

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

Jméno a příjmení: **Štěpánka LHOTÁKOVÁ**
Osobní číslo: **Z11B0033K**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Kvalita života žen po operaci karcinomu prsu**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- **ABRAHÁMOVÁ, Jitka.** Co byste měli vědět o rakovině prsu. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 143 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4730-639.
- **PAYNE, Jan.** Kvalita života a zdraví. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. ISBN 8072546570.
- **COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT.** Chirurgická léčba karcinomu prsu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 414 s. ISBN 978-802-4736-419.
- **GURKOVÁ, Elena.** Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
- **AL]., Edited by O. James Garden.** Principles and practice of surgery. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2007. ISBN 978-044-3101-571.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zuzana Šafránková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

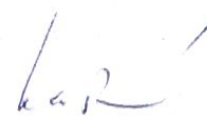
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2014**



Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.

děkan



Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

V Plzni dne 20. ledna 2014

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Štěpánka Lhotáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Štěpánka Lhotáková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA ŽEN PO OPERACI
KARCINOMU PRSU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Plzeň 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Chtěla bych poděkovat i ženám za jejich ochotu a otevřenost při poskytování rozhovoru.

OBSAH

ANOTACE	8
ANNOTATION.....	9
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 EPIDEMOLOGIE.....	12
2 ETIOLOGIE.....	13
2.1 Genetické faktory	13
2.2 Hormonální a gynekologické faktory.....	13
2.3 Faktory životního stylu.....	14
2.4 Faktory osobní anamnézy.....	14
3 PREVENCE.....	15
3.1 Primární prevence.....	15
3.2 Sekundární prevence	15
3.3 Terciární prevence	16
4 DIAGNOSTIKA A PROJEVY	17
4.1 Samovyšetřování prsu	17
4.2 Klinické vyšetření.....	18
4.3 Zobrazovací metody	18
4.4 Biopsie.....	19
5 NÁDORY PRSU	20
6 LÉČBA RAKOVINY PRSU	21
6.1 Staging onemocnění	21
6.2 Chirurgická léčba.....	22
6.3 Radioterapie.....	23
6.4 Systémová léčba karcinomu prsu	24
6.5 Rehabilitační péče	25
6.6 Používání epitéz.....	26
6.7 Edukace po operaci karcinomu prsu.....	26
6.8 Pomáhající organizace.....	26
7 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI	27
7.1 Psychosociální faktory onemocnění	27
7.2 Prožívání jednotlivých stadií nádorového onemocnění.....	27

8	KVALITA ŽIVOTA	29
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
9	FORMULACE PROBLÉMU.....	33
10	CÍL VÝZKUMU	34
	10.1 Dílčí cíle	34
	10.2 Výzkumné otázky	34
11	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	35
	11.1 Metoda.....	35
12	VZOREK RESPONDENTŮ	36
13	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	37
14	ANALÝZA A INTERPRETACE PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ	38
	14.1 Respondentka A.....	38
	14.2 Respondentka B.....	43
	14.3 Respondentka C.....	49
15	DISKUZE	54
16	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
	ZÁVĚR	59

LITERATURA A PRAMENY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - mapa výskytu rakoviny prsu ve světě

Příloha 2 - Evropský kodex proti rakovině

Příloha 3 - seznam organizací pomáhající ženám s karcinomem prsu v Plzeňském kraji

Příloha 4 - okruh otázek k rozhovorům

ANOTACE

Příjmení a jméno: Lhotáková Štěpánka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života žen po operaci karcinomu prsu

Vedoucí práce: Mgr. Šafránková Zuzana

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 8

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: žena - karcinom prsu - prevence a léčba karcinomu prsu - kvalita života - prožívání nemoci

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá otázkou kvality života žen po operaci karcinomu prsu na základě jejich subjektivního hodnocení. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část je zaměřena na charakteristiku vlastního onemocnění, prevenci a léčbu karcinomu prsu, prožívání nemoci a současné pojetí kvality života.

Empirická část se zabývá popisem metodologie kvalitativního výzkumu, analýzou a interpretací dat zjištěných na základě rozhovoru s ženami, které podstoupily operaci karcinomu prsu.

ANNOTATION

Surname and name: Lhotáková Štěpánka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Quality of Life of Women after Breast Cancer Surgery

Consultant: Mgr. Šafránková Zuzana

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 8

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 29

Keywords: woman - breast cancer – prevention and breast cancer treatment – quality of live – experiencing of illness

Summary:

The bachelor thesis deals with the quality of life of women after breast cancer surgery. It is based on their subjective evaluation. The work is divided into a theoretical part and a practical part.

The theoretical part is focused on characteristics of the disease, prevention and breast cancer treatment, experiencing illness and current concept of quality of life.

The empirical part describes the qualitative research methodology and analysis. It also presents data ascertained from interviews with women who have undergone surgery for breast cancer.

ÚVOD

Motto:

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný více než léky.“

F. M. Dostojevskij

Rakovina prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen v České republice. Každoročně onemocní rakovinou prsu kolem 6000 žen. Počet pacientek stoupá, jejich věk se snižuje. Je to nemoc, které se ženy nejvíce bojí. Během života onemocní každá jedenáctá až dvanáctá žena.

K výběru tématu bakalářské práce „Kvalita života žen po operaci karcinomu prsu“ mě inspirovala má práce na chirurgické klinice, kde přicházím do styku s ženami, které podstupují operační výkon na prsu, jedné z nejcitlivějších a nejintimnějších částí těla. Žena se po operaci ocitá na začátku cesty, ví, že ji s největší pravděpodobností čeká ještě další léčba. Toto onemocnění znamená pro ženu velkou psychickou a fyzickou zátěž. Žena prožívá strach a obavy z budoucnosti, co bude dál, jak zvládne péči o rodinu, domácnost, zda se bude moci vrátit do své práce. Karcinom prsu bohužel ohrožuje čím dál více i mladší ženy a svými důsledky citelně zasahuje do všech oblastí jejich života a do života celé její rodiny.

V současné době představuje kvalita života z pohledu ošetrovatelské péče dlouhodobý cíl. Ošetrovatelská péče by se neměla zaměřovat pouze na somatickou stránku léčby, ale i na kvalitní návrat pacienta zpět do běžného života. Ošetrovatelské postupy pro léčbu, zejména dlouhodobě nemocných, by měly vycházet z výzkumů v oblasti kvality života. [1, s. 140 – 141].

Ve výzkumné části jsem se snažila zmapovat sociální oblast u žen po operaci karcinomu prsu, jejich životní zkušenosti a způsob, jak se ve svém soukromém a profesním životě vyrovnaly s tímto onemocněním.

Cíle této práce je reflexe jejich osobního života, a to především v oblasti zdraví, zaměstnání a vlastní osobnosti.

Zdraví je pro člověka jednou z nejdůležitějších podmínek pro spokojený život, a jestliže člověk onemocní, významně to ovlivní všechny aspekty jeho života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EPIDEMOLOGIE

Karcinom prsu patří mezi nejčastější nádorové onemocnění u žen. Vzhledem k jeho vysoké incidenci ho lze považovat za společenský a ekonomický problém. V roce 2010 bylo v ČR hlášeno 6955 nových případů (121,14 na 100 000 žen) a asi 2000 žen na toto onemocnění zemřelo. Z toho orientačně vyplývá, že téměř každá čtvrtá žena s nádorem prsu tomuto onemocnění podlehně. [2] Celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu se u běžné ženy pohybuje kolem 10%. [3, s. 337] Ženy s mutací genu BRCA1 a BRCA2 mají riziko vzniku onemocnění až 85%. [4, s. 72]

Výskyt rakoviny prsu ve světě je značně rozdílný. Vysoký výskyt je v západní Evropě, velmi nízký je v Africe (viz příloha č. 1). [5]

Obecně se dá říci, že rakovina prsu se častěji vyskytuje v zemích s vyšší životní úrovní. I v ČR se projevuje rozdíl četnosti výskytu rakoviny prsu v závislosti na lokalitě bydliště. V Praze a velkých městech v Čechách je výskyt vyšší než třeba na Zlínsku či Vysočině. [6, s. 110 – 119] V Plzeňském kraji bylo za rok 2010 hlášeno 375 nových případů (129,63 na 100 000 žen). [2]

2 ETIOLOGIE

„Rakovina prsu patří k onemocněním, jejichž pravá příčina vzniku nebyla dosud uspokojivě vysvětlena“. [7, s. 33]

2.1 Genetické faktory

Přestože proběhla řada výzkumů ohledně tohoto onemocnění, tak nelze s určitostí říci, které ženy bezpečně onemocní a které ne. Ke klíčovým genům, které jsou zodpovědné za vznik karcinomu prsu, patří BRCA1 a BRCA2. Je prokázáno, že ženy, které jsou BRCA1 a BRCA2 pozitivní mají 85% jistotu vzniku karcinomu prsu. Doposud není zcela jasné, jaké riziko představuje izolovaná pozitivita jednotlivých genů. Analýza těchto genů se provádí na specializovaných onkologických pracovištích. Jde však o nákladné vyšetření, a tak se ručně provádí jen na doporučení klinického genetika nebo mammologa po rozboru rodinné anamnézy. Samozřejmě je možné si vyšetření nechat udělat na vlastní náklady, pokud o to žena stojí. [8].

2.2 Hormonální a gynekologické faktory

Karcinom prsu jako onemocnění souvisí s celou řadou reprodukčních faktorů.

- **Menarche (první menstruace)** - k opakovaně potvrzeným rizikovým faktorům patří dřívější nástup menstruace před dvanáctým rokem života.
- **Menopauza (přechod)** - vliv na vznik karcinomu prsu má pozdější nástup menopauzy po 54 věku života.
- **Počet porodů a vyšší věk při prvním porodu** - je prokázáno, že ženy, které nerodily vůbec nebo rodily po 30. roce života, mají vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. Vliv má také počet porodů. Ženy, které rodily častěji, mají výhodu, že byly kratší dobu vystaveny vlivu estrogenů, které zvyšují riziko vzniku maligního onemocnění.
- **Kojení** - kojení má ochranný účinek. Kojení přímo ovlivňuje hladinu estrogenů v ženském organismu. Čím déle žena kojí, tím je to pro její organismus lepší.
- **Hormonální léčba a antikoncepce** - karcinogenní účinky hormonálních přípravků jsou rozporuplné. Záleží na délce užívání a v jakém věku byly užívány.

"Studie zaměřené na analýzu vlivu užívání hormonální antikoncepčních přípravků nepřinášejí jednoznačné závěry, obecně je ale možno říci, že u žen užívajících tyto přípravky existuje zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu." [7, s. 42].

2.3 Faktory životního stylu

K dalším rizikovým faktorům, které vedou ke vzniku karcinomu prsu, bývá uváděna obezita. Hormony estrogeny se tvoří nejen ve vaječnících a nadledvinách, ale částečně i metabolismem steroidů v tukové tkáni. [6, s. 110 –119] *"Provedené epidemiologické studie prokázaly zvýšené riziko vývoje onemocnění u obézních žen diagnostikovaných po menopauze"*. [7, s. 37]

Všechny tyto „drobné“ rizikové faktory se mohou navzájem vrstvit a dát podmínky k vzniku rakoviny prsu. [6, s. 110 – 119]

2.4 Faktory osobní anamnézy

Věk patří mezi hlavní neovlivnitelný rizikový faktor pro vznik onemocnění. Je prokázáno, že četnost nádorů u žen prudce stoupá po čtyřicátém věku a nejvíce narůstá po 50. roce života. [7, s. 38]

3 PREVENCE

3.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je snížit riziko vzniku karcinomu. Žena by měla dodržovat zdravý životní styl, tzn. vyvážená strava, přiměřená fyzická aktivita, minimum alkoholu a nikotinu a udržovat si optimální váhu. Zdravý životní styl sice rakovině prsu nezabrání, ale je zde předpoklad, že celkově zdravější organismus je na nemoc lépe připraven (viz příloha č. 2). [3, s. 338]

3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá v odhalení karcinomu v co nejranější fázi. „*Čím dříve je onemocnění diagnostikováno, tím jsou lepší vyhlídky na jeho vyléčení*“. [3, s. 339]

Pečlivé fyzikální vyšetření lékařem je nedílnou součástí vyšetřovacích metod. Mělo by být prováděno u žen nejen při vyšetření v mammologických poradnách, ale i při pravidelných gynekologických kontrolách, návštěvách praktického lékaře a při hospitalizacích z různých příčin. Při snaze o včasný záchyt diagnózy karcinomu prsu lékaři prvního kontaktu hrají velmi důležitou roli a znalost techniky fyzikálního vyšetření prsu včetně vyšetření podpaží by u nich měla být samozřejmostí. [9, s. 157]

Ač výskyt rakoviny prsu neustále stoupá, tak počet úmrtí na toto onemocnění stagnuje, dokonce nepatrně klesá. Je to zásluhou zavedení cíleného screeningového programu do běžné praxe. Mammární screening je základním nástrojem sekundární prevence. [10] Cílem mammárního screeningu je včas zachytit rozvíjející se zhoubný nádor u žen, které ještě nemají příznaky a ve stádiu, kdy je nádor snáze léčitelný. Screeningové vyšetření prsu spočívá ve sběru anamnestických údajů a mamografie ve dvou projekcích. Mamografie je zatím nejspolehlivější metoda, která je schopna zachytit 90% všech zhoubných nádorů a při doplnění ultrazvukovým vyšetřením se spolehlivost ještě zvyšuje. Tento program je určen pro ženy od 45 do 69 let a provádí se ve dvouletých intervalech. Podmínkou úhrady ze všeobecného zdravotního pojištění je doporučení od praktického lékaře nebo gynekologa. Riziko představují ženy ve věkovém rozmezí od 40 do 44 let, kdy se nepodařilo prosadit preventivní mamografické vyšetření hrazené zdravotními pojišťovnami, přičemž riziko onemocnění v této věkové skupině je již relativně vysoké. Pokud tedy existuje reálné riziko vzniku karcinomu

prsu, je vhodné ženě doporučit, aby preventivní vyšetření podstoupila i za cenu, že by si jej měla uhradit sama. Orientačně se cena vyšetření pohybuje mezi 600 až 800 Kč. [10]

Při záchytu onemocnění v rané fázi je významně nižší riziko vzniku vzdálených metastáz a současně je lepší prognóza nemocné. Ženy by proto neměly podceňovat preventivní vyšetření. [6, s. 110 – 119]

3.3 Terciární prevence

Jedná se o aktivní vyhledávání onemocnění u žen, které již podstoupily léčbu a jsou považovány za vyléčené. Sledování probíhá v mammologických a onkologických poradnách.

Po dobu pěti let se jedenkrát za 4 až 6 měsíců provádí základní klinické vyšetření a odběr nádorových markerů. Mammografické vyšetření se provádí jedenkrát ročně. V případě záchovné operace je doporučeno provést první mammografické vyšetření s odstupem 6 měsíců po skončení léčby.

Z důvodu vyloučení vzdálené diseminace onemocnění je doporučeno jedenkrát ročně provést kontrolní rentgen plic, ultrazvukové vyšetření jater a scintigrafii kostí. Dále by žena měla absolvovat jedenkrát ročně gynekologické vyšetření.

