravotnických potřeb

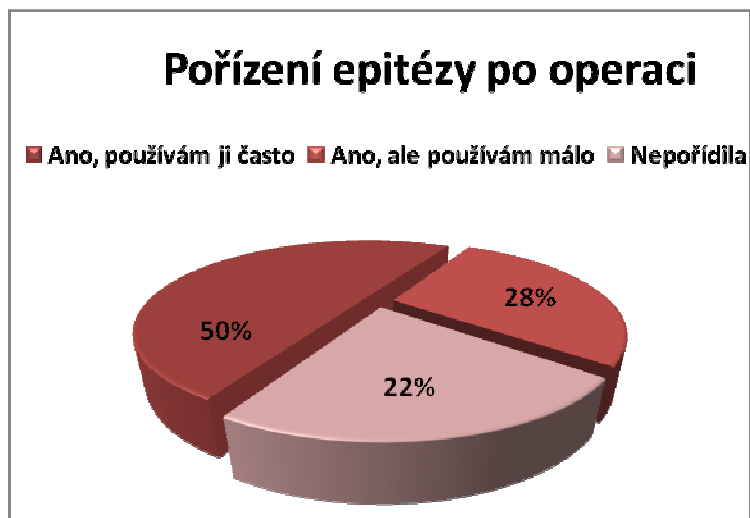
**Otázka č. 19: Pořízení epitézy po operaci**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek uvedlo 25 (50,00 %), že si epitézu pořídily a používají ji často, 14 (28,00 %) respondentek si ji sice pořídilo, ale používají ji málo a 11(22,00 %) respondentek uvedlo, že si epitézu nepořídilo vůbec.

Tabulka č. 20: Pořízení epitézy po operaci

Pořízení epitézy po operaci	Absolutní četnost	Relativní činnost (%)
Ano, používám ji často	25	50,00 %
Ano, ale používám málo	14	28,00 %
Nepořídila	11	22,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 18: Pořízení epitézy po operaci

**Otázka č. 20: Hrazení epitéz pojišťovnou**

V této otázce také všech 50 (100,00 %) respondentek zakroužkovalo pouze jednu odpověď, a to ano. Dle názoru všech respondentek by měly být epitézy hrazeny pojišťovnou.

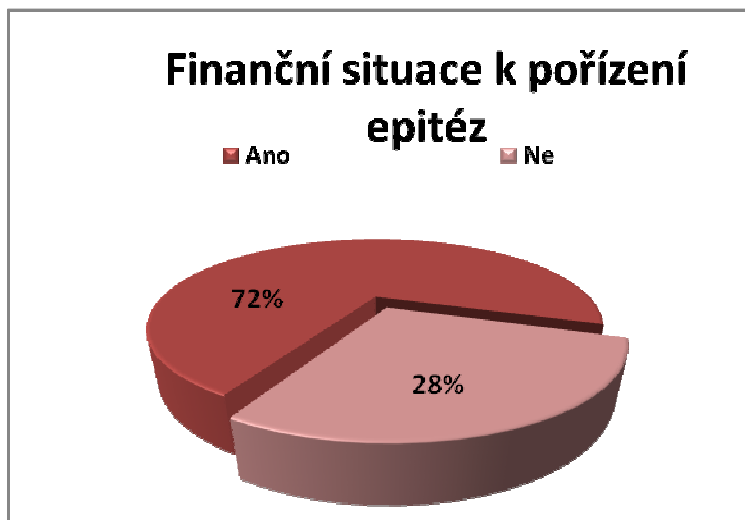
Otázka č. 21: Finanční situace k pořízení epitéz

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek 36 (72,00 %) odpovědělo, že jim jejich finanční situace dovoluje pořídit si epitézu a 14 (28,00 %) respondentek odpovědělo, že by si ji pořídit nemohlo.

Tabulka č. 21: Finanční situace k pořízení epitéz

Finanční situace k pořízení epitéz	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	36	72,00 %
Ne	14	28,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 19: Finanční situace k pořízení epitéz



5.5 Interpretace dat k cíli č. 4 - zmapovat činnosti sebepěče u pacientek v oblasti vlivu onemocnění na osobní život.

5.5.1 ČÁST D – vliv onemocnění na osobní život

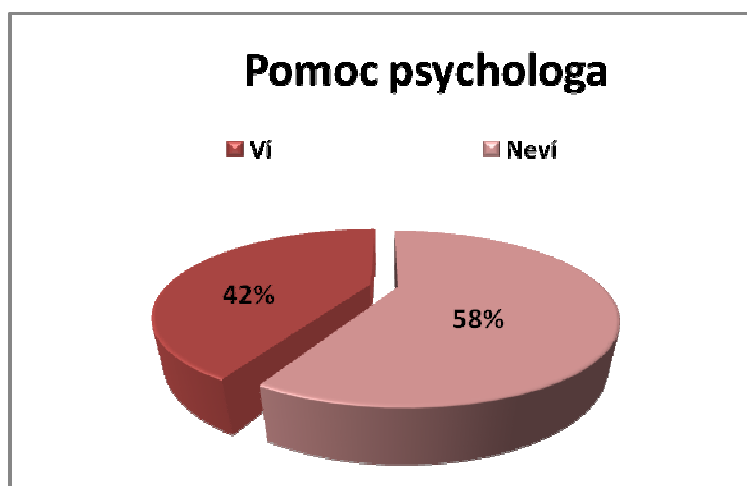
Otázka č. 22: Pomoc psychologa

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek na otázku zda by uvítaly pomoc nebo radu psychologa odpovědělo ano 21 (42,00 %) respondentek a ne odpovědělo 29 (58,00 %) respondentek.

Tabulka č. 22: Pomoc psychologa

Pomoc psychologa	Absolutní činnost	Relativní činnost (%)
Ano	21	42,00 %
Ne	29	58,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 20: Pomoc psychologa



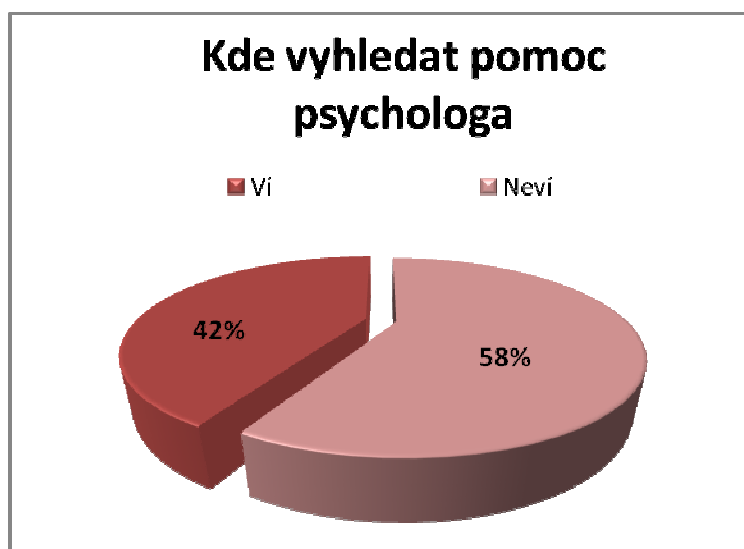
Otázka č. 23: Kde vyhledat pomoc psychologa

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek 21 (42,00 %) ví, kde vyhledat psychologa. Zbýlých 29 (58,00 %) respondentek odpovědělo, že neví, kde by pomoc vyhledaly.

Tabulka č. 23: Kde vyhledat pomoc psychologa

Kde vyhledat pomoc psychologa	Absolutní činnost	Relativní činnost (%)
Ví	21	42,00 %
Neví	29	58,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 21: Kde vyhledat pomoc psychologa

**Otázka č. 24: Vliv onemocnění na osobní život**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek onemocnění ovlivnilo osobní život 18 (36,00 %) respondentek pozitivně, u 23 (46,00 %) negativně a u 9 (18,00 %) vůbec ne.

Tabulka č. 24: Vliv onemocnění na osobní život

Vliv onemocnění na osobní život	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivní	18	36,00 %
Negativní	23	46,00 %
Žádný	9	18,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 22: Vliv onemocnění na osobní život

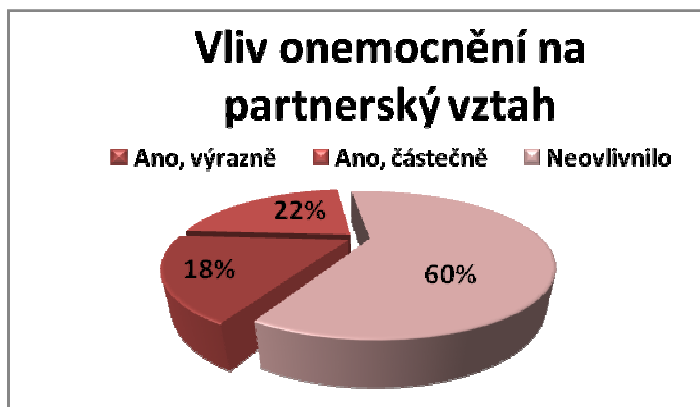
**Otázka č. 25: Vliv onemocnění na partnerský vztah**

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek odpovědělo 9 (18,00 %), že onemocnění výrazně ovlivnilo její partnerský vztah, u 11 (22,00 %) respondentek onemocnění ovlivnilo partnerský vztah částečně. Partnerský vztah onemocnění neovlivnilo v 30 (60,00 %) případech.

Tabulka č. 25: Vliv onemocnění na partnerský vztah

Vliv onemocnění na partnerský vztah	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, výrazně	9	18,00 %
Ano, částečně	11	22,00 %
Neovlivnilo	30	60,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 23: Vliv onemocnění na partnerský vztah

**Otázka č. 26: Která občanská sdružení zabývající se onemocněním prsu znáte?**

Tato otázka byla otevřená (volná), kde mohly respondentky napsat občanská sdružení, které znají. Celkem respondentky uvedly 62 odpovědí. Většina respondentek z 50 (100 %) dotazovaných, a to 44 (88,00 %) odpovědělo asi nejznámější sdružení Mamma HELP, 18 (36,00 %) respondentek odpovědělo sdružení AVON. 12 (24,00 %) respondentek zná obě sdružení.

Otázka č. 27: Návrat do práce

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek se do stejného zaměstnání vrátilo 16 (32,00 %) respondentek, 18 (36,00 %) respondentek muselo změnit povolání a 16 (32,00 %) respondentek odpovědělo, že nepracuje.

Tabulka č. 26: Návrat do práce

Návrat do práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, stejné zaměstnání	16	32,00 %
Ano, ale změnila jsem zam.	18	36,00 %
Ne	16	32,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 24: Návrat do práce

**Otázka č. 28: Pracovní úvazek**

Na předchozí otázku odpovědělo ano 34 (100,00 %) respondentek. Z tohoto počtu 14 (41,18 %) pracuje na plný úvazek a 20 (58,82 %) pracuje na částečný úvazek.

Tabulka č. 27: Pracovní úvazek

Pracovní úvazek	Absolutní činnost	Relativní činnost (%)
Plný úvazek	14	41,18 %
Částečný úvazek	20	58,82%
Brigádně	0	0
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 25: Pracovní úvazek



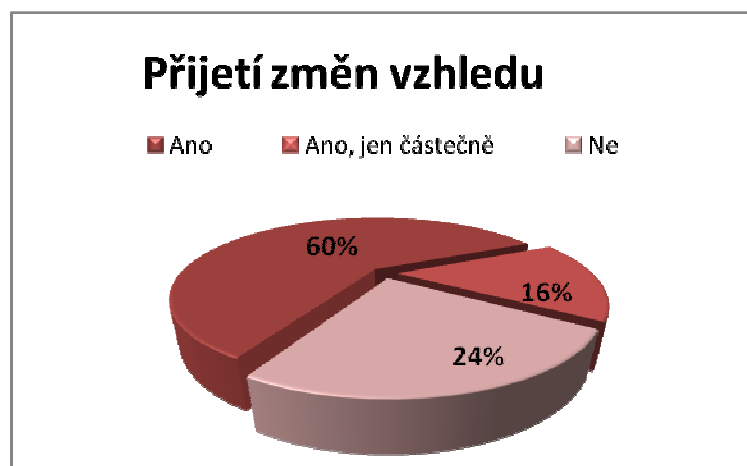
Otázka č. 29: Přijetí změn vzhledu

Z 50 (100,00 %) dotazovaných respondentek přijalo změny vzhledu 30 (60,00 %) respondentek, 8 (16,00 %) respondentek změnu vzhledu přijalo jen částečně a 12 (24,00 %) respondentek se se změnou vzhledu nevyrovnalo.

Tabulka č. 28: Přijetí změn vzhledu

Přijetí změn vzhledu	Absolutní činnost	Relativní činnost (%)
Ano	30	60,00 %
Ano, jen částečně	8	16,00 %
Ne	12	24,00 %
Celkem	50	100,00 %

Graf č. 26: Přijetí změn vzhledu



5.6 Interpretace dat k cíli č. 5 - zjistit nejčastější problémy pacientek po operaci karcinomu prsu.

Otázka č. 30: Problémy, které respondentky nejvíce trápí

V této otázce mohly respondentky vybrat 3 problémy, které je ve spojitosti s onemocněním nejvíce trápí a číslem od 1 do 3 napsat jejich důležitost. Z 50 (100 %) respondentek resp. 45 (90,00 %) problémy uvedly a 5 (10,00 %) respondentek žádné problémy neuvedly. 45 respondentek, které problémy v souvislosti s onemocněním pociťují, mohlo uvést více problémů.

