



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem prsu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÁ SESTRA**

Autor: Šárka Mojžíšová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem prsu“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2017

.....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Aleně Polanové za její čas při poskytování cenných rad, trpělivost a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Tato spolupráce pro mě byla velmi přínosná.

Dále chci poděkovat všem pacientkám, které poskytly rozhovor k této práci a pomohli mi uskutečnit výzkumné šetření.

Abstrakt

Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem prsu

Karcinom prsu patří k nejčastějším nádorovým onemocněním žen a hlavní příčinou úmrtí u nás. Ve většině případů postihuje ženy v produktivním věku. Ročně onemocní v České republice až šest tisíc žen touto zákeřnou nemocí. Nejčastější metodou včasného zachytu karcinomu je samovyšetření prsu, mamografické vyšetření prsu a preventivní prohlídky u gynekologa.

Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou znalosti žen o karcinomu prsu, dále zjistit, jaké dostaly informace při propuštění do domácí péče a zjistit, jak se jim změnil život po operaci prsu.

K cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Jaké měly ženy znalosti před onemocněním o karcinomu prsu? V jakých oblastech sestry informují ženy při propuštění do domácí péče? Co ženám toto onemocnění dalo a vzalo? Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru s pacientkami, které prodělaly karcinom prsu.

Z výsledků výzkumu se ukázalo, že znalosti žen o karcinomu prsu před onemocněním jsou minimální, přesto každá z pacientek o onemocnění věděla, že existuje a je nebezpečné. Ale většina žen se přiznala, že se o toto onemocnění více nezajímala a nepřipouštěla si, že by mohli onemocnět. Dále bylo zjištěno, že informace při propuštění do domácí péče jsou velmi různorodé a ve většině případech pacientky neobdrželi všechny podstatné informace, co by měly. Dále bylo zjištěno, že po operaci prsu zaznamenaly změny ve svém životě všechny pacientky, převážně ve stravování a zvýšené únavě na čemž se shodli téměř všechny.

Výstupem bakalářské práce je návrh na přednášku (Příloha 4) zaměřený na důležitost samovyšetření prsou a správnou techniku, který by mohl být nabídnut podpůrným skupinám.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče; žena; karcinom prsu; informovanost; samovyšetření prsu

Abstract

Nursing care of woman with breast cancer

Breast cancer is one of the most common tumor diseases in women, and the main cause of death in our country. In most cases, it affects women in productive age. Up to six thousand women die from this insidious disease. The most common method of an early carcinoma detection is breast self-examination, mammographic examination and preventive gynaecologist examinations.

The aim of this thesis was to find out what knowledge women have about breast cancer, and to find out how informed they were when released for home care, and to find out how their lives changed after breast surgery.

Four research questions were determined to accompany the aims. What knowledge about breast cancer did the women have before the disease? In what areas do nurses inform the women when releasing them for home care? What did the disease give the women and what did it take from them?

Processing the bachelor thesis used a qualitative research and data collecting was done via a semi-structured interview with patients who had gone through breast cancer.

The research results have proven that the women's knowledge about breast cancer before the disease is minimal, nevertheless, every patient did know the disease existed and it was dangerous. But most women admitted they were not deeply interested in this disease, nor did they admit they could become ill. Further on, it was found out that information given during home-care release is various and in most cases the patients did not receive all significant information they should have received. Further on, the research found out that after the surgery, all patients did notice significant changes in their lives, especially in diet and greater fatigue, on which almost all agreed.

The outcome of the bachelor thesis is a lecture suggestion (Appendix No.4.) focused on the importance of breast self-examination and the correct technique, which might be offered to support groups.

Keywords

Nursing care; woman; breast cancer; awareness; breast self-examination

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Anatomie a fyziologie prsu.....	9
1.2 Typy nádorů prsu.....	10
1.2.1 Benigní nádory prsou.....	11
1.2.2 Maligní nádory prsou.....	11
1.2.3 Příznaky maligních nádorů prsu.....	13
1.3 Rizikové faktory vzniku maligních nádorů prsu.....	13
1.4 Diagnostika maligních nádorů prsu.....	15
1.4.1 Samovyšetření prsou.....	16
1.4.2 Technika samovyšetřování prsou.....	16
1.4.3 Mamografie.....	17
1.4.4 Ultrasonografie.....	18
1.4.5 Magnetická rezonance (MR).....	18
1.4.6 Duktografie.....	19
1.4.7 Bioptické vyšetření.....	19
1.5 Možnosti léčby maligních nádorů.....	19
1.5.1 Chirurgická léčba maligních nádorů.....	20
1.5.2 Radioterapie maligních nádorů.....	20
1.5.3 Chemoterapie maligních nádorů.....	21
1.5.4 Hormonální léčba maligních nádorů.....	21
1.5.5 Biologická léčba maligních nádorů.....	22
1.5.6 Klasifikace nádorů.....	22
1.6 Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem prsu.....	23
1.6.1 Pooperační péče o ženu s karcinomem prsu.....	24
1.6.2 Psychická péče o ženu s karcinomem prsu.....	25

1.6.3 Rehabilitační péče o ženu s karcinomem prsu	25
1.6.4 Propuštění do domácí péče	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
2.3 Operacionalizace pojmů	28
3 Metodika	29
3.1 Použitá metoda.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky	32
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů.....	32
4.1.1 Kategorizační skupiny	32
5. Diskuse.....	43
6 Závěr	51
7 Seznam literatury	53
8 Přílohy.....	57

Úvod

Rakovina je pohroma lidstva a strašák dnešní doby, který na nás utočí ze všech stran. Už možná představa rakoviny vyvolává v našich myslích strach a paniku, proti níž jsme bezmocní. Hlavní je obava ze smrti a bolest, kterou většina postižených zažívá v průběhu léčby.

Ženský prs je již od pradávna vnímán jako symbol ženskosti, plodnosti a hojnosti. V neposlední řadě se prsa přisuzují ke kráse ženy. Proto jakékoliv odchylky ve tvaru prsou či ztráta poprsí je velmi bolestivě vnímána než u jiných vad nebo onemocnění. Motivem k této bakalářské práci mi byla praxe na chirurgickém oddělení, kde jsem se poprvé setkala s pacientkami, které s touto zákeřnou nemocí bojují. Viděla jsem zde poprvé ženy po mastektomii a uvědomila jsem si závažnost tohoto tématu a na druhou stranu i strach, „co když mě to také potká“. Rakovina prsu se týká každé z nás a neměli bychom ji podceňovat. Zde platí pravidlo, čím dříve je nádor objeven, tím větší je šance na uzdravení.

V bakalářské práci chci upozornit na důležitost a časté podceňování samovyšetření prsu, které bývá mnohdy prvotním impulzem k návštěvě lékaře. Cílem práce bude zjišťováno, jaké mají ženy znalosti o karcinomu prsu, zda jsou dostatečně informovány zdravotnickým personálem, zejména po propuštění do domácí péče a hlavně, jak jim karcinom prsu celkově změnil život.

1. Současný stav

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Ročně je v celém světě zjištěno více než 600 000 nových případů této nemoci, což je přibližně 20 % všech nádorů žen. U nás je karcinom prsu rovněž nejčastějším onemocněním u žen a za posledních 20 let se počty zdvojnásobily a neustále narůstají. Ročně zaznamenáváme kolem 6000 nových případů zhoubných nádorů prsu. Incidence karcinomu prsu se zvyšuje s přibývajícím věkem. Nejprudší vzestup je po 50. roce věku a před 20. rokem je výskyt karcinomu prsu vzácný (Abrahámová et al., 2009).

Je povzbuzující, že zásluhou preventivního mamografického vyšetřování a zejména vlivem organizovaného mamárního screeningu roste podíl časných a plně vyléčitelných stádií nádoru prsu. Proto také začíná poněkud klesat úmrtnost, a to i při stálém nárůstu počtu nových případů. Ukazuje se, že programy časného zachytu nádorů mají v praxi velkou hodnotu (Žaloudík, 2008).

Karcinom prsu je nádor hormonálně dependentní a kancerogenní účinky se přisuzují především estrogenům. Po navázání estrogeneru na estrogení receptory je indukována zvýšená exprese některých růstových faktorů a pravděpodobně i onkogenů, jejichž produkty ovlivňují proliferační aktivitu buněk. Další rizikový faktor, který je třeba zmínit je obezita u žen, zvýšený příjem tuků a nedostatek fyzické aktivity, který pravděpodobně tukové tkáni přeměňují androgeny na estrogeny. V neposlední řadě sem patří dědičné genetické abnormality, které se uplatňují asi v 10-15% karcinomů prsu. Jsou podmíněny mutací genů BRCA-1 nebo BRCA-2, dědí se autozomálně dominantně a riziko z přenašeček mutovaného genu je velice vysoké (Šlampa et al., 2007).

1.1 Anatomie a fyziologie prsu

Prs je párový orgán uložen mezi 3-6 mezižebřím v horizontální rovině od kraje hrudní kosti do střední čáry podpaží. Kůže prsu je jemná, kde na vrcholu prsu je pigmentovaný dvorec s vývody drobných potních a mazových žláz a v jeho středu je bradavka na jejímž vrcholu ústí mlékovody. Dále je v prsu hladká svalovina, která reaguje na dotykové dráždění smrštěním dvorce a zdvižením bradavky (Měšťák, 2007).

Prsa jsou tvořeny mléčnou žlázou a tukovým polštářem. Mléčná žláza je největší kožní žlázou, která se skládá z 15–20 laloků, ty se skládají z menších lalůčků, které produkují mléko. Vývody lalůčků se spojují do společných mlékovodů, které ústí na prsní bradavce několika drobnými otvory (Slezáková et al., 2007).

Žláza je obklopena tukem, který se s výjimkou prsního dvorce výrazně podílí na velikosti prsou. V tukovém obalu je žláza proti kůži i proti spodině lehce pohyblivá. Fixace ke spodině nebo ke kůži, což se může jevit jako lehké vtažení kůže patrné zejména při změně polohy, např. při předklonu, je známkou patologického nálezu stejně tak jako jakákoliv sekrece z bradavky mimo laktaci (Fiala et al., 2009).

Prsa procházejí v průběhu života každé ženy změnami závislými na produkci hormonů. Ženám se mění tvar, velikost a hmotnost prsou. Nejvýznamnější změny se objevují v období puberty, těhotenství, šestinedělí, kojení, v přechodu a při hormonální léčbě. Prsa jsou tvořeny mléčnou žlázou a tukovým polštářem (Slezáková et al., 2007). Ke konci těhotenství a v prvních dnech po porodu mléčná žláza produkuje mlezivo a kolostrum, které je vystřídáno mateřským mlékem v období laktace. Prsní žláza má bohaté krevní a lymfatické zásobení. Pro názornost prs dělíme na čtyři kvadranty – horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní a dolní vnitřní (Fiala et al., 2009).

1.2 Typy nádorů prsu

Nádory prsu vznikají v anatomických strukturách, které se podílí na stavbě prsu, tzn. v mléčné žláze, tukové nebo vazivové tkáni. Nádory dělíme podle jejich biologické povahy na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Některé typy benigních nádorů jsou pro svou nejistou povahu označovány za prekancerózy (stav předcházející zhoubnému nádoru). Maligní nádor vyrůstá z epitelových buněk mlékovodů (duktů), který nazýváme duktální karcinom anebo z epitelových buněk mléčných lalůčků (lobulů), který se nazývá lobární karcinom. Hlavním znakem maligních nádorů je jejich nekontrolovaný růst oproti benigním nádorům, které nepředstavují takové riziko pro pacientku. To neznamena, že by jim neměla být věnována taková pozornost a nesmíme zapomínat, že s narůstajícím věkem roste výskyt benigních a maligních nádorů (Petráková et al., 2009). Věkové rozložení pacientek ukazuje, že největší incidence karcinomu prsu je mezi 50 a 70 rokem života (Jandorová et al., 2008).

1.2.1 Benigní nádory prsou

Nezhoubný nádor neboli benigní nádor, roste pouze v místě vzniku a nemá schopnost zakládat nové nádory v dalších orgánech těla, které nazýváme metastáze. Nezhoubné nádory jsou většinou způsobeny cystami, fibroadenomy a mastitidy. Způsobují zvětšení prsu, bolestivost nebo otok prsu. Někdy se může objevit výtok čiré nebo zkalené tekutiny z bradavky (Petráková et al., 2010).

Cysty jsou nejčastějším benigním nádorem prsu, charakterizovány tekutým obsahem a elastickou stěnou. Jsou to hladké, hmatné a pohyblivé bulky. Dorůstají od několika milimetrů až po centimetry. Obvykle nevyžadují chirurgickou léčbu v případě, že nenarušují komfort pacientky (Hladíková et al., 2009).

Fibroadenom je smíšený benigní nádor složený z fibrózní a žlázové tkáně, který může mít různou velikost. Je to po cystě nejčastějším benigním onemocněním mladších žen. Často se vyskytuje mezi 25-40 rokem, ale i v premenopauze. Obvykle se neoperují, pokud pacientce nezpůsobují bolest (Hladíková et al., 2009).

Mastitida je zánětlivé onemocnění prsu, které nejčastěji postihuje ženy v laktaci. Zánět se šíří krví nebo mlékovody do lymfatických cest. Klinický obraz prsu bývá zarudlý, bolestivý, zbytnělý se zvýšenou teplotou. Zánět může vést k tvorbě zánětlivých ohraničených ložisek (abscesů). Léčba je antibiotická anebo lokální v podávání obkladů nebo mastí (Hladíková et al., 2009).

1.2.2 Maligní nádory prsou

Zhoubný nádor neboli maligní nádor je způsoben v důsledku řady změn v některých buňkách těla, které se začnou chovat abnormálně a nekontrolovatelně se množí na úkor zdravé tkáně, kterou ničí. Buňky zhoubného nádoru se mohou oddělovat a putovat krví nebo mizou do ostatních orgánů těla, kde se dále mohou množit a tvořit tak vzdálené metastázy (Petráková et al., 2010). Zhoubné buňky, které pronikají mizní cestou do lymfatických uzlin, pokud tedy nejsou zničeny obrannými silami organismu, se zde usazují a tvoří dceřiná ložiska tzv. lymfatické metastázy (Abrahámová et al., 2009).

Zhoubný nádor začíná nahromaděním nádorových buněk v prsu. Život ženy neohrožuje primární nádor prsu, ale metastáze, které svým růstem mohou vyřadit některý životně

důležitý orgán z činnosti např. játra, plíce, mozek... Rozlišuje několik druhů zhoubných nádorů prsu (Petráková et al., 2010).

Duktální karcinom je nejčastějším karcinomem prsu, který vzniká v buňkách mlékovodů a tvoří asi 70-80 % všech karcinomů. Nejčastěji metastazuje do plic, jater, kostí a mozku. Tento nádor se dá zprvu nahmátnout jako malá bulka v prsu (Petráková et al., 2009).

Lobulární karcinom vychází z buněk mléčných lalůčků a tvoří asi 10-14 % invazivních karcinomů. Přednostně metastazuje do gastrointestinálního traktu, retroperitonea, ovaríí a dělohy. Jedná se o nejčastěji přehlédnutý typ karcinomu a jeho nalezení je obtížnější než u duktálního karcinomu, protože tvoří méně tuhá a ohraničená ložiska (Trnková, 2011).

Modulární karcinom tvoří asi 5-10 % všech karcinomů. Jedná se o nádor rostoucí expanzivně, který bývá často dobře ohraničen. Postihuje především mladší ženy do 35 let věku a má relativně dobrou prognózu (Šlampa et al., 2007).

Mucinózní karcinom tvoří asi 2-6 % invazivních karcinomů. Vyskytuje se u žen po postmenopauze s dobrou prognózou. Nádor bývá oválný, dobře ohraničený od okolní tkáně a jeho růst je pomalý (Trnková, 2011).

Tubulární karcinom se vyskytuje u 6-8 % žen s pozitivní rodinnou anamnézou až ve 4 %. Objevuje se u všech věkových kategorií a má lepší prognózu (Trnková, 2011).

Pagetův karcinom postihuje asi 1 % všech karcinomů, jedná se o podtyp duktálního karcinomu, který napadá zejména prsní bradavku. Jedná se o vzácnější formu nádoru. *Inflamatorní karcinom* neboli zánětlivý karcinom patří k nej malignějším typům nádoru prsu, který tvoří asi 3 % všech karcinomů a postihuje především postmenopauzální ženy. Typickým projevem je červená, infiltrovaná kůže s lymfedémem. Nádor se rychle šíří a vzdáleně metastazuje. Prognóza je zde velmi špatná (Šlampa et al., 2007).

