

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI – OPERAČNÍ
LÉČBA KARCINOMU PRSU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Barbora Bittnerová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph. D.**

2020

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**PATIENT'S PERCEPTION OF ILLNESS –
SURGICAL TREATMENT OF BREAST CANCER**

Bachelor's thesis

Author: **Barbora Bittnerová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph. D.**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Nové Vsi

.....

(podpis)

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Evě Vachkové Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady, které mi pomohly při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu na oddělení chirurgické kliniky ve FNHK, který mi pomohl s uskutečněním výzkumné části a samozřejmě všem pacientkám, které byly ochotny se podílet se na empirické části. Další velký dík patří mé rodině, partnerovi a přátelům za podporu a věcné poznámky k bakalářské práci.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Anatomie mléčné žlázy a prsu	9
1.1 Mléčná žláza.....	9
1.2 Prs.....	10
2 Zhoubné onemocnění prsu	11
2.1 Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu	12
2.2 Vznik zhoubného nádoru	12
2.3 Dělení karcinomu prsu	13
2.3.1 Neinvazivní karcinomy	13
2.3.2 Invazivní karcinomy	15
2.4 Symptomy karcinomu prsu	18
2.5 Diagnostika karcinomu prsu	19
2.6 Staging – klasifikace rozsahu onemocnění	22
2.7 Léčebná strategie.....	25
3 Operační léčba karcinomu prsu	26
3.1 Parciální mastektomie (PME)	27
3.2 Totální mastektomie (TME).....	28
3.3 Specifika ošetrovatelské péče	30
3.4 Ošetrovatelský proces u pacientky po mastektomii pro karcinom prsu.....	33
3.4.1 Definice ošetrovatelského procesu	33
3.5 Karcinom prsu u mužů	37
4 Prevence	38
4.1 Definice prevence.....	38
4.2 Onkologická prevence.....	38
5 Pacientovo pojetí nemoci	40
5.1 Definice pojmu nemoci	40
5.2 Smysl nemoci	41
5.3 Postoj k nemoci.....	41
5.4 Definice pojmu pacientovo pojetí nemoci	42
5.5 Potřeby nemocného	43
5.6 Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci.....	44

5.7	Teoretické přístupy konceptualizace pacientova pojetí nemoci.....	45
EMPIRICKÁ ČÁST		47
6	Zkoumaný vzorek a použité metody	48
6.1	Cíle výzkumu	48
6.2	Zkoumaný vzorek pacientek	48
7	Výsledky	49
7.1	Obecné demografické údaje	49
7.2	Výsledky dotazníku IPQ-R-BREF-CZ 20 položek všech pacientek	53
7.3	Vyhodnocení dotazníku IPQ-R-BREF-CZ 20 položek u pacientek před operační léčbou karcinomu prsu	64
7.4	Vyhodnocení dotazníku IPQ-R-BREF-CZ 20 položek u pacientek po operační léčbě karcinomu prsu	66
7.5	Vyhodnocení možných příčin nemoci pomocí dotazníku.....	68
8	Diskuze	76
Závěr		81
Anotace		83
Seznam použité literatury		85
Seznam grafů		88
Seznam tabulek		90
Seznam příloh		91
Přílohy		92

Úvod

Jedním z nejčastějších nádorových onemocnění žen je karcinom prsu. Výskyt karcinomu prsu se každým rokem v České republice zvyšuje. Prognóza tohoto onemocnění se stále zlepšuje díky screeningu a lepšímu povědomí žen o samovyšetření prsou a to i díky organizacím, které upozorňují ženy i muže na možnou hrozbu karcinomu prsu a nabízí jim psychickou podporu v případě maligního nálezu.

Důvodem, proč jsem si vybrala právě toto téma byla praxe na chirurgickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Zde jsem se setkávala s ženami i s muži s karcinomem prsu a naslouchala jejich příběhům o tom, co je přimělo vyhledat lékaře, zda mají karcinom prsu v rodině, jak to jejich rodina přijala a jak pohlíží na svou nemoc samotné pacientky a pacienti. Karcinom prsu s sebou nese velký psychický nápor, ne jenom na samotnou pacientku či pacienta, ale i na jejich rodinu a blízké. Uvědomila jsem si, že karcinomem prsu může onemocnět každý z nás, i když se tato nemoc nenachází v naší rodinné anamnéze.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá anatomií prsu, rozdělením zhoubných nádorů prsu, možností operační léčby, prevencí a pacientovým pojetím nemoci. Cílem empirické části bakalářské práce je zjistit a porovnat pacientovo pojetí nemoci, v našem případě pojetí karcinomu prsu, před a po operační léčbě a zjistit, zda pacientky vnímají svou nemoc jinak na základě typu chirurgického výkonu (parciální a totální mastektomie). Dalším cílem je zjistit pohled patientek na možné příčiny vzniku karcinomu prsu. Ke zjištění výše zmíněných informací jsme zvolily dotazník IPQ-R-BREF-CZ, což je zkrácená verze dotazníku IPQ-R-CZ, která obsahuje pouze 20 položek, které umožní zhodnotit pohled patientek na své onemocnění a druhou částí dotazníku bylo zjišťování pohledů patientek na možné příčiny karcinomu prsu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie mléčné žlázy a prsu

1.1 Mléčná žláza

Mléčná žláza neboli *glandula mammae* hraje důležitou roli zejména v životě ženy. Mléčná žláza je zodpovědná za tvorbu mateřského mléka, které je důležité pro správný vývoj novorozence. Jedná se o největší párovou kožní žlázu uloženou na přední straně hrudníku. Spolu s podkožním tukem utváří vyvýšeninu v podobě prsu (*mamma*) (Čihák, 2016, s. 647; Dylevský, 2019, s. 211).