Celkem bylo označeno 101 (100,00 %) odpovědí od 45 respondentek. U respondentek, které odpovědi označily, ale nenapsaly pořadí důležitosti, jsme vycházeli z předpokladu, že problémům přiřadají stejnou míru důležitosti. Nejčastější odpovědí bylo omezení fyzické aktivity, a to 33 x (32,67 %), přijetí změn zevnějšku označily 20 x (19,80 %). Neznalost postupů léčby uvedly 4 x (3,96 %), neznalost vedlejších účinků také 4 x (3,96 %), změnu psychického stavu uvedlo 18 (17,82 %) respondentek, změnu nebo ztrátu zaměstnání uvedly 8 x (7,92 %), změnu vztahů v rodině uvedly 6 x (5,94 %) a ekonomickou situaci uvedlo 8 (7,92 %) respondentek.

Tabulka č. 29: Problémy, které respondentky nejvíce trápí

Problémy, které respondentky nejvíce trápí	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Omezení fyzické aktivity	33	32,67 %
Přijetí změn zevnějšku	20	19,80 %
Neznalost postupů léčby	4	3,96 %
Neznalost vedlejších účinků	4	3,96 %
Změny psychického stavu	18	17,82 %
Změna nebo ztráta zaměstnání	8	7,92 %
Změna vztahů v rodině	6	5,94 %
Ekonomická situace	8	7,92 %
Celkem	101	100,00 %

Graf č. 27: Problémy, které respondentky nejvíce trápí



6 DISKUZE

Karcinom prsu je v současné době nejčastějším nádorovým onemocněním u žen v České republice. Péče o ženy s onemocněním prsu se u nás v posledních letech výrazně změnila, jednak díky stále dokonalejším vyšetřovacím metodám, celoplošně vedené osvětě, ale také v důsledku stále se rozvíjející spolupráce mezi odborníky mammologických, onkologických, chirurgických, plasticko-chirurgických a dalších pracovišť. Jak vyplývá z uveřejňovaných statistik, výskyt karcinomu prsu stále roste a stává se tak velkým společenským problémem. Na základě tohoto trendu je karcinom prsu zařazován mezi civilizační choroby (Měšťák, 2007, s. 23).

Před zahájením dotazníkového šetření, které proběhlo na třech místech, a to v Centru klinické onkologie MUDr. Lubomíra Skopala v Přerově, v prodejně zdravotnických potřeb TILIA, která se zabývá prodejem speciálních potřeb pro ženy po operaci prsu a v pobočce Mamma HELP v Přerově byl odvozen vliv karcinomu prsu (po chirurgické léčbě) na požadavky sebekpěče a sestavena situační potřeba sebekpěče u pacientek po operaci karcinomu prsu.

Prvním cílem bakalářské práce bylo odvodit vliv karcinomu prsu (po chirurgické léčbě) na požadavky sebekpěče. Po prostudování odborné literatury k problematice karcinomu prsu a teorie deficitu sebekpěče D. E. Oremové byly sestaveny obecné požadavky sebekpěče (tabulka č. 1) a zdravotně podmíněné požadavky sebekpěče (tabulka č. 2). Po odvození vlivu bylo možné stanovit čtyři situační problematiky – problémy, které se ženy s tímto onemocněním musí naučit zvládat v osobním životě (viz. kapitola č. 5. 1.):

- SIP 1. Neznalost strategie léčby karcinomu prsu
- SIP 2. Problematika dodržování léčebného režimu
- SIP 3. Problematika dostupnosti a použití epitéz po operaci karcinomu prsu
- SIP 4. Psychosociální problematika

Druhým cílem bylo sestavit kompetence sebekpěče u pacientek po operaci karcinomu prsu k uvedeným situačním problematikám a tím vytvořit situační potřebu sebekpěče (viz. kapitola č. 5. 2.).

Ke splnění cílů č. 3, 4, 5 posloužilo anonymní dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 50 (100,00 %) respondentek. Mezi dotazovanými byly jen ženy, protože onemocnění

postihuje hlavně ženské pohlaví. Onemocnět mohou i muži, ale jejich počet je nízký. Dotazníkové šetření proběhlo v lednu a únoru 2011 na třech místech, a to v Centru klinické onkologie MUDr. Lubomíra Skopala v Přerově, v prodejně zdravotnických potřeb TILIA, která se zabývá prodejem speciálních potřeb pro ženy po operaci prsu a v pobočce Mamma HELP v Přerově. Z celkového počtu 50 (100,00 %) respondentek byly ve skupině 31-40 let 4 (8,00 %) respondentky, ve skupině 41-50 let 12 (24,00 %) respondentek, ve skupině 51-60 let bylo 18 (36,00 %) respondentek a v poslední skupině nad 60 let bylo 16 (32,00 %) respondentek. 8 (16,00 %) žen mělo základní vzdělání, 10 (20,00 %) žen uvedlo vzdělání střední bez maturity, střední vzdělání s maturitou vystudovalo 23 (46,00 %) žen a vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 9 (18,00 %). Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce se karcinom prsu vyskytoval u našeho souboru respondentek mezi 50 a 70 rokem věku. Výsledky se shodují s daty v literatuře, které uvádí největší nárůst nově diagnostikovaných nádorů v letech 50-59 let o 34 % a 60-69 let o 24 % (Mužík et al., 2009, s. 8). Povolání respondentek bylo velmi různé, z celkového počtu 50 (100,00 %) respondentek bylo 13 (26,00 %) důchodkyň, 2 (4,00 %) respondentka byla na mateřské dovolené, 2 (4,00 %) respondentky byly nezaměstnané a zbývajících 33 (66,00 %) respondentek bylo ekonomicky aktivních.

Z celkového počtu 50 (100,00 %) respondentek 29 (58,00 %) označilo zachovný výkon na prsu, 4 (8,00 %) respondentky označily odstranění celého prsu. Kombinovaný výkon zachovnou operací prsu + odstranění uzlin v podpaží podstoupilo 6 (12,00 %) respondentek a odstranění celého prsu + odstranění uzlin v podpaží podstoupilo 9 (18,00 %) respondentek. 1 (2,00 %) respondentka musela podstoupit oboustranné odstranění prsu + odstranění uzlin v podpaží a 1 (2,00 %) respondentce byla provedena nejdříve kvadrantektomie a posléze ablace + odstranění uzlin v podpaží. Ze zpracování těchto dat vyplývá, že nejvíce žen podstoupilo prs zachovný výkon bez odebrání uzlin v podpaží, a to 29 (58,00 %). Tento výsledek odpovídá současnému trendu diagnostiky a léčby karcinomu prsu. Se zlepšující se diagnostikou a skrínigovým programem se nyní více prosazují prs šetřící výkony. Jak uvádí literatura, frekvence těchto výkonů na některých našich pracovištích dnes osciluje mezi 70-80 % všech chirurgických výkonů pro toto onemocnění (Jandík, 2004, s. 374). Stejně číslo, a to 70 % uvádí i článek z německého odborného časopisu *Der Chirurg* (Jakesz, 1999). Přitom v roce 1995 uvádí

Abrahámová četnost záchovných výkonů v České republice pouze 6,6 % ze všech operací pro karcinom prsu (Abrahámová et al., 2000, s. 234).

Třetím cílem bylo zmapovat kompetence sebezpečí u pacientek v souvislosti s léčbou po operaci karcinomu prsu. Ke splnění tohoto cíle bylo použito anonymního dotazníkového šetření. První položka dotazníku se týkala informovanosti respondentek o svém onemocnění. Všechny 50 (100,00 %) respondentek se domnívalo, že bylo dostatečně informováno o svém onemocnění. Z celkového počtu 50 (100,00 %) respondentek 15 (30,00 %) absolvovalo trojkombinaci léčby chemoterapie + radioterapie + hormonální terapie, 8 (16,00 %) respondentek podstoupilo radioterapii + hormonální terapii a 6 (12,00 %) respondentek chemoterapii + hormonální terapii. 29 (58,00 %) žen tedy podstoupilo v rámci léčby hormonální terapii, z čehož vyplývá, že tyto ženy byly v době onemocnění hormonálně aktivní (období před menopauzou). Dalších 8 (16,00 %) respondentek podstoupilo jen chemoterapii, 5 (10,00 %), 7 (14,00 %) chemoterapii + radioterapii a 1 (2,00 %) respondentka prodělala chemoterapii + radioterapii + biologickou léčbu.

O postupu léčby a o účincích léčby byla většina respondentek 49 (98,00 %) a 50 (100,00 %) informována plně nebo částečně. Pouze 1 (2,00 %) respondentka uvedla, že informována nebyla. Z dotazníkového šetření vyplývá, že informovanost žen o onemocnění, léčbě a jejich účincích je dobrá. Znalost výskytu nežádoucích účinků nevolnost, nechutenství, vypadávání vlasů uvedlo všech 50 (51,02 %) respondentek. Jde o nejčastější a nejtypičtější nežádoucí účinky onkologické léčby. 32 (32,65 %) respondentek uvedlo také průjemy a snížený počet červených krvinek. Výskyt nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie u respondentek. Z 50 (100,00 %) respondentek se u 37 (74,00 %) objevilo nechutenství, nevolnost a vypadávání vlasů. Za povšimnutí stojí, že u 11 (22,00 %) respondentek se nevyskytly žádné nežádoucí účinky. Důvodem může být menší agresivita léčby nebo nižší práh vnímavosti u některých pacientek. Respondentky prokázaly, že znají, jak správně pečovat o ozařovanou kůži. 44 (88,00 %) respondentek uvedlo jednu nebo více správných odpovědí, a to, že nosí volný oděv, kůži chrání před tepelným, chemickým a mechanickým drážděním, k promazávání kůže používají nesolené sádlo nebo nosí speciální prádlo. Pouze 6 (10,17 %) označilo, že používá obyčejné mýdlo při koupání. Šlo o respondentky vyššího věku s delší dobou od operace. Lze předpokládat, že tyto ženy nechtějí měnit své návyky a o nové přípravky

se příliš nezajímají. Aktivitu, které respondentky po léčbě karcinomu prsu neprováděly, bylo nošení těžkých břemen. Tuto odpověď uvedlo 29 (37,18 %) respondentek. Další omezení bylo v oblasti náročné fyzické práce, práce na zahradě, sportu a domácích prací. 7 (8,97 %) respondentek uvedlo, že se nemuselo vzdát žádných činností, provádí vše, co před onemocněním. Důvody pro přerušení onkologické léčby znalo pouze 16 (32,00 %) respondentek. Uvedly alergické reakce na podávanou látku, špatné výsledky krevních testů během terapie, těžká reakce po radioterapii. 34 (68,00 %) respondentek nezná důvody pro přerušení onkologické léčby. Je možné se domnívat, že u těchto žen proběhla léčba bez větších problémů, nežádoucí účinky byly snesitelné a léčba byla dokončena. Tyto ženy neměly důvod přemýšlet o přerušení léčby. Otázkou zůstává, jestli je nutné všechny ženy edukovat o důvodech, které vedou k přerušení onkologické léčby.

Část C se týkala využití epitéz. Na otázku, kdo je informoval o používání epitéz, odpověděly respondentky v největším zastoupení onkologické centrum a prodejnu zdravotnických potřeb. Tyto dvě pracoviště mezi sebou velice dobře spolupracují. Prodejna je vybavena velkým množstvím epitéz a spodního prádla. Zde si mohou ženy za odborné pomoci vyzkoušet a vybrat prádlo a epitézy, které jim nejvíce vyhovují. Prodejna je zásobena také plavkami, parukami, šátky a oblečením. Pouze 3 (6,00 %) respondentky uvedly, že byly o epitézách informovány na pracovišti, kde jim byla provedena operace. Získané výsledky byly důvodem tvorby edukačního letáku pro tyto ženy, protože se domníváme, že ženy měly odcházet z chirurgie s pooperační epitézou, kterou je možno nosit ihned po výkonu. Tato skutečnost určitě přispívá k podpoře sebevědomí každé ženy, která se musí vyrovnávat se změněným obrazem těla. S touto otázkou souvisela i další, a to jestli respondentky znají prodejnu zdravotnických potřeb, která se zabývá potřebami pro ženy po operaci prsu. Většina respondentek 36 (72,00 %) uvedla specializovanou prodejnu TILIE. Jde o výše zmiňovanou prodejnu. Ostatní respondentky uvedly ještě prodejnu zdravotnických potřeb u Kostela v Přerově a 1 (2,00 %) respondentka uvedla také firmu ANITA, která se zabývá výrobou potřeb pro tyto ženy. Polovina respondentek si epitézu pořídila a používá ji často. 14 (28,00 %) si epitézu pořídila, ale používá ji málo. Ovšem 11 (22,00 %) respondentek si epitézu vůbec nepořídily. Je možné se domnívat, že těchto 11 respondentek bylo na záchranné operaci prsu a lze tedy předpokládat, že výkon byl proveden tak, že epitézu nepotřebovaly. Ovšem zbylé 4 respondentky byly po odstranění celého prsu. Jejich věk byl v kategorii nad 70 let. Tyto ženy pravděpodobně

neřeší otázku ženskosti, ale přežití a uzdravení se. Názor na hrazení epitéz pojišťovnou byl jednoznačný. Všechny respondentky odpověděly, že by měly být hrazeny z veřejného pojištění. Otázka finanční situace k pořízení epitézy byla u 36 (72,00 %) respondentek dobrá, 14 (28,00 %) uvedlo, že by si epitézu pořídit nemohlo. Tento problém je řešitelný. Prodejna TILIE nabízí dárkové poukázky např. pro rodinné příslušníky, kteří svoji příbuznou obdarují touto poukázkou, a ona si může vybrat adekvátní náhradu.