Dle Pachrové a Fišarové (2012) bývá nejčastěji karcinomem postižen horní zevní kvadrant (47 %), dále horní vnitřní kvadrant (14 %), dolní zevní kvadrant (7 %) a dolní vnitřní kvadrant (2 %).

1.2.3 Příznaky maligních nádorů prsu

Vzhledem k tomu, že téma bakalářské práce se týká maligních nádorů, v následující části, se bude již zabývat pouze maligními nádory.

Ke stále narůstající úrovni mamárního screeningu je velký podíl diagnostikovaných karcinomů, bez klinických příznaků. Nejčastější známkou bývá hmatná rezistence v prsu, které vede ženu k návštěvě lékaře. Až nádor větších rozměrů se může projevit jako hmatná bulka, která je obvykle nebolestivá, později se může projevovat zvětšením podpažních lymfatických uzlin (Pachrová, 2012). Bolest je velmi častý, ale ne tak specifický příznak, protože ve většině případů není zezáčátku způsobena karcinomem prsu. Každopádně bolest prsou je prvotním impulsem k vyšetření pacientky a sledování prsou. Povrchově umístěné nádory mohou být i při malé velikosti viditelné jako vyklenutí, s narůstající velikostí nádoru může docházet k asymetrii a změně velikosti prsou (Coufal et al., 2011). Někdy na přítomnost nádoru může upozornit zvýraznění žilní pleteně či oploštění bradavky nebo její vpáčení (Hladíková et al., 2009). Někdy jsou na pokožce prsou viditelné změny podobné zánětu, zarudnutí pokožky či narušení celistvosti kůže, vtažení kůže a někdy může být spojená se zvýšením kožní teploty (Buchler, Kořán, 2009). Zpravidla již o pozdní příznak se jedná při zvětšené a tuhé axilární mízní uzlině. U zanedbaných lokálně pokročilých karcinomů můžeme pozorovat exulcerace, krvácení a sekreci z prsou a v neposlední řadě zápach prsou (Coufal et al., 2011). Pokud se nádor zvětší nebo metastázuje do jiných orgánů, mohou se objevit celkové stavy slabosti, dušnost při námaze, nechutenství a úbytek hmotnosti. Důsledkem metastáz může docházet i ke zlomeninám kostí (Buchler, Kořán, 2009).

1.3 Rizikové faktory vzniku maligních nádorů prsu

Mezi rizikové faktory vzniku rakoviny prsu můžeme zařadit určité údaje ze života ženy, které představují různorodou skupinu parametrů, které snižují nebo zvyšují pravděpodobnost tohoto onemocnění. Přesná příčina vzniku karcinomu prsu není zcela jasná, ale existují určité rizikové faktory, které souvisí s tímto onemocněním (Slezáková et al., 2007).

Věk patří k významným rizikovým faktorům pro vznik rakoviny prsu. Incidence karcinomu prsu výrazně narůstá po 40. roku života a nejvyšší incidence je kolem 65.

roku věku. Pravděpodobnost vzniku rakoviny prsu s věkem narůstá. Dalším významným nebezpečným faktorem je karcinom prsu v *rodinné anamnéze*, kde se na podkladě rizikové rodinné anamnézy posuzuje výskyt nádorového onemocnění nejméně po 3 generace (Pachrová, 2012). Možnost vzniku karcinomu prsu je dvakrát vyšší u žen s výskytem onemocnění v první příbuzenské linii, kam patří matka, dcera, sestra (Slezáková et al., 2007).

Velkou roli zde hraje *věk prvního těhotenství*, kde ženy prvorodičky po 35. roce mají až třikrát větší riziko karcinomu prsu než prvorodičky, které rodily před 20. rokem života. A ženy, které nerodily vůbec, mají obecně vysoké riziko vzniku karcinomu prsu. Dlouhodobé *kojení* trvající déle než jeden rok, má protektivní účinek a snižuje vznik karcinomu prsu (Pachrová, 2012). Pozoruje se, že u žen s vyšším počtem porodů dochází ke snížení vytvoření onemocnění v důsledku kratšího životního období pod vlivem estrogenů (Abrahámová et al., 2009).

Bylo prokázáno, že ženy u kterých, proběhla *menopauza* po 55. roce věku mají dvojnásobně vyšší šanci vzniku nádoru prsu než ženy, které mají menopauzu před 45. rokem věku, kde se riziko snižuje až o polovinu. Dalším potvrzeným rizikovým faktorem, který ovlivňuje vznik nádoru prsu je časný nástup *menarché* před 12. rokem života (Roztočil et al., 2011).

Velké riziko pro vznik karcinomu prsu představuje pro ženy, které byly v dětském či dívčím věku pod vlivem *ionizujícího záření*. Ozáření mléčné žlázy především v období jejího vývoje má zvýšené nebezpečí pro vznik karcinomu prsu projevující se v pozdějším věku (Vorlíček et al., 2012).

Značné procento nádorových onemocnění souvisí s *výživou a životosprávou*. Může za oslabení našeho imunitního systému v důsledku špatné životosprávy podpořit vznik nádoru a některé potraviny mohou obsahovat látky s rakovinotvornými nebo naopak protirakovinnými účinky. Například nadměrná konzumace červeného masa (nejvíce hovězího) pravděpodobně vznik zhoubného bujení podporuje. Riziko se zvyšuje v případě, jeli maso připálené, grilované, smažené a uzené. Během uzení masa vznikají karcinogenní nitrosaminy. Značnou ochranu před zhoubnými nádory představuje vláknina v různých formách (Muller, 2011). Lze říci, že strava bohatá na vlákninu, ovoce, zeleninu a celkové stravovací návyky jsou spojovány s nižším rizikem vzniku karcinomu prsu.

Dalším faktorem, který se podílí na vzniku rakoviny prsu je *hormonální antikoncepce*, která se v dnešní době těší velké oblibě hlavně u mladé generace. Statistická čísla z dosud provedených studií hovoří o lehce zvýšeném riziku vzniku rakoviny prsu. Ukazuje se, že toto riziko po vysazení antikoncepce klesá a deset let po skončení užívání se sníží na hladinu před začátkem užívání. Zjistilo se, že pro ženy po 40 roce věku toto riziko výrazně stoupá při užívání hormonální antikoncepce, proto se ženám nad 40 let nedoporučuje užívat hormonální antikoncepci. Na druhou stranu však studie ukazují, že užíváním hormonální antikoncepce klesá možnost vzniku rakoviny vaječníků a děložní sliznice (Meditorial, 2016).

Zajímavou otázkou je používání *antiperspirantů* a jejich vztah k rakovině prsu. K potvrzení této zprávy vznikla řada studií, které docházejí k různým až protichůdným závěrům. Antiperspiranty se v posledních letech staly nedílnou součástí hygieny každé z nás a málokdo si dovede představit život bez nich. O negativních vlivech antiperspirantů na zdraví se spekuluje hlavně o působení aluminia a zirkonia, které ovlivňují tvorbu potu, ale nemají žádný přínos pro živé buňky. Ke snížení zdravotních komplikací přispívá např. množství a frekvence jeho používání a hlavně složení antiperspirantu. Lze říci, že při rozumném používání antiperspirantů je jejich přínos, kterým je hygienický komfort, vyšší než jejich případná rizika (Kučerová, 2015).

1.4 Diagnostika maligních nádorů prsu

Prvním vyšetřením ženy by mělo být klinické vyšetření, které pacientka podstoupí. Skládá se z rodinné a osobní anamnézy a fyzikálního vyšetření. Vyšetření se zaměřuje především na prsy a spádové uzliny, které vyšetřujeme pohledem a pohmatem (Šlampa et al., 2007). Pohmatové vyšetření neboli tzv. samovyšetření prsu sice nemůže nahradit mamografické nebo ultrazvukové vyšetření, ale mělo by se stát součástí života každé ženy, protože je nejjednodušší metodou včasného zachytu rakoviny prsu (Mamma Help, 2014).

Pro diagnostiku maligních nádorů prsu a zhodnocení celkového stavu pacientky mají i velký význam laboratorní vyšetření. Mezi vyšetřovací metody řadíme hematologické a biochemické vyšetření krve, vyšetření moči a sedimentu, které nám upřesní celkový pohled na pacientku. Pro stanovení diagnózy karcinomu prsu a recidiv se v krvi vyšetřují tzv. nádorové markery. Mezi nejčastěji sledované markery patří CAE a CA 15-3 (Slezáková et al., 2007).

1.4.1 Samovyšetření prsou

Jak již název napovídá, jedná se o vyšetření vlastních prsů, které si žena provádí sama pravidelně každý měsíc. Pokud žena se samovyšetřováním začíná, měla by si prsa vyšetřovat každý den po dobu jednoho měsíce, než se naučí znát svá prsa. Nejvhodnějším obdobím pro samovyšetřování je druhý až třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez hormonálních změn a veškerého napětí. Ženy, které nemenstruují, provádějí samovyšetřování prsu kterýkoliv den v měsíci. Zásadním problémem samovyšetřování prsu je, že jen malé procento žen provádí techniku zcela správně. Při pravidelném a správném samovyšetřování jsou ženy schopny odhalit i velmi malou bulku v prsu. Ale samovyšetřením prsu nemůžeme odhalit nehmavné léze v prsou ani nám neovlivní délku přežití a úmrtnost na karcinom prsu (Trnková, 2011). Abrahámová et al. (2009) říká, že samovyšetřování prsou nám nemůže nahradit mamografický screening, ale ženy, které pravidelně a dobře provádějí samovyšetření přicházejí s menšími nádory, což je povzbuzující. Takže ženám lze doporučit naučit se dobře samovyšetřovat a chodit na preventivní mamografii.

1.4.2 Technika samovyšetřování prsou

Samovyšetřování je nejlépe vhodné provádět po osprchování teplou vodou, kdy je pokožka vláčná a uvolněná, pokud ho budeme provádět poctivě, zabere nám asi 20 minut a probíhá v několika fázích. Prvním krokem u samovyšetření prsu by mělo být sebepozorování. Nejprve se postavíme před zrcadlo, ruce máme spuštěny podél těla a oba prsy si prohlédneme. Všimáme si, zda se na pokožce neobjevují vtažená místa, vyklenutí, zarudnutí nebo zvětšená krevní céva. Poté zvedneme paže nad hlavu a prsa si opět prohlédneme ze všech stran, a zvláště bradavky a prsní dvorce, jestli nejsou vpáčeny, nekrvácí nebo z nich nevytéká tekutina (Projekt 35).

Druhým krokem u samovyšetření je prozkoumání všech částí prsu. Jako vyšetřovací nástroj nám poslouží 3 prsty položené vedle sebe. Vyšetření provádíme opět ve stoje před zrcadlem pomalými krouživými pohyby a na prsty tlačíme lehce. Prsty pohybujeme v malých kruzích okolo prsního dvorce a okolo celého prsu. K vyšetření prsu používáme vždy opačnou ruku, a ruka, která je na straně vyšetřovaného prsu je vždy zvednutá. Krouživými pohyby takto postupně vyšetříme jeden a potom druhý prs. K vyšetření patří i oblast podpaží kde je umístěno velké množství uzlin, které

za normální situace nejsou hmatné, objevit pohmatem je můžeme, pokud se zvětší (Mamo, 2014).

Dalším krokem je vyšetření v leže na lůžku. Lehneme si na záda a hlavu položíme na polštář. Levé rameno si podložíme ručníkem a levou ruku si dáme pod hlavu. Pravou ruku používáme na vyšetření levého prsu, prsa si můžeme rozdělit na čtyři části. Začínáme od hrudní kosti směrem k bradavce malými krouživými pohyby pomocí prstů. Nakonec prohmatáme i bradavku a všímáme si, zda se neobjeví výtok nebo krvácení. Stejným způsobem vyšetříme pravý prs. Na závěr nezapomene prohmatat ještě podpažní jamku. Pokud při vyšetření odhalíme například bulku tak je důležité se co nejdříve objednat k odborníkovi na konzultaci (Projekt 35).

Abrahámová et al. (2009) uvádí, že pro edukaci žen samovyšetřování je obzvlášť důležitý nácvik s lékařem během fyzikálního vyšetření. Veškerý zdravotnický personál by měl dobře znát techniku samovyšetřování, aby mohl ženy dobře poučit. Hlavně v gynekologických ordinacích by měla být instruktáž samovyšetřování prsou součástí vyšetřování.

1.4.3 Mamografie

Mamografie je základní radiodiagnostické vyšetření prsů, které se provádí na rentgenovém zařízení – mamografu. Jedná se o jedinou zobrazovací metodu, která je vhodná k provádění screeningu karcinomu prsu a je schopná významně ovlivnit mortalitu žen. Je velmi vhodná u pohmatem nezjistitelných lézí, žádná jiná metoda není v současné době tak spolehlivá (Hladíková et al., 2009). Mamografie je nejstarší a pořád nejdůležitější metodou v mamární diagnostice. Je finančně únosná, dobře dostupná rozšířená metoda, kterou lze použít v plošných skriningových programech, jak uvádí Coufal (2011).

V diagnostice došlo v roce 2002 k významnému posunu, kdy byl ustanoven mamografický screening. Každá žena od 45 do 69 let má nárok na mamografické vyšetření prsů jednou za 2 roky. V mamografickém obraze se hodnotí stín žlázy, uzliny v oblasti přední axilární řasy a známky patologického ložiska. Mamografie má největší přínos u žen středního a vyššího věku kdy je obraz přehledný. U mladých žen je přínos mamografie nižší. Cílem mamografie je preventivní vyšetření žen bez příznaků s cílem

vyhledat nehmavné patologické změny v prsu. Dále zhodnotit a zobrazit hmatné léze v prsu s cílem zjistit jejich velikost a vztah k okolním tkáním (Jandorová et al., 2008).

Mamografie se provádí ve specializovaných pracovištích tzv. mamocentrech. V praxi rozlišujeme mamografické vyšetření na skrínigové a diagnostické. Skrínigová mamografie je indikována pro asymptomatické ženy (bezpríznakové) od 45 let jednou za 2 roky bezplatně. Kdežto diagnostická mamografie je pro ženy s hmatným nálezem v prsní žláze nebo jinou klinickou patologií prsu bez omezení věku a intervalu (Coufal et al., 2011).

1.4.4 Ultrasonografie

Ultrasonografie není skrínigovou metodou, ale vedle mamografie je hlavní zobrazovací metodou v mamární diagnostice. Je to vhodné doplňkové vyšetření, které má vysokou senzitivitu až (95 %) a umožňuje také provést cílené biotické vyšetření. Je to samostatné, nezatěžující vyšetření vhodné pro mladé dívky a ženy do 40 let, těhotné a kojící ženy. Vyšetření prsů je vhodné provádět 5-8 den po skončení menstruace (Šlampa et al., 2007). Ultrasonografie pracuje na principu, při kterém se zvukové vlny vysílané do těla pomocí sondy odrážejí od stěn tkání a orgánů. Odrazy jsou snímány a vytvářejí obraz, který lékař následně vyhodnocuje na obrazovce (Abrahámová et al., 2009).

1.4.5 Magnetická rezonance (MR)

Magnetická rezonance představuje z hlediska zachytu karcinomu prsu ze všech zobrazovacích metod nejvyšší senzitivitu. Avšak nenahrazuje mamografii ani ultrasonografii, jde o doplňující vyšetření. K zobrazení patologických lézí je nutné intravenózně aplikovat kontrastní látku – gadolinium (Coufal et al., 2011). Magnetická rezonance pracuje na principu silného magnetického pole, podmínkou vyšetření je speciální mamární cívka a dobré softwarové vybavení. Pacient je uložen do přístroje a je vytvořen počítačový řez konkrétní části těla. Vyšetření není zatěžující, protože pacient není vystaven rentgenovému záření. Kontraindikací magnetické rezonance je především kardiostimulátor, kov v těle, klaustrofobie, gravidita a laktace (Vorlíček et al., 2012).

1.4.6 Duktografie

Jedná se o kontrastní neinvazivní vyšetření, které se provádí aplikací kontrastní látky do mlékovodu prsní žlázy. Indikací k vyšetření je sekrece z prsu, většinou krvavé nebo tmavě hnědé barvy. Pomocí nástřiku kontrastní látky lze prokázat zhoubnou lézi, dříve, než je viditelná na mamografu. Z tohoto důvodu je duktografie nenahraditelná (Hladíková et al., 2009).