Mléčnou žlázu tvoří 15 – 20 laloků, které se rozvětvují do lalůčků (Dylevský, 2019, s. 212). Stavební jednotkou jednotlivých lalůčků jsou žlázové buňky. Vývody laloků utváří mlékovody (dukty), které vyúsťují na prsní bradavce (Dylevský, 2019, s. 212).

Tukový polštář, ve kterém je mléčná žláza uložena, je tvořen vrstvou premammární a retromammární (Čihák, 2016, s. 649).

Vývoj mléčné žlázy je zahájen v embryonálním období, přesněji v 6. týdnu, kdy se vytvoří mléčná lišta. Na ní dojde během dalšího vývoje ke vzniku základu mléčné žlázy. Základ je u obou pohlaví stejný až do období dospívání. Poté se vývoj základu mléčné žlázy liší. U mužů se dále nevyvíjí, jelikož je blokován hladinou testosteronu. U žen dochází k dalšímu vývoji mléčné žlázy i prsu (Čihák, 2016, s. 649).

Mléčnou žlázu zařazujeme mezi žlázy apokrinní, tzn. vylučující sekret. Sekreční funkce je ovládána především hormony, a to luteálním hormonem, prolaktinem a hormony placenty (Čihák, 2016, s. 649; Dylevský, 2019, s. 212).

Po porodu se nejdříve tvoří mlezivo a následně se začne vytvářet mateřské mléko. Tvorba mléka je složitý proces, který probíhá ve žlázových buňkách mléčné žlázy. Zde se z krve matky sbírá glukóza, která se přeměňuje na mléčný cukr, a aminokyseliny, ze kterých se tvoří mléčné bílkoviny. Další složkou jsou tuky, které se získávají z tuků krevní plazmy matky. Mateřské mléko představuje plnohodnotnou stravu pro novorozence. Obsahuje cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerály, soli a hormony. Důležitou bílkovinou pro novorozence je kasein, který slouží k obnově tkání, zatímco cukry společně s tuky slouží k přísunu energie. Výhodou kojení je nejen vhodný poměr obsažených látek v mateřském mléce, ale i předání protilátek a utužování vztahu mezi matkou a dítětem (Dylevský, 2019, s. 212).

1.2 Prs

Prs neboli *mamma* je vyvýšenina tvořená mléčnou žlázou a tukovým polštářem. Prsa jsou párovým orgánem uloženým na přední ploše hrudníku, přesněji mezi 3. – 6. žebrem (Čihák, 2016, s. 647; Slezáková a kol., 2011, s. 16). „*Tvar a velikost prsu je individuální, závisí na velikosti žlázy, množství tukové tkáně, věku a proběhlém těhotenství.*“ (Coufal a kol., 2011, s. 16)

Tvar prsu ženy se během života mění. Rozlišujeme několik typů – plochý, dále polokulovitý, který vystřídá typ hruškovitý a následně ochablý prs (Čihák, 2016, s. 647).

Během dospívání ženy dochází k růstu prsu, a to kvůli zvětšování a dělení ductů. U žen, které nekojí, je prs vyplněn hlavně tukovou a vazivovou tkání. Oproti tomu v průběhu gravidity převažuje žláznatá část prsu vůči pojivové tkáni a opět dochází k růstu prsu.

Po ukončení laktace se prs zmenšuje a pojivová tkáň převažuje nad částí žláznatou. (Abrahámová a kol., 2009, s. 16).

Vrchol prsu tvoří dvorec (*areola mammae*) o velikosti 3-5 cm, který se během těhotenství zvětší. Je silně pigmentovaný a může být barevně odlišný, a to do barvy růžové až po tmavě hnědou. Během těhotenství dvorec tmavne (Čihák, 2016, s. 647). Na povrch dvorce vybíhají potní a mazové žlázy v podobě malých vyvýšenin (Čihák, 2016, s. 647; Fiala a kol., 2015, s. 204). Dvorec se skládá z hladké svaloviny, která reaguje na dráždění dotykem (Čihák, 2016, s. 647).

Součástí dvorce je prsní bradavka (*papilla mammae*), která je umístěna uprostřed plochy dvorce a představuje vyústění mlékovodů (Čihák, 2016, s. 647).

Mléčná žláza je velmi dobře cévně zásobena, nejvýznamnějšími přítokovými cévami jsou anterolaterální a laterální perforátory, a. thoracica interna, a. axillaris a jejich větve (Coufal a kol., 2011, s. 22-23).

Mízní zásobení mléčné žlázy zprostředkovávají mízní cévy. Míza proudící v mízních cévách je filtrována pomocí mízních uzlin. Tyto uzliny dělíme podle jejich umístění na axilární, parasternální a supraklavikulární (Abrahámová a kol., 2009, s. 16).

2 Zhoubné onemocnění prsu

Nejprve je důležité zmínit rozdělení nádorů prsní žlázy. Nádory dělíme na zhoubné a nezhooubné, tedy na maligní a benigní. V případě benigních onemocnění se nejčastěji jedná o cysty, abscesy, fibroadenomy. Benigní nádory jsou charakteristické ohraničenými ložisky, které se nešíří do okolí (Büchler a kol., 2017, s. 69; Mačák a kol., 2012, s. 282-283). Na druhé straně jsou zhoubné nádory prsu – karcinomy prsu (Mačák a kol., 2012, s. 282).

Jedná se o nejčastěji se vyskytující karcinom žen v České republice. U mužů není tak častým zhoubným nádorem (Büchler a kol., 2017, s. 69).

Tomáš Büchler a kolektiv (2017, s. 69) tvrdí, že nejčastějším karcinomem prsu u žen je invazivní duktální karcinom a druhým nejčastějším typem je invazivní lobulární karcinom. Výskyt karcinomu prsu stále stoupá, ale díky screeningu a propagování samovyšetření prsu dochází k časnému zachytu karcinomu v raných stádiích a klesá výskyt karcinomu prsu v pozdějších stádiích.