Čtvrtým cílem bylo zmapovat kompetence sebepečce u pacientek v oblasti vlivu onemocnění na osobní život. Tímto cílem se zabývala část D dotazníku otázky č. 22 až 29. Otázkou č. 22 a 23 jsme se dotazovaly, zda by respondentky uvítaly pomoc psychologa. 21 (42,00 %) uvedlo odpověď ano a také by vědělo, kde pomoc vyhledat. Respondentky, a to 29 (58,00 %), které pomoc nepotřebovaly, také uvedly, že by nevěděly, kde ji vyhledat. Pozitivní vliv na osobní život po tomto onemocnění zaznamenalo 18 (36,00 %) respondentek. 9 (18,00 %) respondentek nezaznamenalo žádnou změnu v osobním životě. Negativní vliv mělo onemocnění u 23 (46,00 %) respondentek. Pro onemocnění rakovinou je velice důležité rodinné zázemí a pomoc nejbližších. Bohužel skoro polovina respondentek měla tyto vztahy narušeny a nemoc se jim zvládala hůře. 30 (60,00 %) respondentek uvedlo, že onemocnění jejich partnerský vztah neovlivnilo. 9 (18,00 %) ovlivnilo výrazně a 11 (22,00 %) ovlivnilo částečně. Protože byla otázka postavena takto, lze těžko zjistit, zda byl vliv pozitivní nebo negativní. Znalost občanských sdružení v České republice, které se zabývají onemocněním karcinomu prsu, byla ve prospěch nejznámější organizace Mamma HELP. Další sdružení, které respondentky uvedly, byl AVON. Otázka návratu do práce zjistila, že 16 (32,00 %) respondentek pracuje ve stejném zaměstnání jako před onemocněním, 18 (36,00 %) respondentek pracuje, ale bylo nuceno zaměstnání změnit. Do zaměstnání se nevrátilo 16 (32,00 %) respondentek. Pravděpodobně mezi nimi bude 13 důchodkyň. Z 34 (100,00 %) zaměstnaných respondentek, 14 (41,18 %) pracuje na plný úvazek a 20 (58,82 %) na částečný úvazek. Změna tělesného vzhledu byla velkým problémem pro 12 (24,00 %) respondentek, které se s ní do dnešního dne ještě nevyrovnaly.

Pátým cílem bylo zjistit nejčastější problémy pacientek po operaci karcinomu prsu. K tomuto cíli se vztahovala poslední otázka dotazníkového šetření. V otázce mohly respondentky vybrat 3 problémy, které je ve spojitosti s onemocněním nejvíce trápí. Z 50 (100,00 %) respondentek 45 (90,00 %) problémy uvedly a 5 (10,00 %)

respondentek žádné problémy neuvedly. Těchto 45 respondentek uvedlo celkem 101 (100,00 %) odpovědí. Největším problémem, který je trápil, bylo omezení fyzické aktivity, což uvedlo 33 (32,67 %) respondentek. Uvedly hlavně nošení těžkých břemen, hlavně tašek s nákupem. Důvodem tohoto problému je operační léčba, která sebou nese určité pooperační komplikace. Jednou z komplikací je postmastektomický bolestivý syndrom. Pacientky si stěžují na pocit „mrtvění“ a pocit „cizí tkáně“ v okolí jizvy. Na operované straně se relativně často vyvíjí syndrom zmrzlého ramene (periarthritis humeroscapularis), protože tuto paži nemocné podvědomě šetří a drží ji spíše pokrčenou a přitaženou hrudníku. Účinným prostředkem předcházejícím postmastektomickému algickému syndromu je včasné zavedení fyzikální rehabilitace, jemných masáží jizvy a cvičení paže, ze sportů je vhodné zejména plavání (Abrahámová, 2009, s. 98). Další komplikací je lymfedém horní končetiny na operované straně. Nejčastěji se vyskytuje u žen po mastektomii, ale může postihnout i ženy, u kterých byla provedena záchovná operace prsu. Ženy po axilární disekci s ozářením by se měly vyvarovat takových činností, které podporují zadržování mízy. Postižená končetina by měla být ve zvýšené poloze vždy, když je to možné. Denní pečlivá péče o kůži, potírání krémem bez parfému a dráždivých látek je nezbytné. Po této přípravě je možné přiložit bandáže. Dalším požadavkem je prevence drobných poranění škrábnutím či štípnutím hmyzem a infekcí. Rehabilitační režim zaměřený k prevenci otoků má začít ihned po operaci a zahrnuje cvičení, aplikaci kompresních rukávů, manuální lymfodrenáže, centripetální masáže a celý program protiotokové fyzioterapie prováděný školeným fyzioterapeutem. (Abrahámová, 2009).

Dalším nejčastějším problémem, který respondentky označily, bylo přijetí změn zevnějšku, které označilo 20 (19,80 %) respondentek a změny psychického stavu označeného 18 (17,82 %) respondentkami. Tyto dva problémy spolu souvisí. Pokud je psychický stav takto nemocné ženy narušen, velmi těžko přijímá změny zevnějšku. Jak uvádí Tschuschke ve své knize: „Reakce okolí nejsou vždy přiměřené, příbuzní často nejsou schopni pochopit psychické zoufalství postiženého. Může dojít ke zhoršení nebo ztroskotání manželství (Tschuschke, 2004, s. 36-37)“. 8 (7,92 %) respondentek shodně uvedlo jako problém změnu nebo ztrátu zaměstnání, ekonomickou situaci a změna vztahů v rodině. Podobné problémy uvádí Abrahámová: „Žena musí opustit zaměstnání, má pouze invalidní důchod, strádá z pocitu dalšího uplatnění. Má omezené finanční prostředky a tím je poškozena i její rodina. Někdy může její stav vyžadovat i pomoc

druhých. Potřebuje opakovaně transport do zdravotnického zařízení. Pacientka s malými dětmi není schopna se o ně postarat a potřebuje pomoc blízkých (Abrahámová, 2009)“.

Neznalost postupů léčby a neznalost vedlejších účinků uvedlo jen malé procento, a to 4 (3,96 %) respondentky. K tomuto problému se respondentky vyjadřovaly už v části B dotazníkového šetření. Respondentky většinou uvedly, že informovanost je dobrá, pouze jedna měla pochybnosti a informace jí chyběly.

Šestým cílem bylo vytvořit edukační materiál. Motivem k vytvoření edukačního letáku byla skutečnost, že pouze 3 (6,00 %) ženy uvedly, že obdržely informace o epitézách již na chirurgickém oddělení. Dalším zjištěním bylo, že 25 (50,00 %) žen vykazovalo neznalost používání epitéz a 5 (10,00 %) žen uvedlo, že nezná prodejnu zdravotnických potřeb, kde by si epitézy pořídily. Proto vznikl edukační leták s názvem „Dostupnost a používání epitéz po operacích prsu“, který by měly pacientky dle našeho soudu spolu s edukací obdržet hned po operaci před propuštěním do domácího léčení. Vytvořená situační potřeba sebepěče posloužila jako základ pro tvorbu tohoto edukačního letáku.

ZÁVĚR

Karcinom prsu se řadí mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen. V České republice je v současné době každoročně léčeno více než 5 tisíc žen s nově zjištěným karcinomem prsní žlázy. Pro úspěch v léčbě tohoto zhoubného onemocnění je velmi důležitá prevence a včasná diagnostika. Jen tehdy lze dosáhnout dobrých úspěchů a vyléčení (Jandík, 2004, s. 375). Operační zákrok je spojen se vznikem problémů, které se žena musí naučit zvládat a integrovat se do běžného života. Musí se naučit techniky pro zvládání těchto problémů. Pomocníkem je jí sestra, která účelně edukuje pacientky dle sestavené situační potřeby sebepěče. Proto byla pro vytvoření bakalářské práce zvolena teorie deficitu sebepěče D. E. Oremové, která klade důraz na vědomé jednání člověka a na využití potenciálu jedince při vyrovnávání se s novými životními situacemi.

Prvním cílem bylo odvodit vliv karcinomu prsu (po chirurgické léčbě) na požadavky sebepěče. Po sestavení obecných a zdravotně podmíněných požadavků sebepěče byly stanoveny čtyři situační problematiky sebepěče, tedy problémy, které se dají v péči o tyto pacientky očekávat, a to:

- SIP 1. Neznalost strategie léčby karcinomu prsu
- SIP 2. Problematika dodržování léčebného režimu
- SIP 3. Problematika dostupnosti a použití epitéz po operaci karcinomu prsu
- SIP 4. Psychosociální problematika

S odkazem na kapitolu 5. 1. Interpretace dat k cíli č. 1 lze konstatovat, že **cíl byl splněn**.

Druhým cílem bylo sestavit situační potřebu sebepěče u pacientek po operaci karcinomu prsu. Byly odvozeny čtyři SIP, které by mohly nejčastěji trápit pacientky po operaci karcinomu prsu a k nim definovány kompetence sebepěče/kompetence dependentní péče, kterými mají být situační problematiky regulovány. Tím byla vytvořena situační potřeba sebepěče.

S odkazem na kapitolu 5. 2. Interpretace dat k cíli č. 2 lze konstatovat, že **cíl byl splněn**.

Ke splnění cílů č. 3, 4 a 5 bylo použito dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 50 (100,00 %) respondentek. Dotazníkové šetření bylo realizováno na třech místech, a to v Centru klinické onkologie MUDr. Lubomíra Skopala v Přerově, v prodejně

zdravotnických potřeb TILIA a v pobočce Mamma HELP taktéž v Přerově. Šlo o ženy v různém věkovém rozmezí, které podstoupily léčbu karcinomu prsu. Všechny byly po operaci a měly dokončenou onkologickou léčbu. Při zjišťování druhu operačního výkonu byl potvrzen současný trend léčby karcinomu prsu. Výkon, který se provádí v největším počtu a je psychologicky přijatelný pro ženy s tímto onemocněním je záchovná operace prsu s detekcí sentinelové uzliny. V případě negativního výsledku histologického vyšetření sentinelové uzliny jsou ženy ušetřeny disekce axily a tím jsou sníženy pooperační komplikace ve smyslu lymfedému horní končetiny. Tento postup je pro ženy šetrnější než postupy starší (ablace prsu) při zachování dostatečné onkologické radikality. Česká i světová literatura uvádí shodně 70-80 % záchovných výkonů ze všech operačních výkonů pro toto onemocnění. Z dotazníků vyplývá, že tento výkon podstoupilo 35 (70,00 %) respondentek z našeho souboru.

Třetím cílem bylo zmapovat kompetence sebezpěče u pacientek v souvislosti s léčbou po operaci karcinomu prsu. Otázky v dotazníku se týkaly informovanosti respondentek o svém onemocnění, postupu léčby a nežádoucích účinků radioterapie a chemoterapie. Z výsledků vyplývá, že informovanost je velmi dobrá. Vzhledem k tomu, jaké žena podstupuje vyšetření při zjištění léze v prsu (mamografie, biopsie), je od prvopočátku informovaná o všem, co je jí prováděno. V okamžiku rozhodnutí o operaci zná výsledek histologického vyšetření odebraného vzorku. Lékaři po společné dohodě navrhnou ženě druh výkonu, který jí bude proveden. S tímto výkonem musí souhlasit. Možná i s těchto důvodů z dotazníkového šetření vyplývá, že informovanost žen je dobrá. Pouze 1 (2,00 %) respondentka uvedla, že jí chyběly informace ohledně postupu léčby. V případě nežádoucích účinků stojí za zmínku 11 (22,00 %) respondentek, u kterých se nevyskytly žádné nežádoucí účinky. Pravděpodobně šlo o ženy, které prodělaly méně agresivní léčbu, kterou velmi dobře snášely. V péči o ozařovanou kůži respondentky prokázaly, že vědí jak se o ni starat. Aktivity, které respondentky neprovádějí, vyplývají také z interpretace cíle č. 5. Zde označily jednoznačně největší hendikep fyzickou aktivitu a nošení těžkých břemen (hlavně tašek s nákupem). U všech respondentek byla léčba dokončena, proto předpokládám, že důvody pro přerušování onkologické léčby neřešily a také po nich nepátraly. Z výsledků vyplývá, že prodejnu zdravotnických potřeb TILII ženy znají, ale ne všechny ji navštívily.

Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že soubor našich respondentek vykazuje velmi dobré kompetence sebezpečí v oblasti informovanosti o svém onemocnění (100,00 %), o účincích léčby a nežádoucích účincích chemoterapie a radioterapie. Většina respondentek vykazuje nadprůměrné kompetence v oblasti znalostí péče o ozařovanou kůži a pouze 6 (10,17 %) respondentek vykazuje nedostatečné kompetence (uvedlo špatnou odpověď – používání obyčejného mýdla při koupání). Nedostatečné kompetence sebezpečí vykazují ženy v oblasti znalostí přerušování onkologické léčby. 34 (68,00 %) respondentek tyto důvody vůbec nezná. Tato problematika je zhodnocena v diskuzi.