Tato sekrece může být způsobená velmi malým tumorem o velikosti několik milimetrů, který je lokalizován v mlékovodu a lze jej zobrazit pouze duktografickým vyšetřením. Čirá nebo mléčná sekrece z bradavky bývá podložena hormonálně a není důvod k provedení duktografie. Před výkonem není nutná příprava pacientky. Vyšetření jen nelze provádět u pacientek, které jsou alergické na preparáty obsahující jód, který je součástí kontrastní látky (Coufal et al., 2011).

1.4.7 Bioptické vyšetření

Bioptické vyšetření se stalo nedílnou součástí v mamární diagnostice a má rozhodující význam ve stanovení diagnózy. Tenkou jehlou se získá nádorová tkáň k histologickému vyšetření a k určení hormonálních receptorů. U nehmatných útvarů zjištěných zobrazovacími metodami lze udělat otevřenou biopsii z chirurgického řezu pod zavedenou ultrasonografickou kontrolou. Kromě biopsie patologického ložiska můžeme provádět i biopsii sentinelové uzliny, která je první spádovou lymfatickou uzlinou na přímé cestě z primárního nádoru. Cílem bioptického vyšetření je získání informací o histologickém typu nádoru a radikalitě operačního výkonu (Pachrová, 2012).

1.5 Možnosti léčby maligních nádorů

Základem pro správně zvolený postup léčby je erudice a racionální volba multidisciplinárního týmu, který se zabývá karcinomem prsu a jeho problematikou. Do týmu patří patolog, klinický onkolog, radioterapeut, chirurg a lékaři, kteří hodnotí zobrazovací metody. Od začátku léčby by se nemělo zapomínat i na rehabilitaci a psychosociální problematiku pacientek (Prausová, 2010). Způsob léčby je závislý na pokročilosti onemocnění. Pokud je karcinom prsu objeven již v počátečním stádiu, může být chirurgická a radiační léčba dostačující a s kurativním účinkem, ale při rozšířeném onemocnění je nutná i systémová léčba kam řadíme chemoterapii,

hormonální léčbu a biologickou léčbu (Bezdičková, Slezáková, 2010). Při této léčbě se účinná látka přenáší krví a působí v celém organismu (systému), proto ji nazýváme systémová – celková léčba (Petráková et al., 2010).

1.5.1 Chirurgická léčba maligních nádorů

Prvotním a nejčastějším léčebným zásahem je operační výkon, který závisí zejména na velikosti a umístění nádoru. Chirurgická léčba má dva typy operačního postupu, a to parciální (částečný) prs zachovávající nebo radikální postup kdy dochází k odstranění celého prsu. Podle rozsahu chirurgického zákroku následuje radioterapie. A u obou těchto chirurgických zákroků se zvažuje resekce axilárních uzlin, do kterých nádor nejčastěji metastazuje. Pokud dojde k lymfatickému metastázování nádoru, probíhá ve směru přirozeného spádu lymfatických cest a s velkou pravděpodobností bude postižena první uzlina v tomto spádu. Podle histologického vyšetření sentinelové uzliny se chirurg rozhodne o odstranění axilárních uzlin. (Slezáková et al., 2007).

Dále rozlišujeme několik chirurgických výkonů: *Radikální mastektomie dle Halstedta*, při které se odstraňuje kompletní prsní žláza (kůže, bradavka a dvorec) současně s velkým a malým prsním svaem a v axile se odstraní tuková tkáň s uzlinami. Na rozdíl od *radikální mastektomie dle Pateyho*, kde zůstává zachován velký prsní sval a je odstraněn pouze malý prsní sval. *Totální mastektomie*, při které se odstraní kůže prsu včetně bradavky, dvorce a veškeré tkáň prsu. *Subkutánní mastektomie*, kde se odstraní pouze žláznatá tkáň prsu a zachová se kůže, bradavka a dvorec. *Kvadrantektomie, segmentální mastektomie, axilární direkce* při těchto výkonech dochází k odstranění rozsáhlého objemu prsní tkáň obklopující nádor a kůže. Resekce se provádí minimálně 2 cm od okraje nádoru. U axilární disekce dochází k vynětí podpažních uzlin. *Lumpektomie* je odstranění nádoru s normální tkání prsu v šíři asi 1 cm. Nejedná se o tak radikální výkon (Gatěk, Duda, 2012).

1.5.2 Radioterapie maligních nádorů

Radioterapie je léčba ionizujícím zářením, která patří mezi neoperační metody používané k léčbě zhoubných nádorů prsu. Díky ozáření nastanou změny v nádorových buňkách, které poté zahynou nebo ztratí možnost množení a umírají. U záření je velice

důležitá přesnost, neboť záření nepůsobí jen na nádorové buňky, ale i na zdravou tkáň a tu může následně poškodit (Abrahámová et al., 2009).

Cílem radioterapie je poškodit co nejvíce nádorových buněk a co nejméně zdravých buněk. Radioterapie se indikuje po záchovných operacích, kde je riziko recidivy, u pokročilých nádorů větších 4-5 cm a vždy při zasažení podpažních uzlin. Vedlejším účinkem záření je zarudnutí ozařované kůže, ztuhnutí podkožní tkáně a bolest ozařovaného místa. Při léčbě karcinomu prsu se ještě používá kromě zevní radioterapie tzv. brachyterapie, kdy dochází k ozařování přímo do ložiska nádoru. Velkou výhodou brachyterapie je aplikace vysoké dávky rovnou do ložiska nádoru bez rizika poškození okolní tkáně. Záření do postiženého prsu se přivádí pomocí dutých jehel, jedná se o malý operační výkon, který trvá několik desítek minut. Výsledný kosmetický efekt je pro pacientky lepší než při zevní radioterapii (www.rakovinaprsu.cz/lecba/radioterapie).

1.5.3 Chemoterapie maligních nádorů

Chemoterapie je léčba cytostatiky (léky), které ničí nádorové buňky, ale poškozují i všechny rychle množící se buňky v těle. Existuje nejméně 40 druhů cytostatik s prokázanou účinností používané v léčbě karcinomu prsu. Chemoterapii většinou lze aplikovat ambulantně obvykle nitrožilně. Lékař rozhoduje o možnosti hospitalizace dle typu použitých cytostatik a podle snášenlivosti léčby (Vorlíček et al., 2012). Hned v prvních dnech po podání cytostatik se můžou objevit nežádoucí účinky jako je nechutenství, nevolnost a zvracení. Proto se chemoterapie většinou podává s léky proti nevolnosti. Léky se podávají v pravidelných intervalech 2-4týdenních odstupech po dobu asi tří až šesti měsíců. Dalšími nežádoucími účinky jsou poškození vlasových kořínků, které vede k vypadávání vlasů, dále poškození sliznic, průjem či únava (Buchler, Kořán, 2009).

1.5.4 Hormonální léčba maligních nádorů

Hormonální léčba patří k nejstarším způsobům léčby karcinomu prsu. Její účinnost je dána přítomností hormonálních receptorů v nádorové tkáni, kde nádor je závislý na hormonálních podnětech. Pokud tyto receptory nejsou prokázány při histologickém rozboru v buňkách nádoru, hormonální léčba se nenasazuje, protože nemá účinek (<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/hormonalni>). Hormonální léčba je také podmíněna tím, zda je pacientka po menopauze či nikoliv. U pacientek, které ještě mají

menstruační cyklus, léčbu nazýváme tzv. umělým přechodem. Kterou lze provést buď chirurgicky odstraněním vaječníků (ovariektomie) anebo pomocí radioterapie hlavně u žen s podezřením na metastázy. Hormonální léčba je dlouhodobá, a často trvá několik let a lze ji podávat ve formě tablet nebo injekčně (Sulik, 2011). Nežádoucí účinky léčby jsou velmi podobné jako u menopauzy např. návaly horka, pocení, osteoporóza a bolesti hlavy. Léčba je zacílena jen na nádorové buňky, proto nemá tolik vedlejších příznaků a je celkem dobře snášena pacientkami (<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/hormonalni/>).

1.5.5 Biologická léčba maligních nádorů

Biologická léčba je mladým a nejmodernějším vynálezem v léčbě rakoviny a výrazně posunula možnosti v 21. století v onkologické léčbě. Biologické preparáty jsou nasměrovány na molekuly a pochody specifické pro buňky nádoru, na rozdíl od chemoterapie, kde působí na obecné buněčné struktury, které jsou vlastní všem buňkám. Biologické léky na karcinom prsu jsou založeny na dvou principech. Jedná se buď o protilátky proti receptorům na povrchu buněk nebo o molekuly zaměřené proti buněčným komponentům. U nás jsou registrovány na léčbu rakoviny prsu tyto látky trastuzumab (herceptin), bevacizumab (avastin) a lapatinib (tyverb) (rakovina prsu.)

Na rozdíl od chemoterapie se u biologické léčby nesetkáváme s úbytkem bílých krvinek, se zvýšeným rizikem infekcí, s nevolností a zvracením, vypadáváním vlasů, ale může dojít ke zvýšení krevního tlaku. Chemoterapie se ale většinou kombinuje s biologickou léčbou. Kombinace chemoterapie a biologické léčby vykazuje až o 30 % větší účinnost než samotná chemoterapie. Optimální léčba trvá asi 1 rok a lze ji podávat ambulantně, což je pro pacientky přijatelné. Jedná se o velmi nákladnou léčbu, (40 až 80 tisíc měsíčně), kterou hradí zdravotní pojišťovna u přesně vymezené skupiny pacientek (Petružela, 2014).

1.5.6 Klasifikace nádorů

Pro rychlejší komunikaci mezi zdravotníky a lékařskými zařízeními se zavedl tzv. TNM systém, pomocí kterého se stanovuje rozsah nádoru a stádium onemocnění, který je založen na popisu 3 anatomických složek – TNM. Písmeno T z anglického slova tumor, popisuje velikost nádoru v prsu, (který se udává v centimetrech) a jeho šíření do kůže nebo svalů hrudní stěny. T1 je nádor do velikosti 2 cm, T2 je nádor větší než

2 cm, ne však více jak 5 cm. T3 je nádor větší než 3 cm. T4 je nádor prorůstající do okolní tkáně, bez ohledu na velikost. T0 znamená, že nádor není přítomen, TX nelze klasifikovat. Písmeno N popisuje postižení a rozsah lymfatických uzlin, které mohou být volné nebo vzájemně srostlé. N jsou uzliny bez nádoru. N1 jsou nádorem postižené uzliny v podpaží na stejné straně a jsou volně pohyblivé. N2 jsou postižené uzliny v podpaží, které mohou být srostlé k okolním strukturám nebo k sobě navzájem. N3 je současné postižení uzlin v podpaží nebo postižení uzlin pod klíční kostí nebo nad klíční kostí. NX nelze klasifikovat nádor. Písmeno M informuje o rozšíření nádoru do vzdálených orgánů krevní cestou tzv. vzdálené metastázy. M1 popisuje přítomnost vzdálených metastáz. M0 je nepřítomnost vzdálených metastáz. MX nelze je klasifikovat (Šlampa et al., 2007).

1.6 Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem prsu

Při poskytování ošetrovatelské péče se sestra řídí zásadami ošetrovatelského procesu, tak aby byly uspokojovány potřeby pacientky. Zaměřuje se na bio-psycho-sociálně-duchovní potřeby pacientek. Zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči, seznamuje pacientky s jejich nemocí, pomáhá jim hledat nový smysl života a nesmí zapomínat na edukaci pacientek a jejich rodin, empatický přístup a psychickou podporu. Mezi ošetrovatelské činnosti patří např. převaz rány po operaci, odběr biologického materiálu, hygiena, zajišťuje výživu a vyprazdňování, vede ošetrovatelskou dokumentaci a v rámci svých kompetencí edukuje pacientky. Sestra se zaměří v edukaci na péči o operační ránu, následně na pooperační jizvu a informuje ji o nabídce epitéz. Edukaci je možno provádět verbálně, pomocí letáků nebo zhlédnutím videa. Význam edukace spočívá v tom, že pacientka si umí ošetřit jizvu, je soběstačná a v případě potřeby ví na koho se má obrátit. Ve všech těchto činnostech je na sestry kladena velká tíha a zodpovědnost v respektování práv pacientek a naplňování etického kodexu ve vztahu k pacientkám a jejich rodinám (Macháčková, 2012).

Dobrá spolupráce a provázanost jednotlivých oborů, schopnost spolehnout se jeden na druhého, dobrá organizace, dobře propracovaný systém práce na oddělení pomáhá pacientkám projít šetrně všemi strastmi spojenými s léčbou tohoto závažného onemocnění (Davidová, 2013).

1.6.1 Pooperační péče o ženu s karcinomem prsu

Po operaci je pacientka převezena z operačního sálu na pooperační pokoj, kde je předána setře s dokumentací a informacemi o průběhu operace. Po bezpečném přeložení pacientky na lůžko je třeba označit drén (redon), kontrolovat, zda nedošlo ke krvácení a podložit ruku na operované straně. Dále je nutné plnit přesné ordinace dle anesteziologa (Kneschke, 2013). Na pooperačním pokoji se sledují vitální funkce (TK, P, TT) každých 15 minut, později 30 minut až 1 hodinu se sledují proto, aby se včas odhalily příznaky šoku, hypoxie a jiných komplikací. Sestra sleduje barvu a teplotu kůže na rtech, nehtových lůžkách (cyanóza – příznak poruchy prokrvení). Stav krytí operační rány, zaznamenává množství prosakující krve, popřípadě krvácení hlásí lékaři. Sleduje barvu a konzistenci, množství drenážní tekutiny ze všech drénů. Sestra podává infuze a intravenózní, intramuskulární injekce dle ordinace lékaře (Mikšová, 2006). Sestra dbá na vhodnou polohu pacientky, která je většinou vleže na zádech s mírně podloženou hlavou. Poloha musí zajišťovat volné dýchací cesty a nesmí dojít k útlaku drénů. Z důvodu prevence tromboembolických komplikací má pacientka na dolních končetinách přiložené bandáže z elastického obinadla nebo elastické punčochy (Vytečková, 2011). Dále sestra monitoruje bolest a podává opiáty, nesteroidní antirevmatika na základě ordinace lékaře, a nezapomene pacientku seznámit s úlevovými polohami při bolesti. Po operaci se může objevit pooperační nauzea, na kterou lékař ordinuje vhodná antiemetika a sestra zajistí dostatek čerstvého vzduchu (Suchá, 2011). Vše se zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace, která je součástí chorobopisu pacientky (Macháčková, 2012).

Po 2 hodinách strávených na pooperačním pokoji je pacientka přeložena na standardní pokoj. Sestra dále monitoruje fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Rána a krytí je kontrolováno v pravidelných intervalech a sleduje se množství a konzistence odváděné tekutiny z drénů. Monitoruje projevy bolesti a dle potřeby podává léky proti bolesti. Zabezpečí dostatečnou náhradu tekutin. Šest hodin po výkonu pacientka nepřijímá tekutiny perorálně, pouze se otírají rty navlhčeným mulem. Sleduje vyprazdňování močového měchýře. Pacientka by se měla vymočit do 8 hodin po operaci. Pokud pacientka spontánně nemočí, pomůžeme lokální aplikací tepla na podbříšek nebo spouštěním vody do umyvadla. Pacientka má pooperační dietu neslazený čaj a později kašovitou stravu, nakonec pevnou stravu. Způsob stravování určuje lékař podle zdravotního stavu. Již první den po operaci sestra zabezpečí vstání

z lůžka asi tak za 6-8 hodin po výkonu (Mikšová, 2006). Většinou již druhý den se rána nekryje a pacientka si může dojít do sprchy. Hodně pacientek se nejvíce obává chvíle, kdy bude odstraněno krytí operační rány, a má strach se na ránu podívat. Někteří mají i dokonce problém si na ránu sáhnout a umýt se. V takovýchto situacích je možnost přivolat psychologa na pomoc (Kneschke, 2013).