Častější výskyt karcinomu je pozorován u nerodiček, nebo obézních žen. S přibývajícím věkem se také zvyšuje možnost výskytu zhoubného nádoru (Mačák a kol., 2012, s. 282-283). Nejvíce je objeveno okolo 50. – 70. roku života, tvrdí Büchler a kolektiv (2017, s. 69).

Histologie popisuje prso jako žlázu, která je hojně rozvětvená a tvořená tubuly a dukty. Tyto jednotky obklopují 2 vrstvy. Vnitřní vrstva výstelky je tvořena kubickým epitelem a vnější vrstva je tvořená myoepitelovými buňkami. Tyto buňky tvoří hradbu kolem epitelu (Mačák a kol., 2012, s. 282-283).

Karcinom se může vytvořit v jakékoliv části prsu, pro lepší orientaci, rozlišujeme

4 kvadranty:

- zevní horní (ZHK) – nejčastější místo nálezu karcinomu
- mediální horní (MHK)
- zevní dolní (ZDK)
- mediální dolní (MDK)

Dalšími zachytnými body jsou:

- centrální segment
- axilární výběžek (Coufal, 2011, s. 33-34)

2.1 Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu

Rizikové faktory pro vznik karcinomu prsu rozdělujeme na genetické a negenetické. U negenetických faktorů hraje důležitou roli estrogen. Zvýšené riziko představují vysoké hodnoty estrogenu a jejich déletrvající působení. Další riziko představují časná první menstruační krvácení, nerodičky, nebo pozdní úplné vymizení menstruace. Své riziko má i dlouhodobé užívání ústně užívané antikoncepce v mládí. Další faktor je obezita, která má velký vliv hlavně u postmenopauzálních žen (Becker a kol., 2005, s. 115).

V rizikových genetických faktorech pro vznik karcinomu prsu mají velkou roli supresorové geny BRCA1, BRCA2 a erbB2. Dalším velkým rizikem je rodinný výskyt karcinomu prsu (Becker a kol., 2005, s. 116).

2.2 Vznik zhoubného nádoru

Mlékovody a lalůčky jsou tvořeny buňkami, které podléhají buněčnému dělení. Zhoubný nádor vznikne mutací jedné z buněk a vznikne iniciovaná buňka. Lidský organismus má kontrolní organismus, který je schopný tuto buňku opravit nebo dojde ke smrti buňky. Pokud je kontrolní mechanismus neúspěšný, dochází k dalším mutacím a vytvoří se oddiferencovaná rakovinná buňka (Friedrichs a kol., 2017, s. 18-20).

Nádorové buňka má schopnost rozrušit vazbu s okolními buňkami a díky tomu se šířit do okolních i vzdálených oblastí těla. Tato buňka se od běžné zdravé tělesné buňky liší. Tělesná buňka si vytváří energii zpracováváním cukrů v podobě glukózy pomocí kyslíku, zatímco rakovinné buňky zkvašují cukry na kyselinu mléčnou bez přítomnosti kyslíku. Imunitní systém dokáže usmrtit buňku pouze v zásaditém prostředí, jelikož si rakovinné buňky s pomocí kyseliny mléčné tvoří kyselé prostředí, imunitní systém selhává a dochází k dalším mutacím. Tím se vytvoří nádor (Friedrichs a kol., 2017, s. 18-20).

Zdárnou léčbou dochází k buněčné smrti, pokud je léčba neúspěšná, šíří se rakovinné buňky do jiných částí těla, tedy metastazují. Buňky metastazují lymfatickou a krevní cestou do prostředí prsu a lymfatických uzlin v axile. Poté vytváří metastázy ve vzdálených orgánech, a to v kostech, plicích, mozku nebo játrech (Friedrichs a kol., 2017, s. 18-20).

2.3 Dělení karcinomu prsu

Na základě toho, zda nádory rostou pomalu a na jednom místě, nebo rostou rychleji a prorůstají do okolních tkání, rozdělujeme nádory na neinvazivní a invazivní. U invazivních typů nádorů dochází k šíření nádorových buněk do okolí (Abrahámová, 2009, s. 19).

Mezi neinvazivní zhoubné nádory řadíme **duktální karcinom *in situ* (DCIS)** a **lobulární karcinom *in situ* (LCIS)** (Mačák a kol., 2012, s. 283). Obecně se karcinomy *in situ* nemohou šířit do okolí, tzn. nemetastazují (Coufal a kol., 2011, s. 255).

Nejčastěji se karcinom manifestuje jako pozvolna rostoucí ložisko, které je objeveno pomocí mamografie či ultrasonografie. Nutné je zabývat se i neobvyklými formami karcinomu:

- multifokální – nález několika nádorových ložisek v témže kvadrantu
- multicentrický – nález několika nádorových ložisek v odlišných kvadrantech
- karcinom v periférii prsu
- difúzní – zasažená je celá žláza
- inflamatorní – postihují kožní mizní cévy, projevuje se začervenáním a otokem kůže prsu
- Pagetův karcinom (Coufal a kol., 2011, s. 82-83)

2.3.1 Neinvazivní karcinomy

➤ Karcinom *in situ* - Tis

Karcinomy *in situ*, také označovány jako preinvazivní karcinomy neboli předstupně rakoviny prsu, jsou omezené na jedno místo, např. mlékovody, lalůčky. Nešíří se, neprorůstají, ale mají maligní znaky (Coufal a kol., 2011, s. 47; Friedrichs a kol., 2017, s. 25).

Mezi předstupuň rakoviny prsu řadíme duktální karcinom *in situ* – DCIS a lobulární karcinom *in situ* – LCIS. DCIS je omezen na mlékovody a LCIS na lalůčky (Friedrichs a kol., 2017, s. 25).