S odkazem na kapitolu 5. 3. Interpretace dat k cíli č. 3 lze konstatovat, že **cíl byl splněn**.

Čtvrtým cílem bylo zmapovat kompetence sebezpečí u pacientek v oblasti vlivu onemocnění na osobní život. Tento druh onemocnění může osobní život ovlivnit velmi výrazně. Důležité je rodinné zázemí, pomoc přátel. Z 50 (100,00 %) respondentek uvedlo 21 (42,00 %), že by uvítalo pomoc psychologa. Takováto pomoc může výrazně ovlivnit další život žen a pomoci se vyrovnat s onemocněním. Více jak polovina respondentek pomoc nehledala, jejich zázemí je zřejmě uspokojivé a s nemocí se dokázaly vyrovnat samy. Je třeba ženám vysvětlit, v čem spočívá pomoc psychologa. Nezanedbatelná je pomoc občanských sdružení, které se zabývají onemocněním prsu. Tato pomoc může nahradit pomoc psychologa. Ve sdružení pracují ženy, které onemocněním samy prošly, a dokážou ženám ve stejné nebo podobné situaci pomoci. Návrat do práce je pro ženy většinou známkou toho, že léčba proběhla úspěšně a naděje na úplné uzdravení je velká. Z 50 (100,00 %) respondentek se to podařilo 34 (68,00 %). I když 18 (32,00 %) muselo změnit zaměstnání. Z těchto 34 (100,00 %) respondentek na plný úvazek pracuje 14 (41,18 %) a na částečný 20 (58,82 %) respondentek. Poslední otázka, vztahující se k cíli č. 4, se týkala přijetí změn vzhledu. 38 (76,00 %) žen se úplně nebo částečně s touto změnou vyrovnala, ale 12 (24,00 %) respondentek uvedlo, že se se změnou nevyrovnalo. Pokud žena přijde o symbol ženství, je to pro ni trauma. Obavy, jak tuto změnu přijme manžel, rodina jsou velké.

Na základě výsledků dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že nadpoloviční většina 27 (54,00 %) našich respondentek vykazuje pozitivní nebo žádnou změnu, což svědčí o uspokojivé kompetenci sebezpečí v oblasti vlivu onemocnění na osobní život. Necelá polovina 23 (46,00 %) vykazovala problémy ve zvládnutí nemoci, jak v osobním životě, tak v partnerském vztahu. Nedostatečné kompetence sebezpečí v oblasti přijetí změn

vzhledu vykazuje 12 (24,00 %) respondentek. Převažuje 38 (76,00 %) respondentek s dostatečnými kompetencemi sebezpečí v oblasti přijetí změn vzhledu.

S odkazem na kapitolu 5. 5. Interpretace dat k cíli č. 4 lze konstatovat, že **cíl byl splněn**.

Pátým cílem bylo zjistit nejčastější problémy pacientek po operaci karcinomu prsu. Z 50 (100,00 %) respondentek 45 (90,00 %) problémy uvedlo a 5 (10,00 %) respondentek neuvedly žádné problémy. Ze 101 (100,00 %) odpovědí bylo nejvíce uváděným problémem omezení fyzické aktivity. Tento problém uvedlo 33 (32,67 %) respondentek. Dalším nejvíce uváděným problémem bylo přijetí změn zevnějšku a změny psychického stavu, a to 20 (19,80 %) respondentek.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že pouze 5 (10,00 %) respondentek nevykazuje žádné nedostatky v kompetencích sebezpečí v oblasti problému, které ženy nejvíce trápí. 45 (90,00 %) respondentek vykazovaly problémy v kompetencích sebezpečí, a to nejvíce omezení fyzické aktivity, přijetí změn zevnějšku a změny psychického stavu.

S odkazem na kapitolu 5. 6. Interpretace dat k cíli č. 5 lze konstatovat, že **byl cíl splněn**.

Šestým cílem bylo vytvořit edukační materiál pro pacientky po operaci karcinomu prsu zaměřený na dostupnost epitéz, možnosti jejich využití a druhy. Tento leták bude využíván pro pacientky po operaci karcinomu prsu, které odchází po operaci z chirurgického oddělení do domácího ošetřování. Letáček má název „Dostupnost a používání epitéz po operacích prsu“.

S odkazem na přílohu č. XV lze konstatovat, že **cíl byl splněn**.

Dopad do praxe

Ženy by měly odcházet domů po operaci již s pooperační provizorní epitézou. Tato skutečnost přispívá k podpoře sebevědomí každé ženy, která se vyrovnává se změnou obrazu těla. Proto byl edukační leták nabídnut na chirurgické oddělení nemocnice v Přerově. Vrchní sestra oddělení projevila zájem. Na základě toho byly sestry s letákem a jeho strukturou seznámeny a po drobných úpravách bude leták distribuován na toto oddělení a poslouží pro podporu edukační činnosti sestry pacientek po operaci karcinomu prsu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAHÁMOVÁ, J. Adjuvantní hormonální léčba časného karcinomu prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 6-10. ISSN 1214-5602.

ABRAHÁMOVÁ, J. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ABRAHÁMOVÁ, J., DUŠEK, L. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499-4.

ABRAHÁMOVÁ, J., POVÝŠIL, C., HORÁK, J. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 328 s. ISBN 80-7169-771-0.

ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. Ošetrovatelský model Oremové a ukázka jeho aplikace v gynekologickém ošetrovatelství. *Ošetrovatelství*. 2003, roč. 5, č. 3-4, s. 74-79. ISSN 1212-723X.

BEKEL, G., HALMO, R. *Teorie deficitu sebedpěče*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9.

BUIGLOVÁ, E. *Sebedpěče u pacientů po totální endoprotéze kolenního kloubu*. Vedoucí práce Renata Halmo. Bakalářská práce obhájena na Fakultě humanitních studií ve Zlíně v r. 2010.

BÜCHLER, T. Biologická léčba karcinomu prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 10-12. ISSN 1214-5602.

ČERNÝ, J. *Špeciálna chirurgia*. 1. vyd., sv. 3. Martin : Osveta, 1993. 393 s. ISBN 80-217-0508-6.

DIENSBIER, Z. *Rakovina prsu u žen: Prevence a léčebná péče*. 1. Praha : Liga proti rakovině, 2000. 22 s. ISBN 80-239-3625-5.

FRANKLIN, C., GOODMAN, G. *Jak předcházet rakovině prsu*. Praha : Pragma, 1999. 175 s. ISBN 80-7205-639-5.

HALMO, R. Ošetrovatelské koncepční modely se zaměřením na teorii deficitu sebedpěče D. Oremové - poprvé v ČR. *Ošetrovatelství*. 2004, roč. 6, č. 1-2, s. 56-57. ISSN 1212-723X.

HEROKOVÁ, J. Chirurgická léčba karcinomu prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 1-2. ISSN 1214-5602.

JAKESZ, R., et al. Indikationen und Kontraindikationen für die brusterhaltende chirurgische Therapie. *Der Chirurg*. 1999, vol. 70, n. 4, s. s. 394-399. Dostupný také z WWW: <<http://www.springerlink.com/content/ex8vb6y6c3u5jluq/>>. ISSN 0009-4722.

JANDÍK, P. K současným absolutním a relativním kontraindikacím prs šetřících výkonů u časného karcinomu prsu 1. a 2. stadia. *Rozhledy v chirurgii*. 2004, roč. 83, č. 8, s. 374-376. ISSN 0035-9351.

KONOPÁSEK, B. *Karcinom prsu: názor lékaře a zkušenost pacientky*. 1. vyd. Praha : Makropulos, 1998. 75 s. ISBN 80-86003-19-1.

KONOPÁSEK, B., PETRUŽELKA, L. *Karcinom prsu: Manuál diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha : Galén, 1997. 125 s. ISBN 80-85824-66-3.

KOPECKÝ, J., SUMEROVÁ, J., KOPECKÁ, P. *Rehabilitace po operaci prsů*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2000. 62 s. ISBN 807-042-322-6.

KOPECKÝ, J., VODVÁŘKA, P., SUMEROVÁ, J. *Žena po operaci prsu...a jak dále?*. 1.vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 1999. 76 s. ISBN 80-7042-321-8.

MACHÁČKOVÁ, R. Zásady ošetrovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 69-70. ISSN 1210-0404.

MĚŠŤÁK, J. *Prsa očima plastického chirurga*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2006. 96 s. ISBN 978-80-247-1834-7.

MUŽÍK, J., et al. Stručný přehled epidemiologie zhoubného novotvaru prsu v České republice. *Onkologie*. 2009, 3, 1, s. 7-11. Dostupný také z WWW: <<http://www.onkologiecs.cz/casopis.php>>. ISSN 1802-4475.

NOVÁKOVÁ, M., LANGER, K. Ošetrovatelská kazuistika pacientky s karcinomem prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 21-25. ISSN 1214-5602.

OREM, D. E., et al. *Nursing: concepts of practice*. 6. vyd. St. Louis : Mosby, 2001. 542 s. ISBN 0-323-00864-X.

PAVLIŠTA, D. *Neinvazivní karcinomy prsu*. Praha : Maxdorf, 2008. 181 s. ISBN 978-80-7345-173-8.

PETERA, J. *Nechirurgická léčba časných stadií karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 87 s. ISBN 80-7262-117-3.

ROGERS , L. Q., VICARI, S., COURNEYA , K. S. Lessons learned in the trenches : facilitating exercise adherence among breast cancer survivors in a group setting. *Cancer Nursing*TM. 2010, vol. 33, n. 6, s. 10-17. Dostupný také z WWW: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20562618>).ISSN 0162220X.

SIMOČKOVÁ, V. Ošetrovat'elský model Kingovej a jeho praktické využitie pri ošetrovaní žien s karcinómom prsníka. *Ošetrovatelství*. 2003, roč. 5, č. 3-4, s. 69-73. ISSN 1212-723X.

SKOVAJSOVÁ, M. Intervenční výkony v diagnostice nemocí prsní žlázy. *Onkologie*. 2009, 3, 6, s. 357-361. Dostupný také z WWW: <<http://www.onkologiecs.cz/casopis.php>>. ISSN 1802-4475.

TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. vyd. 1. Praha : Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.

VAŇÁSEK, J. Radioterapie karcinomu prsu. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 3-5. ISSN 1214-5602.

VODVÁŘKA, P. *Třiadvacet dialogů o rakovině: strastiplná cesta po dlouhém, úzkém mostě, aneb, Jak překonat rakovinu*. 1. vyd. Praha : Galen, 2001. 337 s. ISBN 80-7262-086-X.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

ZACHAROVÁ, E. Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebeděči. *Zdravotnické noviny*. 2009, roč. 58, č. 33-34, s. 14-15. ISSN 0044-1996.

ZACHAROVÁ, E. Psychosociální aspekty při ošetrování onkologického pacienta. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 5, s. 19-20. ISSN 1210-0404.

ZATLOUKALOVÁ, J. *Sebeděče u pacientů se systémovým lupus erytematodes*. Vedoucí práce Renata Halmo. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2010. Depot in: Archiv ústavu teorie a praxe ošetrovatelství FZV.

Propagační materiál firmy ANITA Dr. Helbig. *Dialog – nová životní radost po operaci prsu.* Dostupný také z http://www.anita.com/cz-cs/Products,Anita_care,Prsní_epitézy?PSID=05851cfd9bee46cded2b5593a04a88.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
BRCA 1	breast cancer type 1
BRCA 2	breast cancer type 2
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
event.	eventuelně
FNA	Fine-needle aspirační cytologie
HST	hormonální substituční terapie
KSP/KDP	kompetence sebepéče/kompetence dependentní péče
M	metastáza
mm.	milimetr
MR	magnetická rezonance
N	nodu - uzlina
PET	pozitronová emisní tomografie
rtg.	rentgen
s.	strana
sec.	secundum
SIP	situační potřeba
SONO	sonografie
T	tumor
Tc 99	technecium
tj.	to je
tzv.	tak zvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Obecné požadavky sebeděče

Tabulka č. 2: Zdravotně podmíněné požadavky sebeděče

Tabulka č. 3: Věk respondentek

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 5: Zaměstnání před onemocněním

Tabulka č. 6: Současný rodinný stav

Tabulka č. 7: Výskyt onemocnění v rodině

Tabulka č. 8: Operační výkon

Tabulka č. 9: Doba po operačním zákroku

Tabulka č. 10: Další léčba po operaci

Tabulka č. 11: Dostatečná informovanost o postupu léčby

Tabulka č. 12: Informovanost o účincích léčby

Tabulka č. 13: Znalost nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie

Tabulka č. 14: Výskyt nežádoucích účinků po chemoterapii a radioterapii

Tabulka č. 15: Péče o ozařovanou kůži

Tabulka č. 16: Aktivity, které respondentky neprovádějí

Tabulka č. 17: Důvody pro přerušování onkologické léčby

Tabulka č. 18: Informovanost o využití epitéz

Tabulka č. 19: Prodejna zdravotnických potřeb

Tabulka č. 20: Pořízení epitézy po operaci

Tabulka č. 21: finanční situace k pořízení epitéz

Tabulka č. 22: Pomoc psychologa

Tabulka č. 23: Kde vyhledat pomoc psychologa

Tabulka č. 24: Vliv onemocnění na osobní život

Tabulka č. 25: Vliv onemocnění na partnerský vztah

Tabulka č. 26: Návrat do práce

Tabulka č. 27: Pracovní úvazek

Tabulka č. 28: Přijetí změn vzhledu

Tabulka č. 29: Problémy, které respondentky nejvíce trápí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: Dotazník

Příloha č. II: Samovyšetřování prsu

Příloha č. III: Historie onemocnění prsu

Příloha č. IV: Anatomie prsu

Příloha č. V: Rizikové faktory

Příloha č. VI: TNM klasifikace

Příloha č. VII: Histologické typy karcinomu prsu

Příloha č. VIII: Kontraindikace k prs šetřícím výkonům

Příloha č. IX: Podmínky pro screeningové vyšetření

Příloha č. X: Indikace mamografického vyšetření

Příloha č. XI: Vyšetřovací metody karcinomu prsu

Příloha č. XII: Bezprostřední nežádoucí účinky chemoterapie

Příloha č. XIII: Časné nežádoucí účinky chemoterapie

Příloha č. XIV: Nežádoucí účinky hormonální léčby

Příloha č. XV: Pacientka po mastektomii

Příloha č. XVI: Pacientka po prs šetřícím výkonu – kvadrantektomii

Příloha č. XVII: Pokročilé stádium karcinomu prsu

Příloha č. XVIII: Preparát označený kotvičkou

Příloha č. XIX: Detekční gama sonda

Příloha č. XX: Edukační materiál „Dostupnost a používání epitéz po operacích prsu“

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní,

jmenuji se Ivana Hadwigerová a jsem studentkou bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na Fakultě humanitních studií university Tomáše Bati ve Zlíně. Moc bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Všechny údaje jsou anonymní. Získané informace budou zpracovány v mé bakalářské práci a poslouží ke zlepšení péče o ženy po operaci prsu. Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku.