1.6.2 Psychická péče o ženu s karcinomem prsu

Rakovina prsu představuje obecnou zátěž pro psychickou rovnováhu nemocných žen, kromě toho však s sebou toto onemocnění přináší specifické problémy mající zásadní psychologický dopad. Jedná se zejména o problémy s tělesným obrazem, sexuální problémy, interpersonální potíže a zvládání akutních a chronických symptomů. Ženy s rakovinou prsu zažívají po stanovení diagnózy a během léčby velké spektrum praktických, psychologických a emočně náročných situací, s kterými se musí vypořádat. Sem patří jako prvotní zvládnutí šoku ze sdělení diagnózy, dále se potýkají s vedlejšími účinky léčby např. nevolnost, zvracení, únava, a hlavně fyzické změny na těle (Angenendt et al., 2007).

Způsob, jakým lékař a celý ošetřující personál přistupuje a komunikuje s nemocnou ženou má velký vliv pro ni i pro její rodinu. Měli bychom mluvit s pacientkou tak, aby byla schopna informacím porozumět, snažíme se vyhýbat odborným výrazům. Informace, které pacientce podáváme, musí být obsahově správné, věcné v krátkých větách. S pacientkou probereme i obtížná témata a nesmíme zapomínat, že je pod velkým tlakem. Úkolem sestry a lékaře by mělo být pacientku uklidnit, podpořit a zbavit strachu (Macháčková, 2012).

Podle (Hladíkové et al., 2009) je důležité, aby vztah sester byl ke všem nemocným stejný. Jejich chování by mělo být důstojné, přívětivé a s dostatkem empatie. Úsměv a laskavé slovo s plným pochopením vydají mnohdy víc než kdejaký lék.

1.6.3 Rehabilitační péče o ženu s karcinomem prsu

Rehabilitační péče je nezbytnou součástí komplexní péče pacientek s karcinomem prsu. Ve správném případě rehabilitační péče již začíná před chirurgickým výkonem, zahrnuje zjištění anamnestických údajů, vyšetření rozsahu hybnosti končetiny na straně, kde je plánovaná operace a posouzení svalstva z hlediska atrofie, zkrácení a oslabení (Coufal et al., 2011). Horní končetina na operované straně by měla být rozcvičena do 2-

3 týdnů od operace. Čím později pacientky začnou cvičit, tím bude rozcvičování bolestivější a namáhavější. Některé pacientky se mylně domnívají, že horní končetinu na operované straně musí šetřit, i třeba po pouhé exstirpaci ložiska prsu. Ideální je zahájit rehabilitační cvičení již v první pooperační den, kdy se snažíme předejít syndromu zamrzlého ramene, otoku horní končetiny a omezení její hybnosti (Fišarová, Pachrová, 2012). U některých pacientek se bezprostředně po výkonu dostaví bolest nebo po dnech a někdy až několika týdnech. Mají pocit stahování a pálení hlavně v oblasti hrudní stěny, v okolí jizvy a paže. Pacientky si stěžují na mrtvení v oblasti jizvy na tzv. syndrom zamrzlého ramene. Účinným prostředkem předcházení zamrzlému rameni je včasné zahájení rehabilitace (Vorlíček et al., 2012).

Jakmile se pacientka po operaci probere, sestra by ji měla dát následující instrukce: Operovanou končetinu je vhodné polohovat ve zvýšené poloze, nepřetěžovat končetinu přitahováním nebo opíráním se o ní. Důležité je aby, pacientka neležela na operované končetině a je dobré jí vysvětlit, aby se snažila dýchat do břicha a hrudníku. Od prvního dne po operaci se začíná s jednoduchými cviky jako je česání vlasů, stisk ruky, kroužení zápěstím, cvičení s gumovým míčkem v dlani nebo mačkání papíru v dlani. K obtížnějším cvikům se přistupuje asi tak 3 den po operaci, a to zejména cviky např. šplhání po zdi, cvičení se šňůrou anebo cvičení za pomoci kladky. Zpočátku je nutné cvičit s pomocí fyzioterapeuta, který za pacientkou pravidelně dochází, později mohou ženy cvičit již samy (Coufal et al., 2011). Hladíková et al. (2009) ve své knize uvádí že, je důležité, aby všechna cvičení byla prováděna nenásilně, pomalu a vláčnými pohyby.

Součástí rehabilitace by měla být i praktická ukázka vhodných epitéz, které nejsou jen kosmetickou záležitostí, ale napomáhají pacientkám ke správnému držení těla a ke zlepšení psychiky ženy. Prsní epitézy jsou vyrobeny ze silikonového gelu připomínající lidskou tkáň, které se chová přirozeně jako vlastní prs. Před operací je dobré ženu informovat s tím, že po propuštění z nemocnice bude vybavena podprsenkovou epitézou, kterou si vybere se sestrou specialístkou. Sestra pacientce vysvětlí manipulaci a správnou údržbu. Epitézy slouží ženám po částečné nebo úplné mastektomii a jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, jen u luxusních epitéz si musí žena připlatit sama (Fišarová, Pachrová, 2012).

1.6.4 Propuštění do domácí péče

Po ukončení hospitalizace je nezbytné pacientky vybavit správnými instrukcemi do domácí péče. Doporučíme pokračovat v rehabilitaci, která může probíhat už ambulantně po dobu asi půl roku, dle potřeby i déle. Opatření by měla směřovat k prevenci lymfedému, obzvlášť po axilární disekci. Důležité je vyvarovat se všeho co zužuje mízní cesty a brání volnému odtoku mízy. Na operované končetině nenosit hodinky, náramky, prstýnky a nic co by stahovalo. Nepřetěžovat operovanou končetinu a pracovat v krátkých intervalech s pauzami. Je zakázáno mytí nádobí v horké vodě, obsluhovat horké trouby, krby, grily a vyvarovat se nošení těžkých věcí např. nákupní tašku. Při spánku je vhodné mít operovanou paži ve zvýšené poloze a neležet na postižené straně (Coufal et al., 2011). V rámci edukace je dobré zmínit i význam zdravé výživy a doporučit změnu životního stylu. Macháčková (2012) uvádí, že pokud pacientka odchází z nemocnice měla by být dostatečně informována v dané problematice a mít osvojené teoretické a praktické znalosti v oblasti rakoviny prsu.

Zdrojem informací může být i brožurka či videozáznam o péči o prsa po operaci. Pomoci mohou i brožury podpůrných organizací, které sdružují onkologicky nemocné s rakovinou prsu, kterých je v ČR asi 45. Zaměřují se na přednášky, pořádají společné výlety, společná cvičení a vyvíjejí zájmovou činnost. Pacientky si zde vyměňují osobní zkušenosti s nemocí a léčbou, a vzájemně se psychicky podporují. Jejich velkým plusem je vytvoření bezpečného zázemí, podpora sounáležitosti a předání informací novým pacientkám. Posláním těchto organizací je pomoci nemocným ženám zlepšit kvalitu života a šířit osvětu ve zdravé populaci (Macháčková, 2012).

Skončením léčby však pro pacientku nekončí návštěvy u onkologa. Každá pacientka je pravidelně zvána ke kontrolám (je dispenzarizována), při kterých je klinicky vyšetřena i přesto, že nemá již žádné obtíže. Žena, která prodělala zhoubný nádor prsu, má zvýšené riziko vzniku nádoru prsu na druhé straně. Proto je důležité chodit na kontroly a provádět samovyšetřování, které již bylo popsáno v kapitole 1.4.2 Technika samovyšetření prsou (Vorlíček et al., 2012).

Cílem sester by mělo být pacientkám poskytnout co nejvíce vyčerpávajících informací a seznámit je s tím, kam se mohou v případě potřeby obrátit (Suchá, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tyto hlavní cíle:

Cíl 1 Jaké jsou znalosti žen o karcinomu prsu.

Cíl 2 Jaké dostaly informace při propuštění do domácí péče.

Cíl 3 Jak se jim změnil život po operaci prsu.

2.2 Výzkumné otázky

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké měly ženy znalosti před onemocněním o karcinomu prsu?

Výzkumná otázka č. 2: V jakých oblastech sestry informují ženy při propuštění do domácí péče?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké informace byly pro ženy nedostačující při propuštění do domácí péče?

Výzkumná otázka č. 4: Co ženám toto onemocnění dalo a vzalo?

2.3 Operacionalizace pojmů

Ošetrovatelská péče je zaměřená na uspokojování základních potřeb nemocného. Patří sem např. péče o výživu, vyprazdňování, podávání léků, tělesnou čistotu, prevence imobilizačního syndromu. Veškerá činnost by měla směřovat ke spokojenosti pacienta (Vytejšková et al., 2011).

Rakovina prsu je u nás nejčastějším zhoubným nádorem u žen a jeho incidence stále stoupá (Abrahámová et al., 2009).

Informovanost je určité množství informací, s kterými pacient disponuje. Je znalý a dostatečně obeznámený s danou problematikou.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro realizaci výzkumného šetření k bakalářské práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Byl připraven základní okruh 16 otázek (Příloha 1) a pro upřesnění byly použity doplňující otázky. Jejich pořadí a obsah byl přizpůsoben každé pacientce a konkrétnímu rozhovoru. Všechny pacientky odpovídaly ochotně a sdílně, rády se svěřily se svými problémy.

Oslovené pacientky byly ujištěny o anonymitě rozhovoru a byly seznámeny o účelu pořízení těchto rozhovorů a jejich zpracování v této bakalářské práci. Dotazované pacientky byly předem obeznámeny, co je předmětem zkoumání bakalářské práce a na jaké téma budou otázky pokládány.

Rozhovory byly zaznamenány písemně, s každou pacientkou zvlášť většinou v jejich domácím prostředí. Rozhovory byly přímo přepsány do Microsoft Office Word 2007 (Příloha 2 CD), a byly následně analyzovány metodou „tužka a papír“ do kategorizačních skupin (Příloha 3). Tato metoda představuje proces, při kterém jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a poskládány novým způsobem (Švaříček, Šedřová, 2007). Výsledná data byla rozdělena do kategorií a podkategorií, a následně uspořádána. Rozhovory byly uskutečněny v průběhu března 2017.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze 7 oslovených pacientek, na které poskytl kontakty obvodní lékař. Následně je telefonicky sestra oslovila, zda by souhlasily s rozhovorem, který by sloužil jako podklad pro bakalářskou práci. Jednalo se o tři pacientky. Všechny ochotně souhlasily. Zbýlé čtyři pacientky byly z okolí známých a kamarádů. Věkové rozmezí pacientek bylo 33-75 let.

Pacientka číslo 1 je 75letá důchodkyně, která celý život pracovala jako prodavačka v potravinách. Před 8 lety jí byl diagnostikován maligní nádor pomocí mamografu v ČB na preventivní prohlídce. Pacientka je bezdětná a žije s manželem a jezevčíkem. Rozhovor probíhal v jejím bytě v přátelské atmosféře.

Pacientka číslo 2 je 37letá žena pracující jako ekonomka v nejmenované firmě. Onemocněla před 2 lety, kdy si sama při sprchování nahmatala bulku a až za měsíc se odhodlala jít k lékaři. Pacientka je bezdětná žije sama a má hodně přátel a ráda sportuje. S pacientkou jsem se sešla v její práci z důvodu časového vytížení.

Pacientka číslo 3 je 63letá důchodkyně, dříve pracující jako švadlena. Onemocněla před 5lety maligním nádorem, který byl odhalen na mamografické preventivní prohlídce. Bohužel po 3 letech dostala recidivu do stejného prsu. Z tohoto důvodu si nechala preventivně odstranit i druhý prs. Má dvě dospělé děti a žije se svým manželem v bytě. Rozhovor probíhal u ní doma, kde byla uvolněná a přátelská atmosféra.

Pacientka číslo 4 je 46letá žena pracující jako lékárnice v nejmenované lékárně v ČB. Před 5lety si sama nahmatala bulku, když se mazala opalovacím krémem. Pacientka podstoupila totální ablaci prsu s odebráním axilárních uzlin. Následně ještě podstoupila hysterektomii a ovariectomii. Nyní žije s manželem a synem při onemocnění, byla bez partnera, syn jí byl největší oporou v té době. Rozhovor probíhal v jejím rodinném domě ve velice optimistické náladě.

Pacientka číslo 5 je 33letá žena momentálně na mateřské dovolené se svým druhým dítětem. V 21 letech si sama nahmatala bulku při pravidelném samovyšetřování prsou, které provádí od útlého mládí. Bulka byla diagnostikovaná jako benigní nádor. Má dvě děti a žije se svým manželem na vesnici v rodinném domě. Sešli jsme u pacientky v jejím domě, kde si hrály 2 děti a které nás neustále rušily od příjemného povídání.

Pacientka číslo 6 je 56letá žena, která pracuje na Krajském úřadě v ČB jako referentka. Maligní nádor se u ní projevil pohledově jako propad kůže před 10 lety. Žije sama má jednu dceru, manžel ji opustil před onemocněním. Sešli jsme se v jejím bytě a ochotně se podělila o svůj příběh.

Poslední pacientka s číslem 7 je 42letá žena provozující restauraci v ČB. Onemocněla po porodu své třetí dcery, kdy si chtěla nechat udělat implantáty do prsou a nahmatala si náhodou bulku. Je rozvedená a žije sama se třemi dětmi v bytě. Navštívila jsem jí v její restauraci, rozhovor probíhal v klidu, ale trochu zmateně. Paní na mě působila lehce

labilním a úzkostným dojemem. Před pár dny si objevila bulku v druhém prsu, tak čeká na výsledky z histologie.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů

Rozhovory byly uskutečněny se sedmi pacientkami a následně získané informace byly rozděleny do podkategorií.

4.1.1 Kategorizační skupiny

1. Způsob objevení podezření na rakovinu prsu

Některé pacientky navštěvovaly preventivní vyšetření, v souvislosti, s nímž bylo podezření na nádor prsu zjištěno. To byl případ pacientky 1, 3, které pravidelně chodily každé 2 roky na mamografické vyšetření, kde byl nádor odhalen. Vzhledem k hloubce uložení nebyl hmatný. V dalších případech si pacientky nádor samy nahmataly. Zde ještě ve výzkumném souboru identifikovat dva různé případy, jednak (častěji zmiňovaný) případ, kdy je nádor nahmatán náhodou, což byl příklad pacientky 2, 4, 7. Pacientka 2 uvedla: *„Sama jsem si našla bulku v prsu při sprchování.“* Podobně i pacientka 4 uvedla náhodné nahmatání nádoru, ke kterému uvedla: *„Nahmatala jsem si sama bulku v levém prsu na dovolené, když jsem se mazala opalovacím krémem.“* Obdobně i pacientka 7 nahmatala nádor zcela náhodně. Uvádí k tomu, že: *„Po porodu 3. dcery jsem si chtěla nechat udělat silikonu, po implantaci silikonů, asi po 4 měsících jsem si nahmatala náhodou bulku.“*

Druhou skupinu těch, které si nádor nahmatají samy, tvoří ty ženy, které pravidelně provádějí samovyšetření prsu. Jednalo o pacientku 5, která uvedla, že: *„samovyšetřování prsou jsem si objevila bulku.“* Jen jedna žena ze sedmi ve výzkumném souboru pojala podezření na rakovinu prsu právě tímto způsobem.

Posledním případem, jak bylo zjištěno podezření na rakovinu prsu, je případ propadu kůže, kdy sice nelze nic nahmatat, ale na pohled se kůže liší od okolní. Tento případ reprezentovala pacientka 6, která uvedla, že podezření na karcinom prsu získala: *„Pohledově (propad kůže) nic nešlo nahmatat, ale propad je jeden z projevů nádoru, což jsem předtím nevěděla.“*

1.1 Vyhledání odborné pomoci

Pacientky 1, 3, 4, 5, 7 vyhledaly lékaře prakticky okamžitě, což zmiňuje například pacientka 1, která i tím, že jí bylo podezření na nádor v prsu sděleno na preventivním vyšetření, tj. u lékaře, uvedla: „*Hned to začalo všechno rychle.*“ S čímž se shodují i ostatní pacientky, které se shodly na tom, že ihned vyhledaly lékaře a na nic nečekaly.

Bohužel ne všechny pacientky se k lékaři vydají bezodkladně, což potvrzuje i případ pacientky 2 a 6. Pacientka 2 říká: „*Za jeden měsíc jsem se odhodlala.*“ Pacientka v odpovědích na doplňující otázky, proč šla k lékaři až za tak dlouhou dobu uvádí, že měla strach a nejprve musela „najít odvahu“ vyhledat lékaře. Podobně odpovídá i pacientka 6, která uvedla, že k lékaři šla „asi za 14 dní.“ Pacientka tento krok odůvodnila tím, že byla za 14 dní objednána na gynekologickou prohlídku a chtěla vše vyřešit naráz, ale připustila i strach.