Může se stát, že během života karcinom *in situ* přejde do invazivity. Diagnostikuje se pomocí rentgenového vyšetření prsu. Viditelnost léze na RTG snímku je závislá na mizení vápníku do postižených vývodů obsahující buď nekrózu, nebo dystrofické buňky.

Na snímku se lépe zobrazuje nekróza, která bývá u DCIS, oproti LCIS, kde se s nekrózami neseťkáváme skoro vůbec (Coufal a kol., 2011, s. 47).

➤ **Duktální karcinom *in situ* (DCIS)**

U tohoto typu karcinomu se tvoří rakovinné buňky v **duktech** a **lobulech** a šíří se vývody žláz (Coufal a kol., 2011, s. 255; Mačák, 2012. s. 283). DCIS má větší pravděpodobnost přechodu do invazivního duktálního karcinomu. Přechod může trvat několik měsíců až několik let, nebo nemusí přejít do invazivního stádia vůbec. Při nález DCIS se nejčastěji přistupuje k operačnímu řešení a odstranění karcinomu (Coufal a kol., 2011, s. 256).

Pro DCIS je typické, že se žádné klinické příznaky neobjevují, probíhá tedy bezpříznakově. Málokdy se objeví bulka, sekret z bradavky nebo vyrážka na dvorci a bradavce (morbus Paget). V případě jakéhokoli podezřelého nález, je vhodné doplnit biopsii (Coufal a kol., 2011, s. 47).

U bezpříznakového průběhu můžeme na **rentgenovém snímku** prsu objevit mikrokalcifikace, tedy malá ložiska, ve kterých je nahromaděn vápník, nebo samotné ložisko. Tento nález je vhodné doplnit punkční biopsií (Coufal a kol., 2011, s. 256-257).

Pokud je nahmatán útvar v prsu, bývá při **mamografickém vyšetření** nalezeno ložisko, mikrokalcifikace nemusí být přítomna. Opět je vhodné přistoupit k punkční biopsii (Coufal a kol., 2011, s. 256).

Dochází-li k vylučování sekretu z bradavky, provádí se **duktografie** nebo **dochektomie**. Stává se, že na rentgenovém snímku není patrný žádný nález (Coufal a kol., 2011, s. 256).

Mezi poslední příznaky patří morbus Paget. Nejdříve pacient pociťuje svědění bradavky, následně se na ní objeví vyrážka, která přechází na dvorec a může se šířit až na kůži prsu. Prvním krokem je odebrání vzorku ze zasažené oblasti. Na rentgenovém snímku nemusí být přítomna kalcifikace, ani ložisko, ale pokud je ložisko detekováno, provádí se punkční biopsie (Coufal a kol., 2011, s. 256).

DCIS se diagnostikuje pomocí mamografie, dále se může využít ultrasonografie s doplňujícími výkony jako je biopsie. Díky mamárnímu screeningu v podobě mamografie se zvyšuje počet nově zjištěných nálezů (Coufal a kol., 2011, s. 256).

Jak již bylo zmíněno, východiskem DCIS je operační léčba, kdy se přistupuje k odstranění celého ložiska. Komplikací operace bývá nepřesné určení rozsahu ložiska DCIS pomocí zobrazovací technologie (Coufal a kol., 2011, s. 256). „Až u 1/3 případů diagnostikovaných

předoperačně jako DCIS může být při histopatologickém vyšetření operačního resektátu nalezen invazivní karcinom.“ (Coufal a kol., 2011, s. 258)

Podle velikosti léze určujeme, zda pacientka podstoupí parciální nebo totální mastektomii. U menších lézí lze provést parciální mastektomii, u větších nálezů, které nedovolí provést parciální mastektomii, lékař indikuje totální mastektomii (Coufal a kol., 2011, s. 260).

➤ **Lobulární karcinom in situ (LCIS)**

LCIS je popisován jako zmnožení buněk v **lalůčku**, kdy je pravděpodobné, že bude rozptýleně prostupovat žlázou (Motlík, Živný, 2001, s. 415). Ve většině případů se na lobulární karcinom přijde náhodně při vyšetřování jiného nálezu. Při zjištění LCIS je nezbytné brát ohled na zvýšenou možnost vzniku invazivních karcinomů lobulárních i invazivního duktálního karcinomu. Kvůli tomuto riziku rozlišujeme tři různé preventivní strategie, které bude pacientka podstupovat (Coufal a kol., 2011, s. 267).

Jednou z možností je docházení na kontroly po půl roce a jednou za rok na mamografii. Dá se říci, že se jedná o strategii, kdy vyčkáváme a sledujeme. Tato taktika je součástí sekundární prevence. Další možností profylaxe je podávání tamoxifenu, který by měl snížit riziko. Součástí je ale i možnost vzniku vedlejších účinků léku, a proto je důležité posoudit vhodnost užívání. Poslední a současně nejméně častou možností je profylaktická bilaterální mastektomie (Coufal a kol., 2011, s. 267).

2.3.2 Invazivní karcinomy

V případě, že karcinom *in situ* získá invazivitu, překročí bazální membránu a pronikne do okolních tkání, dojde ke vzniku invazivního karcinomu. V této situaci si již většina pacientek najde bulku. Tyto typy karcinomu mohou mít různou velikost, ohraničení, konzistence, součástí mohou být i nekrózy (Coufal a kol., 2011, s. 50).

Odpověď organismu na tuto skutečnost může být u každého jedince různá. Není možné se spoléhat na léčbu, která zabrala u předchozí pacientky, jelikož každá reaguje na léčbu jiným způsobem (Coufal a kol., 2011, s. 50).

Invazivní karcinomy dělíme do několika typů, které budou popsány dále.