Žena, která prodělala léčbu rakovinu prsu, musí být pečlivě sledována, aby se případná recidiva onemocnění zachytila co nejdříve a byla potencionálně kurabilní. [3, s. 442]

4 DIAGNOSTIKA A PROJEVY

4.1 Samovyšetřování prsu

Samovyšetřování prsu by měly provádět všechny ženy a dívky, ihned po zahájení pravidelného menstruačního cyklu. Menstruující ženy by se měly vyšetřovat vždy jedenkrát za měsíc, nejlépe 7. den po ukončení menstruace. Ženy, které nemenstruují, by měli samovyšetřování provádět kterýkoliv den v měsíci, vždy však ve stejných časových intervalech. Samovyšetření prsu a podpaží zabere přibližně 10 minut. V případě, že žena najde při vyšetření cokoliv podezřelého např. bulku, vtažení kůže apod. měla by co nejdříve navštívit lékaře, v lepším případě specialistu mammologa. [11, s. 168 – 172] Pravidelné samovyšetřování prsů má samozřejmě důležitou roli v prevenci, avšak úplně na ně spoléhat nelze. Přihlédneme-li k tomu, že prsy zvláště u mladších žen nebo velké prsy lze pohmatem vyšetřit těžko, nemusí se nádor vždy spolehlivě vyhmatat. [11, s. 172 – 173]

4.1.1 Příznaky onemocnění

Zhoubný nádor prsu zpočátku nezpůsobuje žádné obtíže. Jakékoliv potíže způsobené nádorem zpravidla souvisejí s pokročilostí onemocnění. Mezi časté lokální projevy onemocnění patří vyklenutí či vtažení kůže, zarudnutí nebo zvětšení cévní kresby. Také může dojít ke změně barvy dvorce či bradavky. Je důležité mít na paměti, že první známkou malignity může být hmatná rezistence, výtok z bradavky či jiné drobné změny prsu. Výtok z bradavky může být serózní, bělavý, hnědavý, krvavý nebo hnisavý. Většinou v pozdních stadiích onemocnění může být prs výrazně deformován či může dojít k jasné změně velikosti. Mezi další příznaky pokročilosti onemocnění patří zarudnutí prsu, otok a bolest. Bolest není zcela typickým příznakem malignity. Většinou je spojena s pokročilostí onemocnění a s lokálním prorůstáním nádoru. Bolest také často doprovází inflamatorní karcinomy prsu. Další možnou příčinou vzniku bolesti mohou být hormonální změny v premenstruu, typicky doprovází benigní mastodynii. [7, s. 57 – 62]

4.2 Klinické vyšetření

Pro správnou a včasnou diagnostiku onemocnění je důležité provést soubor vyšetření, které zahrnuje zjištění anamnézy, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, vyšetření pomocí zobrazovacích metod a biopsii.

Klinické vyšetření provádí lékař. Nejdříve zjistí informace ohledně nynějšího onemocnění, poté zjišťuje a zaznamenává osobní, rodinou a gynekologickou anamnézu. Následně provede fyzikální vyšetření. Nejdříve pohledem sleduje oba prsy, všímá si tvarových změn prsu v klidu i při pohybu. Poté palpačně bříšky prstů prohmatá prs ve všech kvadrantech a pátrá po možné rezistenci. Stisknutím dvorce a bradavky se přesvědčí o případné sekreci. Prohmatá přední axilární řasu, axilu, její vrchol a poté i zadní axilární řasu. Vyšetření zakončí prohmatáním subaxilární oblasti. U více než 75% žen s hmatnou lézí je nálezem rezistence „bulka“, která může být pohyblivá nebo fixovaná, ohraničená či neohraničená, může být tuhá, nebolestivá, ale i citlivá. [11, s. 157]

4.3 Zobrazovací metody

Mezi základní zobrazovací metody, které se využívají v diagnostice karcinomu prsu, patří mamografie a ultrazvukové vyšetření prsu. Mamografie se využívá zejména v rámci screeningového programu, u vybraných nemocných se využívá také ultrazvuk. Mamografie je rentgenová metoda, která využívá měkké záření k průkazu patologických lézí v prsní tkáni. Výborně zobrazuje mikrokalcifikace, které ve většině případů doprovázejí maligní afekce prsu. Toto vyšetření má však své limity. Hlavním limitem je objem prsu. Obtížné je provedení u žen s velkými prsy, ale i s prsy velmi malými. Mamografické vyšetření se často kombinuje s ultrazvukovým vyšetřením prsu. Ultrazvukové vyšetření je nebolestivé a pro nemocnou nezatěžující. Umožňuje zobrazení i nehmavných drobných lézí uložených hluboko ve tkáni prsu. Ultrazvuk se tak využívá pro vyšetření axilární oblasti, kde spolehlivě popíše velikost lymfatických uzlin a jejich lokalizaci. V rámci stagingu onemocnění a dispenzarizace nemocných se provádí prostý rentgenový snímek hrudníku, který poskytuje informace o možném postižení skeletu a o přítomnosti plicních metastáz. Zde je však výrazná limitace, co se týče průkazu metastatického postižení plic. Hlavní roli hraje velikost plicní metastázy. Mnohem přínosnějším vyšetřením je tedy výpočetní tomografie. Pro vyloučení

metastatického postižení jater se využívá sonografie jater, její výtěžnost se může zvýšit použitím kontrastní látky. V případě sporného nálezu je přesnější metodou vícefázové CT jater. V rámci stagingu se pátrá po přítomnosti vzdálených metastáz, zejména ve skeletu. K tomu se využívá třífázová scintigrafie kostí (průtok krve kostní tkání, kapilární prokrvení, kostní metabolismus). Jedná se o vyšetřovací metodu nukleární medicíny, kdy se aplikuje látka označená radioaktivním prvkem s krátkým poločasem rozpadu, která se selektivně vychytává v kostní tkáni a poté se detekuje intenzita vyzařované aktivity. [12, s. 124 – 126]

4.4 Biopsie

Bioptické vyšetření je nezbytnou součástí diagnostického procesu. Bez výsledku histopatologického vyšetření se nemůže operovat ani indikovat onkologická léčba. Histologická povaha nádoru hraje také roli při stanovení léčebného algoritmu. Odběr bioptického vzorku musí být přesný, co nejméně zatěžující a současně musí být dobře hodnotitelný. V dnešní době se odběr tkáně provádí pod ultrazvukovou kontrolou (z volné ruky) nebo pod mamografickou kontrolou (stereotaktická punkce), klasická chirurgická biopsie se již neprovádí. Nejčastěji se provádí odběr pod ultrazvukovou kontrolou pomocí CORE CUT jehly (CCB), další méně zatěžující je tenkojehlová biopsie – FINE NEEDLE biopsie (FNB). Na některých pracovištích se provádí odběr pomocí vakua, stereotaktická vakuová biopsie (SVAB) nebo ultrazvuková vakuová biopsie (UVAB). Odebraná tkáň z prsu se odešle na patologické pracoviště, kde se určí histopatologická povaha ložiska. [11, s. 131 – 136]

5 NÁDORY PRSU

Nádory prsu můžeme rozdělit z různých hledisek. Podle biologické povahy dělíme nádory na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Benigní nádory většinou rostou pomalu, jsou ohraničené a jejich růst je expanzivní, tzn. neinfiltrují do okolní tkáně, nezakládají vzdálené metastázy. Maligní nádory oproti tomu rostou zpravidla rychleji, nebývají ohraničené, jejich růst je infiltrativní, tzn. invazivně prorůstají do okolních tkání, mohou je destruovat. Maligní nádory zakládají vzdálená ložiska, metastázy. Existují tři možné cesty, kudy mohou maligní nádory metastazovat. Prvním možným způsobem je šíření nádoru krevní cestou, tedy hematogenně. Z nádoru se do krve uvolňují vitální buňky s různou proliferační aktivitou. Tyto nádorové buňky jsou roznášeny krví po těle a tak jak krev protéká jednotlivými orgány, se buňky mohou někde zachytit a vytvořit tak vzdálené ložisko nádoru – metastázu. V určitých lokalitách existuje afinita určitých nádorů k tvorbě metastáz. V případě karcinomu prsu se jedná o kosti. Dalším možným způsobem šíření zhoubného nádoru je lymfogenní rozsev, tedy šíření lymfatickými cestami. Princip je podobný jako u hematogenního šíření, zde se však nádorové buňky uvolňují do tkáňového moku, resp. do lymfy a jejím tokem jsou zanášeny do vzdálených míst. V cestě lymfatických cév je velké množství lymfatických uzlin, které zde fungují jako filtry a nádorové buňky se v nich vychytávají. Pokud dojde k uchycení většího počtu buněk, vznikne metastáza. Proto se cíleně pátrá v tzv. spádových lymfatických uzlinách. V případě karcinomu prsu funguje tzv. sentinelová uzlina (ochranná uzlina). Jedná se o lymfatickou uzlinu, která je v odtokovém lymfatickém systému z oblasti nádoru první. Zde platí pravidlo, že pokud není sentinelová uzlina postižena metastatickým procesem, nejsou postiženy ani další lymfatické uzliny. Naopak v případě, kdy je metastatický proces prokázán v této první uzlině, je velká pravděpodobnost, že jsou postiženy i další uzliny a onemocnění je již pokročilé. Tohoto principu se využívá při stanovení operační strategie a má velký vliv na prognózu nemocné. Posledním způsobem jak se může zhoubný nádor šířit, je přímé prorůstání do sousedních orgánů. V případě karcinomu prsu se může jednat o infiltraci hrudní stěny, prorůstání a následné uvolňování buněk a vznik metastáz po výstelce pleurální dutiny. S ohledem na známou predispozici některých orgánů ke vzniku metastatického procesu se musí cíleně tyto orgány v rámci stagingu vyšetřit a aktivně pátrat po přítomnosti metastáz. [13, s. 20 – 21]

6 LÉČBA RAKOVINY PRSU

Pod pojmem rakovina prsu si představujeme maligní onemocnění, které postihuje mléčnou žlázu. Jak bylo zmíněno výše, existuje celá řada zhoubných nádorů, které se v prsu mohou vyskytovat. Nejčastěji se vyskytujícím nádorem je karcinom prsu. Léčba ženy s nádorem prsu by měla probíhat v komplexním onkologickém centru, kde je zajištěna veškerá potřebná diagnostika, léčba i následné sledování. V dnešní době se na léčbě takto nemocné ženy podílejí specialisté různých medicínálních oborů, léčba je tedy komplexní a multioborová. Na diagnostickoléčebném procesu se podílí radiolog, chirurg – mammolog, patolog, endokrinolog, gynekolog, plastický chirurg, onkolog, radioterapeut, fyzioterapeut a nesmíme opomenout psychologa. Přestože existují závazná doporučení, kterými by se lékaři měli řídit, konečné rozhodnutí o léčebné strategii má mít po pečlivém vysvětlení všech možností a alternativ postižená žena. Proto je kladen velký důraz na psychický stav ženy a klinický psycholog by měl být samozřejmou součástí týmu, který se podílí na péči o nemocnou ženu. [3, s. 17]

6.1 Staging onemocnění

Pokud má být správně vybrán a nemocné doporučen nejvhodnější léčebný postup, je třeba mít onemocnění správně diagnostikované a je nutné pečlivě stanovit stádium onemocnění. Existují dva základní pojmy, které se používají při klasifikaci onemocnění. Grading stanovuje biologickou povahu nádoru a stupeň diferenciacie tumoru a staging, který přesně určuje stádium onemocnění.

V současnost se používá ke klasifikaci rozsahu karcinomu mezinárodní klasifikace TNM. Systém TNM posuzuje velikost primárního nádoru, stav uzlinových či vzdálených metastáz.

Kategorie T – tumor (primární nádor). Značí, jak je tumor v prsu veliký, jeho šíření do kůže, svalu či hrudní stěny.

Kategorie N – nodus (regionální mízní uzlina). Podle míry postižení axilárních lymfatických uzlin ovlivňuje léčebný postup i odhad pravděpodobnosti vyléčení.

Kategorie M – metastasis (vzdálené metastázy). Podává informaci o možném šíření nádoru do vzdálených orgánů krevní cestou. [14, s. 13 – 15]

6.2 Chirurgická léčba

Prvotním léčebným zásahem bývá operační výkon. „Většinu karcinomů prsu dnes můžeme řešit záchovným výkonem – parciální mastektomií“. [3, s. 121]

Parciální mastektomie

V současnosti s vývojem nechirurgických léčebných postupů dochází k snižování požadavků na radikalizaci chirurgického zákroku. K alternativě záchovného zákroku musí být ovšem splněny určité důležité podmínky – v prsu se vyskytuje jeden nádor nebo několik nádorů blízko sebe (ložisko se musí odstranit v celku, aby výsledek mohl být kosmeticky přijatelný), lze nasadit podpůrnou radioterapii, a samozřejmě pacientka musí s parciální mastektomií souhlasit (některé ženy preferují radikálnější řešení – obavy z radioterapie, psychologické důvody – pacientka by vždy měla mít možnost volby).

Z hlediska techniky operace se parciální mastektomie rozděluje na klasickou a onkoplastickou. Pod pojmem klasická parciální mastektomie se rozumí vyjmutí resekátu a jednoduché lineární zašití vzniklého defektu. Oproti tomu se při onkoplastické operaci kombinuje resektomie s plasticko-chirurgickým postupem. [3, s. 121 – 123]

Totální mastektomie

Principem operace je odnětí celé prsní žlázy i s okolním tukem a většinou i s přilehlými fasciemi. Rozlišujeme několik typů mastektomií – klasická mastektomie, kůži šetřící mastektomie, subkutánní mastektomie, areolu šetřící mastektomie a sanační mastektomie. Typ operace se odvíjí od rozsahu nádoru a ev. možnosti mammární rekonstrukce. [3, s. 179 – 181]

Operace na regionálních mízních uzlinách

Součástí chirurgického výkonu na prsu je i operační výkon na regionálních mízních uzlinách. Rozlišují se dva hlavní typy výkonů. Prvním typem je disekce axily, kdy se odstraňují všechny axilární mízní uzliny. V dnešní době se jednoznačně dává přednost druhému typu výkonu, kdy dochází k odstranění pouze první spádové uzliny. Tato uzlina tzv. sentinelová, je první uzlina, přes kterou odtéká lymfa z místa primárního nádoru.

Zavedení biopsie sentinelové uzliny (SNB) do praxe znamenal velký pokrok v novodobé historii léčby mammárních karcinomů. Dříve ženy podstupovaly disekci axily, čili odstranění uzlin I. a II. axilární etáže, které často vedly k závažným komplikacím, zejména lymfedému. [3, s. 227]

6.2.1 Komplikace po chirurgické léčbě

Po záchovných operacích prsu většinou nevznikají výraznější komplikace. Občas dojde ke vzniku seromu nebo hematomu v operační ráně. Tuto nevstřebanou tekutinu chirurg odstraní pomocí punkce a většinou dojde ke zhojení rány. [9, s. 97]

K nejobávanějším komplikacím patří lymfedém, který vzniká po chirurgickém výkonu v axile. *„Lymfedém prokazatelně snižuje kvalitu života a některé pacientky může invalidizovat“*. [3, s. 248] Lymfatický otok paže se může objevit i řadu let po lokální léčbě.