2. Znalost a provádění samovyšetření

V této kategorii se všechny pacientky shodují, že o samovyšetření prsu věděly. Pacientky obvykle měly informace zejména z médií, jako je televize, internet, jak zmínily pacientky 2 a 3 nebo časopis, letáky uvedly pacientky 1 a 6. V případě pacientky 4, která měla zdravotnické vzdělání, byla zmíněna odborná literatura jako zdroj informací. Dále se ukázalo, že pacientky 1, 2, 7 si samovyšetření prsu vůbec neprováděly, například pacientka 1 uvedla: „*Ne, jen u gynekologa na prohlídce jednou za 2 roky mi prohmatal prsa, ale to bylo vše.*“

Další názor prezentovaly pacientky 4, 5, 6, které si prsa vyšetřovaly, a to pravidelně. Pacientka 4 si samovyšetření prováděla proto, že sama má zdravotnické vzdělání, a tudíž i související znalosti a věděla o rizicích tohoto onemocnění. Pacientka 5 tak činila z důvodu, že i její matka měla podobné problémy, tudíž si byla vědoma genetické zátěže. Naopak pacientka 3 uvedla, že si samovyšetření sice prováděla, ale nikoliv pravidelně. Konkrétně se vyjádřila následovně: „*Ano, dělala jsem si ho občas, ale ne pravidelně, většinou ve sprše, když jsem si vzpomněla jednou za čas.*“

2.1 Preventivní prohlídky

Na tuto otázku všechny sestry jednoznačně odpovídají, že chodí na pravidelné preventivní prohlídky. Významně se však lišil přístup gynekologů k tomu, zda vůbec

vyšetřují prsa a také k tomu, zda ženy poučují o samovyšetření prsu. Pacientka 1 uvedla, že před onemocněním chodila jednou za dva roky na preventivní prohlídku, nyní každý rok a gynekolog jí prsa na prohlídce vyšetřoval, nicméně o samovyšetření ji nepoučil.

Na rozdíl pacientky 2 a 7 se shodují, že na prohlídky pravidelně chodily, nicméně uvedly, že v souvislosti se samovyšetřením prsu jim gynekolog nikdy nevysvětlil, jak se samovyšetřovat, a dokonce jí ani nevyšetřoval prsa na prohlídce. Pacientka 7 k tomu říká: „*Prsa mi nikdo nevyšetřoval, ani žádný postup neukázal, ani sestra v ordinaci.*“

Pacientky 5 a 6 jsou jedny z mála, které nejenže chodily pravidelně na preventivní prohlídky, ale od svého gynekologa rovněž dostaly dostatek informací o samovyšetření prsu.

3. Informace o rakovině

Všechny pacientky se shodují, že o karcinomu prsu mnoho nevěděly a zvláště se o to více nezajímaly. K pacientkám, které o karcinomu prsu mnoho nevěděly, patřily pacientky 1, 2, 3, 5, 6, 7. Pacientka 1 říká: „*Nic, ani jsem se o to nezajímala, můj názor byl, že mě to nepotká, mě se to přece nemůže stát.*“ Tato pacientka nejvíce informací o onemocnění získala až v nemocnici, kde byla s rakovinou prsu hospitalizována a uvedla, že dále informace zjišťovala v časopisech, ale nikoliv v knihách či na internetu, o kterém uvedla, že: „*Internet nepoužívám, s tím nejsem moc kamarád.*“ Podobně odpovídá i pacientka 2, která uvedla, že o rakovině prsu věděla jen velmi málo a dodává: „*Upřímně jsem se o ni nezajímala a asi jsem si naivně myslela, že se mě to netýká v mých letech.*“ (pozn. autora, pacientce je 37 let). Nejvíce informací pacientka 2 získala: „*Od lékařů a z internetu, kde jsem si hledala informace, webové stránky např. cancerresearchuk.org.*“

Pacientka 3 rovněž uvádí: „*Věděla jsem, že to není nic příjemného, ale nic moc jsem nevěděla. Já se z věcí nehrouším a vůbec jsem si to nepřipouštěla.*“ Jako zdroj informací, ze kterého pacientka získala nejvíce informací, pacientka 3 uvedla: „*Od paní doktorky a z internetu. Našla jsem si na internetu, že se to může vrátit, tak jsem si je nechala vzít obě prsa preventivně, ale konzultovala jsem to s lékaři.*“ Pacientka 5 také uvedla, že nevěděla: „*Bohužel skoro nic. Jen že je dobré, se doma vyšetřovat, jinak jsem po informacích nepátrala.*“ Tato pacientka se nejvíce informací dozvěděla

od svého onkologa, přičemž uvádí, že nikde jinde informace nevyhledávala, protože lékaři důvěrovala.

Stejný názor sdílela i pacientka 7, která uvedla: „*Věděla jsem, že to onemocnění existuje, ale jak je to psychicky náročné, to jsem netušila. Moc vědomostí jsem o nemoci neměla.*“ Nejvíce informací o onemocnění se po zjištění diagnózy dozvěděla na internetu.

Ve srovnání s předchozími pacientkami zaujala trochu jiné stanovisko pacientka 4, která uvedla, že „*Informace jsem nevyhledávala, věděla jsem o samovyšetření prsu z letáků. A jsem lékárnice, takže při profesi jsem se s tímto onemocněním samozřejmě setkala.*“ Nejvíce informací po svém onemocnění získala z odborné literatury, což je další faktor, kterým se s ohledem na svoji profesí lišila od předchozích patientek.

3.1 Vnímání informací

Pacientka 3 se vyjádřila spíše k dostatečnosti informací, nicméně tato pacientka se k poskytování informací nestavěla tak negativně jako pacientka 1, která uvedla: „*V té době to bylo pro mě dostačující, pořád mě kontrolovali a já chtěla spát a byla jsem unavená. S personálem jsem byla spokojená, až moc se starali, já chtěla být sama a odpočívat.*“ Kdežto pacientka 3 spíše vítala ochotu lékařky, která jí poskytla své telefonní číslo na mobil a pacientka jí tak mohla kdykoliv zavolat a na cokoliv se zeptat (což pacientka dle svého tvrzení využila pouze jednou). Pacientka 3 uvedla: „*Celkem mi stačily, a když jsem nevěděla, tak jsem se ptala doktorky. Ta mi poskytla nejvíce užitečných informací. Dala mi i svůj mobil a mohla jsem jí volat v případě potřeby.*“

Pacientky 2, 4, 5, 6 se jednoznačně shodly a vyjádřily pozitivní pocit, který z informací měly. Pacientka 4 dodává: „*Působili na mě pozitivně a vše mi bylo vysvětleno srozumitelně. Nemohu si stěžovat.*“ Uklidnění zmínila pacientka 6, která na rozdíl od předchozích patientek nehovoří o pozitivním vnímání, ale právě o uklidnění, což vyjadřuje následovně: „*Uklidnilo mě to. Jsem typ člověka, který potřebuje vědět pravdu.*“

Odpověď pacientky 7 se liší od ostatních, což pacientka uvedla slovy: „*Co se týče sester a lékařů, tak informace nebyly žádný, sestry se mě snažily uklidnit a podpořit,*

to bylo hezký. Doktor na mě neměl čas, to mě zklamalo. Když člověk není průbojný a neřuká, tak má smůlu a nic moc se nedozví.“

3.2 Informace při propuštění z nemocnice

I v případě informací, které pacientky obdržely od personálu při propouštění z nemocnice, se podařilo identifikovat řadu rozdílů v tom, jaké informace pacientky dostaly. Pacientka 1 například uvedla, že se dozvěděla při propuštění z nemocnice následující: *„Nesmí mi z té ruky brát krev, kabelku nosit, měřit tlak na té paži, a to napořád. Nenosit nákup, musím ji šetřit, ale já ji nešetřím, dělám s ní všechno. Ruka by mi otekla a ten otok by už nezmizel, mě informovala sestra. Dodržuju krev a tlak. O rehabilitaci mě nikdo neinformoval, jen mi byly nabídnuty lázně, ale ty jsem odmítla. Ani v nemocnici jsem nerehabilitovala.“* Pacientka tedy obdržela většinu důležitých informací, nicméně chyběla informace o rehabilitaci, kterou naopak obdržela pacientka 2, ale neobdržela prakticky žádné další zásadní informace o pravidlech péče o ruku, neboť uvedla: *„Přišla za mnou rehabilitační sestra a vysvětlila mi rehabilitaci nic více a dala mi informační letáček s vhodnými cviky.“*

Na rozdíl pacientka 3 obdržela zcela jiné informace, a to informace týkající se stravování, kde uvedla, že: *„Od paní doktorky, s jídlem že můžu jíst, co chci. Nežhubla jsem. Neměla jsem ani nechutenství.“* U této pacientky je však nutné uvést, že některé informace (např. týkající se zvýšené námahy ruky apod. dostala již po operaci, naopak informaci o tom, že jí na ruce nemají měřit tlak, jí sdělena nebyla jako pacientce 1.

Pacientka 5, která se vyjádřila takto: *„Dostala jsem informace, na koho se mám obrátit ohledně výsledků bulky a na vyndáním stehů. Jak pečovat o jizvu a sebe během léčby po operaci.“*

Pacientka 4 k tomu uvádí: *„O rehabilitaci, jak bylo již řečeno výše, a ještě mi sestra řekla o životosprávě, že je vhodné přejít na zdravější stravu a zařadit nějaký sport. Protože jsem měla možnost léčit se ve dvou nemocnicích, tak podané informace se diametrálně lišily. V jedné nemocnici jsem odcházela vyzbrojena informacemi, jak se mám chovat, kdy a jak mohu začít rehabilitovat. V druhé nemocnici jsem podepsala spoustu papírů s dovětkem – pacientka poučena a odcházela*

jsem s pocitem, že veškerý personál má embargo na informace, a to i když jde o mou osobu a mé tělo.“

Pacientka 7 má odlišný názor a je si plně vědoma toho, že jí v nemocnici příliš mnoho informací nedali, což prezentovala následujícími slovy: *„V nemocnici mi toho moc neřekli při propuštění, jen že mě budou kontaktovat kvůli zahájení léčby a rehabilitaci. Sestra na onkologii mi v rychlosti řekla, abych tu ruku nepřetěžovala.“*

3.3 Informování ze strany sester

Rovněž na dotaz o informování ze strany sester odpověděly pacientky různým způsobem, nicméně vyloženě spokojená byla pouze pacientka 1 a 5, řada patientek zmiňovala, že spíše než od sester, se důležité informace dozvěděly od lékařů.

Pacientka 1 například uvádí, že nejvíce informací měla od lékařů, ale zároveň uvedla, že: *„Všichni byli moc ochotný a nemůžu říct špatné slovo o ošetrovacím personálu. Informací byl dostatek, vše jsem se dozvěděla, nemůžu si stěžovat. A když něco nevím nebo nerozumím tomu, tak se zeptám, nenechám se odbýt.“* Což se shoduje s pacientkou 5, která byla s informovaností také spokojená, nicméně i tak se nejvíce informací dozvěděla od lékaře stejně jako řada dalších patientek např. 2, 3, 6, nikoliv od sester. Pacientka 5 uvedla: *„V mém případě si myslím, že mě informovali výborně. Ale nejvíce informací mi dal lékař, který mě operoval, což je asi samozřejmé. Všechno mi bylo vysvětleno, i se ke mně chovali v nemocnici hezky, nemohu si stěžovat.“*

Pacientka 2 na jednu stranu nepředpokládala, že by informace měly primárně podávat sestry, ale očekávala, že informovat budou zejména lékaři, s čímž se názorově shoduje s pacientkou 6. Zároveň tato pacientka uvedla celou řadu praktických informací, kterou by se ráda dozvěděla před léčbou, nicméně jí je nikdo neřekl. Uvedla poměrně zajímavé podněty, mezi které lze zařadit například: *„Protéza a vhodné prádlo – bylo by lépe dozvědět se již před operací, jakým způsobem a kde se obstarává, aby mohl člověk z nemocnice odejít už důstojně.“* nebo *„Před chemoterapií bych ocenila seznam doplňkových léků, které je dobré mít doma. Ve chvíli, kdy potíže nastanou, není pro pacienta často možné si léky obstarat. To se týká např. léků nebo doplňků na afry, kožní problémy, plísň, zažívací problémy.“* a rovněž: *„Naprostou mi chyběla informace o možném odebrání vajíček před zahájením léčby! Velmi důležité pro bezdětné*

pacientky v mém věku a samotnou mě to v tom shonu nenapadlo a nikdo mi to neporadil. “

Pacientky 2, 3 a 6 se shodují, že nejvíce informací se dozvěděly od lékařů, ale od sester mnoho informací nedostaly. Pacientka 3 dodává: *„Na sestry si stěžovat nemohu, ale spíš se mnou mluvili lékaři. Říkala jsem si, že by mě mohli aspoň informovat o lázních, ráda bych jela, ale nikdo mi je nenabídl?“* Pacientka 6 k tomu uvádí: *Myslím, že je to plně věc lékaře a ne sester. Sestra ani na to nemá čas. Nejvíce informací bylo od lékařů. “*

Jiný postoj zastávala pacientka 4, která očekávala spíše informace, které by ji podpořily a uklidnily (tedy zejména psychickou podporu). Stejně jako pacientka 2 a 7 očekávala i řadu praktických informací, které se týkají následující léčby a zejména souvisejících komplikací. Pacientka 4 se vyjádřila následujícími slovy: *„Především je uklidnit, že je to nemoc již z větší části léčitelná. Podávat informace o tom, jak se chovat doma po propuštění, jak rehabilitovat, jíst, bránit se nevolnosti, jednoduše si „lidsky“ popovídat. Odborné informace jsem získávala od lékařů, od sester potom informace o životosprávě a přístupu k nemoci. Jak jsem řekla již v předchozí odpovědi, přístup se liší pracoviště od pracoviště. “*

Naopak pacientka 7 tvrdí že: *„Když zjistí, že má žena rakovinu, tak by si jí měl někdo vzít stranou a říct co bude následovat a říct mi, jak to bude. Všechno pořádně vysvětlit, jak bude probíhat operace, léčba, jaké můžou být vedlejší příznaky. Hlavně lidský přístup a vlídné slovo. “*

4. Změna života v důsledku rakoviny

Změny ve svém životě více či méně zaznamenaly všechny pacientky, nicméně vlastní změny se u pacientek lišily co do rozsahu i do obsahu. Příkladem pacientky, která se změnila velmi radikálně, a to jak po stránce své osobnosti, tak i ve stravování, návycích, je pacientka 1, která o sobě v souvislosti s rakovinou prsu uvádí, že: *„Změnila jsem se úplně, mám jiný pohled na život, máte jedinou touhu být zdravá. “* Dále pacientka z hlediska své osobnosti uvedla: *„Je ze mě lepší člověk. “* Z hlediska stravovacích návyků pacientka 1 rovněž zmínila změny, když uvedla: *„Stravování se změnilo, mám chudší jídelníček, dost jídel nejím, vzniklo to po chemoterapii. Nejím*

uzeniny, které jsem milovala, jím zdravěji.“ Změny v oblasti životního stylu popisuje např. tak, že: „jsem mnohem čistotnější, pořád si myju ruce.“

Naopak pacientka 2, kterou rakovina změnila jen minimálně, v odpovědi uvedla, že: *„Velmi málo, dále se věnuji svým koníčkům a práci. Možná v menší intenzitě, bývám více unavená. Myslím, že se lépe stravuji a více se zamýšlím nad tím, čemu/komu chci věnovat svůj čas a energii. Více si asi vážím teď života.“* I tato pacientka však zmiňuje určitou změnu v oblasti stravování a životního stylu a změnu po psychické stránce, která souvisí s tím, že si váží života, tudíž lze zde identifikovat typově stejné změny, jak bylo výše uvedeno jen v menší míře.