➤ **Duktální invazivní karcinom (DIC)**

„Duktální invazivní karcinom je základním a nejčastěji se vyskytujícím histologickým typem.“ (Coufal a kol., 2011., s. 50)

Tento typ karcinomu vychází z ductů a neprojevuje se žádnými specifickými projevy (Motlík, Živný, 2001, s. 426; Vorlíček a kol., 2012, s. 348). DIC dělíme do několika typů, nejčastěji je klasifikován jako blíže neurčený, nebo podle převažující struktury na tubulární, papilární a mucinózní (Motlík, Živný, 2001, s. 427).

Mohou se vyskytovat v průběhu celého života ženy, avšak nejvíce okolo 60. roku života ve formě hmatného a k okolí upevněného uzlu. Důležité je odlišit DIC od duktálního karcinomu *in situ* (Motlík, Živný, 2001, s. 426).

➤ **Lobulární invazivní karcinom – LIC**

LIC patří mezi jeden z nejčastějších invazivních karcinomů prsu. Nemocný si často nachází útvar podobný uzlu se špatně hmatnými neostrými okraji. Nález se může zdát na snímku malý, ale je důležité upozornit pacientku, že může dojít i k takové situaci, kdy patolog nalezne více ložisek nádoru nebo potvrdí pronikání metastáz do mízních uzlin. V tom případě je vhodnější volit totální mastektomii (Coufal a kol., 2011, s. 144).

Pro LIC je charakteristické specifické uspořádání rakovinových buněk, které jsou seřazeny buď v jednom pruhu tvořeném jednou řadou, nebo jsou seřazeny v pruhu složeného ze dvou řad. LIC bývá diagnostikován až v pokročilejší fázi, tím pádem jsou již metastáze v mízních uzlinách (Coufal a kol., 2011, s. 52; Motlík, Živný, 2001, s. 430).

➤ **Medulární karcinom – MC**

MC se převážně vyskytuje u žen před 35. rokem života a u žen středního věku. Nejčastěji může být zaměněn za fibroadenom nebo zvětšenou uzlinu (Motlík, Živný, 2001, s. 436). Nádorový útvar je velmi dobře ohraničený, kulovitý s velikostí kolem 3 centimetrů. Mnohdy se objevují druhotné změny ve formě hemoragie nebo nekrózy (Abrahámová a kol., 2003, s. 111; Motlík, Živný, 2001, s. 436). Odlišujeme ještě jeden typ medulárního karcinomu, a to atypický medulární karcinom (AMC). U AMC jsou častěji postiženy mízní uzliny, zatímco u MC je postižení mízních uzlin mnohem nižší (Abrahámová a kol., 2003, s. 111).

➤ **Mucinózní invazivní karcinom – GIC**

Zobrazovací metody zobrazují mucinózní karcinom jako oválný útvar s neostrými okraji, ovšem velmi dobře ohraničený od okolní tkáně. Nádorový útvar je tvořen velkým množstvím mucinu, a při palpaci nalézáme měkké ložisko. Tento typ karcinomu se objevuje spíše u žen vyššího věku (Abrahámová a kol., 2003, s. 111).

➤ **Papilární invazivní karcinom – PIC**

PIC se vyskytuje především u žen s vyšším věkem. Novotvar je dobře ohraničený, objevuje se mnohdy s hemoragií. Mohou vznikat i cystické papilární karcinomy, které jsou typičtější pro ženy ve věku kolem 70 let (Abrahámová a kol., 2003, s. 112; Motlík, Živný, 2001, s. 438).

➤ **Tubulární invazivní karcinom – TIC**

„Makroskopicky se většinou jeví jako malý hutný nádor hvězdčovitých okrajů, velikosti kolem 10 mm, vzácně nad 20 mm.“ (Motlík, Živný, 2001, s. 439)

Nádorový útvar je dobře hmatný a objevující se v okrajových částech mléčné žlázy (Motlík, Živný, 2001, s. 438).

➤ **Speciální typy karcinomů – Pagetův karcinom**

Řadíme ho do skupiny karcinomů *in situ*, který postihuje prsní bradavku a dvorec.

Na první se nám může jevit pouze jako vyrážka. Výskyt Pagetova karcinomu je propojený s nálezem duktálního karcinomu *in situ*, kdy se jeho buňky dostávají z mlékovodu až na kůži. Horším případem je nález invazivního karcinomu místo DCIS (Coufal a kol., 2011, s. 83).

Pagetův karcinom se projevuje zpočátku v podobě svědění bradavky, poté se objevují změny na kůži omezené pouze na bradavku a dále se může šířit na dvorec a až za jeho okraj na zbylou kůži prsu. Nutností je provedení kožní biopsie bradavky, mamografie a při nálezu ložiska i punkční biopsie (Coufal a kol., 2011, s. 53).

2.4 Symptomy karcinomu prsu

Díky stále více narůstající propagaci samovyšetření prsu, dochází k rychlejšímu záchytu karcinomu prsu. Mnoho organizací, které pořádají workshopy, upozorňuje na hrozbu karcinomu prsu, jak provádět samovyšetření a co udělat v případě nahmatání bulky. Známostou organizací je například Loono, tato organizace zdůrazňuje důležitost prevence karcinomu prsu.