U každé otázky, prosím zakroužkujte jednu odpověď nebo uveďte odpověď na připravenou linku. Tam, kde bude možné zakroužkovat více možností, budete na tuto skutečnost upozorněna.

A.

1. Napište prosím, kolik je Vám roků.....
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Střední bez maturity (vyučená)
 - c) Střední s maturitou
 - d) Vysokoškolské
3. V době před onemocněním jste:
 - a) Pracovala jako.....
 - b) Jsem důchodkyně
4. Váš současný stav je:
 - a) Svobodná
 - b) Vdaná
 - c) Rozvedená
 - d) Vdova
5. Měla jste ve své rodině výskyt podobného typu onemocnění?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

B.

6. Jaký operační výkon jste podstoupila?
Pokud se Vás týká více možností, zakroužkujte je.
 - a) Záchovnou operaci prsu (kvadrantektomii)
 - b) Jednostranné odstranění celého prsu
 - c) Oboustranné odstranění celého prsu
 - d) Odstranění uzlin v podpaží

7. Jak dlouho jste po operačním zákroku?

.....

8. Myslíte si, že jste byla dostatečně informována o svém onemocnění?

a) Ano

b) Ne

Pokud ne, které informace Vám chyběly?

.....

.....

.....

.....

9. Jakou další léčbu po operaci jste absolvovala?

Pokud se Vás týká více možností, zakroužkujte je.

a) Pouze chemoterapie

b) Pouze radioterapie (ozařování)

c) Hormonální terapie

d) Kombinace všech tří terapií

e) Jinou.....

.....

.....

10. Myslíte si, že jste byla dostatečně informována o postupu léčby, která následovala po operaci?

a) Ano, plně

b) Ano, částečně

c) Nebyla jsem informována

Pokud jste uvedla b) nebo c), uveďte prosím, které informace Vám chyběly.

.....

.....

.....

.....

11. Byla jste informována o účincích léčby?

a) Ano, plně

b) Ano, částečně

c) Nebyla jsem informována

Pokud jste uvedla b) nebo c), uveďte prosím, které informace Vám chyběly.

.....

.....

.....

.....

12. Zakroužkujte prosím nežádoucí účinky chemoterapie a radioterapie, které mohou během léčby nastat:

Můžete zakroužkovat více odpovědí.

a) Nevolnost, nechutenství, vypadávání vlasů

- b) Průjmy, snížení počte červených krvinek
- c) Vzestup krevního tlaku, bušení srdce, bolest na hrudi
- d) Otoky dolních končetin, bolesti lýtek, pokles krevního cukru

13. Vyskytly se u Vás některé z těchto nežádoucích účinků?

a) Ano, prosím uveďte:

.....

b) Ne

14. Pokud podstupujete ozařování, jak pečujete o ozařovanou kůži?

Můžete zakroužkovat více odpovědí.

- a) Nosím volný bavlněný oděv bez krajek
- b) Při sprchování, koupání používám obyčejné mýdlo
- c) Nosím upnuté oblečení
- d) Kůži chráním před tepelným, chemickým nebo mechanickým drážděním
- e) Promazávám kůži nejdříve dvě hodiny po ozáření, používám nesolené sádlo, olivový nebo slunečnicový olej, kalcium pantotenikum, pantenol gel, Caviton spray, přípravky léčebné kosmetiky EUCERIN
- f) Vystavuji se slunci, navštěvuji solárium
- g) Nosím speciální prádlo (např. ARAVEL nebo jiné.....)

15. Které fyzické aktivity nebo činnosti po operaci prsu **neprovádíte?**

Vypište prosím.

.....

16. Znáte hlavní důvody přerušení onkologické léčby?

a) Ano, prosím uveďte

.....

b) Neznám

C.

17. Kdy a kým jste byla informována o možnostech využití epitez?

- a) Pracovníky chirurgického oddělení kde provedli operaci prsu
- b) Pracovníky onkologické ambulance při první návštěvě
- c) Pracovníci zdravotnických potřeb, kam mě odeslal onkolog
- d) Jiné.....

.....

.....
.....
18. Kterou specializovanou prodejnu zdravotnických potřeb zaměřenou na potřeby žen po operaci prsu v Přerově znáte?

.....
.....
.....

19. Pořídila jste si po operaci epitézu a používáte ji?

- a) Ano, používám ji často
- b) Pořídila jsem si ji, ale používám ji málo
- c) Nepořídila jsem si ji
- d) Jiné

.....
.....
.....

20. Měly by být (podle Vašeho názoru) epitézy plně hrazeny pojišťovnou?

- a) Ano
- b) Ne

21. Umožňuje Vám Vaše současná finanční situace poříditi si příslušné epitézy?

- a) Ano
- b) Ne

D.

22. Uvítala byste během onemocnění radu nebo pomoc psychologa?

- a) Ano
- b) Ne

23. Pokud ano, víte kde, byste tuto pomoc vyhledala?

- a) Ano, prosím uveďte

.....
.....
.....

- b) Ne, nevím

24. Jak toto onemocnění ovlivnilo Váš osobní život?

- a) Pozitivně
- b) Negativně
- c) Vůbec ne

25. Ovlivnilo onemocnění Váš partnerský vztah?

- a) Ano, výrazně
- b) Ano, částečně
- c) Neovlivnilo

26. Která občanská sdružení zabývající se onemocněním prsu znáte?

Vypište prosím.

.....
.....
.....
.....

27. Pokud jste před onemocněním pracovala, vrátila jste se zpět do práce?

- a) Ano, vykonávám stejné zaměstnání
- b) Ano, ale musela jsem změnit zaměstnání
- c) Ne

28. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, pracujete:

- a) Na plný úvazek
- b) Na částečný úvazek
- c) Pouze brigádně
- d) Jinak.....

.....

29. Podařilo se Vám přijmout změny Vašeho vzhledu?

- a) Ano
- b) Ano, jen částečně
- c) Ne

30. Které problémy Vás ve spojitosti s onemocněním nejvíce trápí?

Vyberte prosím tři problémy a seřadte je podle důležitosti číslem 1. – 3., kdy 1. Označuje nejvíce zatěžující problém.

- a) Omezení fyzické aktivity.....
- b) Přijetí změn zevnějšku.....
- c) Neznalost postupů léčby.....
- d) Neznalost vedlejších účinků.....
- e) Změny psychického stavu.....
- f) Změna nebo ztráta zaměstnání.....
- g) Změna vztahů v rodině.....
- h) Ekonomická situace z důvodů pracovní neschopnosti popř. invalidního důchodu.....
- i) Jiné.....

.....
.....
.....

PŘÍLOHA P II: SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU

Samovyšetřování se provádí v několika fázích:

- Žena se postaví před zrcadlo s volně spuštěnými pažemi, velice pečlivě sleduje oba prsy. Všimá si jejich asymetrie, tvaru a změny tvaru, event. důlkovatění či změny na kůži. Toto prohlížení provádí zepředu, pak z boku pravého i levého.
- Žena vzpažuje nad hlavu, poté paže založí za hlavu a tlačí je dozadu.
- Žena založí ruce v bok a svěsí ramena a nepatrně svěsí hlavu, lokty mírně dopředu. V těchto polohách jsou obě prsy symetrické bez tvarových změn. Za patologických okolností můžeme pozorovat důlkovatění, vtahování kůže atd.



Následující dvě fáze lze dobře provádět po večerní koupeli, protože po vlažné sprše jsou bradavky i kůže vláčné.

- Žena zvedne pravou paži a bříšky prstů levé ruky prohmatává velmi pečlivě a opatrně pravý prs postupně v dolním zevním kvadrantu a obou vnitřních kvadrantech. Pohybuje prsty v malých soustředných kruzích okolo prsního dvorce a okolo celého prsu. Speciální pozornost věnuje oblasti mezi prsem a podpažím až do podpažní jamky a do jejího vrcholu. Je nutné věnovat pozornost jakékoli bulce nebo nepravidelnosti v podkoží. Toto vyšetření se pak doplní vyšetřením

oběma rukama proti sobě. Poté totéž opakuje na druhé straně. Během tohoto vyšetření prohmatává i podpaží.



- Žena jemně uchopí bradavku mezi dva prsty a hledá jakékoliv nepravidelnosti. Všímá si možné sekrece z bradavky. Totéž opakuje na druhé straně.



Poslední fáze je prováděna v poloze vleže.

- Žena se položí na záda na rovnou podložku. Levou paži založí za hlavu nebo v bok a rameno si podloží polštářem nebo složenou osuškou. V této poloze dojde k oploštění prsu a k jeho „rozlití“. Tím se zjednoduší jeho prohmatání, které provádí pravou rukou. Použije týchž krouživých pohybů, jako jsme popsali v poloze ve stoje. Totéž zopakuje na druhé straně (Abrahámová, Povýšil, Horák, 2000).



<http://www.rakovinaprсу.cz/prevence/samovysetreni-prsou/> 24. 4. 2011

PŘÍLOHA P III: HISTORIE ONEMOCNĚNÍ PRSU

Laktace jako hlavní funkce ženského prsu v mateřství a choroby prsu představují dvě základní oblasti, na které byla soustředěna pozornost od starověku po dnešek. V minulosti posuzovali lékaři obě problematiky bez větších rozdílů, v našem století se orientují především na boj s nejzávažnějším onemocněním prsu – rakovinou.

Mezi nejstaršími dochovanými lékařskými dokumenty, jež se vztahují k nemocem prsu, nacházíme egyptské papyry z 18. Dynastie (1587-1328 před Kristem). Jeden z nich obsahuje popis 48 případů s onemocněním prsů, které byly léčeny operačním zákrokem. Je pravděpodobně také jedním z prvních záznamů o rakovině prsu a jeho operační léčbě. Evropské lékařství ve vztahu k onemocnění prsu mělo svůj původ o 1000 let později v klasickém Řecku. Hippokrates dával vznik rakoviny do souvislosti se zastavením menses. Za prvního autora podrobného popisu operace rakoviny prsu je považován Aetios z Amidy. Italský chirurg žijící ve 13. století, Theodorikc Borgognone, jako první poukázal na význam vyšetření prsu. Významný německý chirurg Wilhem Fabry (1560-1634) se proslavil odstraňováním i zduřeniny v podpaží.

Ve druhé polovině 19. století dochází k zásadnímu posunu v souvislosti s prováděnými operacemi díky dvěma revolučním vynálezům – zavedení anestezie a antiseptiky.

Péče o ženy s onemocněním prsu se u nás v posledních letech výrazně změnila, jednak díky stále dokonalejším vyšetřovacím metodám, celoplošně vedené osvětě, ale také v důsledku stále se rozvíjející spolupráce mezi odborníky mammologických, onkologických, chirurgických, plasticko-chirurgických a dalších pracovišť (Měšťák, 2007).

PŘÍLOHA P IV: ANATOMIE PRSU

Mléčná žláza pochází z ektodermu a je derivátem potní žlázy. Lokalizovaná je na přední hrudní stěně mezi 2. a 6. žebrem, mezi sternem a přední axilární čarou. Laterokraniálně vybíhá směrem do axily její axilární výběžek. Vlastní žlázové těleso se nachází mezi povrchovou a hlubokou fascií (Pavlišta, 2008).

Mléčná žláza – glandula mammae – horními dvěma třetinami naléhá na velký prsní sval, dolní třetinou potom na povázku břišních svalů. Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků, které se dále větví v lalůčky mléčné žlázy složené ze žlázových alveolů. Z lalůček vycházejí mlékovody, které se spojují vždy z jednoho laloku žlázy ve společný mlékovod.

Nervy prsu přicházejí z mezižeberních nervů 2. - 6. žebra. Pro citlivost centrální části prsu, včetně dvorce a bradavky, je nejdůležitější 4. mezižeberní nerv.