Pacientka 3 patřila k těm, které rakovina změnila poměrně zásadně. Zmiňuje v souvislosti se změnou, kterou prošla vzhledem k onemocnění, především snížení své výkonnosti a s tím i omezení aktivit a související zdravotní obtíže. Dále uvádí změny ve stravování, když uvádí, že: *„Byla jsem dřív hodně aktivní na zahrádce, a to už nemůžu, jsem hrozně unavená, říkali, že to přejde, ale zatím to u mě neodeznělo. A brní mě nohy (chodidla), což je běžný stav. Začala jsem inklinovat k zelenině a ovoci a maso jsem vypustila. Na maso už nemám chuť ani uzeniny. Začala jsem pít jenom vodu čistou. Jinak jsem to snášela velice dobře.“*

Pacientky 4, 5, 7 se shodují hlavně ve změnách po psychické stránce. Získaly jiný náhled na sebe i na okolí a věci, které jsou důležité. Pacientka 4 uvedla, že se změnila: *„V pohledu na sebe a přístupu k životu. Musela jsem hodně zpomalit. A začala jsem si více vážit maličkostí kolem sebe a své rodiny. Člověk si spoustu věcí uvědomí, které mu běžně nedochází, pokud se nepřiblíží k smrti.“* Pacientka 5 pocítuje navíc změnu v rámci své psychiky a pohledu na řadu věcí a rovněž změnu v oblasti stravování. Pacientka 7 se od předcházejících patientek odlišuje především tím, že se změnila především po psychické stránce a osobnostně, změnily se její preference, a jak ona sama uvádí: *„životní hodnoty“, až na doplňující dotaz dodala, že stravování se v souvislosti s onemocněním výrazně změnilo rovněž, což může svědčit o tom, že změnu v psychice a osobnosti považuje za významnější než změnu v oblasti stravování.* Pacientka 5 v odpovědi na otázku uvedla, že: *„V tom, že si vážím víc toho, co mám a užívám si život naplno a každý den. A vážím si lidí, co mám kolem sebe. A jsem ráda, že mám dvě zdravé děti. Přehodnotila jsem životní hodnoty.“* Na doplňující dotaz ohledně stravování odpověděla: *„Ano, změnilo se, snažím se jíst*

zdravě, přidala jsem do jídelníčku hodně zeleniny a ovoce. Dříve jsem tomu moc neholdovala. Snažím se nekupovat potraviny s éčky, to si hlídám a hodně jsem ubrala maso, spíš jim teď ryby.“ Pacientka 7 naopak řekla: *„Spíš mám výčitky po psychické stránce, život беру jinak, je to hrozně pomíjivé, brala jsem vše na lehkou váhu, nikdy jsem nemarodila předtím, nevěděla jsem, co je to být nemocná a pak mě to sestřelilo.“*

I pacientka 6 stejně jako většina pacientek uvádí, že změna nastala v přístupu k životu, v preferencích, v hodnotách a v psychice a osobnosti pacientky. Pacientka uvádí, že ji rakovina prsu změnila především: *„V přístupu k životu. Vážím si každého dne a vím, že popřát hodně zdraví jinému člověku není fráze. Hodně jsem se zklidnila a dnes už vím, že spousta věcí počká a nejsou tak důležité. Asi žiju zdravěji a lépe se stravuji, přestala jsem kouřit. Paradoxně ze mne zkušenost s rakovinou udělala lepšího a spokojenějšího člověka. Nikdy bych nebyla tam, kde jsem dnes.“* Podobně jako pacientka 1 o sobě v souvislosti s rakovinou hovoří jako o „lepší a spokojenějším člověku“. Ani této pacientce se však nevyhnuły změny v oblasti stravování a životního stylu, kde je především důležité, že pacientka přestala kouřit a uvádí, že žije zdravě.

5. Rady z vlastní zkušenosti

Na otázku, ohledně rady z vlastní zkušenosti s rakovinou odpověděly pacientky různorodými doporučeními. Různá byla i doporučení, které pacientky z vlastní zkušenosti formulovaly pro další ženy, které se s podobnou nemocí potýkají či potýkat budou. Pacientky 1 a 5 se shodly, že je dobré vést ženy především k prevenci a k tomu, aby byla jejich rakovina včas zachycena v důsledku preventivních vyšetření. Pacientka 1 radí: *„Všem ženám, aby si kontrolovaly prsa, nezanedbávat mamograf, je to velice dobrý a nutný, mě zachránil život. A ať jsou na sebe hodný, protože nevíte, co se může stát. Aby se neopalovaly, celý život jsem si opalovala prsa bez podprsenky, což dnes vím, že je špatně. A hlavně ať si ženy prsa nezvětšují a hlídají si je, chrání si je, prostě se o ně starají. Byla jsem flink a nevyplatilo se mi to.“*

Pacientka 5 zaměřila také své doporučení především na prevenci, tedy na samovyšetření prsou a preventivní prohlídky a odpovídá: *„Určitě si dělat pravidelné samovyšetření a když si nejsou jisté tak se obrátit na svého lékaře (gynekolog, obvodní lékař). Nic nepodcenit a na nic nečekat, hned jít k lékaři, jakmile se Vám něco nezdá. Čas tu hraje taky velkou roli. Hlavně si nemyslet, já jsem mladá, mě se to netýká, může*

to potkat i mladé ženy a já jsem toho důkazem. Bůh ví, jak by to dopadlo, kdybych si nevyšetřovala prsa a přišla na to mnohem později, za to vděčím svému gynekologovi, který mě k tomu vedl.“

Naopak pacientky 2, 3, 4 se shodly v tom, že je nutné udržet si optimismus a nadhled, neuzavírat se do sebe a být v kontaktu s okolím. Doporučují zejména pozitivní přístup. Vedle toho také doporučují v mezích možností vyvíjet nějakou aktivitu, například chodit na procházky nebo jezdit na výlety, poslouchat své tělo a dát mu to, co si tělo vyžaduje. Pacientka 2 uvedla: *„Dovolím si citovat Charlese Bukowského "Svět patří těm, co se neposerou"...Snažit se prožít hezké chvíle i během léčby, věnovat se svým koníčkům, sportovat i pracovat co nejvíce to jde. Zaměřit se na jídelníček a fyzickou aktivitu, vídat se hodně s přáteli, nebát se zatelefonovat a neuzavírat se do sebe před okolím, nebát se o tom mluvit. Určitě bych doporučila zdravým ženám zamyslet se nad finanční stránkou a vyřešit si pojištění pro podobné případy, já jsem ho neměla a dnes bych přemýšlela jinak.“*

Pacientka 3 k tomu dodává, že doporučuje ženám: *„Hlavně aby o tom mluvily a nenechávaly to v sobě, je třeba o tom mluvit. Třeba i v čekárně jsme si sdělovaly zkušenosti a informace s jinými pacientkami. Neuzavírat se do sebe a nestydět se za nemoc a mluvit a mluvit.“*

Pacientka 4 radí: *„Přístupovat k nemoci pozitivně, nepodléhat depresím a smutku. Jak říká můj muž: „To ta nemoc miluje-smutek a deprese.“ Je důležité všechny ty těžké stavy přestat s pocitem, že odezní a všechno dobře dopadne. Opravdu je dobré chodit na procházky, jezdit na výlety a nepodléhat nemoci. Když mi je špatně, jdu si lehnout, když mi je dobře, tak si to užiju a jedu na kolo. Poslouchejte tělo a buďte optimistické.“*

Podobný přístup v zásadě zaujímá i pacientka 7, která k tomu dodala, že *„Aby byly průbojné, a hlavně aby pozitivně myslely a bojovaly, protože to za to stojí. Nevzdávat se. Když mi dřív někdo řekl, musíš věřit, tak jsem tomu nevěřila, teď vím, že je to důležitý.“* Pacientka 7 doporučuje zaměřit se zejména na psychiku.

Poněkud odlišný názor má pacientka 6, která doporučila v průběhu onemocnění chodit na kontroly, najít si v přístupu k rakovině a její léčbě svou cestu, a především za zásadní doporučení lze označit doporučení „nečíst internet“. Stejně tak byla pacientka i proti sdružování se v podpůrných skupinách pacientů, kritizuje i různé knihy celebrit o tom,

jak si prošly rakovinou. Na druhou stranu pacientka uvádí, že je pro ni těžké komukoliv radit a připouští, že prezentuje spíše svůj subjektivní pohled než radu. Pacientka 6 říká, že: *„Asi se dá těžko někomu radit, protože každá jsme jiná a taky typ nádoru a léčby je jiný. Takže chodit pravidelně na kontroly a řídit se radou lékaře a kdo potřebuje „léčitele“, ať ho má. Ale cestou, kterou půjdu, si musím určit sama. A určitě nečíst internet a žádné diskuse. A myslím, že ani sdružování žen v klubech a účast v pochodech pro mě není. A když známé osobnosti vydají knihu o tom, jak jsem si prošla rakovinou, je mi z nich špatně. Ale když se na mě někdo obrátil s prosbou o radu či pomoc, ráda jsem svou zkušenost předala.“*

5. Diskuse

Výzkum realizovaný v rámci bakalářské práce se zaměřoval na ošetrovatelskou péči u žen s karcinomem prsu z pohledu žen postižených touto diagnózou. Výzkumu se účastnilo sedm pacientek, které odpovídaly na otázky, které jim byly položeny v polostrukturovaném rozhovoru a které měly společné to, že úspěšně překonaly rakovinu prsu.

Od pacientek jsem zjišťovala způsob, objevení podezření na rakovinu prsu. Z výsledků otázek, ve kterých byla tato problematika zkoumána, lze konstatovat, že pacientky bylo možné rozdělit v zásadě do tří kategorií.

Mezi pacientkami se podařilo identifikovat jak případy, kdy pacientka, která pravidelně docházela na mamografické vyšetření (obvykle z preventivních důvodů), neměla žádné příznaky (nádor nebyl hmatný), zjistila, že je u ní podezření na rakovinu až v důsledku provedeného preventivního vyšetření na mamografu, tak i případy, kdy si pacientka nádor nahmatala sama v domácím prostředí, a to buď při samovyšetření prsu nebo častěji náhodou. To je podle Pachrové (2012) nejčastějším způsobem jakým žena objeví podezření na nádor prsu. U pacientek se obvykle jednalo o případy, kdy pacientka nádor nahmatala náhodou, nikoliv o případy, kdy by jej zjistila při samovyšetření prsu, což je poměrně závažným zjištěním.

Třetí skupinu pacientek, která byla zastoupena pouze jednou pacientkou, prezentovala pacientka, která na svém prsu sice nic nenahmatala, ale pozorovala tzv. propadlou kůži, což dle literatury – např. Buchlera a Kořána (2009) rovněž jedním z příznaků nádoru prsu, který však veřejnosti není tolik znám, což může u některých žen vést k podcenění situace. V porovnání s odbornou literaturou je také zajímavé, že žádná žena nepojala podezření na nádor v důsledku bolesti v prsou, což je jeden z příznaků, který uvádí například Coufal et al. (2011) jako jeden z prvotních impulsů jednak k vyšetření pacientky, ale také k jejímu sledování.

Zde jsem obdobné výsledky na počátku výzkumu více méně očekávala, nicméně je nepovažuji za pozitivní, protože skutečnost, že žena zjistí podezření na nádor vyloženě náhodně, místo toho, aby jej zjistila při samovyšetření prsu či u lékaře, rozhodně není pozitivní, naopak může mít negativní vliv na možnosti léčby i prognózu pacientky, pokud se nádor zanedbá.

Další souvislostí, která byla zkoumána v návaznosti na objevení nádoru v prsu, bylo, za jak dlouho žena vyhledala lékařskou pomoc. Opět se podařilo pacientky rozdělit do tří kategorií, kde první skupině zjistily nádor při preventivním vyšetření u lékaře, a tudíž ženu velmi rychle odeslali na další vyšetření a ke specialistovi, a tudíž nenastávaly žádné prodlevy. U žen, které si nádor zjistily samostatně doma, velmi záleželo na konkrétní ženě.

Některé ženy šly k lékaři okamžitě, například hned druhý den, jiné nějakou dobu otálely – v jednom případě dokonce až měsíc. To je poměrně problematickým zjištěním, protože brzké zahájení léčby je velmi žádoucí a důležité jak pro prognózu, tak zejména pro volbu možné léčby a jejích vedlejších účinků, což potvrzuje např. výzkum realizovaný Banz-Jansenem et al. (2012) v Německu, který dospěl k závěru, že v případě, že je rakovina zjištěna až v pokročilejších stádiích, je nutné použít k tomu, aby byla léčba úspěšná, agresivnější formy terapie, a to jak chirurgické metody, tak i léčby, jako je ozařování. S tím samozřejmě souvisí větší množství a intenzita nežádoucích účinků léčby, ale i větší dopad na pacientku, která se po delší době a obtížněji vrací do běžného života, může být více unavená apod.

Osobně se přikláním tomu, co uvádí Banz-Jansenem et al. (2012) a domnívám se, že otálet při podezření na rakovinu prsu s návštěvou lékaře je nerozumné, byť po lidské stránce toho jednání dokáží pochopit.

V souvislosti s otázkou objevení podezření na rakovinu prsu a v návaznosti na jeden z cílů výzkumu, který se týkal znalostí žen o daném onemocnění, se kterými se však tyto znalosti úzce pojí, byly zjišťovány znalosti patientek o provádění samovyšetření prsu. Ačkoliv by se dalo předpokládat, že v dnešní době, kdy jsou informace velmi snadno dostupné např. na internetu, z letáků v lékařských ordinacích či třeba v televizi, budou ženy mít dostatek znalostí o samovyšetření prsu, realita byla jiná. Na jednu stranu všechny pacientky, které se výzkumu účastnily věděly o samovyšetření prsu a věděly o tom, že si jej mají provádět.

Většina patientek měla informace právě například z médií, výjimkou byla pacientka se zdravotnickým vzděláváním, která informace načerpala z odborné literatury. Na druhou stranu část patientek připouštěla, že navzdory informacím, které z médií měly, nevěděly, jak samovyšetření vlastně provádět, což je alarmujícím zjištěním, neboť jak tvrdí například sdružení Mamma help (2014), mělo by se stát součástí života každé

ženy, protože je nejjednodušší metodou včasného zachytu rakoviny prsu, který je důležitý v návaznosti na výše uvedené, co zjistil např. Banz-Jansenem et al. (2012). S tím souvisí fakt, že vyjma pacientek, které měly např. genetickou zátěž v rodině, pacientky vesměs uváděly, že samovyšetření buď neprováděly vůbec nebo jej prováděly, ale nepravidelně, čímž vzrůstá riziko, že se nádor neodhalí v jeho raných stádiích.

Zde se domnívám, že postup žen, které samovyšetření prsu neprovádějí, popř. provádějí jen občas není rozumný a je úkolem nás sester (popř. ve spolupráci s lékaři) pacientkám vysvětlit, proč a jak by měly samovyšetření provádět, a jak je to důležité. Z odpovědí, kde se leckdy vyskytlo tvrzení, že žena si myslela, že ona rakovinu přeci mít nemůže, je patrné, že ženy nemají představu o tom, jak častý je výskyt tohoto onemocnění a že nikdo si nemůže být jist, že neonemocní.

S množstvím informací, které žena má o problému, častokrát souvisí i otázka návštěvy preventivních prohlídek u lékaře. Žena, která na ně nechodí, totiž obvykle nemůže mít dostatek informací o řadě onemocnění a problémů, které jí mohou hrozit. Z tohoto důvodu byla zkoumána také otázka návštěvy preventivních prohlídek u lékaře. V rámci výzkumného souboru všechny ženy na pravidelné prohlídky chodily. Významně se však lišil přístup gynekologů k tomu, zda vůbec vyšetřují prsa a také k tomu, zda ženy poučují o samovyšetření prsu. Ukázalo se totiž, že řada gynekologů buď prsa vůbec nevyšetřuje nebo ženu sice vyšetří na prohlídce, ale nepoučí ji (lékař ani sestra v ordinaci lékaře) o tom, jak správně provádět samovyšetření prsu. To také koresponduje s faktem, že řada pacientek nevěděla, jak se správně vyšetřovat. Lze tedy na základě uvedených odpovědí pacientek konstatovat, že někteří gynekologové vyšetřují prsa pouze v ordinaci a o samovyšetření ženu nepoučí, někteří ji vyšetří i poučí o samovyšetření a někteří lékaři dokonce ženu nevyšetří a ohledně samovyšetření ani nepoučí. Přitom by každý gynekolog měl v optimálním případě ženu vyšetřit v ordinaci a dále by ji sestra u daného gynekologa měla poučit a poradit, jak provádět samovyšetření. Realita je však v našich podmínkách jiná, přičemž, ačkoliv edukace a poučení, jak provádět samovyšetření je již spíše než v kompetenci lékaře v kompetenci sestry gynekologické ambulance, mám za to, že i lékař je spoluzodpovědný za to, pokud sestra své povinnosti neplní řádně a pacientky nepoučí.