Nejčastějšími příznaky jsou:

- **hmatný útvar** – ženy na něj přichází především díky samovyšetření prsu, nebo ji může na útvar upozornit partner, ovšem ne vždy se musí jednat o nádor
- **změna tvaru prsu** – nádor si může k sobě přitahovat okolní struktury, a tím dojde k nesouměrnosti prsou, také menší nádory v oblasti dekoltu jsou lépe viditelné na první pohled a opět dochází ke změně tvaru prsu
- **změna kůže prsu** – dochází k začervenaní kůže prsu, které se projeví buď na určitém místě, nebo postihne celý prs, občas je zarudnutí spojeno se zvýšenou teplotou kůže prsu
- **edém kůže** – příčinou je porucha odtoku mízy
- **vtažení kůže, bradavky** – vtažení vzniká přitahováním okolních struktur k nádoru, v případě bradavky nebo dvorce je vtažení snadnější díky tenké kůži
- **výtok z bradavky** – nejedná se o častý příznak karcinomu prsu, často se vyskytuje u duktálního karcinomu *in situ*
- **bolest** – bolest se nejčastěji projevuje v paži, nebo prsu, bolest ale nemusí být způsobena karcinomem, proto je vhodné, aby pacientka podstoupila další vyšetření
- **zvětšené mízní uzliny v podpaží** – často se jedná o pokročilé stadium karcinomu, kdy dochází k metastazování do axilárních uzlin (Coufal a kol., 2011, s. 58-86)

2.5 Diagnostika karcinomu prsu

Prostřednictvím diagnostických metod diferencujeme benigní a maligní nádory, zda jsou invazivní či neinvazivní a zda jsou hormon-senzitivní či ne (Friedrichs a kol., 2017, s. 56-57).

Základem diagnostiky karcinomu prsu je anamnéza a klinické vyšetření. Díky anamnéze zjistíme symptomy, které jsou zmíněny výše. Dále se zabýváme familiárním výskytem rakoviny, pokud je pozitivní, následuje genetické vyšetření. Pacientka podstupuje základní vyšetření jako je mamografie a ultrasonografie, popřípadě magnetickou rezonanci prsu. Pokud mamografický snímek nepotvrdí přítomnost karcinomu, i přesto existuje šance přítomnosti karcinomu. V případě nálezu podezřelého útvaru, je vhodné ho vyšetřit prostřednictvím biopsie, i když zobrazovací metody nic nepotvrdily (Coufal a kol., 2011, s. 91).

Pro klinické vyšetření je nezbytné, aby si pacientka odložila podprsenku a tričko stáhla minimálně po pas. Důležité je to především kvůli samotnému vyšetření prsu a mízních uzlin – uzlina nad klíční kostí a v podpaží. Lékař vyšetřuje pohledem a pohmatem.

Při vyšetření pohledem pacientka vzpažuje, upažuje a má paže podél těla. Dále se lékař zabývá tvarem a kůží prsou. Následuje prohmatání prsou a spádových uzlin (Coufal a kol., 2011, s. 92).

Diagnostika je založena na diagnostických zobrazovacích metodách. Mezi ně zařazujeme:

- mamografie (MG)
- ultrasonografie (USG)
- magnetická rezonance prsu (MRM)
- další zobrazovací metody – duktografie, počítačová tomografie (CT), pozitronová emisní a rentgenová počítačová tomografie (PET/CT) (Coufal a kol., 2011, s. 93; Friedrichs a kol., 2017, s. 58-67)

V případě nálezu karcinomu se vyšetřují vždy oba prsy, kdy využíváme mamografii a ultrasonografii. Pokud se objevuje i výtok z bradavky, volíme k mamografii i duktografii.

Při vyšetření axilárních uzlin se přistupuje k USG. Pokud již nádor metastazoval, vyhledáváme metastáze v játrech, plicích a kostech. Jsou to nejčastější orgány, kam karcinom prsu metastazuje (Coufal a kol., 2011, s. 92-93).

Při nejasném nálezu na MG a USG se přistupuje k biopsii a při jasném nálezu karcinomu se využívá MRM k přesnému vymezení rozsahu. Jen v ojedinělých situacích se využívá MRM při nejasném nálezu na MG a USG (Coufal a kol., 2011, s. 92-93).

➤ **Mamografie**

Metoda první volby u žen nad 40 let. Díky rentgenovým paprskům získáme obraz prsu v šikmé a kraniokaudální projekci (dále může být doplněna o projekci laterální či rolovanou). MG dělíme na filmovou a digitální. Díky MG snímkům se zjišťuje přítomnost karcinomu a mikrokalcifikací (Coufal a kol., 2011, s. 63; Friedrichs a kol., 2017, s. 58-59).

MG slouží v prevenci karcinomu prsu, na kterou mají nárok ženy každé 2 roky po 45. roce života, nebo jako diagnostická MG při nálezů novotvaru v prsu. MG je využitelná i u mužů, kteří si nahmatali bulku v prsu. V tomto případě se snímkuje v šikmé projekci. (Coufal a kol., 2011, s. 63-64).

MG má i své vedlejší účinky, které pramení zejména z ozařování – zčervenání prsu, vznik lymfedému (Friedrichs a kol., 2017, s. 58).

➤ **Ultrasonografie**

Metoda první volby u žen do 40 let. K mamografii přistupujeme až při pozitivním výsledku ultrasonografie (Coufal a kol., 2011, s. 67). Výhodou USG je dostupnost vyšetření, bývá součástí většiny gynekologických ordinací a navíc nezatěžuje tělo radiačním zářením. Nevýhodou je nejisté rozpoznání mikrokalcifikací, které dobře poznáme na mamografickém snímku (Friedrichs a kol., 2017, s. 60-61).

Prostřednictvím USG rozlišujeme cystické léze (cysty, serom) od solidních lézí (Coufal a kol., 2011, s. 67; Abrahámová a kol., 2003, s. 99).

Při potvrzení cystické léze je pacientka nadále sledována. Při nálezů solidní léze se přistupuje k ověřování – verifikaci například v podobě biopsie (Abrahámová a kol., 2003, s. 99).

Ultrasonografií lépe odhalíme lobulární karcinom, zatímco mamografie lépe odhalí duktální karcinom *in situ* (Coufal a kol., 2011, s. 65-66).

Po vyšetření prsu následuje ultrasonografie axilárních uzlin, která je běžně oválná, kdežto u patologického nálezů je uzlina kulovitá. Patologický nález může znamenat metastázu nebo uzlinu zasaženou zánětem. Jestliže nezjistíme klinickým nebo USG vyšetřením metastázu uzlin, přikračujeme k biopsii sentinelové uzliny (Coufal a kol., 2011, s. 69).