Mízní cévy prsu vytvářejí pleteně pod dvorcem a pod kůží a potom sbírají další sítě ze žlázy a odtékají do hlubokých lymfatických pletení a dále do regionálních uzlin. Udává se, že více než 75 % lymfatické drenáže prsu směřuje do podpažních lymfatických uzlin (Měšťák, 2007, s. 16).

Před pubertou se mléčná žláza skládá především ze stromovitého komplexu duktálních struktur a malého množství vaziva. V období puberty se toto složení dramaticky mění. V důsledku vlivu sexuálních hormonů dochází k zmnožení vazivově-tukové tkáně, prodloužení a větvení duktů a formaci lalůček. K terminální diferenciaci mléčné žlázy dochází až během těhotenství a nástupem laktace (Pavlišta, 2008).

PŘÍLOHA P V: RIZIKOVÉ FAKTORY

Hormonální a gynekologické faktory

Ženy, které měly časnou menarche nebo pozdní menopauzu, mají zvýšené riziko, že onemocní rakovinou prsu. Nuliparita a pozdní věk prvního porodu jsou dalšími rizikovými faktory. Ženy prvorodičky po 35. roce věku jsou vysoce rizikové a mají větší riziko vzniku karcinomu prsu než nulipary. Akt kojení a délka kojení ovlivňují přímo hladinu estrogenů v ženském organismu a byly potvrzeny jako faktory s protektivním účinkem na rozvoj maligního onemocnění prsu (Abrahámová, Dušek, 2003).

Hormonální substituční terapie v menopauze

V léčbě karcinomu prsu se již více než sto let používá hormonální léčba působící proti estrogenům. Předpoklad vlivu estrogenů na kancerogenezi je tedy logický. Zvýšení rizika výskytu karcinomu prsu vlivem hormonální substituční terapie (dále jen HST), resp. po náhradě estrogenu je prokázáno. Riziko je závislé na celkové době užívání HST, jejím typu, respektive složení, celkově podané dávce hormonů apod. Záměrně hovoříme o zvýšeném riziku "výskytu", nikoliv "vzniku" karcinomu prsu. Není totiž jasné, zda estrogenu vedou ke kancerogenezi, nebo pouze stimulují růst, a tedy vedou k objevení se do té doby skrytého nádoru. Obecně je přijato, že HST může být bezpečně používána za předpokladu pravidelných mamografických kontrol. Zatím však vůbec nevíme, jak významným rizikovým faktorem může být HST u žen, které mají výrazně zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu z jiných důvodů. Riziko vzniku karcinomu prsu vlivem exogenních estrogenů je zřejmě přeceňováno onkologickou odbornou veřejností a naopak zcela podceňováno gynekology. Toto riziko je prokázáno. Je potřeba o něm vědět a správně ho posuzovat ve vztahu k ostatním rizikům přechodu (Abrahámová, Dušek, 2003).

Hormonální antikoncepce

Řada studií ukázala na zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u žen, které užívaly orální hormonální antikoncepci. U takovýchto žen bylo prokázáno zvýšené riziko do 10 let od ukončení užívání antikoncepce. Po době více než 10 let od ukončení užívání nebylo zvýšené riziko vzniku karcinomu prokázáno (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 46).

Rodinná historie

Ze studií provedených v západních populacích vyplývá, že karcinom prsu se vyskytuje familiárně asi v 10 % a genetická predispozice se podílí na jeho vzniku v 1-5 %. Nádorová susceptibilita je děděna autozomálně dominantně s různou penetrací (breast cancer family syndrom). To znamená, že vloha je přenášena oběma pohlavími, ale někteří členové rodiny i přes přítomnost abnormálního genu karcinomem ne onemocní. Zatím není přesně známo, kolik genů pro karcinom prsu vlastně existuje. Předpokládá se, že asi 40-50 % případů má mutaci genu BRCA-1 umístěném na dlouhém rameni 17. chromozomu. Druhý hereditární lokus BRCA-2 je lokalizován na dlouhém rameni 13. chromozomu (Abrahámová, et al., 2000, s. 12-13).

Zárodečná mutace v genu BRCA-1 nebo BRCA-2, kterou žena může zdědit buď od otce, nebo od matky, má za následek klinický znak vysokého rizika onemocnění. Samozřejmě u mužů, nositelů mutace, budou rizika jiná než u žen, ale mohou gen přenést do další generace (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 55).

Má se za to, že nositelky genetické predispozice pro rakovinu prsu onemocní před 65. rokem. Naopak pacientky s velmi bohatou nádorovou rodinnou historií, které ne onemocněly před 65. rokem věku, pravděpodobně nenesou hereditární mutaci (Abrahámová et al., 2000, s. 13).

Benigní onemocnění prsu

Ženy s epitelovou hyperplazií s buněčnými atypii mají 4-5krát vyšší riziko vzniku karcinomu prsu než ženy, které nikdy neměly zjištěny žádné proliferativní změny. Ženy s těmito změnami a pozitivní rodinnou historií v první linii mají riziko devítinásobné (Abrahámová et al., 2000, s. 14).

Radiace

Ozáření mléčné žlázy zejména v období jejího vývoje má za následek kromě hypoplazie mléčné žlázy i zvýšené riziko pro karcinom v pozdějším věku. Jedná se o ženy, které byly v dětství ozářeny pro benigní afekce (např. hemangiom). Ozařování bylo dříve též indikováno jako protizánětlivé při léčbě poporodní mastitidy. Zatím není jasný vliv

opakovaných mamografických vyšetření, proto je nutné u mladších žen indikovat toto vyšetření obezřetně (Abrahámová et al., 2000, s. 14).

Životní styl

Množství a složení přijímané potravy tvoří komplexní faktor s přímým vztahem k riziku vzniku karcinomu prsu. Zastoupení a typ tuků v potravě spolu s podílem příjmu zeleniny a ovoce hrají významnou roli při vzniku malignit obecně. Zdá se, že strava bohatá na vlákninu, ovoce a zeleninu je spojena s nižším rizikem vývoje karcinomem prsu.

Podle některých studií existuje v populaci přímá úměra mezi procentem tuku a incidencí karcinomu prsu. Množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a mohou tak zvýšit riziko vzniku karcinomu prsu (Abrahámová, Dušek, 2003).

Abúzus alkoholu je karcinogenní, ale míra rizika pro karcinom prsu není přesně známa a uplatňuje se nejspíše ve spojitosti s jinými faktory (Abrahámová et al., 2000, s. 14). Mechanismus účinku alkoholu na zvýšené riziko vzniku onemocnění je dán především prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů v ženském organismu (Abrahámová, Dušek, 2003).

Význam kouření v etiologii karcinomu prsu není dosud jednoznačně objasněn (Abrahámová et al., 2000, s. 14).

Fyzická aktivita ženy (vrcholový a rekreační sport, denní režim, typ zaměstnání apod.) představuje významný komplexní faktor s epidemiologicky potvrzeným přímým vztahem k riziku vzniku karcinomu prsu (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 44).

PŘÍLOHA P VI: TNM KLASIFIKACE

Kategorie T (pT)

T – velikost tumoru v prsu v největším průměru v cm, jeho šíření do kůže nebo svalu hrudní stěny. Velikost tumoru je jedním z nejvýznamnějších prognostických (předpovědních) znaků, které určují výsledek léčby. Předoperační klinické stanovení primárního nádoru vychází z palpačního nálezu a zobrazovacích metod. Další informace o velikosti tumoru a vztahu k okolí, který je podkladem pro klasifikaci pT se dozvídáme od patologa.

Kategorie N (pN)

N – postižení lymfatických uzlin. Počet postižených lymfatických uzlin v podpaží je také jedním ze závažných faktorů, které ovlivňují jak léčebný postup, tak odhad pravděpodobnosti vyléčení. Přesný popis počtu a umístění uzlin („mapping“) musí obdržet patolog od chirurga, od kterého očekává klinický lékař informaci o tom, kolik uzlin z té které etáže bylo skutečně postiženo metastázemi.

Kategorie M

M – znamená vzdálené metastázy (včetně metastáz do nadklíčkových uzlin), které se mohou dále specifikovat podle lokalizace. Pro vyloučení nebo potvrzení vzdálených metastáz, a tím kompenzaci pagingu, je třeba provést další vyšetření (Vorlíček et al., 2006).

PŘÍLOHA P VII: HISTOLOGICKÉ TYPY KARCINOMU PRSU

Zhoubné epitelové nádory

Neinvazivní karcinomy:

- Duktální karcinom in situ
- Lobulární karcinom in situ

Invazivní karcinomy:

- Invazivní duktální karcinom
- Invazivní lobulární karcinom
- Medulární karcinom
- Papilární karcinom
- Tubulární invazivní karcinom
- Metaplastické karcinomy
- Pagetova choroba bradavky

Fibroepiteliární nádory

- Fibroadenom
- Fylodes tumor
- Karcinosarkom

PŘÍLOHA P VIII: KONTRAINDIKACE K PRS ŠETŘÍCÍM VÝKONŮM

Kontraindikace k prs šetřícím operacím dělíme na:

- Absolutní kontraindikace
 - gravidita
 - zánětlivý karcinom prsu
 - předchozí ozáření prsu nebo hrudníku
 - pozitivní resekcční okraje po opakovaném chirurgickém zákroku
 - žádná odpověď na neadjuvantní chemoterapii

- Relativní kontraindikace
 - multilocularita
 - kolagenózy a revmatická onemocnění
 - nepoměr velikosti tumoru a prsu
 - rozsáhlé mikrokalcifikace maligního charakteru (Heroková, 2008, s. 1-2).

PŘÍLOHA P IX: PODMÍNKY PRO SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ

Test používaný k preventivnímu – screeningovému vyšetření musí splňovat následující podmínky:

1. Test musí být jednoduchý a jednoduše aplikovatelný při vyšetřování velkých populací.
2. Test musí být bezpečný a s žádným nebo zanedbatelným rizikem pro vyšetřované osoby.
3. Test musí být přesný a spolehlivý.
4. Test musí mít vysokou senzitivitu, specifitu a pozitivní prediktivní hodnotu.
5. Test má být finančně dostupný a screeningový proces materiálně do budoucna zajištěný. Přerušování započatého screeningu z finančních důvodů je eticky neakceptabilní.
6. Test musí být pro osoby cílové skupiny přijatelný - např. z hlediska sociálně kulturního, z hlediska časového (Abrahámová, Dušek, 2003, s. 66).

PŘÍLOHA P X: INDIKACE MAMOGRAFICKÉHO VYŠETŘENÍ

Indikace mamografie:

- a) Absolutní indikace - hmatná léze
 - sekrece z bradavky
 - ekzém bradavky/dvorce
 - opakující se lokalizované palčivé bolesti prsu
- b) Relativní indikace - ženy nad 45 let věku
 - výskyt karcinomu prsu v osobní anamnéze
 - výskyt karcinomu prsu v rodinné anamnéze (u matky, sestry, tety) zejména v premenopauze
 - ženy s menarche před 11. rokem věku
 - ženy s prvním těhotenstvím po 30. rokem věku
 - nulipary
 - ženy s pozdní menopauzou
 - obézní ženy, s postmenopauzálním typem obezity
 - ženy s podávanou substituční hormonální terapií
- c) diferenciální diagnostika hmatných lézí, lokalizace nehmatných lézí
- d) sledování průběhu terapie
- e) screening

PŘÍLOHA P XI: VYŠETŘOVACÍ METODY KARCINOMU PRSU

Mamografie

Digitální mamografie se dynamicky rozvíjí od roku 1986 a lze očekávat, že v průběhu několika let by měla nahradit analogovou (klasickou, filmovou) mamografii. Digitální mamografie je schopna zaručit požadavek optimalizace celého vyšetřovacího řetězce mléčné žlázy – vlastní vyšetření, zobrazení na displeji a uchování dat vyšetření. Indikace mamografického vyšetření jsou popsány v příloze č. X (Abrahámová, Dušek, 2003).

Sonografie mléčné žlázy

Indikace sonografického vyšetření:

- diferenciace cystických nehmavných/hmavných lézí od solidních lézí
- verifikace hmatné léze imponující klinicky jako cysta
- verifikace hmatných lézí mladých a těhotných žen
- průkaz abscedující mastitidy a kontrola průběhu terapie
- optimalizace lokalizace léze před aspirací cystického obsahu, předoperační lokalizace a nebo core biopsie
- určení možného metastatického postižení axilárních uzlin
- sledování pacientek po parciální mastektomii, radioterapii a pacientek s mamárními implantáty (Abrahámová, Dušek, 2003).

Magnetická rezonance

Vyšetření magnetickou rezonancí (dále jen MR) je schopno přinést cenné diagnostické příspěvky a současně i ovlivnit volbu léčebné strategie u onemocnění prsu. MR je vyšetřením metody volby v diagnostice prsu s mamárním implantátem a především v případech podezření na porušení implantátu a detekce karcinomu prsu. MR se osvědčila jako efektivní technika při průkazu recidivy karcinomu prsu po konzervativním chirurgickém výkonu. Je indikována jako screeningová metoda u pacientek s vysokým rizikem vzniku karcinomu prsu ve skupině pacientek s pozitivní rodinnou anamnézou, které jsou nositelkami genu BRCA (Abrahámová, Dušek, 2003).