Jak lze odvodit z různých výzkumů, nedostatečné provádění samovyšetření či neprovádění samovyšetření není jen doménou pacientek v rámci tohoto výzkumu, ale setkali se s tím i jiní výzkumníci. Příkladem mohou být třeba Kutlu, Biçer (2017), kteří rovněž realizovali podobný výzkum, a to v Turecku, přičemž i oni zjistili nedostatečné znalosti, a především nedostatečné samovyšetření prsu v ženské populaci, a to navzdory tomu, že autoři považují samovyšetření prsu za jednoduchý, a navíc beznákladový způsob, jak včas odhalit nádor v prsu.

Cíle výzkumu směřovaly především k otázkám informací, které pacientky měly, popř. mají o onemocnění, popř. k těm informacím, které dostaly v nemocnici. Proto bylo dále zkoumáno, jaké informace měly pacientky o rakovině prsu před tím, než jim samotným rakoviny prsu zjistili. Ve výzkumném souboru se vyskytovaly jak pacientky, které před tím, než jim byla diagnostikována rakovina prsu, o tomto onemocnění mnoho nevěděly, tak i pacientky, které měly určité znalosti. Rovněž zdroje informací byly různorodé, od lékařů, přes internet a časopisy, až po odbornou literaturu, které pacientky uváděly. Ve své podstatě většina žen uváděla, že věděla, že takové onemocnění existuje, nicméně ve skutečnosti mnoho informací neměly. Většina pacientek poměrně bez jakéhokoliv zastírání připustila, že mnoho informací neměla, jen jedna pacientka se snažila uvádět, že informace měla, nicméně to, co uvedla, bylo natolik obecné, že ji lze přiřadit k těm, které informace spíše neměly.

Výjimkou byla pacientka, která byla povoláním lékárnice, a tudíž určité informace měla již s ohledem na své studium, kde se samozřejmě i lékárníci řadu informace o různých onemocněních dozvědí.

Pokud se týká zdrojů informací, byly poměrně různorodé, vesměs se jednalo o média, případně internet, různé letáky a brožury, časopisy pro ženy apod. ale zmíněny byly také informace od lékaře, případně informace získané v souvislosti se studiem oboru zdravotnický zaměřeného, nicméně pokud se týká běžné populace, byly uváděny vesměs buď zdroje neodborného rázu (časopisy, televize, internet), ale i zdroje určené právě pro pacienty (brožury, letáky).

Předně bylo zjišťováno, jaké informace, které pacientky obdržely od personálu v nemocnici vnímaly. Předně je u této podkategorie nutné podotknout, že ačkoliv byla původně cílena na subjektivní pohled pacientky, jak se cítila po sdělení informací o svém onemocnění, tj. zda ji to vylekalo, povzbudilo apod. některé pacientky se spíše

vyjadřovaly k otázce, zda měly informací dostatek, na kterou byla přitom zaměřena až jedna z následujících kategorií. Vedle toho se vyskytovaly pacientky, které informace vnímaly spíše pozitivně, jako povzbuzení, což je velmi pozitivním zjištěním, neboť psychika hraje u léčby každého onemocnění významnou roli. To v zásadě potvrzuje i například Macháčková (2012), která se sice vyjadřuje obecně k ošetrovatelské péči o pacientku, jejíž součástí je samozřejmě i určitá forma edukace a poskytování informací, seznámení pacientky s jejím onemocněním apod., nicméně Macháčková (2012) uvádí, že při ošetrovatelské péči se sestra musí vždy zaměřit na bio-psycho-sociálně-duchovní potřeby patientek a měla by se řídit zásadami ošetrovatelského procesu, tak aby byly uspokojovány potřeby pacientky. To tedy znamená zohlednit i psychologickou stránku věci.

V návaznosti na tvrzení Macháčkové (2012), která uvádí, že je nutno zohlednit a nastavit ošetrovatelskou péči tak, je otázkou, zda byl zcela optimální postup u jedné z patientek (č.1), která tvrdila, že v době krátce po operaci měla dostatek informací a vlastně o další neměla ani příliš zájem, protože byla unavená a chtěla spát, nicméně z jejího výkladu se situace jeví tak, že ji v tomto stavu personál až příliš informacemi zatěžoval, což je v rozporu s tím, co zmiňuje Macháčková (2012). Osobně se domnívám, že by bylo vhodnější pacientku informovat až v momentě, kdy se na to bude cítit.

Obecně lze však uvést, že informace poskytovaly více lékaři než sestry a pacientky si v některých případech stěžovaly na nedostatek informací. Zde se však domnívám, že samotná edukace a podrobnější informování pacienta o onemocnění je v kompetenci sestry a sestry si tak neplní své povinnosti. Na jednu stranu je pochopitelné, že sester je chronický nedostatek a mají mnoho povinností, na druhou stranu nedostatečné poučení a edukace pacienta může mít negativní vliv na jeho zdraví a život. Z tohoto důvodu je podle mého názoru odpovědností jak sestry, aby si povinnosti plnila, tak zdravotnického zařízení, aby mělo dostatek personálu, který by umožnil tyto povinnosti řádně plnit.

Jeden z cílů práce se zaměřoval i na zjištění, jaké informace pacientka dostala při propuštění z nemocnice. Zde je především zajímavé, že ačkoliv podle Macháčkové (2012) je náplní práce sestry poskytovat informace o onemocnění, edukovat pacienty apod., většina patientek se nejvíce informací dozvěděla od lékařů, nikoliv sester, pokud

již sestra informace poskytla, obvykle nebyly úplné. V návaznosti na odpovědi pacientek, které byly citovány předcházející kapitole, lze konstatovat, že žádná z pacientek neměla úplné informace o tom, jak se o sebe po zákroku správně starat.

V kontextu výše uvedeného je nesporně zajímavý názor pacientky 4, která se léčila ve dvou nemocnicích, přičemž v jedné jí bylo poskytnuto velké množství informací, se kterým byla velmi spokojená, druhá nemocnice jí příliš informací neposkytla, ačkoliv ve zprávách a dokumentech byl uveden opak, tedy že pacientka byla poučena apod. Tato skutečnost může evokovat myšlenku, že velmi záleží na konkrétním pracovišti, tedy na tom, kolik má pacientů, kolik personálu, jak je personál vytížený, ale možná také na samotné ochotě personálu se pacientovi věnovat.

Obecně je však žádoucí, aby se informování při propouštění pacientky z nemocnice do budoucna zlepšilo, neboť jak vyplynulo z odpovědí pacientek, některé nevěděly ani skutečně zásadní informace týkající se sebepéče či omezení po zákroku, např. nepřetěžování ruky, neodebírání krve z dané ruky apod.

Toto je velmi zásadním nedostatkem, neboť v důsledku nedodržení opatření, o kterých pacientka bez dostatku informací od personálu zdravotnického zařízení leckdy nemusí ani vědět, může potenciálně vést i k poškození jejího zdraví, navíc i literatura – např. Coufal et al. (2011) uvádí, že je nutné tyto informace pacientce dát a optimálně při propouštění z nemocnice ještě zopakovat. Je samozřejmě otázkou, zda pacientka v souladu s tím, co uvádí Coufal et al. (2011) nedostala informace např. o nepřetěžování ruky již dříve např. ihned po probuzení po operaci, což autor doporučuje, nicméně vzhledem k tomu, že pacientka krátce po operaci, si nemusí vše zcela optimálně zapamatovat, je jistě vhodné vše ještě před propouštěním do domácí péče opětovně shrnout.

Rovněž informace a informování přímo ze strany sester bylo pacientkami hodnoceno různým způsobem, nicméně vyloženě spokojená byla pouze jedna pacientka, řada pacientek zmiňovala, že spíše, než od sester se důležité informace dozvěděly od lékařů. V zásadě se dá tudíž uvést, že sestry by sice měly dle Macháčkové (2012) či Coufala et al. (2011) informace pacientům poskytovat, v realitě na to však nemají čas a prostor, což vede k tomu, že pacientkám buď informace nedávají vůbec nebo jen v minimálním množství, případy, kdy se sestra pacientce intenzivně věnuje jsou spíše výjimečné. Opět se jedná o prostor pro zlepšení.

Jedna z výzkumných otázek se zaměřovala na změny v životě pacientek v důsledku onemocnění rakovinou prsu. Vzhledem k tomu, o jak závažné onemocnění se jedná, je pochopitelné, že změny ve svém životě více či méně zaznamenaly všechny pacientky, nicméně u některých byly změny radikální, u jiných spíše jen minimální. Pacientky přitom obvykle popisují buď změnu své osobnosti a preferencí nebo změnu svých návyků, změny životního stylu, a to včetně stravování, které se změnilo směrem ke zdravému stravování, které byly často patrné z rozhovorů. Některé pacientky také uvádějí vyšší únavu a menší výkonnost.

Jak se ukázalo, největší význam pacientky přičítají změnám v oblasti své osobnosti, v pohledu na svět, který v důsledku onemocnění vnímají jinak, dokáží si řady věcí více vážit, váží si maličkostí. Další změnou, která se opakuje jsou změny především v oblasti stravování, které jsou v řadě případů doprovázeny i dalšími změnami, které se týkají životního stylu, který je zdravější než dříve, v oblasti zdravého životního stylu lze zmínit i jednu pacientku, která v důsledku rakoviny přestala kouřit. Vybrané pacientky popisují i další změny, např. v množství aktivit, únavu nebo v tom, že pociťují zdravotní problémy apod.

Každá pacientka přitom alespoň nějakou změnu ve svém životě uvedla, což znamená, že lze konstatovat, že všechny pacientky vnímaly rakovinu prsu jako závažné onemocnění, které vedlo k nějakému typu změn v jejich životě. Některé pacientky uvádějí např. jen jeden typ, jako třeba zdravější stravování, či náhled na věci, vážení si maličkostí, u jiných byla proměna zásadní a zasáhla celý jejich život (od stravování, přes návyky, přes pohled na svět, schopnost vykonávat určité aktivity apod.).

Rovněž v dalších výzkumech Mols et al. (2006) se lze setkat s tím, že rakovina významně ovlivňuje celou řadu oblastí lidského života, neboť stejně jako v tomto výzkumu i Mols et al. (2006) zjistil u pacientek po ukončení léčby rakoviny například bolesti, snížení kvality sexuálního života stejně jako psychosociální obtíže.

V zásadě nebylo podle mého názoru možné očekávat jiný výsledek, protože to, jak změní rakovina prsu život ženy je závislé na několika různých faktorech. Záleží jednak na tom, jak závažné bylo onemocnění, jak agresivní terapie byla použita, což souvisí s tím, na jak dlouho je pacientka vyřazena z běžného života, a jak se dokáže vrátit zpět. Vliv má v této oblasti samozřejmě i věk pacientky, stejně jako její osobnost, někdo snáší rakovinu, její léčbu i související změny lépe, jiný hůře, někdo přistupuje

ke všem doporučením lékařů a sester zodpovědně, jiný méně apod. Vliv mají samozřejmě i další aspekty, jako jsou např. přidružená onemocnění nebo třeba pomoc rodiny, přístup personálu v nemocnici apod. Nelze se tudíž podívat nad tím, že odpovědi patientek se liší, přesto se podařilo vysledovat určité sdílené faktory, které byly výše uvedeny (zdravější životní styl, změna pohledu na svět, život, přístup k věcem apod.).

V návaznosti na změny, se kterými se ženy potýkaly a na jejich vlastní prožitky rakoviny prsu byla analyzována jsou doporučení, která patientky formulovaly pro ženy se stejným onemocněním, které se např. o onemocnění teprve dozvěděly, popř. i pro doposud zdravé ženy, které si však nikdy nemohou být jisté tím, že zrovna je rakovina prsu v budoucnu nepotká.

Z hlediska doporučení lze v zásadě uvést, že doporučení se dala rozdělit do tří skupin. První skupinu tvořila doporučení, která se týkala především situace před samotným onemocněním, zejména byla doporučována prevence, případně uzavření pojištění. Druhá skupina doporučení se zaměřovala především na to, jak si udržet pozitivní pohled na věc, optimismus apod. Třetí skupinu doporučení prezentovala pacientka 6, jejíž výčet doporučení byl poměrně specifický, doporučovala spíše věci, které platí pro ni než pro většinu lidí, např. nečíst informace o onemocnění na internetu.

V návaznosti na nejrozličnější doporučení, které patientky v rozhovoru formulovaly je opět nutné konstatovat, že každý má jiné priority, každého při léčbě rakoviny trápí trochu jiné aspekty problému (někdo trpí nevolnostmi, jiný příliš ne, někoho nejvíce trápí estetická stránka problému, jiného spíš strach ze smrti, někoho trápí finanční stránka věci, tedy, že je na nemocenské, jiný tyto otázky řešit nemusí), tudíž je pochopitelné, že doporučení jsou do značné míry subjektivního rázu a formované nejen vlastními zkušenostmi, ale i prioritami a osobností patientky.

Navzdory těmto skutečnostem však lze podle mého názoru ženám, kterým byla právě sdělena diagnóza rakoviny prsu doporučit, aby se s nějakými doporučeními ze strany patientek, které si stejnou diagnózou prošly seznámily a vybraly si ta doporučení, která jsou pro ně zajímavá, popř. se týkají té oblasti problematiky, která pacientku nejvíce zasahuje. Není třeba se doporučeními řídit striktně, ale jistě je i pro psychickou pohodu patientky lepší vědět, co čekat, na co se připravit a optimálně být připravena, protože v nemocnici již na řadu věcí není čas.

6 Závěr

Tématem bakalářské práce byla ošetrovatelská péče o ženu s rakovinou prsu. Rakovina prsu je v dnešní době poměrně častým onemocněním, kterým často netrpí jen starší, ale i mladé ženy. Jedná se o onemocnění závažné, jehož léčbu často komplikuje i fakt, že pacientka přijde k lékaři s podezřením na nádor pozdě, případně psychologické aspekty související s léčbou (např. v souvislosti s mastektomií). Ošetrovatelskému procesu u pacientek s touto diagnózou by proto měla být věnována zvýšená pozornost.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají ženy znalosti o karcinomu prsu, zda jsou dostatečně informovány zdravotnickým personálem, zejména po propuštění do domácí péče a hlavně, jak jim karcinom prsu celkově změnil život. V návaznosti na hlavní cíle práce byly formulovány čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zjišťovala, jaké měly ženy znalosti o karcinomu prsu před onemocněním. Ukázalo se, že znalosti žen o rakovině prsu, které nebyly příliš velké, měly pacientky spíše jen základní informace, a to že takové onemocnění existuje, že by si měly provádět samovyšetření prsu, popř. v případě pochybností či podezření na nádor zajít k lékaři. Širší informační přehled o rakovině prsu neměly. Výjimkou byla pacientka se zdravotnickým vzděláním. Lze konstatovat, že znalosti byly ve většině případech minimální.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjistit, v jakých oblastech sestry informují ženy při propuštění do domácí péče. Ukázalo se, že v praxi není informování jednotné, nicméně obvykle se týkaly informace zejména zátěže ruky, rehabilitace, dalšího režimu léčby (popř. stravování), jen v minimu případů dostala pacientka skutečně všechny informace, většina pacientek navíc uvádí, že více informací dostala od lékařů než od sester. Dále bylo zjištěno, že informace se velmi lišily v návaznosti na pracoviště.

Třetí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jaké informace byly pro ženy nedostačující při propuštění do domácí péče. Šetřením bylo zjištěno, že některé ženy se například vůbec nedozvěděly, že ruku nesmějí přetěžovat, že by z ní neměly být realizovány odběry krve či měření tlaku nebo o následné rehabilitaci, což jsou informace skutečně zásadní, a přitom nebyly v některých případech poskytnuty.

Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, co ženám toto onemocnění dalo a vzalo. I v tomto případě se ukázalo, že všem pacientkám se život změnil, nicméně konkrétní změny uváděla každá pacientka trochu jiné.

Častou odpovědí pacientek bylo, že se změnil jejich pohled na život, na svět, na věci, jsou lepším člověkem apod. Změnil se obvykle i životní styl, a to k lepšímu, což lze označit za ty aspekty, které jim rakovina dala, např. na změně stravování se shodly téměř všechny pacientky. Naopak, co jim rakovina vzala, je obvykle např. možnost realizovat určité aktivity, celkově jsou méně fyzicky zdatné a častěji pociťují únavu. Pacientky v realizovaném výzkumu však k věci přistupovaly spíše pozitivně.