6.3 Radioterapie

„Hlavním cílem léčby je aplikace maximální dávky záření do přesně vymezeného cílového objemu a současně i minimální postižení zdravých tkání“. [15, s. 313]

Radioterapie patří ke komplexní léčbě karcinomu prsu buď jako předoperační, pooperační nebo paliativní (ozařování metastáz např. do mozku, skeletu, plic). Předoperační radioterapie se provádí s cílem zmenšit nádor, který je rozsáhlý a operační odstranění může být obtížné nebo nemožné. Cílem pooperační radioterapie je zničit zbylé nádorové buňky. [16, s. 259 – 261]

Nejčastější způsob ozařování je zevní radioterapie, kdy se ozařuje ze dvou směrů (polí), popřípadě i ze tří nebo čtyř polí, podle toho, zda je potřeba ozářit pouze prs nebo i místní uzliny v podpaží a nadklíčku. V kombinaci se zevní radioterapií se může provést i brachyterapie. Brachyterapie je invazivní metoda, kdy se aplikují velmi vysoké dávky záření přímo do oblasti, kde se nacházel nádor. Výhodou této metody je, že nedochází k poškození tkáně v okolí. [9, str. 92 – 93] Rozsah ozáření závisí na rozsahu onemocnění. Paliativní radioterapie slouží k určité regresi metastáz a ke zmírnění obtíží pacientky. [16, s. 259 – 261]

6.3.1 Komplikace radiační léčby.

Radioterapie je obecně dobře snášena, ale i zde dochází ke komplikacím. Nejčastější komplikací je zarudnutí ozařované kůže. Může dojít i k odloučení pokožky a mokrání

v místech kožních řas a záhybů. Někdy dochází ke změně zbarvení kůže a k ztuhnutí podkožní tkáně, ale tyto změny pacientku nijak neomezují a neměly by pro ni představovat žádné riziko. [7, s. 116 - 117]

6.4 Systémová léčba karcinomu prsu

Karcinom prsu se považuje za systémové onemocnění. Dobře reaguje na chemoterapii, hormonální léčbu a na některé vyvinuté preparáty, které spadají do skupiny tzv. biologické léčby. Systémová léčba se může uplatnit jak v adjuvantním, neoadjuvantním, tak i v paliativním podání. „*Při racionálním výběru léků mohou i ženy s diseminovaným onemocněním žít léta s dobrou kvalitou života*“. [17, s. 329]

Chemoterapie

Užití chemoterapie v léčebném schématu je závislé na rozsahu a typu karcinomu. V dnešní době existuje nejméně 40 druhů cytostatik, které se mohou při léčbě karcinomu prsu použít.

Chemoterapie se může použít při předoperační (neoadjuvantní) léčbě, kdy je potřeba zmenšit obtížně operovatelný nádor nebo pooperačně (adjuvantní), kdy má za cíl zničit případné zbylé nádorové buňky.

Na chemoterapii je většinou možné docházet ambulantně. V případě nesnášenlivosti léčby a podle typu použitých cytostatik je někdy nutná hospitalizace. [16, s. 261]

Hormonální léčba

Hormonální léčba patří mezi nejdéle používaný způsob léčby karcinomu prsu. Indikace k hormonální léčbě je závislá na přítomnosti hormonálních receptorů. V některých případech se u žen před menopauzou provádí buď odstranění vaječníků chirurgickou cestou (chirurgická kastrace) nebo ozářením (radiační kastrace). V současné době lze dosáhnout stejného efektu pomocí specifických léků (farmakologická kastrace).

U žen po menopauze se běžně podávají léky, jejichž užívání je dlouhodobé, efektivní, jednoduché a bez vedlejších příznaků. [16, s. 261 – 262]

Biologická léčba

Biologická léčba spočívá v podávání látek biologické povahy. Biologická léčba je jednou z nejnovějších metod v boji s rakovinou. S využitím současných poznatků o buněčných pochodech se v současné době lze zaměřit a ovlivňovat pouze buňky

spojené s nádorovým onemocněním (na rozdíl třeba od chemoterapie). Přístup je individuální, záleží na typu nádoru. Léky biologické povahy se podávají dlouhodobě (rok a déle) ve formě tablet nebo nitrožilně. [9]

6.4.1 Komplikace po systémové léčbě

„Míra závažnosti nežádoucích účinků systémové léčby se liší v závislosti na typu podávaného cytostatika, na kombinaci cytostatik, typu hormonální léčby i léčby biologické“. [7, s. 100]

Při aplikaci cytostatické léčby jsou nežádoucí účinky časté. Většinou provázejí všechny aplikovaná cytostatika. Cytostatika potlačují nádorové buňky, ale i buňky zdravých tkání, hlavně těch, které se rychle množí a rostou. Mezi nežádoucí účinky většiny cytostatik patří nevolnost, zvracení, alergická reakce, vypadávání a ztráta vlasů (alopecie), zánět sliznice dutiny ústní (stomatitida), zánět střevní sliznice, úbytek počtu červených krvinek (anémie), úbytek počtu bílých krvinek (leukopenie). [7, s. 100 – 107]

6.5 Rehabilitační péče

Rehabilitační péče je soubor všech opatření, která směřují k co nejrychlejšímu návratu do aktivního společenského života a do zaměstnání u jedince s postiženým zdravím.

Rehabilitační péče je nezbytnou součástí komplexní léčby pacientek s karcinomem prsu a je důležité začít s rehabilitací co možná nejdříve po operačním výkonu. Zvláště důležitá je především u všech pacientek, u kterých byla provedena axilární disekce, aby se zabránilo vzniku lymfedému.

První dny po operaci by ženy měly cvičit pod vedením fyzioterapeuta, který instruuje a kontroluje správnost prováděných cviků. Tyto cviky by pacientka měla provádět 3 – 5 krát denně po dobu několika minut. Délka trvání LTV u žen po operaci je individuální, běžně se doporučuje alespoň po dobu 6 měsíců, v případě potřeby déle.

Cílem LTV je udržet maximální možnost rozsahu hybnosti v oblasti ramenního kloubu, zamezit fixaci nesprávných pohybových návyků, zlepšit postavu těla a návrat k maximální soběstačnosti. [3, s. 389 – 392]

6.6 Používání epitéz

U žen, u kterých byla provedena mastektomie, je důležité včasné a správné užívání prsních náhrad tzv. epitéz. V současnosti je k dispozici velký výběr dokonalých epitéz, různých tvarů a velikostí, které se vkládají do speciální podprsenky.

Ihned po operaci žena dostává tzv. pooperační epitézu, která je měkká a lehká. Má za cíl vyplňovat košíček podprsenky, než dojde ke zhojení jizvy. Přispívá ke správnému držení těla a správné dynamice páteře. Mimo jiné má nezanedbatelný psychologický efekt. Po zhojení jizvy se předepisuje definitivní silikonová epitéza. Dokonalá a dobře padnoucí epitéza pomáhá ženám k návratu do normálního života. [7, s. 121 – 123]

6.7 Edukace po operaci karcinomu prsu

Pojem edukace je odvozeno od slova educo, educare a to v překladu znamená vést vpřed, vychovávat. Cílem edukace je navodit pozitivní změny v jednání a chování jedince, v jeho postojích, návycích a dovednostech. [18, s. 9]

V současnosti je povolání sestry z hlediska odborné přípravy velice náročné a zahrnuje i edukaci pacienta. Při propuštění z nemocnice je nezbytné pacientku edukovat o domácím ošetřování. Sestra edukuje v rámci svých kompetencí ohledně péče o operační ránu a jizvu, oblékání a používání epitézy, prevenci pooperačního lymfedému, pokračování v rehabilitaci a dodržování zdravého životního stylu. Správná a srozumitelná edukace by měla zmírnit strach a obavu pacienta.

6.8 Pomáhající organizace

Pro ženy s karcinomem prsu vzniklo mnoho nevládních a neziskových organizací, které působí celostátně např. Mamma help, Liga proti rakovině, Aliance žen s rakovinou prsu, Avon proti rakovině prsu, Sdružení Alen.

Tyto organizace pomáhají ženám se zorientovat v jejich nelehké situaci a nabízí i osobní zkušenosti, užitečné rady a tipy. Sdružují nejen ženy s diagnózou rakovina prsu, ale i jejich blízké, sympatizanty, lékaře a sestry (viz příloha č. 4). [19]

7 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

7.1 Psychosociální faktory onemocnění

Psychosociální zátěž, které jsou nemocní rakovinou vystaveni, lze těžko pochopit. V souvislosti se zjištěním diagnózy rakoviny prožije velká většina nemocných životní krizi. Nemocní s rakovinou se musí vyrovnat s velkým pocitem nejistoty, která se týká jejich dalšího života, s pocity izolace a pocity viny a stigmatizace. Objevují se existenční otázky typu: Co bude s mou rodinou? Kdo se o ni postará? Budu se moci vrátit do zaměstnání? Často se u nich objevuje úzkost, deprese, snížený pocit vlastní hodnoty, chronická bezmocnost. K tomu, aby nemocní rakovinou zvládli tuto psychickou zátěž, potřebují především čas a neustálou nevtíravou pomoc. Reakce okolí však nemusí být vždy přiměřená. Příbuzní často nejsou schopni pochopit, co nemocný člověk prožívá. Důležité je tedy pro obě strany otevřeně o těchto pocitech mluvit. [20, s. 36]

Hlavní tělesné, psychické a sociální problémy, které jsou spojeny s diagnózou rakoviny a s její léčbou:

- **Hrozba smrti**, kdy slovo „rakovina“ je stále spojováno s umíráním a nevyhnutelnou smrtí.
- **Ztráta tělesné nedotknutelnosti**, kdy zdravý člověk v zásadě nemyslí na to, že by jeho organismus mohl někdy přestat fungovat.
- **Ztráta autonomie**, kdy je v základech otřesen a ztracen dosavadní život.
- **Ztráta aktivit**, kdy je částečně nebo zcela znemožněno vykonávat běžné aktivity.
- **Sociální izolace, strach ze stigmatizace**, kdy dochází ke změnám v obvyklých sociálních vztazích z důvodu změněné reakce nemocného vůči svému okolí, a naopak.
- **Ohrožení sociální identity a pocitu vlastní hodnoty**. [21, s. 26]

Psychosociální problémy se během onemocnění mění.

7.2 Prožívání jednotlivých stadií nádorového onemocnění

Nádorové onemocnění nelze brát jen jako biologické onemocnění, ale musí se brát v úvahu i faktory psychosociální. Diagnóza a léčba nádorového onemocnění přináší pro

pacienta mnoho nejistoty a stresu. Pro jejich zmírnění lze nabídnout řadu psychosociálních opatření. Tato opatření se liší v různých fázích onemocnění. Těchto fází rozeznáváme několik, dle daných podmínek (věk pacienta, životní postavení) mohou trvat různě dlouho a probíhat v různém pořadí. Nejčastěji udávaná stadia nádorového onemocnění jsou zjištění diagnózy, léčba, zotavování, recidiva a terminálně-paliativní opatření.

Ve stadiu zjištění diagnózy pacient prožívá akutní smutek, depresi, zlost, smutek. Může se vyskytnout odmítání diagnózy, bagatelizace onemocnění, ověřování diagnózy.

Ve stadiu léčby u pacienta přetrvává všeobecný strach, smutek, pocit bezmoci a beznaděje.

Ve stadiu zotavování pacient doufá ve vyléčení, ale zároveň má obavy z recidivy. Časté bývají i problémy související s omezením v soukromém i profesním životě vlivem nemoci.

Stadium recidivy je charakteristické podobnými reakcemi jako při zjištění diagnózy, ale obvykle bývají negativní pocity výraznější.

V terminálním stadiu panuje u pacienta obava z izolace od rodiny, nastává strach z tělesných komplikací, z bolesti, ze ztráty tělesných funkcí.

Jedním z velmi důležitých faktorů ovlivňující léčbu nádorového onemocnění je psychický stav pacienta. Je proto důležité symptomy svědčící o psychických potížích včas rozeznat a nabídnout účinnou pomoc. Nesmíme ale zapomenout, že i při tzv. zdravém prožívání nemoci se mohou vyskytnout příznaky psychické poruchy. Je třeba rozeznat, kdy tyto poruchy jsou spíše následkem onkologické léčby a kdy je třeba pozvat odbornou psychologickou pomoc. [4, s. 289 – 291]

Nelze ale opomínat, že i ukončení onkologické léčby bývá pro mnohé nemocné zatěžující. Ztráta každodenní opory odborného personálu může být pocíťována těžce a může se projevit v úzkostech a depresích, nemocní se cítí zranitelnější. Často mívají pocit, že budou blízkým přítěží. Také mají potřebu probírat své problémy a zážitky s lidmi, kteří by jim rozuměli. Proto není dobré kontakt s bývalými pacienty omezit jen na kontrolní prohlídky a tím je ponechat v sociální izolaci. Pro některé nemocné je dobré navštěvovat sdružení, které nabízí pomoc lidem s podobným onemocněním (např. Mamma HELP). [22, s. 129]

8 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“ se poprvé začíná vyskytovat začátkem 20. století v souvislosti s materiální podporou nižších společenských vrstev. Poté se tento termín vyskytuje v poválečných Spojených státech (prezident Johnson), kde se již vymezuje z prostého materiálního zabezpečení k tomu, jak se lidem za určitých podmínek žije – prostý ekonomický růst neslouží mnohdy k vyšší spokojenosti lidí, ale k růstu jejich požadavků. Od 70. let slouží tento termín k odlišení potřeb lidí, odlišení vlastního životního pocitu lidí od materiálního zabezpečení, politického zřízení atd. V této době se také dostává termín kvalita života do vědeckých sociologicko-ekonomických studií. Život lidí nelze popisovat pouze objektivními (převážně ekonomickými) ukazateli, ale je třeba do něj zahrnout konkrétní sociální souvislosti a vztahy. Ekonomické aspekty jsou nejdůležitější pouze do určité hranice, dále pak již vnímání kvality života nebývá s rostoucím ekonomickým statutem v přímé úměrnosti.

V posledních deseti letech se začíná „kvalita života“ stále více studovat, a to v mnoha oborech, jako např. v sociologii, psychologii, ve zdravotnictví a v mnohých dalších. I to je jedním z důvodů, proč se vyskytuje mnoho definic „kvality života“, avšak žádná není přijímána jako obecně platná a akceptovaná. Na základní úrovni lze tedy „kvalitu života“ chápat jako důsledek působení mnoha faktorů, které na sebe vzájemně působí. Zjednodušeně můžeme tyto faktory rozdělit na dva základní typy, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní faktor vychází z lidské emocionality, objektivní lze charakterizovat jako plnění sociálního statusu, materiálních podmínek a fyzického zdraví. Jak spolu tyto faktory souvisí, jak se vzájemně ovlivňují, je stále předmětem výzkumu.

Ve zdravotnictví je posuzování kvality života potřeba vycházet z pojetí zdraví podle WHO, kdy ke zdraví je třeba nejen nepřítomnost nemoci, ale i fyzická, psychická a sociální pohoda. Kvalita života ze zdravotnického hlediska není pouhý zdravotní stav, ale spíše jak tento zdravotní stav působí na jedince, na jeho možnosti tužby, na plnění životních cílů.

Od 70. let se termín „kvalita života“ začíná používat i ve zdravotnictví. Dnes je kvalita života jedním z důležitých parametrů přístupu k pacientovi. Lékaře zajímá, jakou kvalitu života mají pacienti, jak ji ovlivní konkrétní léčebný proces či terapie. V medicíně dochází k posunu sledování kvality života do oblasti psychosomatického

a fyzického zdraví. Zavádí se pojem „kvalita života ovlivněná zdravím“ (health related quality of life). V praxi to znamená, že vedle klinicky ověřitelných ukazů zvoleného léčebného procesu se vyhodnocují i údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, údaje o jeho subjektivním vnímání procesu (vnímání bolesti, únavy, prožívání úzkosti atd.). [23, s. 205 – 214]

Z tohoto úhlu pohledu vyplývá, že na sledování kvality života se v medicíně nejvíce bere zřetel u onkologicky nemocných pacientů, kde terapie prodlužující život zhoršuje kvalitu života nemocných často více, než samotné onemocnění. Je tedy třeba léčebné postupy posuzovat jak z hlediska klinických výsledků, tak i z hlediska vlivu na kvalitu života. Měření kvality života tak dává lékařům důležité informace, které z klinické praxe nedostanou. Nezřídka to bývají skutečnosti pro pacienty z jejich hlediska rozhodující. Existuje proto mnoho specifických postupů na zjišťování kvality života, zaměřených na určitý typ onemocnění, či na jeho fázi. Důležitost výzkumu kvality života onkologických pacientů dokumentuje vznik mezinárodní organizace European Organization for Research and Treatment of Cancer.