➤ **Magnetická rezonance prsu**

Využívá se jako doplňující vyšetření mamografie a ultrasonografie, kdy je předem diagnostikován jasný nález. Také se využívá v případě podezření na rupturu prsních

implantátů (Abrahámová a kol., 2003, s. 101; Coufal a kol., 2011, s. 70). Běžně je aplikována kontrastní látka intravenózně do pažní žíly, mluvíme tedy o kontrastní MRM (Friedrichs a kol., 2017, s. 64-65; Coufal a kol., 2011, s. 71). Pacientka se během snímkování nesmí pohnout, jelikož by byla narušena kvalita snímku (Friedrichs a kol., 2017, s. 65).

Stanoviska pro vyšetření MRM:

- **sledování rizikových pacientek** – např. nosičky mutace genů BRCA1 a BRCA2
- **stanovení lokalizace a velikosti karcinomu**
- **hodnocení účinku chemoterapie** – hodnotí, zda je vhodné v ní pokračovat, nebo ji ukončit a zahájit jinou možnost léčby
- **metastáze v axilárních uzlinách** – hledá se nádor, ze kterého pochází metastáze
- **nejasné nálezy na MR a USG** – slouží ke zhodnocení nezbytnosti vykonání biopsie (např. zvolení nejvhodnějšího místa pro provedení biopsie) (Coufal a kol., 2011, s. 71-72)

➤ **Duktografie, PET/CT**

Duktografii zvolíme u pacientek se samovolnou sekrecí z bradavky, která zachycuje vývod mléčné žlázy pomocí RTG snímku. Pacientkám se zavádí kanyla do vývodu mléčné žlázy a aplikuje se kontrastní látka (Abrahámová a kol., 2003, s. 103; Coufal a kol., 2011, s. 75). Snímky odhalují např. duktektázie, které označují možnou přítomnost intraduktálního karcinomu (Coufal a kol., 2011, s. 75).

PET/CT je sloučení dvou zobrazovacích metod, tedy pozitronové emisní tomografie a počítačové tomografie. Běžně se nepoužívá, ale díky ní můžeme zjistit, zdaje nádor přirostlý k hrudní stěně (Abrahámová a kol., 2003, s. 103-104; Coufal a kol., 2011, s. 75).

Velké místo v diagnostice karcinomu prsu hraje biopsie.

➤ **Biopsie**

Záměrem biopsie je potvrzení malignity nebo benignity odebraného vzorku tkáně (Friedrichs a kol., 2017, s. 62).

Rozlišujeme několik invazivních postupů biopsie:

- **punkce tenkou jehlou** – lékař odebere vzorek buněk do injekční jehly, která je napojena na běžnou injekční stříkačku, vzorek se odesílá na cytologické vyšetření (Coufal a kol., 2011, s. 76; Friedrichs a kol, 2017, s. 62)
- **core-cut biopsie** (tkáňová punkční biopsie) – lékař odebere pomocí tru-cut jehly válečky tkáně, biopsie probíhá pod kontrolou USG, avšak v případě, že nález není viditelný pro USG, ale je viditelný na mamografii, využíváme mamografickou kontrolu (Coufal a kol., 2011, s. 76; Friedrichs a kol, 2017, s. 62)
- **vakuová biopsie** (mammotomie) – princip odběru je takový, že vakuum vtáhne tkáň do odběrové jehly různé velikosti, jehla se otáčí až o 360° a ohromnou výhodou je odebrání velkého množství vzorků (i přes 30), využívá se při zjištění mikrokalcifikací (Coufal a kol., 2011, s. 76)

2.6 Staging – klasifikace rozsahu onemocnění

Rozsah onemocnění určuje TNM klasifikace. Jde o klasifikaci mezinárodně užívanou (Coufal a kol., 2011, s. 99; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 113).

Posuzuje velikost primárního nádoru (T – tumor), postižení spádových uzlin (N – nodus) a výskyt metastáz (M – metastasis) (Friedrichs a kol., 2017, s. 26-27).

Klasifikace je určena buď před zahájením léčby (označujeme jako cTNM), nebo po vyšetření nádoru (pTNM), a nebo až po absolvování protinádorové léčby (yTNM). Výsledkem je vymezení klinického stadia (0 – IV) (Coufal a kol., 2011, s. 99).

Kategorie T (T0 – T4) – určení závisí na výsledku zobrazovacích metod a klinickém vyšetření, kde se zjišťují informace o velikosti výchozího nádoru a zda proniká do hrudní stěny a kůže. Například T0 označuje nepřítomnost nádoru, zatímco například T2 označuje přítomnost nádoru velikosti od 2,1 cm do 5 cm.

Kategorie N (N0 – N3) – stanovuje se na základě USG a klinického vyšetření. Posuzuje přítomnost metastáz v regionálních uzlinách a jejich pohyblivost. Největší výskyt metastáz bývá v axilárních uzlinách.

Kategorie M (M0 – M1) – určuje výskyt metastáz po těle prostřednictvím zobrazovacích metod (Coufal a kol., 2011, s. 99-101; Friedrichs a kol., 2017, s. 26-27)

Na základě výsledků TNM klasifikace je určeno klinické stadium karcinomu prsu.