Tato bakalářská práce nám dovolila nahlédnout na problematiku karcinomu prsu očima samotných pacientek a mohla by se stát praktickým výstupem na přednášku zaměřenou na důležitost samovyšetřování prsou a jeho praktický nácvik, který bývá samotnými ženami často podceňován. Tato přednáška může být následně přínosem pro zlepšení včasného rozpoznání (záchytu) karcinomu prsu.

7 Seznam literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, J., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. ANGENENDT, G. et al., 2007. *Praxis der Psychoonkologie*. Berlin: Grafisches Centrum Cuno. 210 s. ISBN 978-3-8304-5316-1.
3. BANZ-JANSEN, C. et al. 2012. Characteristics and therapy of premenopausal patients with early-onset breast cancer in Germany. *Arch. Gynecol Obstet.* č. 2, doi:10.1007/s00404-012-2291-9.
4. BEZDIČKOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
5. BUCHLER, T., KOŘÁN, M., 2009. *Karcinom prsu. Průvodce pro pacienty – diagnóza a léčba*. Praha: Aliance žen s rakovinou prsu o.p.s. 32 s.
6. COUFAL, O. et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9.
7. DAVIDOVÁ, O., 2013. Komplexní péče o pacientky po operacích prsu. *Sestra*. Roč. 23, č. 10, s. 49-51. ISSN 1210-0404.
8. FIALA, P. et al., 2009. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum. 173 s. ISBN 978-80-246-4491-5.
9. FIŠAROVÁ, L., PACHROVÁ, M., 2012. Rehabilitace patientek po operaci karcinomu prsu. *Sestra*. Roč. 22, č. 2, s. 54-55. ISSN 1210-0404.
10. GATĚK, J., DUDA, M., 2012. Chirurgie karcinomu prsu – taktika a technika operací. *Rozhledy v chirurgii*. Roč. 91, č. 3, s. 172-180. ISSN 0035-9351.
11. HLADÍKOVÁ, Z. et al., 2009. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 105 s. ISBN 978-80-244-2268-8.
12. JANDOROVÁ, V. et al., 2008. Boj s karcinomem prsu. *Sestra*. Roč. 18, č. 6, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

13. JELÍNEK, M., 2013. *Výživa při zhoubných onemocněních*. Praha: Atac. 128 s. ISBN 978-80-905640-0-8.
14. KNESCHKE, Z., 2013. Předoperační a pooperační péče o ženy při senologických operacích. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 9, č. 1, s. 44-45. ISSN 1801-1349.
15. KUČEROVÁ, R., 2015. Zdravotní aspekty antiperspirantů. *Dermatologie pro praxi*. Roč. 9, č. 2, s. 70-72. ISSN 1802-2960.
16. KUTLU, R., BICER, Ü., 2017. Evaluation of Breast Cancer Risk Levels and Its Relation with Breast Self-Examination Practices in Women. *Breast Healt.* 1;13(1): s. 34-39. DOI: 10.5152/tjbh.2016.2832.
17. MACHÁČKOVÁ, R., 2012. Zásady ošetrovatelské péče o pacientku s nádorovým onemocněním prsu. *Sestra*. Roč. 20, č. 7-8, s. 69-70. ISSN 1210-0404.
18. MAMMA HELP, 2014. Samovyšetření prsou [online]. Samovyšetření prsou. Dostupné z: <http://www.mammahelp.cz/odborne-informace/prevence/samovysetreni-prsu>
19. MAMO, 2014. Rakovina prsu: Preventivní samovyšetření prsu [online]. Breast unit Prague [cit. 2014-08-04]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>
20. MEDITORIAL, 2016. Hormonální antikoncepce: opravdu hrozí rakovina? [online]. Léčba rakoviny. Dostupné z: <http://www.lecba-rakoviny.cz/novinky/hormonalni-antikoncepce-opravdu-hrozi-rakovina-248>
21. MĚŠŤÁK, J., 2007. *Prsa očima plastického chirurga*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-1834-7.
22. MIKŠOVÁ, Z. et al, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
23. MOLS, F. et al., 2006. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer*, 41(17), s. 2613-2619.

24. MULLER, D., 2011. *100 nejúčinnějších zabijáků rakoviny*. Praha: Euromedia. 128 s. ISBN 978-80-249-2702-02.
25. PACHROVÁ, M., FIŠAROVÁ, L., 2012. Karcinom prsu. *Sestra*. Roč. 22, č. 5, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
26. PETRÁKOVÁ, K. et al., 2010. O nádorech prsu [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav [cit.2014-08-04]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-prsu-c50/o-nadorech-prsu/>
27. PRAUSOVÁ, J., 2010. Karcinom prsu – problém i v 21. století. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 12, č.1, s. 26-32. ISSN 1212-7299.
28. PETRUŽELA, L., 2014, Liga proti rakovině Brno. <http://www.onko.cz/lekar-biologicka-lecba-v-onkologii/>
29. <http://www.projekt35.cz/samovysetreni-prsu.php>
30. Rakovina prsu, 2015. <http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/radioterapie/>
31. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
32. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
33. TRNKOVÁ, M., 2011. Nádory prsu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 20, č. 4, s. 404-440. ISSN 1211-1058.
34. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-247-2832-2.
35. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
36. SUCHÁ, B., 2011. Karcinom prsu a péče o pacientky po operaci. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 7, č. 1, s. 17-18. ISSN 1801-1349.
37. SULIK, G., 2011. *Pink ribbon blues: How breast cancer culture undermines womens health*. Oxford University Press. ISBN 01-997-4045-3.

38. ŠLAMPA, P. et al., 2007. *Radiační onkologie*. Praha: Galén. 457 s. ISBN 978-80-7262-469-0.
39. ŠVARŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
40. ŽALOUDEK, J., 2008. *Vyhněte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 987-80-247-2307-5.

8 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1	Základní otázky k rozhovorům s pacientkami
Příloha 2	CD – písemný zápis rozhovorů
Příloha 3	Zpracování rozhovoru metodou tužka – papír
Příloha 4	Návrh na přednášku o samovyšetřování prsu

Příloha č. 1

Základní otázky k rozhovorům s pacientkami

Jakým způsobem jste pojala podezření, že byste mohla mít rakovinu?

Za jak dlouho po podezření jste se odhodlala jít k lékaři?

Jak probíhalo Vaše onemocnění od zjištění až po hospitalizaci?

Co jste věděla o rakovině prsu, než jste se sní potkala osobně?

Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o rakovině?

Věděla jste o samovyšetření prsou?

Prováděla jste samovyšetření prsou?

Chodíte na preventivní prohlídky?

Jaké jste dostala informace od ošetřujícího personálu před operací?

Jaké jste dostala informace od ošetřujícího personálu po operaci?

Jak na Vás tyto informace působili?

Jaké jste dostala informace od sester při propuštění do domácí péče?

V čem by měly sestry více informovat pacientky podle Vás?

Kdo Vám byl největší oporou a co Vám pomáhalo v nejtěžších chvílích nemoci?

V čem nejvíce Vám rakovina změnila život?

Co byste poradila ženám ohledně rakoviny z vlastní zkušenosti?

Příloha č. 3

Zpracování rozhovorů metodou tužka – papír

1) Jakým způsobem jste si zjistila, že máte rakovinu prsu? Chodila jsem na mamograf každé 2 roky pravidelně. Nádor byl uložen hodně hluboko, takže nebyl hmatný. Nic jsem si nenahmatala.

2) Za jak dlouho po zjištění nebo podezření jste se odhodlala jít k lékaři? Ihned začal kolotoč, šlo to rychle

3) Jak probíhalo Vaše onemocnění od zjištění až po hospitalizaci? (popište)
Udělala se biopsie a za 10 dní mi zavolali, že je to zhoubný a šla jsem hned na operaci a vyndali mi nádor, za 2 měsíce jsem nastoupila na ozařování a brala jsem hormonální tablety na 5 let. S těmi jsem teď skončila. Po roce jsme zase šla na kontrolu a tam zjistili že mam opět ve stejném prsu nádor, který je v horším stavu a musí se odstranit celý prs, tak jsem šla opět na operaci. A na svoji žádost jsem si nechala odstranit obě prsa z preventivních důvodů. Po operaci jsem byla na chemoterapii a podstoupila jsem biologickou léčbu.

Jak jste se cítila při léčbě? – při chemoterapii jsem nemohla týden chodit, hrozně mě bolely nohy a byla jsem hrozně unavená a ta únava trvá dodnes. Bolesti a na zvracení mi nebylo. Snášela jsem to velice dobře. Ani ozařování mě nebolelo, jen jsem měla trochu červený prso.

4) Co jste věděla o rakovině prsu než jste se s ní potkala osobně? Věděla jsem, že to není nic příjemného ale nic moc jsem nevěděla. Já se z věcí nehroučím a vůbec jsem si to nepřipouštěla.

5) Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o rakovině prsu? Od paní doktorky a z internetu. Našla jsem si na internetu, že se to může vrátit tak jsem si je nechala vzít obě prsa preventivně, ale konzultovala jsem to s lékařem.

6) Vzpomněla by jste si na konkrétní stránky na internetu kde jste hledala informace? Tak to už nevím, napsala jsem do vyhledávače rakovina prsu a tam mi vyjelo spousta informací, ale stránky už nevím.

3.

6) Věděla jste o samovyšetřování prsou? Ano

Kde jste se o něm dozvěděla, kdo Vás s tím seznámil? - Z televize kde ukazovaly aby si ženy prohlížely prsa a jak to správně dělat a pobízely ženy aby to dělaly pravidelně. Dřív mi gynecolog prsa prohlížel, ale teď co chodím na mamograf tak už to nedělá.

7) Prováděla jste si samovyšetření prsou? Ano, dělala jsem si ho občas, ale ne pravidelně, většinou ve sprše když jsem si vzpomněla jednou za čas

Proč jste pravidelně nevyšetřovala prsa? - Mě to nenapadlo, v rodině nikdo rakovinu neměl, vůbec jsem to neřešila a nemyslela jsem, že to potřebuju. Podcenila jsem to.

Dělá si nyní samovyšetřování prsou pravidelně? - ano teď si ho už dělám a myslím si že je to dobrý si je hlídat. Zrovna jsem si něco nahmatala, ale nevím co to je můžou to být i srůsty po operaci. Jsem objednaná na kontrolu, tak se trochu bojím co z toho bude.

8) Chodíte na preventivní prohlídky? Ano chodím po 4 měsících jsem hlídaná, už chodím jen na ultrazvuk na onkologii na mamograf už nechodím. Žádný prsa už nemam.

9) Jaké jste dostala informace od ošetřujícího personálu před operací? Řekli, že mi to vyndají, šlo to hrozně rychle moc si to nepamatuju. Pak mi nádor zaměřili asi pod CT a pak jsem jela hned na sál.

10) Jaké jste dostala informace od ošetřujícího personálu po operaci? Říkali abych nic do 3 kil nezvedla, nezvedat moc ruku nahoru, nechodit na slunce, nedávat krev z operované ruky. O rehabilitaci se nikdo nezmínil ani jsem nerehabilitovala.

Měří Vám tlak na této ruce? - ano měří to mě nikdo neinformoval, že se na operované ruce nesmí měřit tlak, to nikdo neřeší

11) Jak na Vás tyto informace působily? Celkem mi stačili, a když jsem nevěděla tak jsem se ptala doktorky. Ta mi poskytla nejvíce užitečných informací. Dala mi i svůj mobil a mohla jsem jí volat v případě potřeby.

Nevěděla jste si někdy rady a volala jste lékaře na mobil? - ano jednou mi z druhého prsu tekla tekutina tak jsem se vyděla a volala doktorce co se děje. Uklidnila mě, že to asi nic není bylo to jen povrchový a na chirurgii mi to vyčistili, byl to zánět asi.

12) Jaké jste dostala informace od sester při propuštění do domácí péče? Od paní doktorky, s jídlem že můžu jíst co chci. Nežhubla jsem. Neměla jsem ani nechutenství.

13) V čem by měly sestry více informovat pacientky podle Vás? (Kdo Vás nejvíce informoval sestry, staniční sestry nebo lékaři?) Nejvíce informací bylo od lékařů. Sester tam moc nebylo. Na sestry si stěžovat nemohu, ale spíš se mnou mluvili lékaři. Říkala jsem si že by mě mohli aspoň informovat o lázních, ráda bych jela, ale nikdo mi je nenabídl.

U obvodního lékaře jste se neptala na lázně- ne neptala jsem se řekla jsem si že je nepotřebuju a nemám nárok. Zjistila jsem, že mám nárok na benzín když dojíždím na onkologickou léčbu a to mi nikdo taky neřekl, zjistila jsem to zpětně a to už nešlouplatnit.

Informovali Vás o epitézách? - ano paní doktorka mi to vysvětlila, ale já jsem je nechtěla, mam je doma, ale já je nenosím. Vůbec to neřeším lidi už mě takhle znají, že nemám prsa

Nosila jste paruku? - ty jsem taky nenosila, jen jednou jinak jsem nosila jen šátek a manžel mi říkal, že mi sluší víc bez vlasů.

Co pro Vás bylo nejhorší během léčby? - Nejhorší pro mě byla únava, čekala jsem na manžela na lavičce venku kde jsem většinou venku usla na slunci, ale druhý den většinou únava odezněla. Mám ji dodnes, ale ne každý den.

14) Kdo Vám byl největší oporou a co Vám pomáhalo v nejtěžších chvílích nemoci? Manžel pořád mě vozil na léčbu a vnoučata a syn s těmi jsem se potěšila a dcera. Manžel byl velká opora a taky říkal ať si nechám vzít obě prsa, ať se mi to nevrátí, podpořil mě v tom.

15) V čem nejvíce Vám rakovina změnila život? Byla jsem dřív hodně aktivní na zahrádce a to už nemůžu, jsem hrozně unavená, říkali že to přejde ale zatím to u mě neodeznělo. A brní mě nohy (chodidla) což je běžný stav. Začala jsem

inklinovat k zelenině a ovoci a maso jsem vypustila. Na maso už nemám chuť ani uzeniny. Začala jsem pít jenom vodu čistou. Jinak jsem to snášela velice dobře.

16) Co by jste poradila ženám ohledně rakoviny z vlastní zkušenosti? Hlavně aby o tom mluvila a nenechávali to v sobě, je třeba o tom mluvit. Třeba i v čekárně jsme si sdíleli zkušenosti a informace s jinými pacientkami. Neuzavírat se do sebe a nevydržet se za nemoc a mluvit a mluvit.

Příloha č. 4

Přednáška o samovyšetřování prsu zaměřená na správnou techniku

Samovyšetřování prsu patří k nejjednodušší metodě včasného zachytu karcinomu prsu. Při pravidelném a správném samovyšetřování jsou ženy schopny odhalit i velmi malou bulku v prsu. Smyslem přednášky je upozornit na důležitost pravidelného samovyšetřování, které bývá často podceňováno a také ukázat praktický nácvik samovyšetřování.

Cíl přednášky

- Upozornit cílovou skupinu na důležitost samovyšetřování prsu
- Upozornit cílovou skupinu na důležitost a časté podceňování samovyšetřování hlavně ze strany mladých žen
- Předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na samovyšetřování prsu
- Ukázat cílové skupině praktickou ukázkou samovyšetřování prsu

Cílová skupina

Cílovou skupinu tvoří ženy všech věkových kategorií navštěvující podpůrné skupiny

Průběh přednášky

Přednáška je zaměřena na problematiku samovyšetřování prsu, hlavně jeho význam v životě každé ženy a provádění správné techniky. Program by byl realizován interaktivní formou. Součástí by bylo zmapování znalostí o samovyšetřování prsu žen. Přednáška by probíhala v prostorách podpůrné skupiny a trvala by asi 60 minut. Přednášku by vedla sestra edukátorka proškolená v dané problematice. Náplní programu by bylo seznámení se samovyšetřování prsu, rozdání informačního letáku s názornou ukázkou jak správně samovyšetřovat prsa. Bylo by puštěno krátké instruktážní video o samovyšetřování a na závěr by bylo ještě názorně ukázáno na některé z dobrovolnic, jak správně vyšetřovat prsa. Úplný závěr by byl věnován diskusi a dotazům.

Pomůcky

- Projektor, notebook, informační leták