Je však nutné zmínit, že se v oblasti měření kvality života vyskytuje mnoho problémů, zejména tendence rozhodnout jak by měl vypadat kvalitní život a toto vydávat za jakousi normu a té se podřizovat. Nicméně se ukazuje, že snaha měřit kvalitu života a brát na ni ohled při výběru léčebného procesu je nesporně správným krokem.

Oproti minulosti, kdy byly ve výsledcích zmiňovány především objektivní výsledky léčby, v posledních desetiletích je věnována stále větší pozornost psychosociálním aspektům ztráty zdraví. Zejména u onkologických pacientů se sleduje vliv nemoci a léčby na tělesný a psychický stav, na jeho společenský, rodinný i pracovní život. Každý léčebný proces je hodnocen nejen z kvantitativního hlediska „jak dlouho“, ale i z hlediska kvalitativního. Vědět, jak pacient nemoc i léčbu prožívá, se stává důležitým činitelem v současné onkologii. Ve vztahu zdraví a nemoci můžeme hovořit o kvalitě života se zdravím souvisejícím (health related quality of life). Kvalita života udává míru, do jaké nemoc a léčba (popřípadě následky léčby), umožňují žít pacientovi život, který ho uspokojuje. Takto pojmutou kvalitu života popisují dvě základní charakteristiky:

1. Mnohorozměrnost – kvalita života se týká mnoha oblastí – obvykle jich popisujeme pět.
 - Tělesné obtíže (bolest, únava)

- Funkční zdatnost (schopnost zvládat běžné aktivity)
- Psychologicko-sociální (nálada, deprese, úzkost)
- Sociální (vztahy v rodině, sociální postavení, finanční situace)
- Existenciální a duchovní (smysl života, naděje, odpuštění)

2. Subjektivnost – vyjadřuje skutečnost odlišného vnímání stejných věcí různými lidmi.

V moderní medicíně se oprávněnost postupů vyjadřuje průkazem jejich účinnosti. Průkaznost lze vyjádřit v mnoha úrovních. Nejprůkaznější bývají srovnávací studie. Systematicky hodnotit vliv onkologické léčby nejen z hlediska kvantity, ale i kvality se pokusil poprvé americký lékař (onkolog), profesor Kolumbijské univerzity David A. Karnofský v roce 1948. Karnofský použil škálu od 0% do 100% k posouzení celkové funkční zdatnosti, tzv. performance status PS. PS 100% znamenal plné zdraví, PS 0% pak smrt. Funkční zdatnost u pacienta hodnotil lékař. Další posun v hodnocení vlivu onkologické léčby zaznamenal na počátku 80. let profesor Dr. Walter O. Spitzer. Spitzerův index kvality byl multidimenzionální, ale i zde všechny účinky hodnotil lékař. Řada studií však dokazuje, že pacientovo hodnocení situace je často diametrálně odlišné od hodnocení lékaře. Pacienti se stejným PS se mohou odlišovat v míře ovlivnění jejich sociální funkce. Přitom prožívání nemoci a onkologické léčby může zásadním způsobem ovlivnit pacientovu spolupráci při další léčbě. Koncem 80. let vznikají dotazníky spočívající v pacientově hodnocení. Vznikají první verze dnes klasických dotazníků. Některé symptomy jsou u onkologických pacientů velmi časté a je dobré jejich výskyt sledovat. V tomto případě mohou posloužit data z dotazníků jako dobrý nástroj, na které oblasti se zaměřit.

Bohužel dnes je většina komplexních dotazníků příliš dlouhá a komplikovaná a jejich běžné používání v klinické praxi není vhodné. Dotazníky jsou určeny zejména pro klinické studie. Přesto mohou v praxi často posloužit jako vodítko pro strukturovaný rozhovor s pacientem. Nesmíme ale zapomínat, že kvalita života je subjektivní a nelze tedy jednoduše data získaná ze souboru dotazníků aplikovat na jednotlivého pacienta. [24, s. 288 – 295]

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po operaci karcinomu prsu. Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen v České republice. Toto onemocnění bohužel ohrožuje čím dál více i mladší ženy v produktivním věku a svými důsledky citelně zasahuje do všech oblastí jejich života a do života jejich rodin. Stanovila jsem si tedy otázku, zda i nadále lze žít hodnotným a kvalitním životem navzdory předsudkům, které diagnóza rakovina prsu u žen vyvolává.

10 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaký dopad mělo onemocnění na osobní a pracovní život ženy po operaci karcinomu prsu.

10.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda dotazované ženy budou uvádět, že jim onemocnění změnilo rodinné či přátelské vztahy.
2. Zjistit, zda u žen po operaci karcinomu prsu došlo ke změně vnímání sebe sama.
3. Zjistit, zda dotazované ženy po operaci karcinomu prsu měly problémy s návratem zpět do pracovního procesu.
4. Zjistit zda je pro ženu důležité o nemoci s někým hovořit.

10.2 Výzkumné otázky

1. Pocítila žena změnu v rodinných vztazích?
2. Jak se změnil u žen po prodělané nemoci postoj k životu?
3. Jak ovlivnilo onemocnění profesní život ženy?
4. Kdo nebo co ženám během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

11 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

K výzkumnému šetření byl zvolen kvalitativní výzkum, přesněji kvalitativní dotazování. Kvalitativní dotazování lze rozdělit na dvě krajní formy sběru dat a to na pevně daný dotazník a naopak volný rozhovor. Tyto dvě formy můžeme skombinovat do metody polostrukturovaného dotazování, kde je daná určitá struktura otázek, ale zároveň volnost odpovědí.

Kvalitativní polostrukturovaný rozhovor je vhodnou formou výzkumu, patří však k obtížnějším. Vyžaduje citlivost, vnímavost, ale i schopnost porozumět a v neposlední řadě i schopnost pozorovat. [25, s. 164 – 171]

Kvalitativnímu výzkumu se může vytknout, že pracuje s příliš subjektivními dojmy, existuje ale mnoho oblastí, kde je právě subjektivnost žádoucí. [25, s. 52 – 55]

11.1 Metoda

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru doplněná o nepřímé pozorování. Domnívám se, že rozhovor je nejvhodnější způsob k pochopení této problematiky. Osobní kontakt se zkoumanou osobou je založen na principu vzájemné důvěry a otevřenosti. Lze tak lépe pochopit, co ženy prožívají, jak se cítí, jak se změnil jejich životní styl a jak se dokázaly vyrovnat s onemocněním, které je postihlo.

Rozhovor byl realizován podle předem vytvořeného okruhu otázek. Ve struktuře rozhovoru převažovaly otevřené typy otázek, kdy měly respondentky určitou volnost v odpovědích při popisování své životní situace. Okruh otázek byl zaměřen na období, kdy jim byla sdělena diagnóza, na vliv onemocnění na jejich osobní a pracovní život. Další otázky se zabývaly zdroji jejich psychické pohody.

Pro metodu interpretace jsem zvolila kvalitativní popis v narativním stylu. Přepis byl proveden metodou doslovné transkripce.

12 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů tvořily tři ženy, které podstoupily operaci pro karcinom prsu. Jedna z žen byla po parciální resekcí karcinomu prsu s následnou chemoterapií a radioterapií. Druhá žena podstoupila mastektomii s exenterací axily a třetí žena je po parciální resekcí s následnou radioterapií. Jednu ze zkoumaných žen jsem znala ze svého okolí a druhé dvě ženy mi byly doporučeny při návštěvě centra Mamma HELP.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

Sběr dat probíhal během ledna a února 2014 v centru Mamma HELP v Plzni a v domácím prostředí jedné z žen. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala od 45 do 60 min. Rozhovory byly nahrány na diktafon a následně zpracovány.

Respondentky byly seznámeny s důvodem výzkumu a předem poskytly ústní souhlas s realizací rozhovoru. Dotazované ženy byly také upozorněny na možnost rozhovor kdykoliv přerušit nebo ukončit, jestliže by jim byl z nějakého důvodu nepříjemný. Zároveň jim byla zaručena anonymita při zpracování rozhovoru.

14 ANALÝZA A INTERPRETACE PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

14.1 Respondentka A

Základní informace

Žena, ročník 1958, vzdělání středoškolské. Pracuje jako vedoucí vychovatelka v dětském domově. Je vdaná, má jednu dceru (27 let). Bydlí v rodinném domě s manželem a s dcerou. Mezi záliby patří ruční práce a práce s keramikou.

Informace o nemoci

V květnu 2012 si sama vyhmatala bulku v levém prsu. Navštívila gynekologa, který ji doporučil do mammologické poradny. Z poradny byla odeslána na mamografické vyšetření, kde byla prokázána patologická rezistence a pod sonografickou kontrolou provedena core-cut biopsie, která potvrdila invazivní duktální karcinom.

Byla objednána k operaci. Před operací proběhla všechna běžná interní předoperační vyšetření (RTG plic, EKG, interní vyšetření, laboratorní vyšetření krve a moče) a sonografie jater vylučující metastatické postižení. V den operace podstoupila označení sentinelové uzliny na oddělení nukleární medicíny. Při operaci byla provedena parciální resekce prsu s odstraněním nádoru a exstirpace sentinelové uzliny. V rámci hospitalizace byla provedena scintigrafie kostí, kde nebyly prokázány žádné kostní metastázy. Nadále zůstala ve sledování v mammologické poradně. Za šest týdnů od operace byla zahájena chemoterapie, celkem podstoupila 6 cyklů. Po ukončení chemoterapie následovala radioterapie hrudníku a svodných lymfatických oblastí v celkovém počtu 36.

V současné době je bez potíží, je pravidelně dispenzarizována na Onkologické klinice a v mamologické poradně.

Dokázala byste popsat první okamžiky, kdy Vám byla sdělena diagnóza?

Na onemocnění jsem si přišla sama, náhodně jsem si nahmatala bulku, když jsem ležela na boku. Měsíc jsem ještě čekala, než jsem šla k lékaři, měla jsem strach. Vůbec nikomu jsem se nesvěřila. Dcera se v té době chystala odjet na rok do Anglie, tak jsem jí nechtěla strašit. Snažila jsem se uklidňovat, že to nic není, že to je nějaká cysta, že to

určitě zmizí. Je zvláštní, že člověk už tak nějak stejně tuší, že je něco špatně, ale snaží se to nějak vytěsnit, nemyslet na to a přitom jsem ten měsíc nedělala nic jiného. Snažíte se co nejvíc oddálit tu špatnou zprávu. Když jsem se to potom dozvěděla, hned jsem si říkala, to je průšvih, co budu dělat, pořád jsem tomu nechtěla věřit. Cítíte hroznou beznaděj. Chtěla jsem být silná, ale najednou jsem zjistila, jak mi po tváři tečou slzy, když mi to doktorka řekla, vůbec se to nedalo zastavit. Ani nevím, jak jsem se dostala domů. Nejhorší je, že člověk to má v sobě tak nějak zakořeněný, že jestli budu mít rakovinu, tak i umřu.

Chtěla jsem před tím vším někam utéct, schovat se, nic neřešit. Ale oni vám nalajnují, co musíte všechno oběhnout za vyšetření, než jdete na operaci, že si připadáte jako nějaký naprogramovaný stroj. Ani jsem neprotestovala, když mi dávali podepsat papír, že pokud by byl nález větší, tak mi vezmou celý prso. Naštěstí mi odebrali jenom část a vzali jen jednu uzlinu. Ale stejně jsem musela podstoupit i chemoterapii. To bylo pro mě asi to nejtěžší období. Ta chemoterapie, to člověku je opravdu zle. Myslím, že jsem ji mohla i odmítnout, ale nechtěla jsem podstupovat to riziko, že se rakovina znovu vrátí. Chtěla jsem, aby to bylo pryč. Při chemoterapii mi bylo strašně. Takhle zle mě v životě ještě nebylo, několik dní jsem vždycky jenom ležela a nebyla jsem schopná vůbec nic dělat. Na jednu stranu je vám tak špatně, že chcete umřít, ale na druhou stranu to vlastně nechcete. Tělo vás vůbec neposlouchá. Nechutná vám jíst, trpíte zácpou. Když vám potom vypadají vlasy, tak na vás ze zrcadla kouká úplně jiný člověk. Nemohla jsem se na sebe ani podívat. Koupila jsem si i paruku, ale ve finále jsem ji vůbec nenosila. Měla jsem pocit, že by stejně všichni věděli, že mám paruku a že maskuju to, že jsem nemocná. Chodila jsem jenom v šátku. „Naštěstí“ ta chemoterapie trvá jen půl roku. Pak jsem ještě chodila na ozařování, ale to už se nechalo tak nějak přežít. Je zvláštní, když člověk sedí v čekárně, tak by chtěl být neviditelný, jako že tam vůbec není. Snažila jsem si tam brát něco ke čtení, ale stejně to nešlo. Manžel mi sice nabídl, že tam bude chodit se mnou, ale chodil do práce, a co by tam dělal. Ani nemyslím, že by to zvládnul.

Období, kdy ji byl diagnostikován nádor prsu, nesla velmi špatně. V tu chvíli se nebrání smutku ani slzám. Z rozhovoru vyplývá, že velmi špatně snášela vedlejší účinky chemoterapie.

Pocítila žena změnu v rodinných vztazích?

Ta nemoc přišla tak nějak v nevhodnou dobu. Dcera byla v té době jako au-pair v Anglii, tak jsem ji tím nechtěla vůbec obtěžovat. Domluvili jsme se s manželem, že jí to

nebudeme říkat, aby neměla zbytečně starosti. Ani nevěděla, že jsem byla na operaci. Operace nebyla tak hrozná. Byla jsem v nemocnici jenom 4 dny. Ale netušila jsem, jak se mnou zamává chemoterapie. Bylo mi pokaždé zle. Pro manžela to muselo být hrozný, když mi viděl, jak jsem lezla na záchodě po čtyřech a brečela, že už nechci žít. Vůbec nevěděl, jak by mi měl pomoc, možná, že by mi tak uvařil čaj. Oni to chlapi prostě mají jinak.

Nejvíc mě ale naštvál, když zavolal za mými zády dceři do Anglie, aby se vrátila, že jsem nemocná, že mám rakovinu. Dceru to vyděsilo a pobyt předčasně ukončila. Vrátila se o pár měsíců dřív. Pomohlo mi to, ale na druhou stranu jsem nechtěla, aby moje nemoc zasahovala do jejích plánů. Na manžela jsem byla dlouho naštvaná, že se se mnou neporadil. Měla jsem pocit, že nevěděl co má se mnou dělat, když mě bylo zle a hodil péči na dceru. Dcera mě pomohla dostat se z depresí a smutku. Vařila mě jídlo, povídala si se mnou. Chlap radši zmizel na chalupu, jako by s tím nechtěl mít nic společného. Ten stav trvá do dneška. Žijeme vedle sebe, povídáme si o běžných věcech. Ono to tak bylo asi i dřív, ale když člověk chodí do práce, stará se o domácnost, tak nemá moc času zabírat se sám sebou nebo přemýšlet, jestli je vztah úplně funkční nebo ne. To se asi projeví až v nějaké krizi, že všechno není, tak jak by mělo. Ted' teprve vidím, jak mě schází si s ním popovídat o tom, co prožívám, co mi trápí, z čeho mám strach. Myslím, že se s tím svým způsobem pereme oba, ale vím, že v žádné rodině to není ideální a mám manžela stále ráda.