CT mamografie

CT mamografie se používá hlavně k posouzení rozsahu pokročilých forem karcinomu prsu – penetrace do pohrudniční dutiny, infiltrace okolních měkkých tkání, axilárních uzlin. Ojedinele se CT mamografie používá jako lokalizační technika (lokalizace drátem). Nevýhoda CT mamografie je vysoká radiační zátěž pacientek, nutná aplikace kontrastní látky. CT mamografie není schopna detekovat mikrokalcifikace (Abrahámová, Dušek, 2003).

Duktografie

Používá se k odhalení intraduktálních nádorů a k jejich odlišení od benigních nenádorových změn na duktech a jejich větvení (Abrahámová et al., 2000).

Izotopová vyšetření prsu

Pozitronová emisní tomografie (PET) – je indikovaná především při nejasném klinickém, mamografickém, sonografickém, cytologickém vyšetření a vyšetření MR u pacientek s podezřením na možnou recidivu karcinomu prsu.

Mamoscintigrafie – není běžně užívanou metodou. Její aplikace je vyhrazena pro sporné případy (Abrahámová, Dušek, 2003).

Perkutánní diagnostické techniky

V případě pozitivního výsledku jakékoli vyšetřovací metody se provádí odběr materiálu na histologické vyšetření. Mezi perkutánní diagnostické techniky patří:

- Diagnostická punkce cyst – provádí se v případě, kdy nejde odlišit cystu od solidního tumoru. Odebraný obsah cysty se odesílá cytologické vyšetření.
- Fine-needle aspirační cytologie (FNA) – jde o nátěr aspirátu na sklíčko a kvalitní cytologické vyšetření. Nevýhodou je, že nepřináší informace o možné invazivně, stupni diferenciaci a receptorovém statusu karcinomu.
- Core bioptické techniky – jde o odběr tkáně z rezistence prsu. Provádí se pomocí automatické odběrové bioptické „pistole“. Průměr odebraného vzorku je 14-18 G a délka asi 22-23 mm. Core biopsie dovoluje stanovení přesného histologického nálezu. U nehmavných lézí se provádí za sonografické navigace.

Vakuová biopsie – lze ji provádět pod MG/UZ kontrolou. Principem metody je kombinace speciální odběrové jehly – Mamotomu 11-8 G a podtlaku, který slouží k transportu získané tkáně. Získaný objem tkáně je nesrovnatelný s objemem tkáně získaný při core biopsii (Abrahámová, Dušek, 2003).

PŘÍLOHA P XII: BEZPROSTŘEDNÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE

Nevolnost a zvracení – současné možnosti prevence a léčby nevolnosti a zvracení jsou natolik účinné, že u mnoha pacientů se daří tento nežádoucí účinek pomocí nitrožilních infuzí, čípků či tablet zcela odstranit nebo významně utlumit. Reakce na léčbu je velmi individuální, je tedy nezbytné pocíty a potíže konzultovat podrobně s ošetřujícím lékařem. Pacientka může v průběhu léčby cytostatiky jíst běžnou stravu, na kterou je zvyklý, nedoporučují se žádné drastické diety v podobě hladovky. Vhodné je jíst menší porce vícekrát denně. Velmi důležitá je psychická pohoda při jídle, snažit se nemyslet na možné obtíže, které se nakonec vůbec nemusí dostavit (Abrahámová, 2009, s. 101).

Reakce v místě vpichu při nitrožilním podání – většina cytostatik je aplikovaná do žíly. Základem pro správnou nitrožilní aplikaci je dobrý nitrožilní přístup. Další možností je zavedení tzv. komůrky (portu). Tento systém aplikace je bezpečný a šetrný vůči perifernímu žilnímu systému, který je opakovanými vpichy poškozován. Při opakovaných aplikacích do žíly může dojít k reakci v okolí vpichu, kdy je patrné zarudnutí, otok a bolestivé zduření. Pokud se taková reakce objeví, je třeba ihned informovat ošetřujícího lékaře, který doporučí lokální či celkovou terapii. Při nitrožilním podání může dojít k úniku aplikovaného roztoku do okolí žíly, což může rovněž způsobit bolestivé zarudnutí a otok (Abrahámová, 2009, s. 101).

Alergická reakce – v průběhu nebo bezprostředně po podání může dojít k alergické reakci na podaný lék. Reakce se projeví začervenáním v obličeji nebo červenými skvrnami po celém těle, svěděním, vyrážkou v podobě krupice a otokem. V některých případech se mohou objevit i dechové potíže, pocit nedostatku vzduchu (dušnost), v extrémních případech může dojít až k poruše stavu vědomí. Každý pacient je při aplikaci cytostatik sledován zdravotní sestrou a lékařem a v případě uvedených potíží je zahájena odpovídající léčba, která odstraní obtíže (Abrahámová, 2009, s. 102).

Horečka, zimnice a třesavka – při aplikaci některých cytostatik může dojít k reakci nebo i několik hodin po podání v podobě zimnice a třesavky doprovázené zvýšením teploty až horečkou nad 38°C. Je třeba informovat lékaře, který je odpovědný za podání. Pokud je lék podáván ambulantně, je třeba pacientku předem vybavit léky, po kterých reakce ustane (Abrahámová, 2009).

PŘÍLOHA P XIII: ČASNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY CHEMOTERAPIE

Úbytek počtu bílých krvinek – pokles bílých krvinek je sledován opakovanými odběry a vyšetřeními krevního obrazu. Frekvenci odběrů a vyšetření určuje lékař dle typu kombinace cytostatik a jejich vlivu na krevtvorbu i podle individuální odpovědi nemocného. Nejčastěji se provádí jednou nebo dvakrát mezi cykly chemoterapie. Je nutné zdůraznit, že špatná spolupráce, nedodržení termínu odběru nebo jeho úplné opomenutí mohou znamenat ohrožení života pacientky, který je v důsledku poklesu bílých krvinek náchylný k infekční komplikaci, jež může vést až k její smrti.

Infekce – vzniká jako důsledek snížení obranyschopnosti pacientky. V průběhu aplikace chemoterapie jsou velmi časté a zároveň velmi závažné. Infekce se může projevit zánětem kůže, žil, sliznice dutiny ústní, zánětem v trávicím traktu, zánětem močových cest, dýchacích cest, plic apod. Důležitá je prevence a dodržování přísných hygienických pravidel – mytí rukou, omývání konečníku po stolici, pravidelné sprchování. Velmi důležitý je omezit styk s lidmi, kteří trpí akutním infekčním onemocněním.

Úbytek počtu krevních destiček – pacientka s nedostatkem krevních destiček je náchylný k tvorbě modřin i po malém poranění, silněji krvácí z drobných ran. Po těle se mu mohou vytvářet drobné červené až fialové skvrny – petechie. Může začít samovolně krváčet z nosu, z dásní či z pochvy, může mít krev ve stolici či moči. Pacientka s uvedenými obtížemi musí ihned navštívit lékaře, který podá léky podporující srážlivost krve (Abrahámová, 2009).

Alopecie – ztráta vlasů je pro pacientky většinou velmi nepříjemný nežádoucím účinkem chemoterapie. Dopady alopecie jsou zejména u žen psychologické a společenské. Útěchou pro pacientky je, že vlasy po ukončení léčby cytostatiky zcela jistě opět narostou a jsou většinou velmi kvalitní a vlnité. Po dobu léčby je možné nosit paruku, která je částečně hrazená pojišťovnou.

Zánět ústní sliznice – zánět dutiny ústní se dá zabránit nebo jej oddálit či zmírnit dobrou hygienou dutiny ústní, výplachy studeným fyziologickým roztokem, odvarem z šalvěže, odstraněním zkaženého chrupu před zahájením léčby, vyjmutím protézy.

Zánět střevní sliznice a průjem – střevní sliznice je na cytostatickou léčbu jednou z nejcitlivějších tkání. Střevní sliznice se chová podobně jako sliznice dutiny ústní a jícnu, ale je ještě zranitelnější. V důsledku jejího zanícení dochází k bolestem v břiše, pocitu

nadmutí. Může dojít až k poruchám průchodnosti střeva, ale nejčastěji se projeví pouze průjem. Základem léčby je dieta.

Zácpa – není častým průvodním nežádoucím účinkem chemoterapie, ale může se objevit. Proti zácpě pomáhá tělesný pohyb, dostatek tekutin, strava s vlákninou, ovoce a to i sušené.

Poškození kůže a nehtů – může jít o zarudnutí, svědění, drsné na pohmat až po tvorbu puchýřů, vřídků, hnisavých puchýřků. Nehty jsou křehké a lámavé, mohou i hnisat lůžka pod nehty. Je nutné dodržovat hygienu, používat nedráždivá mýdla, mastné krémy na zvláčnění kůže a nevystavovat kůži přímému slunci (Abrahámová, 2009).

PŘÍLOHA P XIV: NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ LÉČBY

Nežádoucí účinky ablativní terapie - ablativní terapie spočívá v odstranění pohlavních žláz. Odstranění lze provést buď chirurgicky jejich vynětím, či radioterapií, tj. ozáření vaječníků přes povrch těla, anebo pomocí léků, které potlačí jejich funkci. Pacienty mají příznaky menopauzy, pocity návalů horka, zvýšeně se potí, mohou trpět změnou nálady, depresemi, mohou přibrat na váze. Nepříjemné stavy psychiky lze kompenzovat pomocí nových aktivit, jako jsou cvičení, společenské vyžití, komunikace v rodině a také pomocí některých léků.

Nežádoucí účinky antiestrogenní léčby – Tamoxifen – je nejčastěji používaným preparátem hormonální léčby karcinomu prsu, jak u žen, které ještě menstruuje, tak u těch, které jsou již po menopauze. Nežádoucí účinky většinou spočívají v problémech uvedených v předchozí stati. V průběhu léčby tamoxifenem je nezbytné jednak kontrolovat stav cévního systému a jednak sledovat stav sliznice těla děložního, kde může dojít k jejímu zbytnění a následnému krvácení, dokonce až k vývoji karcinomu. Fulvestrant (Faslodex) - jde o lék, který působí antiestrogenně. Nezpůsobuje zbytnění sliznice děložní a tromboembolické potíže.

Nežádoucí účinky inhibiční léčby – léčba spočívá v blokování přeměny hormonů nadledvin na ženské pohlavní hormony v období po ukončení menstruační aktivity pomocí inhibitorů aromatáz. Léčba těmito preparáty je rovněž provázena příznaky, které se objevují při nástupu menopauzy.

Nežádoucí účinky aditivní léčby – léčba je založena na podávání hormonu tělu vlastnímu, ale ve vyšší dávce. V současné době je léčba prováděna jako podpůrná, ale u karcinomu prsu může mít i dopad léčebný. Tato terapie bývá často provázena zadržováním tekutin a otoky, může mít vliv i na psychiku ve smyslu depresí (Abrahámová, 2009).