Ted' jsem ráda, že mám léčbu za sebou. Chodím na pravidelné kontroly. Snažím se moc nemyslet na to, že bych mohla mít nějaké metastázy, zatím je to dobrý. Vždycky jsem strašně nervózní, když se blíží termín kontroly. Nevím, jestli ten strach někdy přejde. Manžela tím vůbec nezatěžuju. Vždycky mu akorát řeknu, že jsem byla na kontrole a že je to dobrý. On řekne, že je to dobře a to je vše.

Žena pocítila ve vztahu výraznou změnu. Všechny jeho nedostatky, v běžném životě neviděné, se nastalou krizovou situací více zvýraznily a vypluly na povrch. S manželem nejsou zatím schopni navázat intimnější vztah, žijí více vedle sebe než opravdu spolu. Možná žena přecenila své síly, v domnění, že situaci po emoční stránce zvládne sama a manžela do problému od začátku nechtěla zasvěcovat. Ten na situaci zareagoval, jak byl z předchozího období zvyklý a zanechal ženu se svými pocity a obavami samotnou. Dcera, která v té době byla v cizině, neváhala a ukončila svůj pobyt a začala matce pomáhat. Ta sice měla obavy, aby si dcera nekomplikovala svůj život, ale ve skutečnosti byla ráda, že se o ni někdo stará a zajímá se o její problémy a pocity.

Otevřeně hovoří o svých problémech v rodinných vztazích. Trápí ji její vztah k manželovi. Chápe, že to bylo a je pro oba těžké období. Z hlasu je znát, že ji mrzí manželův přístup k její nemoci. Vadí ji, že svým onemocněním ovlivnila i život své dcery.

Jak se změnil u žen postoj k životu po prodělané nemoci?

Žebříček je převrácený. Spoustu věcí, které jsem dříve chtěla sobě nebo druhým dokázat, které mě rozčilovaly, mě nyní nechávají klidnou. Jiné věci mě naopak rozčilí, dříve mě nechávali klidnou. Byla jsem zvyklá klást si cíle daleko vyšší, než se daly zvládat. Hodně jsem se dostala zpět na zem. Cítím se mnohem starší. Dříve jsem chodila pravidelně cvičit, ale teď jsem líná, unavená, vymlouvám se. Dřív jsem byla mnohem aktivnější. Mám pocit, že jsem se o sebe i víc starala, ale teď mě to moc nebaví. Spíš to dělám ze zvyku, než že bych z toho měla radost. Chodím akorát do práce a domů. Nechce se mi ani se psem na procházky. Nechce se mi potkávat lidi, mám pocit, že mě litují, ale zdá se mi, že to není upřímný. Najednou neví, co si se mnou mají povídat a já s nimi taky ne.

Občas se zúčastním nějaké akce, co pořádá Mamma HELP, tam je mi celkem dobře. Jsme tam na tom všechny podobně. Dokonce jsem tam poznala pár skvělých ženských, které bych jinak nepoznala. Obdivuju je, jak se dokázaly poprat s nemocí, jak dokážou pomáhat jiným. Uklidňují mi, že si podobným stavem prošly taky a čím delší dobu jsou po léčbě, tím je to lepší. Chce to prostě čas.

Žena výrazně změnila svůj postoj k životu. Po prodělané léčbě se stává pasivní, nemá chuť do aktivit, které dělala před onemocněním. Nemá chuť chodit do společnosti a uzavírá se do sebe, chybí ji životní optimismus. Mezi málo věcí, které jí pomáhají, patří návštěva v centru Mamma HELP. Tam je jí dobře, podobně postižené ženy jí dodávají svým příkladem sílu do života. Tato žena je však relativně brzy po léčbě a je pravděpodobné, že postupem času se jí chuť do života zvýší.

Při rozhovoru je z hlasu cítit smutek, ale na druhou stranu i naděje, že se její stav může zlepšit.

Jak ovlivnilo onemocnění profesní život ženy?

Těsně před tím, než jsem se dozvěděla, že mám rakovinu, tak jsem byla povýšená do vedoucího místa. Pracovala jsem jako vedoucí vychovatelka v dětském domově. Práce mi vždycky bavila, i když někdy to bylo dost náročné. Když jsem se po roce vrátila, tak

jsem zjistila, že už nemám sílu vést kolektiv. Měla bych být rázná a na podřízené nekompromisní. To já už teď nedokážu a ani se nechci s nikým dohadovat a stresovat. Uvažuji o tom, že to přestanu dělat. Když jsem byla v dlouhodobé neschopnosti, tak jsem se do práce hrozně těšila, ale když nastoupíte zase do stejného koloběhu, tak vás to zmáhá. Možná se to časem zlepší. O práci vedoucí jsem dříve celkem usilovala, měla jsem i plány udělat nějaké změny, vždycky jsem vymýšlela různé akce, ale teď na to nemám chuť ani sílu. Chtěla jsem to probrat i s manželem, ale ten nechává všechna rozhodnutí na mě. Jsem z toho celkově taková unavená. Možná rezignovat na místo vedoucí, ale ona je práce s dětmi náročná i tak. Přemýšlela jsem i o polovičním úvazku nebo změně zaměstnání. Zatím nevím, co bude dál.

Žena se dříve hodně věnovala práci. Ta pro ni představovala velkou životní náplň a zabírala jí většinu času. Po roční pracovní neschopnosti se k původní profesi vrátila, ale má nyní obavy, že práci fyzicky ani psychicky nezvládá. Přemýšlí o změně pracovního postavení, možná i o změně zaměstnání. Žena je na své problémy sama, partner ji nepodporuje a všechny rozhodnutí nechává na ženě samotné.

Je na ní znát určitá nerozhodnost. Vyjadřuje obavy, zda dokáže pracovat stejně jako před onemocněním.

Kdo nebo co Vám během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

Když jsem onemocněla, začala jsem si shánět informace na internetu a našla jsem kontakt na Mamma HELP. Nejdřív jsem si říkala, že to nebudu potřebovat, ale pak jsem tam zašla. Nevěděla jsem, s kým bych měla probrat, co mě trápí. S manželem jsem se o tom nebavila, dcera byla pryč. Ze začátku mi dělalo problém svěřovat se někomu jinému, co mi trápí, ale postupem času zjistíte, že podobné problémy mají i jiné ženy. Někdo má chlapa, který ženu doprovází na všechna vyšetření, ale některé ženy jsou na tom podobně. Ne že by je chlapi neměli rádi, ale neví, jak by měli pomoci. Určitě není dobré uzavírat se se svými problémy před okolním světem. Je dobré otevřeně hovořit o svých pocitech, strachu a obavách, a když to nejde s manželem, tak si najít někoho jiného, kdo vás vyslechne a má obdobnou zkušenost. Na onkologii mi nabízeli psycholožku, ale odmítla jsem ji, přesvědčená že to zvládnou. Nejvíce bych jí potřebovala v ten moment, když mi to řekli. Ať jsou doktoři sebelepší a snaží se to ženě vysvětlit, tak v tu chvíli, kdy slyší, máte tam nádor, tak už žena moc nevnímá, rozklepou se jí nohy a ani tam není čas či prostor pro nějaké city nebo povzbuzení. V tu chvíli by to chtělo „šoupnout“ někam vedle nějakého psychologa, aby jí uklidnil a promluvil si s ní.

Ženě nejvíce pomohl kontakt s podobně postiženými ženami, který sama aktivně vyhledala. Jejich společnost na ni působila velmi příznivě.

Po celou dobu rozhovoru je z neverbálních projevů znát určitá nervozita.

14.2 Respondentka B

Základní informace

Žena ročník 1956 let, vdaná, 3 děti (35, 32, 23 let). Žije s manželem a dcerou v bytě. Dosáhla středoškolského vzdělávání, pracovala jako spolumajitelka malé obchodní firmy, v současnosti recepční ve fitness centru. Mezi záliby patří rodina, cvičení, cestování.

Informace o nemoci

V květnu roku 2000 žena navštívila v rámci prevence gynekologa a požádala o zaslání na mammologické vyšetření. V srpnu na mammografickém vyšetření zjištěna rezistence v pravém prsu. Byla odeslána do mammologické poradny, kde bylo doporučeno chirurgické odstranění ložiska v pravém prsu. V září absolvovala nezbytné předoperační vyšetření tzn. RTG plic, EKG a interní vyšetření, laboratorní vyšetření krve a moče. V listopadu byla hospitalizována na chirurgické klinice, kde byla nejdříve provedena biopsie z exize cíleného ložiska v horním zevním kvadrantu pravého prsu, které bylo předem označeno sonograficky. Následovala operace, kdy byla provedena parciální resekce horního kvadrantu pravého prsu a kovové označení lůžka nádoru, aby mohla být zahájena radioterapie. Po konzultaci s onkologem vzhledem k velikosti prsu bylo doporučeno provedení radikálního výkonu. Po týdnu od první operace následovala reoperace, při které byla provedena mastektomie a exenterace axily.

Histologicky se jednalo o intraduktální karcinom o průměru 0,8cm s ložiskem invazivního růstu.

Následná léčba (radioterapie, chemoterapie) již nebyla vzhledem k provedené mastektomii indikována. Nadále byla sledována 1krát za půl roku v mammologické poradně.

V současné době je bez potíží, dochází 1krát ročně na kontrolu do mammologické poradny.

Dokázala byste popsat první okamžiky, kdy Vám byla sdělena diagnóza?

Na onemocnění mi přišli ve 44 letech náhodně. Všichni kolem mne již chodili na mammograf a tak jsem se zeptala na preventivní gynekologické prohlídce, jestli bych taky neměla někam jít. Doktorka mi zařídila sonografii, tam nic nenašli, protože jsem měla hodně velký prsa. Pro jistotu mě ještě poslali na mammograf, i když jsem na něj ještě neměla nárok. Našli mi asi 5mm ložisko. V listopadu jsem šla na operaci, kde mi měli odebrat kousek tkáně na biopsii. Do nemocnice jsem šla v neděli a ve čtvrtek mi paní doktorka řekla, že to vyšlo pozitivní, takže budu muset ještě na jednu operaci, a protože to ložisko je hodně hluboko, budou mi muset vzít celý prs i s uzlinami. Hned další pondělí jsem šla na operaci znovu, tak ani nebyl čas o tom nějak přemýšlet a už vůbec ne shánět někde jinde informace. Bylo to strašně rychlé. Jedno pondělí ještě s prsem a druhý už bez něj. Byl to pro mě hrozný šok, proplakal jsem v nemocnici hodně nocí. Ale doktorka a sestřičky se mě snažily pomoc a povzbudit. Kdybych prý nešla na tu operaci, tak bych tady za pár let nemusela být vůbec. Do té listopadové operace, vlastně do toho odběru biopsie, jsem pořád myslela, že to bude dobré, nikomu jsem nic neřekla, akorát že jdu na vyšetření do nemocnice. Vůbec jsem nepředpokládala, že to takhle dopadne.

Nejhorší snad bylo, když po operaci za mnou přišla rodina do nemocnice. To mi psychicky moc nepomohlo. Nebyl na to připravený ani můj muž, že se mu domů vrátí žena bez prsa. Bylo to pro všechny těžké období. Dceři bylo v té době jedenáct a to jsem doopravdy nechtěla, aby vyrůstala bez mámy, tak jsem se nějak vzchopila.

Žena působí klidným a optimistickým dojmem. Dokáže věcně popsat, jak a kdy jí bylo diagnostikováno onemocnění. Při popisování stavu, jak se cítila po operaci je z jejího hlasu cítit smutek.

Pocítila žena změnu v rodinných vztazích?

Já mám strašně hodného chlapa. Určitě trpěl vnitřně, bál se o mě, ale navenek to moc znát nedával. Ted' s odstupem vím, že to muselo být těžké i pro něj. Nikdo v té chvíli neřešil, jak se cítí on. Asi neexistuje žádný manuál pro chlapa, jak se má správně zachovat, co má dělat, co má říkat, aby ženě pomohl. Automaticky se předpokládá, že jí bude podporovat, ale jak? Každý jsme se s tím prali po svém, ale vztahy se tím určitě upevnily. Myslím si, že je ted' chlap mnohem pozornější, ohleduplnější, nehádáme se o zbytečnosti, což jsme před tím dělali. Dokonce bych řekla, že nás to nějak semklo. Najednou si uvědomíte, že smrt je nablízku a nemá cenu se zabývat blbostmi.

Když jsem nemohla dělat domácí práce, protože jsem vůbec necítila pravou ruku, kde mi vzali všechny uzliny, tak všechno dělal za mě. Taky to neměl lehký, chodil do práce, staral se o děti. Trvalo mě dlouho, než jsem ruku rozcvičila. Teď s ní nemám žádné potíže.

Taky se určitě změnil můj sexuální život, respektive nám. Dřív to bylo v pořádku, ale po operaci se to už nikdy nevrátilo do normálu. Byl to problém spíš z mojí strany. Nejdřív jsem se nechtěla milovat vůbec, a potom jsme to vždycky tak nějak rychle odbyli a já byla pokaždé v tričku. Už to nikdy nebylo takové, jako dřív. Je to takové naše tabu. Chlap se s tím postupem času nějak vyrovnal. Mě dokonce vadily i milostné scény v televizi. Nikdy jsem to nerozebírala s žádným doktorem, na kontrole jsme vždycky rozebrali, jak se cítím, jestli mi něco nebolí, na tohle téma jsme se nikdy nedostali. Ani nevím, jestli bych byla schopná o tom mluvit.

Žena změnu v partnerském vztahu pocítila. Na jednu stranu se vztahy upevnily, uvědomila si hodnotu svého vztahu. A ačkoli partner zpočátku nevěděl, jak své ženě vyjádřit podporu a nabídnout pomoc, postupem času se vše upravilo a partner se plně zapojil do péče o domácnost a dokázal se ženou mluvit o jejich pocitech. Na ženě je vidět, že je na svého muže i na kvalitu jejich vztahu hrdá.

Na příběhu této ženy je vidět, že zdravý partnerský vztah je významnou složkou v boji s onemocněním. Žena si uvědomuje cenu kvalitního rodinného zázemí a dobrých vztahů s dnes již s dospělými dětmi. Sama respondentka uvádí, že spolu s dcerou mají krásný vztah.

Na druhou stranu vznikly problémy v sexuální oblasti, které víceméně přetrvávají i do současnosti.

Žena v této části vyprávění působí smutným dojmem. V části, kde hovoří o svém sexuálním životě má v očích slzy. Je vidět, že i po tak dlouhé době je to pro ni velice citlivé téma.

Jak se změnil u žen po prodělané nemoci postoj k životu?

Naštěstí jsem nemusela podstupovat žádnou chemoterapii ani radioterapii, akorát jsem chodila každý půlrok na kontroly. Bylo mi vždycky divné, proč mně při tom nabírají krev na nějaké markery a posílají na sonografii jater a rentgen plic. Nikdo mi to nevysvětlil, k čemu je to dobré. Teď už to samozřejmě vím, ale tehdy žádné informace moc nebyly. Shodou okolností mé kolegyni z práce také našli nádor na prsu, ale ta musela podstoupit chemoterapii i radioterapii. Myslím, že na tom byla hůř, ta

chemoterapie je strašná. Vypadaly jí vlasy. To mě nepotkalo. On se každý diví, ty si nic nebrala, nechodila na žádné ozařování? Tak odpovídám ne, mě jenom vzali kus těla. Jinak nic. Pro mě bylo nejhorší, když jsem se vrátila z nemocnice domů. To bylo poprvé, když jsem se viděla celá v zrcadle. Do té doby jsem neměla šanci se vidět. V nemocnici zrcadla nebyla. Dívala jsem se na sebe a brečela jsem. Ani jsem nevěděla, kam si mám epitézu odkládat, nechtěla jsem, aby byla všem na očích. Do teď nechodím do bazénu, vlastně nikam, kde bych se musela svlékat a sprchovat. Byla mi nabídnuta plastika, to ale znamenalo předoperační vyšetření včetně mammografu a tam mě zase něco našli. Sice se to pak nepotvrdilo, ale brala jsem to jako znamení, že na plastickou operaci raději nemám chodit.

Neříkám, že nemám problémy s vhodným oblečením, už nemůžu nosit výstříhy, na které jsem byla zvyklá. Ze začátku jsem měla problém sehnat i vhodnou podprsenku. To už se naštěstí o hodně zlepšilo. Dřív jsem se i styděla v obchodě říci, co vlastně potřebuju, že jsem bez prsa. Teď už to jde, ale tenkrát bych takhle otevřeně s nikým o tom nemluvila, jako teď.

Před nemocí jsem byla taková prostorově výraznější, tak jsem se rozhodla s tím něco udělat. Nechtěla jsem být tlustá a ještě bez prsa. Začala jsem chodit do STOBu a povedlo se mi shodit nějaké to kilo a zároveň jsem si tam našla i práci. Sháněli někoho na recepci, tak jsem to vzala. Ta práce se dala krásně zvládnout. Začala jsem tam i postupně cvičit, což jsem do té doby nedělala. Vždycky jsem dávala přednost rodině, ale tohle mi fakt chytlo. Začala jsem jezdit i na sportovní pobyty a jsem ráda, že jsem mezi pohodovými zdravými ženskými. Postupně se mnou začala jezdit i dcera. Máme spolu krásný vztah.

Jediné co mě teď vadí, že jsem vlastně ta, která má ten špatný gen a můžu ho vlastně přenést na dceru nebo třeba na vnoučata, s tím se docela těžko žije. Nikdo jiný v rodině tu nemoc neměl, já jsem první. Hned jsem se taky ptala, od kolika má dcera začít chodit na prevenci. Doufám, že jsem pro ni dostatečné memento.

Žena nepodstupovala žádnou následnou léčbu s nežádoucími následky, avšak po totální mastektomii se její vzhled dramaticky změnil. Postupně se s tím naučila žít a posléze tento svůj handicap vyrovnávala cvičením a celkovou péčí o své tělo a postavu, z čehož se jí stal dokonce koníček. Sama uvádí, že díky tomu poznala spoustu nových pohodových lidí a je ráda v jejich kolektivu. V současnosti má ve velké oblibě pobyty spojené s cvičením, na které jezdí i její dcera, čímž se ještě více upevnil

jejich vzájemný vztah. Podle svých vlastních slov žije dokonce aktivněji, než před onemocněním.

I zde je vidět, že vyrovnání se s nemocí nebylo pro ženu lehké. Jak sama uvádí, postupně se to urovnalo. Nyní z ní vyzařuje láska k životu a optimismus.

Jak ovlivnilo onemocnění profesní život ženy?

Nabízeli mi invalidní důchod, ale ten jsem nechtěla. V té době jsme měli obchod s oblečením, ale už jsme řešili, že obchod pustíme. Měla jsem najednou spousty vyřizování a papírování, tak jsem ani neměla čas o nemoci přemýšlet. S odstupem času vidím, že to tak bylo lepší. Jinak bych se určitě tou mou nemocí zabývala mnohem víc. Pomohl mi i pobyt v lázních. Byla jsem dvakrát v Karlových Varech. Tam jsem potkala ženy s podobným osudem, tak jsme se navzájem podporovaly. Dokonce jsme se shodly, že každá z nás už chtěla sepsat i závěť, ale nakonec jsme to neudělaly. V práci jsem spokojená. Jak už jsem říkala, našla jsem si práci v recepci fitness centra. Paradoxně mě k tomu dovedlo mé onemocnění. Kdybych nebyla nemocná, tak by mě ani nenapadlo začít cvičit a k té práci bych se nedostala. Samozřejmě, že práce neodpovídá mému vzdělání a ještě před tím, než jsem začala podnikat, tak jsem dělala v kanceláři, ale už bych takovou práci nechtěla. Tady jsem v kolektivu aktivních žen, popovídám si, poznala jsem spoustu jiných lidí a téměř každý den si jdu zacvičit. Když se zamyslím, tak žiju aktivněji než před nemocí.

Žena v době diagnostikování nemoci řešila pracovní problémy a vzhledem k tomu, že dříve podnikala, měla by invalidní důchod minimální. Také z toho důvodu o něj nezažádala. V té době řešila spoustu pracovních problémů administrativního charakteru, které i přes onemocnění zvládala. Dokonce to byl i jeden z důvodů, kvůli kterému se nemusela svým onemocněním neustále zaobírat. V současné době pracuje jako recepční ve fitness centru, v práci je velmi spokojená.

V této části rozhovoru z ženy vyzařuje spokojenost s tím, jak se dokázala poprat s osudem. Dokázala si najít práci, která ji baví a dokonce změnit i svůj životní styl.

Kdo nebo co Vám během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

Doktorka mi po operaci přinesla okopírovaný černobílý článek, jak se mám chovat, co dělat a nedělat po operaci s rukou, ukázali mi cviky a bylo to. Tenkrát moc materiálů nebylo, žádný brožury, knížky ani letáky.

S chlapem jsem ze začátku své pocity moc nerozebírala dokonce ani s vlastní matkou ne. Před ní jsem vždycky dělala hrdinku, když přišla. Chtělo to čas, než si to člověk urovná v sobě a je schopný o tom mluvit, nejde se jenom utápět v lítosti. Každý o tom ze začátku přemýšlí, proč to postihlo zrovna jeho, co udělal špatně, že zrovna on má rakovinu, ale nejde se tím zaobírat donekonečna. K ničemu by to nevedlo.

Ze začátku byl pro mě problém jít i s kolegyněmi z bývalé práce na kafe. Svěřila jsem se se svým problémem jenom někomu, ale stejně se to časem ostatní dozvěděli. Cítila jsem od nich takovou tu lítost, ale to mi bylo dost nepříjemný. Tak jsem se snažila být ta veselá, jakou mě všichni znali, být pro ostatní zdrojem dobré nálady, ale musela jsem se do toho nutit. Bylo to dost vysilující. Proto si asi každý myslel, že žádnou pomoc nepotřebuju a přitom jsem ji podvědomě od nich očekávala. Nepotřebovala jsem psychologa, tak špatně jsem na tom zase nebyla, ale stav, kdy všichni kolem to ví, ale nikdo o tom nemluví, byl strašný. Postupem času se to celkem srovnalo a teď už mi nevádí o tom mluvit. Myslím si, že jsem pro spoustu žen příkladem, že i bez prsa se dá cvičit, jezdit k moři si zacvičit a brát život s humorem.

Nechodila jsem ani do žádného klubu, který se věnoval těmto nemocným. Tehdy ani nebylo tolik center a informací. Možná kdybych dostala kontakt hned při propuštění z nemocnice, tak bych tam možná i zašla. Ale s odstupem času jsem se v tom nechtěla ještě víc utápět. Chtěla jsem žít dál stejně, jako před nemocí. Víím, že někomu to může pomoci, ale pro mě to nebylo.

Žena pomoc nějakého sdružení, které nabízí pomoc lidem s podobným onemocněním, nevyhledala, dle svých slov se v tom již nechtěla víc utápět, chtěla žít život jako před operací. Začala chodit do kolektivu žen v rámci programu STOB. Svým způsobem se také vlastně ocitla v kolektivu žen, se kterými se spřátelila, a které ji povzbuzovaly a dodávaly odvalu.

Ve své formě komunikace si žena nepřipouští negativní myšlenky. Dokáže vyprávění proložit i humorem. Je z ní cítit optimismus a radost. Jak sama říká, má výborné rodinné zázemí a zdravý vztah s dětmi, práci, která ji baví a to ji nejvíce pomohlo při zvládnání nemoci.

14.3 Respondentka C

Základní informace

Žena, ročník 1957, nyní ve starobním důchodu, dříve pracovala jako asistentka ředitele u větší firmy. Je rozvedená, 2 děti (36 a 34 let), 3 vnoučata ve věku (7, 5 a 2 roky). Bydlí sama v panelákovém bytě. Mezi její záliby patří návštěva divadla a procházky se psem v přírodě.

Informace o nemoci

Byla pravidelně vyšetřována v rámci mamografického screeningu. Při vyšetření bylo zjištěno podezřelé ložisko v pravém prsu o velikosti 8mm. Pod sonografickou kontrolou provedena biopsie prokazující invazivní duktální karcinom dobře hormonálně dependentní s nízkou proliferací aktivitou. Podstoupila primárně chirurgickou léčbu s excizí nepalpovatelného tumoru po předoperačním označení vodícím drátkem a biopsii sentinelové uzliny, která byla bez metastatického postižení. Vlastní nádor byl velikosti 8 krát 6mm. Všechna stážovací vyšetření (RTG plic, sonografie jater, scintigrafie skeletu) vyloučila vzdálené metastázy. Za 6 týdnů od operace podstoupila sérii ozáření prsu a svodných lymfatických uzlin. Vzhledem k dobré hormonální závislosti byla zahájena hormonální léčba antiestrogeny na celkovou dobu 5 let.

Dokázala byste popsat první okamžiky, kdy Vám byla sdělena diagnóza?

„Chodila jsem na pravidelné preventivní prohlídky. Pamatuji si, že jsem před Vánocemi dostala chřipku a necítila jsem se dobře. Vzala jsem si dovolenou, a když už jsem byla doma, tak jsem se rozhodla, že napravím všechny resty, na které jsem během roku neměla čas. V rámci toho jsem šla i na mammografii. Hned mi poslali i na sonografii. Už když mi ho dělali a vzápětí si (paní doktorka) zavolala kolegyni, hned jsem tušila, že není něco v pořádku. Pak to šlo hrozně rychle, biopsie a potom hned po novém roce i nástup do nemocnice na operaci. Byla mi odstraněna naštěstí jen bulka, prso mi zůstalo.

Když jsem se to dozvěděla, tak jsem čekala, že do roka umřu, protože jsem jiný případy neznala, ani o nikom nevěděla, že má rakovinu. Pak ale třeba někdo umřel a já se dozvěděla, že měl rakovinu. Ani když se z toho někdo dostal, tak se o tom asi moc nebavil. Takhle jsem na to koukala ten první moment. Ta léčba samozřejmě není vůbec nic příjemného, je to jako vyhánět čerta ďáblem, ale asi těžší bylo to, když vám sdělí tu

diagnózu. Pořád jsem se uklidňovala, že to nebude tak hrozný, když jsem chodila na pravidelné kontroly. Myslela jsem, že to zvládnou, ale stejně jsem si pořád opakovala, proč zrovna já?

Z ženy na první pohled vyzařuje klid a harmonie. Dokáže o své nemoci i o svých pocitech mluvit otevřeně, i když sama uvádí, že tomu tak nebylo vždycky. Pokud v rozhovoru narazí na období, kdy se dozvěděla svou diagnózu a jak se snažila se s nemocí vypořádat sama, tak je z jejího hlasu cítit smutek.

Pocítila žena změnu v rodinných vztazích?

V té době jsem již bylo delší dobu rozvedená, žila jsem sama s dětmi. Dcera studovala vysokou školu. Syn už měl vlastní rodinu a bydlel v Praze. Byla jsem zvyklá si všechny problémy řešit sama. Z dnešního pohledu vidím, že to není dobře, být na všechno sama. Myslela jsem si, stejně mně nemůžou pomoci, musím to zvládnout sama, co je budu obtěžovat. Ještě dalších několik týdnů jsem to tajila. I když jsem jim to pak řekla, snažila jsem se být ta silná, ta která to všechno zvládne. Měla jsem pocit, že ten strach toho okolí o mne, mě ještě více zatěžuje. Jako bych už neměla sílu držet sebe a ještě ty ostatní okolo sebe. Já jsem měla pořád pocit, že já je musím držet, že já je musím povzbuzovat. Snažila jsem se to zvládat sama. Myslela jsem, že to budu snášet lépe, přes den to šlo, ale v noci to nebylo dobré. Noci jsou nejhorší, když je člověk sám.

Paradoxně mi pomohl můj pobyt na onkologii v Brně u sv. Anny, kde jsem podstoupila radioterapii. V Plzni v té době měli rozbitý přístroj. Byla jsem tam 6 neděl. Bylo nás na pokoji 6, a tak jsme se vzájemně povzbuzovaly.

Kolem sebe jsem viděla mnohem mladší lidi, kteří tam docházeli na ozařování, tak jsem si řekla, že už jsem si něco odžila, vychovala jsem dvě děti, rodiče jsem v té době už neměla, a tak jsem se tak nějak se vším srovnala. Nechtěl by člověk umřít a odejít, ale kdybych se měla rozhodnout já nebo někdo mladý, tak je volba jistá.

Žena byla již v době diagnostikování nemoci rozvedená, takže nemoc z hlediska partnerského soužití pro ni nepředstavovala žádnou výraznou změnu. K dalším rodinným vztahům uvádí, že nemoc ji změnila vztahy spíše k lepšímu, upevnily se vztahy s dětmi. Dříve se obětovala zejména pro ně a teď se snaží pro změnu pomáhat oni jí. Nyní se z ní stal rovnocenný partner, s uvědoměním vlastní osobnosti. Umí pomoc dávat, ale i přijímat.

Jak se změnil u žen postoj k životu po prodělané nemoci?

„Před lety se o tom moc nemluvílo. Svým způsobem jsem se za to i styděla, že jsem nemocná. Myslím si, že teď je to jiné. Teď už mi nevádí se o tom bavit, dokonce už pár let dělám terapeutku v Mamma HELPu a vím, že je důležité o tom mluvit a nenechávat si to pro sebe.

Rodina vám samozřejmě pomůže, ale já jsem typ člověka, co je nechce zatěžovat, nechce si ztěžovat a v Mamma HELPu, jsem se konečně mohla svěřit a vyzpovídat ze všech těch bolístek.

Seznámila jsem se za tu dobu s dalšími ženami, které potkal stejný osud a stejná nemoc. Myslím si, že ten kdo tohle prodělal, má větší předpoklad porozumět. Je důležité, že jsem nebyla sama a že jsem potkala ženy, které už byly mnoho let po prodělané léčbě a byly v pořádku. To povzbudí víc než nejlepší prognózy doktorů.