PŘÍLOHA P XV: PACIENTKA PO MASTEKTOMII



Foto - vlastní zdroj

**PŘÍLOHA P XVI: PACIENTKA PO PRS ŠETŘÍCÍM VÝKONU
– KVADRANTEKTOMII**



Foto - vlastní zdroj

PŘÍLOHA P XVII: POKROČILÉ STÁDIUM KARCINOMU PRSU



Foto - vlastní zdroj

PŘÍLOHA P XVIII: PREPARÁT OZNAČENÝ KOTVIČKOU

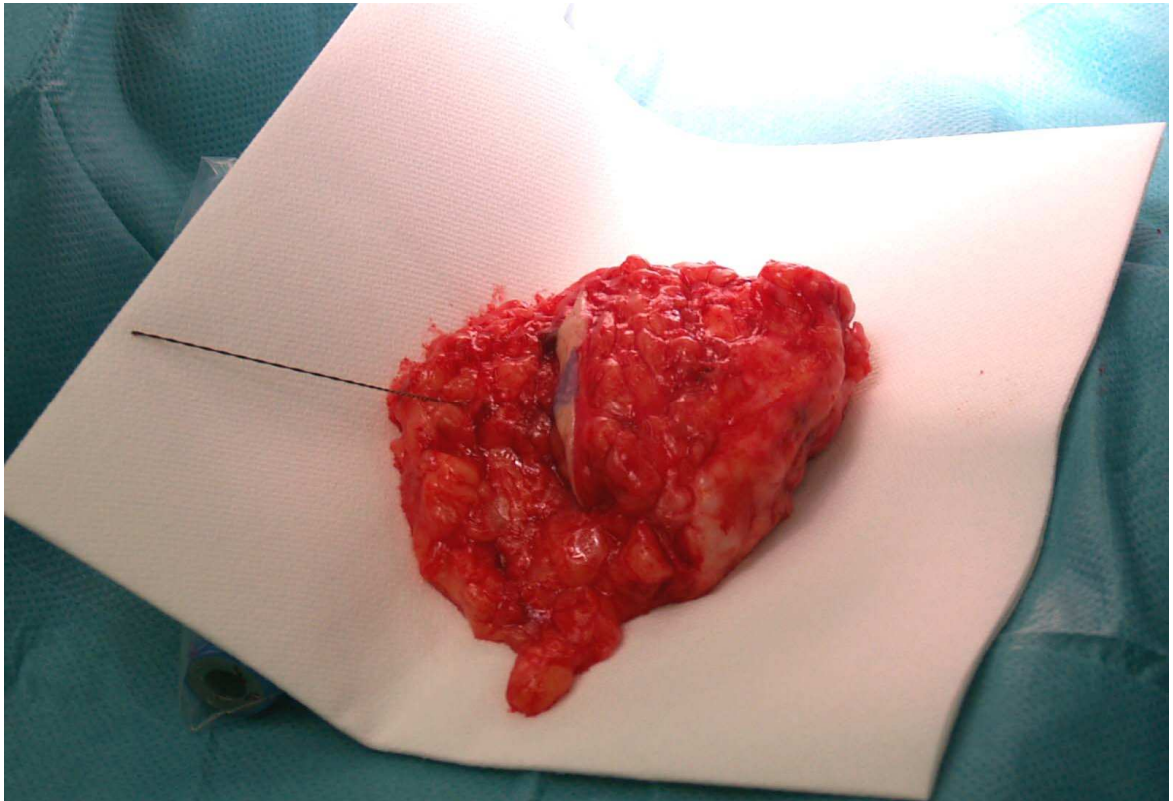


Foto - vlastní zdroj

PŘÍLOHA P XIX: DETEKČNÍ GAMA SONDA

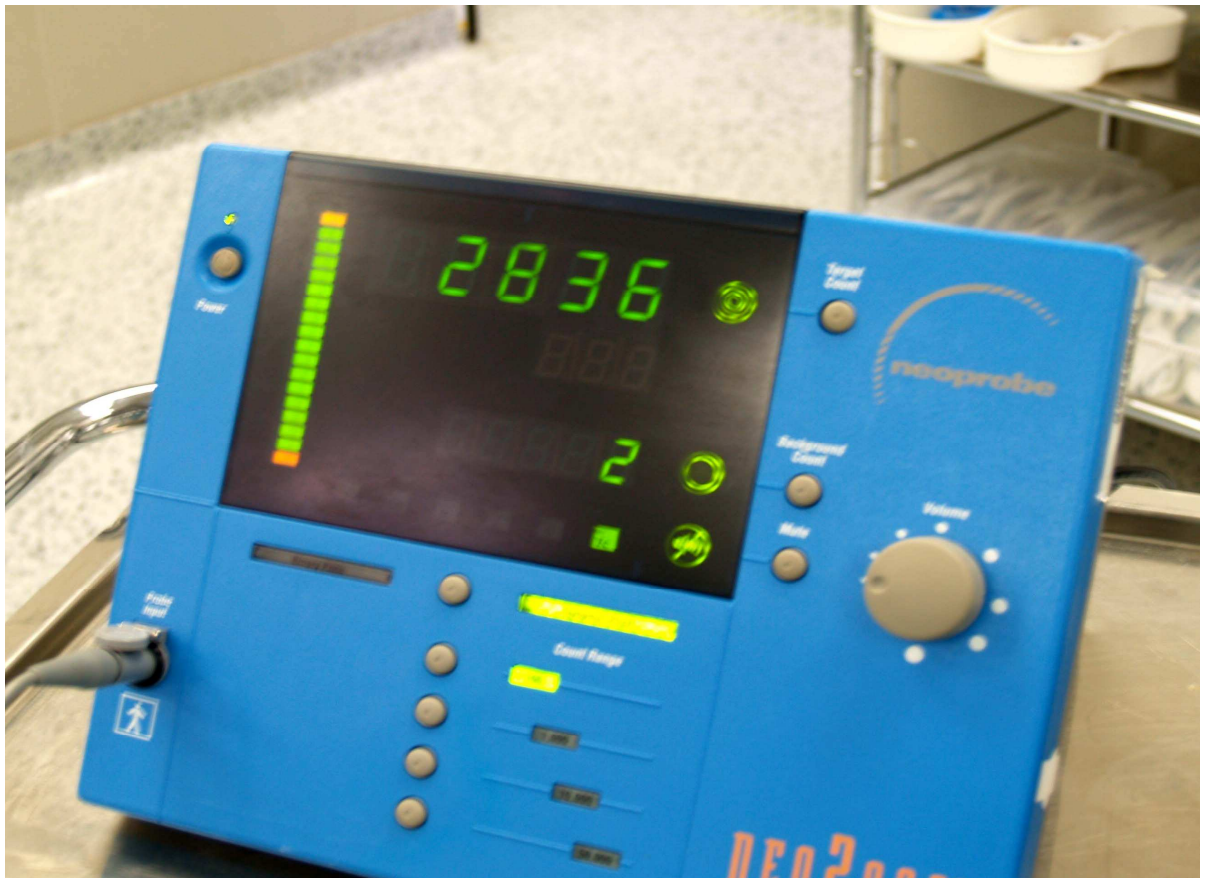


Foto - vlastní zdroj

PŘÍLOHA P XX: EDUKAČNÍ MATERIÁL „DOSTUPNOST A POUŽÍVÁNÍ EPITÉZ PO OPERACÍCH PRSU

JAK EPITÉZY POUŽÍVAT?

Prsní epitézy přispívají k jistotě a k dokonalému pocitu nejen při každodenním nošení, ale také při sportovních aktivitách nebo při plavání. Jsou dokonale sladěny se speciálními podprsenkami a plavkami. Mohou být nošeny přímo na pokožce nebo ve speciálních podprsenkách, které jsou opatřeny oboustrannými kapsičkami - tak jak to vyhovuje každé ženě. Kromě prvotních pooperačních epitéz jsou všechny epitézy vyrobeny ze silikonu, který se vyznačuje vynikající snášenlivostí pro tělo i pokožku. Zadní strana epitézy je pokryta vrstvou mikrovlnná. Existují také samolepící epitézy. Na zadní straně mají speciální samolepící vrstvu, která drží přímo na těle. Pouze se přiloží na tělo a přitlačí.

JAK SE O EPITÉZY STARAT?

Péče o epitézy je nenáročná. Postiáci, když ji denně budete ručně omývat mýdlem nebo jemným pracím prostředkem a poté vysušíte ručnickem. Pro samolepící epitézy existují speciální prosředky na péči o kůži i epitézu.



<http://www.annita.com/cz-es>

V dnešní době je na trhu velké množství výrobků, které napomohou vyrovnat se s ránou osudu. S používáním těchto výrobků se budete opět cítit ženou. Firmy nabízejí velké množství podprsenek, které jsou vyrobeny speciálně pro ženy po operaci prsu. Krásně do nich sedí epitézy. Také si můžete pořídit nové oblečení, které je také přizpůsobeno k nošení epitéz, jako jsou trička, halenky apod. Ve speciálních prodejnách si můžete pořídit paruky nebo šátky na hlavu. Mají velký výběr a v různých cenové relaci.

POTŘEBUJETE POMOC PSYCHOLOGA?

- ❖ Operační zákrok na prsu je pro každou ženu velkým zásahem do jejího soukromí. Pokud se necítíte psychicky dobře, vůbec se nesyďte a vyhledejte pomoc psychologa.
- ❖ Může jít o emoční podporu v krizi vyplývající z nemoci, kdy pacientka při rozhovoru s psychologem ventiluje své problémy, prožitky a nalézá pochopení a krátkodobou úlevu.
- ❖ Zorientovat se v aktuální životní situaci, společně najít způsob, jak onemocnění přijmout a naučit se s ním žít, napomoci zvládnout léčbu a její důsledky.
- ❖ Psycholog může poskytnout poradensko – terapeutickou činnost pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

VÍTE, KDE TUTO POMOC NAJÍT?

- ❖ Nabídka kontaktů na některá psychocentra:
 - ❖ Psychosociální centrum, nám. Přerovského povstání 1, 750 01 Přerov
Tel.: +420 581209622, e-mail: psychocentrum@mens.cz
 - ❖ Ambulance klinické psychologie nemocnice Hranice a.s., Zborovská 1245, 753 22, Hranice na Moravě
Tel.: +420 581 679 310, e-mail: nemocnice@nemocnice-hranice.cz
 - ❖ Psychocentrum Zlín, Osvoboditelů 91, Zlín
Tel.: 577 220 634, email: info@psychocentrumzlin.cz
 - ❖ Psychologická ambulance, Puskhinova 6, 779 00 Olomouc-Nová Ulice (areál Fakultní nemocnice Olomouc)
Tel.: +420 588 442 395, e-mail: psychologie@fnol.cz

Internetový zdroj:

http://www.annita.com/cz-es/Products_Annita_care_Prsni_epitezy
http://www.annita.cz/tpv_a_sluzby/annita_hfe/

Odborný poradce:

PhDr. Renata Halimó

Vypracovala:

Ivana Hadwigerová

III. ročník kombinovaného studia ošetrovatelství FHS UTB Zlín, 2011

DOSTUPNOST A POUŽÍVÁNÍ EPITÉZ PO OPERACÍCH PRSU



<http://zahadyso.blog.cz/1006>

Létáček, který máte v rukou Vám, pomůže získat základní informace o epitézách a odpoví na některé otázky.

- ❖ Co je to epitéza a kde ji pořídit?
- ❖ Jaké druhy epitéz jsou dostupné?
- ❖ Jak epitézy používat?
- ❖ Jak se o epitézy starat?
- ❖ Potřebujete pomoc psychologa?
- ❖ Víte, kde tuto pomoc najít?

CO JE TO EPITÉZA A KDE JI POŘÍDIT?

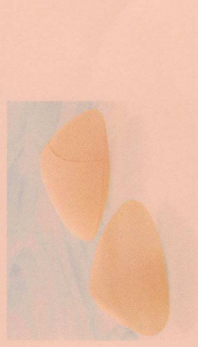
Epitéza v překladu znamená náhrada ztracené části těla z kosmetických důvodů. Epitézy vrací ženám pocit ženskosti, pozitivní přístup k vlastnímu tělu, obnovují jejich sebevědomí, jistotu a sebedůvěru. Epitézy slouží nejen jako kosmetická záležitost, ale přispívají ke správnému držení těla a správné dynamice páteře. Epitézu lze pořídit v každé prodejně zdravotnických potřeb, ale většinou ji nemají na skladě. Musí se objednat. V prodejnách zdravotnických potřeb, které se specializují na tyto pomůcky, Vám pomohou s výběrem vhodné epitézy. Udělejte si dostatek času a zkoušejte si v klidu. To, jak vybraná epitéza sedí, snadno posoudíte, oblečete-li si na ni příslušné svrchní oblečení. Nesprávný výběr epitézy (např. trvalé nošení lehkých textilních epitéz) by mohl trvale narušit Vaši statiku (chybné držení těla) a vést k poškození páteře a svalového aparátu.

JAKÉ DRUHY EPITÉZ JSOU DOSTUPNÉ?

Textilní epitézy – jemné prvotní zaoptimování bezprostředně po operaci prsu

Jde o textilní prvotní epitézy z bavlny nebo mikrovlákna v kombinaci se speciálními podprsenkami z materiálu vhodného pro pokožku. Jsou ideálním spojením toho, co pro období ihned po operaci potřebujete. Je to období, kdy Vaše tělo velmi citlivě reaguje na jakýkoli tlak a dotek.

Použití – při terapii ozarováním.



<http://www.anita.com/cz-cs>

Epitézy vhodné po částečné operaci prsu

Jak velké množství tkáně bude muset být odebráno? Jak velký bude objemový deficit? Tyto dvě otázky vyvstávají před každou operací prsu. Pro perfektní symetrické vyrovnaní se velmi dobře hodí prsní epitézy z lehkého silikonu.

Použití:

- ❖ po operacích zachovávajících prs nebo rekonstrukci
- ❖ vyrovnaní kosmetických nerovností a objemových rozdílů



<http://www.anita.com/cz-cs>

Plně epitézy – váhově odlehčené

Jsou vyrobeny ze silikonu a jejich obal tvoří polyuretanová folie, kterou překrývá vlastní olejová svrchní plocha. Dermatologické a fyziologické testy prokázaly, že tyto produkty můžete v podprsence či plavkách nosit bez obav.

Použití:

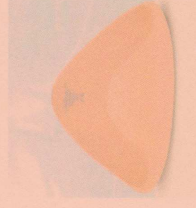
- ❖ po operacích zachovávajících prs nebo po rekonstrukci
- ❖ vyrovnaní kosmetických nerovností a objemových rozdílů
- ❖ epitézy jsou o 25 % lehčí než plně epitézy z normálního silikonu
- ❖ lze je díky Vario-systému nosit přímo na těle



<http://www.anita.com/cz-cs>

- ❖ vyrovnaní po totální mastektomii
- ❖ vyrovnaní nerovností

- ❖ pro větší poprsí
- ❖ při lymfatických otocích nebo při inklinaci k nim
- ❖ vhodná pro sportování



<http://www.anita.com/cz-cs>

Flex-gap

Jedinečná technologie se systémem Flex-Gap na zadní straně epitézy. Výhoda tohoto systému je přirozené vykyvy při jakémkoli pohybu. Dobře se přizpůsobí i na nerovných zlivzených místech, přirozeně tvaruje košiček podprsenky, vleže se zplěští podobně jako zdravý prs.

Použití:

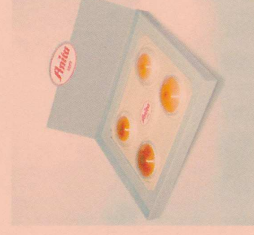
- ❖ vyrovnaní po totální mastektomii
- ❖ vyrovnaní nerovností
- ❖ vyrovnaní v oblasti podpaží
- ❖ pro větší poprsí
- ❖ vhodné při lymfédému
- ❖ vhodné pro sportování



<http://www.anita.com/cz-cs>

Doplňkový sortiment

Nalepovací bradavky - sada čtyř samodržících bradavek, zdůrazňují špičku prsu.



<http://www.anita.com/cz-cs>