Paradoxně se teď cítím mnohem svobodnější a daleko více nezávislá. Dříve jsem se pořád podřizovala ať již v práci, pořád bylo co zařizovat něco mít na starosti. Cítila jsem se pořád za něco zodpovědná, přišlo mi samozřejmě, být někomu neustále po ruce. To platilo i doma. Starala jsem se o děti, a svůj život podřizovala ostatním. „Díky“ rakovině jsem přehodnotila svůj postoj k životu. Člověka to zastaví, má čas přemýšlet, co bude dál. Už mi není hloupé říci, co si myslím, co chci a co nechci. Teď je pro mne důležité dělat to, co uspokojuje mne. Nemoc vám změní život a hodně, vím, že řeknu strašný klišé, ale teď si doopravdy vážím každého dne.

Pravidelně chodím s kamarádkou do divadla. Máme předplatné. I v době, když jsem se léčila, tak mě kamarádka vždycky povzbuzovala – koukej se pěkně obléknout, neseď doma, pojď ven, vždyť si normální jako dřív. A i když se mi nechtělo a měla jsem pocit, že nevypadám dobře, ona totiž léčba rakoviny moc krásy nepřidá, tak jsem šla. Teď s odstupem jsem jí za to vděčná, protože jinak bych byla zavřená se svou nemocí doma. Takže všem těm mým zálibám se mohu věnovat vlastně pořád. Již před onemocněním jsem měla pejska a o toho se starám pořád. Mám ráda přírodu, procházky, v tomhle se také necítím omezena. Starám se o vnoučata, ty mi dělají největší radost.

Žena je ve starobním důchodu, má čas na své koníčky a záliby. Ještě během léčby navštěvovala divadelní představení a chodila do společnosti. V současnosti se stará o vnoučata. Dle vlastních slov „si užívá každého dne“.

Jak sama uvádí, onemocnění změní život člověku hodně, ale postupem času a léčbou se člověk může vrátit k dřívějšímu způsobu života celkem bez výraznějších obtíží. Závisí spíše na něm, do jaké míry chce žít život, takový jako před onemocněním.

Jak ovlivnilo onemocnění profesní život ženy?

„Byla jsem doma rok, když jsem se mohla vrátit do práce nebo zažádat o invalidní důchod. A zrovna to bylo v době Vánoc, kdy jsem se šla podívat na vánoční trhy a uvědomila jsem si, že jsem vždycky vánoční trhy prolítla, protože jsem neměla čas a teď jsem se v klidu procházela, poslouchala koledy a v tu chvíli jsem si řekla, kašlu na peníze. V ten moment, když bych mohla sama sebe zabezpečit na stáří a nastoupit zpět do práce, jsem dala přednost, mít svatý klid. Nelituju toho, i když s penězi je to těžké, 1 rok na neschopnosti, pak v invalidním důchodu. Důchod a nikdy už to nebude jiný. Stejně toho nelituju, protože si myslím, že kdybych se bývala vrátila do práce, tak bych to asi nevydržela po psychické, ale ani po fyzické stránce. Je i fyzická únava, při té nemoci. Člověk si ani neuvědomí, jakému permanentnímu tlaku byl v práci vystaven. Doma jsem ale sedět nezůstala. Začala jsem dělat laickou terapeutku v Mamma HELPu. Pomoci druhým lidem je doopravdy to, co mne uspokojuje.

Žena se dříve hodně věnovala práci. Ta pro ni představovala velkou životní náplň a zabírala ji většinu času. Po roční pracovní neschopnosti si zažádala o invalidní důchod z obavy, že by práci fyzicky ani psychicky nevydržela. Svého rozhodnutí nelitovala. Našla si jiný způsob seberealizace. Pracuje jako laická terapeutka ve sdružení Mamma HELP.

Kdo nebo co Vám během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomohlo?

Protože jsem se dozvěděla diagnózu před Vánocemi, nechtěla jsem nikomu přidělovat starosti. Ta první návštěva mammografu, já jsem byla v té době žena hrdinka, která s přehledem všechno zvládá, včetně svých emocí a situací jakýchkoliv. A tady při té návštěvě, kdy jsem si vyslechla názor lékařky, že se jedná o zhoubný útvar a bude nutná operace, tak jsem vypadla úplně rozložená.

V té době psychologa nenabízeli, až potom v Brně, kde jsem byla na ozařování. Tam nás nahlásili k psychologovi, ale přišlo mi to naprosto k ničemu. Já už nevím, na co se tam tehdy ptali, to byl takový psycholog, namalujte strom, nevím, přišlo mi to naprosto nesmyslný. Nevím, co si od toho slibovali. Já si myslím, že pomoc psychologa by člověk potřeboval nejvíc v ten moment, kdy mu to řeknou. Ať jsou doktoři sebelepší a snaží se

to té ženě vysvětlit, tak v tu chvíli, kdy jí řeknou, máte tam nádor, tak už žena moc nevnímá, rozklepou se jí nohy a ani tam není čas či prostor pro nějaké city nebo povzbuzení.

Po operaci, ještě před ozařováním, jsem někde narazila na článeček REHAONKO. Byla to plzeňská organizace pro pacienty po všech onkologických onemocněních. A tak jsem tam zašla. Byly tam většinou takový babči a já zjistila, že jsou převážně po rakovině prsu už 10 i 20 let. Tak to mě povzbudilo a začala tam docházet. Když potom otevřeli Mamma HELP, tak jsem začala chodit tam. Našla jsem v tom smysl, chtěla jsem pomoc, aby se o tom onemocnění dozvědělo co nejvíce lidí. Sama jsem věděla, jak jsem se cítila a co jsem prožívala, uvědomila jsem si, že musím předat svoje zkušenosti s nemocí. Všem říkám, že je důležité nikdy to nevzdávat.

Ženě nejvíce pomohl kontakt s podobně postiženými ženami, který sama aktivně vyhledala. Jejich společnost na ni působila velmi příznivě, sama dokonce začala v organizaci Mamma HELP pracovat jako laická terapeutka.

Vyzaňuje z ní spokojenost, že dokáže pomoci ostatním ženám, které se potřebují svěřit se svými obavami, strachem a úzkostí. Je to typ osobnosti, která je schopná dodávat ostatním lidem naději.

Největším zdrojem psychické pohody jsou obě její děti. Je ráda, že každé má svou rodinu a jsou spokojené. Snaží se vzdělávat, zúčastňuje se akcí, které pořádá sdružení Mamma HELP, stará se o vnoučata, podniká s nimi výlety.

Žije aktivní život a svým příkladem dokazuje, že i po rakovině prsu lze žít nadále spokojeně.

15 DISKUZE

O problematice rakoviny prsu bylo napsáno bezpočet publikací. Řada žen napsala své příběhy o svém boji s rakovinou. Při čtení těchto příběhů, ale nemáte možnost vidět, jak se žena chovala a projevovala. Kvalitativní výzkum formou rozhovoru, který jsem si při zpracování empirické části této bakalářské práce vybrala, je jeden z nejtěžších. Je potřeba získat si důvěru člověka, kterého chcete zkoumat. Z jeho nonverbální komunikace musíte rozpoznat, zda můžete jít více do hloubky a dozvědět se osobnější věci, o kterých není schopen mluvit ani s nejbližšími rodinnými příslušníky.

Překvapilo mě, že nebylo těžké zkontaktovat ženy, které byly ochotné se se mnou podělit o své zkušenosti s nemocí, promluvit o tom, na co myslely, co v té době prožívaly, jak se cítily. Došla jsem k závěru, že žena, která je srovnána se svou nemocí, nemá problém o nemoci hovořit. Všechny ženy byly už delší dobu po léčbě a shodly, že by neposkytly otevřený rozhovor v období těsně po léčbě. Uvedly, že potřebovaly delší čas, než se se svou nemocí vyrovnaly. Nyní již nemají problém o svých pocitech hovořit.

První výzkumná otázka: Pocítila žena změnu v rodinných vztazích?

Jak uvádí Faller, nejbližší mohou pomoci, pokud dokážou překonat předsudky a jsou ochotni s partnerem jednat otevřeně, hovořit o svých pocitech, které provází onkologické onemocnění. Měli by však i respektovat, pokud nemocný partner nebude chtít o svých pocitech hovořit. Na to, aby nemocní rakovinou mohli tuto zátěž překonat, potřebují především čas. [21, s. 25] První žena s nejbližším partnerem o svých pocitech nehovoří, komunikace vážne i v jiných oblastech. Partner její problémy nepomáhá řešit a před jejich řešením uniká. Domnívám se, že to je špatné řešení, partneři by měli překonat ostych a o svých pocitech otevřeně hovořit. Toto však nebylo zvykem ani v období před onemocněním.

V druhém případě spolu partneři přes počáteční neúspěchy navázali důvěrný kontakt a nemají s komunikací problémy. Přetrvává však problém v sexuální oblasti. Problémy spatřuji v chybě komunikace mezi nimi, možná by pomohla návštěva sexuologa. Profesor Klener uvádí, že obnovení normálního sexuálního života je zpravidla možné, i když si někdy vyžádá delší čas a konzultaci se sexuologem. [26, s. 325] Problémy s komunikací a jakousi uzavřenost v této intimní oblasti, má ale i mnoho párů

neovlivněných tímto onemocněním. A je tedy otázkou, zda neschopnost komunikovat v této oblasti je důsledek onemocnění.

Tzipi Weissová Ph.D, hostující docentka na Long Island univerzity studuje na manželských párech, jak se karcinom prsu u ženy odrazilo na jejich vztahu. Zjistila, že lidé reagují na traumatickou událost třemi možnými způsoby. Buď muž a žena přestanou fungovat jako pár nebo se mohou vrátit na úroveň fungování vztahu před onemocněním. Třetí možností je posunutí vztahu na novou úroveň, kdy dojde ke zlepšení ve srovnání s původním způsobem života tzv. posttraumatický růst. [27, s. 279 – 280]

Respondentka C nežije v partnerském svazku již od doby před onemocněním, z tohoto důvodu neproběhla žádná výrazná změna.

Respondentka A i B prochází složitým dlouhodobým obdobím. V případě respondentky B již počáteční, zřejmě nejsložitější období, překonali a jsou schopni o svých pocitech a problémech bez potíží hovořit. Myslím si, že kvalita jejich vztahu se zlepšila, nebyli však schopni řešit problémy v sexuální oblasti.

V případě respondentky A partneři neřeší problémy komunikace mezi sebou. Od prodělané léčby však uplynulo méně času než v případě ženy B. Vzhledem k tomu, že chyba v komunikaci zde existovala již před onemocněním, domnívám se, že tento pár bude považovat za úspěch návrat k takovému vztahu, jaký byl před onemocněním.

Druhá výzkumná otázka: jak se změnil u žen po prodělané nemoci postoj k životu?

Jak uvádí Faller, *nemocní s rakovinou jsou konfrontováni s velkou zátěží. Zatímco zdraví lidé nemusí myslet na smrt, tak nemocní s rakovinou jsou donuceni se touto myšlenkou zabývat.* [21, s. 26]

Všechny respondentky uvádějí, že v přímé konfrontaci s onemocněním, jde všechno ostatní stranou a nejvíce řeší otázku smrti. Uvádějí, že v porovnání s touto skutečností, ostatní věci ztrácejí na důležitosti. Ženy tak zpočátku ztrácejí životní vitalitu, rezignují na své záliby a koníčky. Tím více rezignují i na normální životní či profesní „starosti“, které činí život životem (všechno je zbytečné, stejně umřu). Respondentka A se částečně nachází ještě v tomto období, respondentky B a C již toto období překonaly a dostaly se do fáze, kde si váží života a právě proto se ho snaží plně žít. Mají své koníčky, věnují se rodině, žijí aktivním životem, respondentka B uvádí, že žije dokonce aktivněji než před onemocněním.

Třetí výzkumná otázka: jak ovlivnilo onemocnění profesní život ženy?

Dle profesora Klenera návrat k původní profesi lze obecně považovat za velmi výhodný, a není-li ze zdravotních důvodů možný, pak nastoupit do zaměstnání náhradního. [26, s. 325]

Všechny respondentky konstatují, že po vyléčení je návrat zpět do zaměstnání možný, záleží na přání a životních preferencích jednotlivce. První žena pracuje v původní profesi, i když s obtížemi, doufá ve zlepšení. Druhá si našla jiné zaměstnání, ve kterém se cítí plně spokojena. Obě ženy tedy pracují, i když pro první je to zatím velmi náročné. Třetí respondentka požádala o invalidní důchod, ale realizuje se v pomoci pro druhé v centru Mamma HELP.

Domnívám se, že zaměstnání dává ženě zapomenout na onemocnění, přirozeně se začlenit do společnosti, najít si další přátele a záliby. Vždy by mělo ale platit, že zaměstnání by žena měla po zdravotní stránce zvládat a do zaměstnání by měla chodit ráda. Na případě respondentky B lze vidět, že změna zaměstnání na méně náročné, pokud ženu baví a naplňuje, není na škodu.

Čtvrtá výzkumná otázka: kdo nebo co Vám během nemoci mimo rodinu nejvíce psychicky pomáhalo?

Jak uvádí Abráhamová, je velmi důležité hovořit o sobě, svých problémech nejen s osobami blízkými, ale také s klientkami, které mají léčbu již za sebou. Dobrá psychická pohoda pomáhá výsledkům léčby. [7, s. 119 - 121]

Na všech respondentkách je vidět, že potřebují mít užší, intimnější kontakt s okolím. V případě ženy A dochází k částečnému selhání blízkých a kontakt s podobně postiženými ženami je pro ni velmi vhodný. Tento kontakt výrazně pomohl i respondentce C. Žena B pomoc těchto organizací nevyhledala, dle svých slov se v tom již nechtěla víc utápět, chtěla žít život jako před operací. Začala chodit do kolektivu žen v rámci programu STOB. Svým způsobem se také vlastně ocitla v kolektivu žen, se kterými se spřátelila, a které ji povzbuzovaly a dodávaly odvalu. Domnívám se, že informace o existenci a prospěšnosti organizací sdružující podobně postižené ženy, by pacientky měly dostávat co nejdříve. Zuzana Ševčíková Dis. však ve své bakalářské práci zjistila: *od sestry nebo lékaře dostalo informaci o existenci svépomocné skupiny pouze 4,2% respondentek. Potřeba psychosociální podpory onkologických pacientů je přitom všeobecně známá a míra poskytování informací by měla být ze strany zdravotníků vyšší.* [29]

Je vidět, že každá z žen zaujala jiný postoj ke svému životu. Domnívám se, že většina žen se svým onemocněním dokáže vyrovnat. Někdo dříve a někdo později. I žena, která prodělala rakovinu prsu, může mít kvalitní mezilidské vztahy, pokud žije v prostředí, kde ji lidé mají rádi a berou ji takovou, jaká je.

„Nádor prsu je sice život ohrožující nemoc, ale její úspěšné překonání může povzbudit pozitivní životní síly. Po prodělané léčbě dokáže většina žen žít zcela normální život. Jejich vztahy a psychická pohoda jsou nádorovým onemocněním dlouhodobě ovlivněny jen málo“. [28, s. 16]

16 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Při zpracování bakalářské práce jsem získala některé cenné zkušenosti a postřehy.

Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že se ženy víceméně dokázaly se svým onemocněním vyrovnat samy. Tato skutečnost závisí na osobnosti každé ženy. Při rozhovoru s ženami jsem zjistila, že nejhorší okamžik prožívaly při sdělení diagnózy. Ženy potvrdily, že při sdělení diagnózy byly na tuto skutečnost samy. Bylo pro ně velice těžké se s touto situací vyrovnat. V jednu chvíli se dozví, že mají karcinom prsu a zároveň dostávají informace, co je bude čekat za výkony v dohledné době. Myslím si, že je pro ženu těžké všechny informace najednou vstřebat. Přítomnost psychologa při sdělování diagnózy, který by pomohl ženě překonat prvotní šok, ale není zatím běžné. Proto by bylo vhodné doporučovat, aby byl vždy přítomen při sdělování diagnózy partner nebo kdokoliv blízký, ke kterému žena cítí důvěru. V tak nelehké situaci, ve které se žena ocitá, potřebuje podporu a neměla by být sama. Potřebuje člověka, o kterého se může „opřít“.

V případě, že žena nebude mít při sdělování diagnózy s sebou blízkého člověka, tak je odpovědnost na lékařském i nelékařském personálu poskytnout nutnou podporu. Je otázkou, zda by nebylo vhodné více prohlubovat a zdokonalovat komunikační dovednosti lékařů a sester přicházejícím do styku s onkologickými pacienty.

Dále by bylo velmi vhodné, aby žena dostávala kontakt na organizace, které sdružují ženy se stejným onemocněním. Zde bych viděla prostor pro výzkumné šetření věnující se informovanosti patientek ohledně svépomocných skupin. Pro některé ženy je důležité, aby si mohly promluvit s někým, kdo má zkušenost s tímto onemocněním, kdo překonal všechna úskalí léčby a zjistit, že i s tímto onemocněním se dá dál žít kvalitním životem řadu let.

Nemělo by se ale zapomínat na partnera či rodinu ženy, která má karcinom prsu. Žena se sama těžko vyzná ve svých pocitech, náladách, a ani partner nedokáže přesně rozpoznat její potřeby. Žena většinou nechce nikoho svými problémy zatěžovat, ostýchá se otevřeně říci, co potřebuje, jak se cítí a vzniká tak stav, kdy oba čekají na nějaký impuls, na konkrétnější sdělení svých pocitů a potřeb. Partner je většinou připraven pomoci, ale bohužel často neví jak. A žena naopak pomoc podvědomě očekává, ale není schopná si o ni říci. Bylo by dobré odbornou psychologickou pomoc nabízet nejen ženě samotné, ale i jejímu partnerovi či rodině.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u žen po operaci karcinomu prsu. Snaží se přiblížit a pochopit, jaký vliv mělo onemocnění na osobní a pracovní život zkoumaných žen.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na obecné informace, týkající se karcinomu prsu, příčinou vzniku nemoci, prevencí diagnostikou a léčbou onemocnění. Zabývá se i kvalitou života z obecného hlediska a prožívání nemoci. Praktická část měla za cíl zmapovat, jaký vliv mělo onemocnění na život zkoumaných žen. K zjištění byl použit polostandardizovaný rozhovor.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak onemocnění ovlivnilo u žen postoj k životu, jaký mělo vliv na profesní život a rodinné vztahy.

Kvalita života je definována jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace. Každý člověk prožívá stejné onemocnění odlišně a každý se s ním i rozdílně vyrovnává. Zkoumané ženy po prodělané léčbě udávají, že prodělaly životní změnu. Nejenom žena s rakovinou ale prožívá složité životní období. Nemoc se dotýká i jejího partnera, rodiny a přátel. Bojí se o ni, chtějí by jí pomoci převzít část jejího utrpení. Partneři často nevědí, jak vyjádřit svou lásku, cit a podporu.

Reakce na onemocnění a vyrovnání se s bolestí, strachem a životní nedotknutelností záleží na mnoha faktorech, mezi které patří osobnostní vlastnosti, životní zkušenosti, rodinné zázemí a mnoha dalších.

Po prodělané léčbě a případné ztrátě prsu není nutné rezignovat a uzavřít se před světem, ale je důležité aktivně bojovat s nemocí a zachovat si optimistický přístup k životu. Ženy, které se umí radovat se života a dokážou odolávat stresu, mají i větší šanci na celkové uzdravení.

Velmi záleží na stádiu, ve kterém je nemoc diagnostikována a samozřejmě velice záleží na odhodlání ženy vyrovnat se s nastalou situací. I když může znít diagnóza „rakovina prsu“ krutě a beznadějně, mnoho žen dokáže s tímto onemocněním úspěšně bojovat.

LITERATURA A PRAMENY

1. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
2. DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2013-12-07]. Dostupný z: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
3. COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 414 s. ISBN 978-802-4736-419.
4. CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 614 s. ISBN 978-802-4726-656.
5. GLOBOCAN 2008. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. *CANCERmondial* [online]. Lyon: IARC, 2010 [cit. 2013-12-07]. Dostupné z: <http://www-dep.iarc.fr/CancerMondial.htm>
6. ŽALOUDÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině: aneb prevence zhoubných nádoru pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2307-5.
7. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 143 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4730-639.
8. PRAUSOVÁ, Jana. *Karcinom prsu – problém i v 21. století. Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2010, č. 1 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2010/01/05.pdf>
9. *Biologická léčba - rakovina prsu. OPS Nejsi na to sama* [online]. [cit. 2013-10-26]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/prsa-a-rakovina/lecba/biologicka-lecba/>
10. MASARYKOVA UNIVERZITA, Institut biostatistiky a analýz. *MAMO.CZ: Program mamografického screeningu* [online]. Brno, 2011, 3.5.2011 [cit. 2013-11-07]. ISSN 1804-0861. Dostupné z: <http://www.mamo.cz>
11. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného zachytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 227 s., grafy, tab., obr. ISBN 80-247-0499-4.
12. BECKER, Horst D. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Překlad Miloslav Duda. Praha: Grada, 2005, xxv, 852 s. ISBN 80-247-0720-9
13. DRAŽAN, Luboš a Jan MĚŠŤÁK. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 166 s. ISBN 80-247-1123-0.
14. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů. Česká verze* 6. vyd. Editor L Sobin, Christian Wittekind. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2004, 196 s. ISBN 80-728-0391-3.

15. ČOUPEK, Petr a Ludmila HYNKOVÁ. *Základy radioterapie*. COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 313–327. ISBN 9788024736419.
16. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.
17. PETRÁKOVÁ, Katarína. *Systémová léčba karcinomu plic*. COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024736419.
18. Juřeníková, *Základy edukace* ISBN 978-802-4721-712
19. *Mamma HELP* [online]. Praha, 2012 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://www.mammahelp.cz/>
20. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Překlad Lucie Simonová. Praha: Portál, 2004, 215 s. ISBN 80-717-8826-0.
21. FALLER, Von Hermann. *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Vlg.f. Angew. Psych. ISBN 978-380-1708-283.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
23. HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 8072546570.
24. SLÁMA, Ondřej. *Kvalita života onkologicky nemocných*. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 8072546570.
25. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
26. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xxxvii, 686 s. ISBN 80-246-0468-X.
27. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP, Volker TSCHUSCHKE a Josef BEUTH. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-807-3677-817.
28. BÜCHLER, Tomáš a Martin KOŘÁN. *Karcinom prsu: Průvodce pro pacienty – diagnóza a léčba*. 2009, 34 s.
29. ŠEVČÍKOVÁ, Zuzana. *VÝZNAM SVĚPOMOCNÝCH SOCIÁLNÍCH SKUPIN PŘI LÉČBĚ KARCINOMU PRSU*. Brno, 2011. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/326274/lf_b/BP_Sevcikova_FINAL.pdf Bakalářská práce. Univerzita Masarykova. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

SEZNAM ZKRATEK

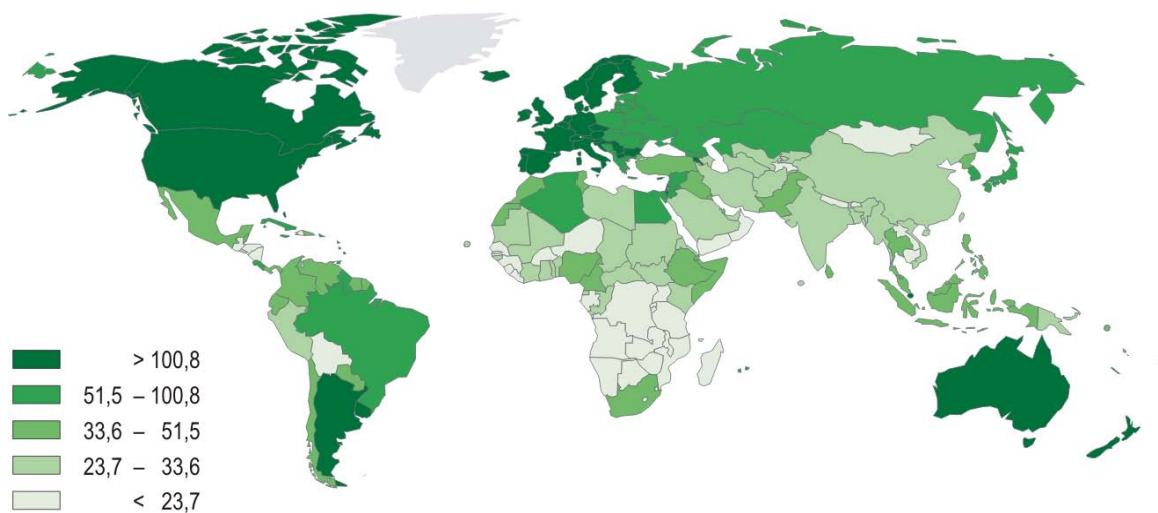
BRCA1, BRCA2	onkosupresorové geny, jejichž mutace může být zdrojem familiárního výskytu některých nádorů
CT	počítačová tomografie (Computed Tomography)
CCB	biopsie pomocí CORE CUT jehly
FNB	tenkojehlová biopsie pomocí FINE NEEDLE jehly
SVAB	stereotaktická vakuová biopsie
UVAB	ultrazvuková vakuová biopsie
TNM	klasifikace zhoubných novotvarů
SNB	biopsie sentinelové uzliny (Sentinel Node Biopsy)
LTV	léčebná tělesná výchova
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
PS	index celkové funkční zdatnosti (performance status) dle Karnofského
RTG	rentgenologické vyšetření
EKG	elektrokardiografické vyšetření
STOB	stop obezity - kurz snižování nadváhy

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 mapka výskytu rakoviny prsu ve světě
- Příloha 2 Evropský kodex proti rakovině
- Příloha 3 seznam organizací pomáhající ženám s karcinomem prsu v Plzeňském kraji
- Příloha 4 okruh otázek k rozhovorům

Příloha 1 - mapka výskytu rakoviny prsu ve světě

Roční prevalence onemocnění karcinomu prsu na 100.000 žen ve světě



Zdroj: GLOBOCAN 2012 (IARC)

Příloha 2 - Evropský kodex proti rakovině

Doporučení, která jsou obsahem Evropského kodexu proti rakovině, mají za cíl snížit výskyt rakoviny a vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Každý jedinec má svobodnou vůli změnit svůj životní styl, čímž si může snížit riziko vzniku rakoviny.

EVROPSKÝ KODEX PROTI RAKOVINĚ (3. verze)

Celkový zdravotní stav lze zlepšit a předejít některým onemocněním na rakovinu lze zabránit, když si osvojíme zdravější životní styl.

1. Nekuřte! Pokud kouříte, přestaňte. Pokud nemůžete přestat, nekuřte v přítomnosti nekuřáků
2. Vyvarujte se obezity.
3. Denně vykonávejte nějakou fyzicky náročnou činnost.
4. Jezte denně více různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň v pěti porcích. Omezte příjem potravin obsahujících živočišné tuky.
5. Jestliže pijete alkoholické nápoje, ať již pivo, víno nebo destiláty, snižte spotřebu na dva nápoje denně, jste-li muž, a na jeden, jste-li žena.
6. Nevystavujte se nadměrnému slunečnímu záření. Zvláště důležité je chránit děti a mladistvé. Ti, kdo mají sklon rychle se spálit, musí se preventivně chránit během celého života.
7. Dodržujte přesně pravidla ochrany před známými rakovinotvornými látkami. Dodržujte všechny zdravotní a bezpečnostní předpisy při styku s látkami, které mohou způsobit rakovinu. Dodržujte směrnice Státního ústavu radiační ochrany a příslušné hygienické normy.

Existují programy veřejného zdravotnictví s preventivním zaměřením s cílem zabránit vzniku rakoviny nebo zvýšit pravděpodobnost jejího vyléčení.

8. Ženy od 25 let by se měly zúčastnit skríníngu děložního hrdla v rámci programů se zajištěnou kontrolou kvality, která je v souladu s Evropskými doporučeními pro hodnocení kvality skríníngu děložního hrdla.
9. Ženy od 50 let by se měly zúčastnit mamárního skríníngu v rámci programů se zajištěnou kontrolou kvality, která je v souladu s Evropskými doporučeními pro hodnocení kvality mamárního skríníngu.
10. Ženy a muži nad 50 let by se měli zapojit do skríníngu tlustého střeva a konečníku v programech se zajištěnou kontrolou kvality.
11. Zúčastněte se očkovacích programů proti infekci způsobené virem hepatitidy B.

Příloha 3 - seznam organizací pomáhající ženám s karcinomem prsu v Plzeňském kraji

- Plzeň MAMMA HELP centrum Plzeň
odborná garance: MUDr. Tomáš Svoboda, odd. radiologie a onkologie
FN Plzeň
koordinátorka: Marcela Špánková
Žlutická 1694/2 (v objektu bývalé MŠ), sídliště Košutka, 323 00 Plzeň
tel: 377 917 395, 739 632 886
e-mail: plzen@mammahelp.cz
- Plzeň SPCCH v ČR, ZO REHA ONKO
Koperníkova 15, 301 00 Plzeň
kontaktní osoba: Jana Pechlátová
tel.: 605 949 163
e-mail: pechlatovaj@seznam.cz
- Rokycany ONKO Rokycany
předseda: Anna Šímová, Zeyerova 347/II, 337 01 Rokycany
tel: 371 723 419, mobil 607 772 241
e-mail: onko.rokycany@seznam.cz
Jednatel: MUDr. Libuše Fořtová
tel: 731 457 059

Příloha 4 - okruh otázek k rozhovorům

Otázky při rozhovoru

Informace o nemoci

1. Kdy Vám byl diagnostikován nádor prsu?
2. Vzpomínáte si, jaká byla Vaše první reakce, když jste se dozvěděla diagnózu?
3. Zjišťovala jste si informace o nemoci i jinde než od lékaře?
4. Z čeho jste měla největší obavy v době léčby?
5. Máte po léčbě nějaké trvalé následky?
6. Byla Vám nabídnuta psychologická pomoc?

Vliv onemocnění na rodinné vztahy

7. Myslíte si, že Vaše onemocnění mělo vliv na Váš partnerský vztah?
8. Myslíte si, že Vaše onemocnění mělo vliv na Váš rodinný život?
9. Kdo byl v průběhu léčby pro Vás největší oporou?

Postoj k životu

10. Můžete se i nadále věnovat svým zálibám?
11. Změnila jste nějak výrazně svůj životní styl?
12. Pocítila jste problém s návratem do „normálního“ společenského života?
13. Vneslo Vám onemocnění do života i něco pozitivního nejen negativního?
14. Změnilo onemocnění žebříček Vašich životních hodnot?

Vliv onemocnění na profesní život

15. Jaký vliv mělo onemocnění na Vaši pracovní kariéru?
16. Mohla jste se vrátit zpět na své pracovní místo?
17. Byl Vám nabídnut zkrácený úvazek?

Důležitost kontaktu s podobně postiženými ženami

18. Cítila jste se při sdělení diagnózy osamocena?
19. Uvítala jste pomoc psychologa?
20. Pomohl Vám kontakt s podobně postiženými ženami?