- **Stadium 0** – Tis – přítomnost DCIS/LCIS nebo Pagetovy choroby, N0 – nejsou přítomny metastázy regionálních uzlin, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
- **Stadium I** – T1 – přítomnost nádoru velikosti do 2 cm, N0 – nejsou přítomny metastázy regionálních uzlin, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
- **Stadium IIA** – vyskytuje se ve 3 formacích
 - T0 – není přítomný žádný nádor, N1 – přítomnost metastáz v axilární pohyblivé uzlině, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
 - T1 – přítomnost nádoru velikosti do 2 cm, N1 – přítomnost metastáz v axilární pohyblivé uzlině, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
 - T2 – přítomnost nádoru velikosti od 2,1 cm do 5cm, N0 – nejsou přítomny metastázy regionálních uzlin, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
- **Stadium IIB** – vyskytuje se ve 2 formacích
 - T2 – přítomnost nádoru velikosti od 2,1 cm do 5cm, N1 – přítomnost metastáz v axilární pohyblivé uzlině, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
 - T3 – přítomnost nádoru většího než 5 cm, N0 – nejsou přítomny metastázy regionálních uzlin, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
- **Stadium IIIA** – vyskytuje se ve 4 formacích
 - T0 – není přítomný žádný nádor, N2 – výskyt metastáz ve fixované axilární uzlině případně ve vnitřní mammární uzlině, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
 - T1 – přítomnost nádoru velikosti do 2 cm, N2 – výskyt metastáz ve fixované axilární uzlině případně ve vnitřní mammární uzlině, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
 - T2 – přítomnost nádoru velikosti od 2,1 cm do 5cm, N2 – výskyt metastáz

ve fixované axilární uzlině případně ve vnitřní mammární uzlině, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy

- T3 – přítomnost nádoru většího než 5 cm, N1/N2, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy

- **Stadium IIIB** – T4 – nádory penetrující do hrudní stěny, kůže, N0/N1/N2, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
- **Stadium IIIC** – vyskytovat se může jakkoliv velký nádor (libovolné T), N3 – metastázy v podklíčkových či nadklíčkových uzlinách, popřípadě s metastázy v uzlinách axily a vnitřních mammárních uzlinách, M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy
- **Stadium IV** – vyskytovat se může jakkoliv velký nádor (každé T) a zasaženy mohou být jakékoliv regionální uzliny (libovolné N), M1 – vyskytují se vzdálené metastázy (Coufal a kol., 2011, s. 100-103; Friedrichs a kol., 2017, s. 26-27; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 112-113)

2.7 Léčebná strategie

V léčebné strategii se využívají dva způsoby léčby – systémová a lokální terapie. Tyto metody se mohou kombinovat. O tom, jaký způsob léčby lékař zvolí, rozhoduje rozsah onemocnění, komorbidity nemocné a souhlas pacientky s daným způsobem léčby (Coufal a kol., 2011, s. 109; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 111-112).

Pokud nejsou zjištěny metastázy a klinické stadium karcinomu prsu je I – III, volí se metody lokální. V této situaci je záměrem terapie vyléčit pacientku, mluvíme tedy o kurativní léčbě. Kombinují se metody chirurgické s ostatními terapeutickými metodami jako je například chemoterapie (Coufal a kol., 2011, s. 109-111; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 111-112).

V případě, že nádor již metastazoval a jsou přítomny vzdálené metastázy (klinické stadium karcinomu prsu IV), přistupuje se k paliativní terapii se záměrem zpomalit růst a šíření karcinomu. Zde jdou chirurgické metody do pozadí a volí se systémové metody. Do systémových metod patří chemoterapie, biologická a hormonální léčba (Coufal a kol., 2011, s. 109-111; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 111-112).

3 Operační léčba karcinomu prsu

Chirurgické metody jsou využívány tehdy, když se jedná o lokalizované onemocnění. Karcinom prsu se nachází v klinickém stadiu I – III. Cílem je odstranění veškerých zjištěných ložisek. Chirurgická metoda se často kombinuje s dalšími metodami. Tyto metody mohou být využity buď adjuvantně, tedy téměř vždy je k nim přistupováno pooperačně, nebo neoadjuvantně, ke kterým dochází před operací s cílem zmenšit nádor (Coufal a kol., 2011, s. 110).

Adjuvantní terapie zahrnuje aplikaci protinádorové léčby po chirurgickém výkonu na prsu, jejímž hlavním účelem je snížit nebezpečí navrácení nádorového onemocnění. Jednou z možností je radioterapie (RT), kterou podstupují především pacientky s invazivním karcinomem po parciální mastektomii (Coufal a kol., 2011, s.117; Friedrichs a kol., 2017, s. 69).

Neoadjuvantní terapie nepatří mezi často aplikované metody. Své využití nachází u pacientek s klinickým stadiem IIB a III. Jediným jasným důvodem podání neoadjuvantní systémové terapie je inflamatorní karcinom. Výsledkem této terapie by mělo být zmenšení nádoru nebo metastáz, a tím umožnit chirurgický výkon na prsu. V lepším případě dojde k úplnému vymizení nádoru. Na druhou stranu terapie nemusí být účinná a nádor zůstane stabilní (stejně velký), nebo se bude stále zvětšovat. Když nedojde ke zmenšení nádoru, terapie je ukončena (Coufal a kol., 2011, s. 114-115).

Chirurgická terapie je zvolena v případě:

- Nejsou přítomny vzdálené metastázy
- Pacientka je schopna operace a souhlasí s ní

Pokud jsou splněny tyto 2 podmínky, přechází se k operační terapii karcinomu prsu. Operaci lze provést jak na prsu, tak na regionálních uzlinách (Coufal a kol., 2011, s. 111).

Výkon na **prsu** lze provést několika způsoby:

- Pokud jde nádor odstranit parciálně, tedy prs je zachován a odstraněna je pouze část prsu, je provedena **parciální mastektomie**

- V případě dostačujících resekčních okrajů se zahajuje adjuvantní radioterapie, v opačném případě se přistupuje k **totální mastektomii**, kdy je odstraněn celý prs (Coufal a kol., 2011, s. 111)

Výkon na **regionálních uzlinách** je proveden:

- Jestliže je prokázáno postižení axilárních uzlin, pacientka podstupuje **disekci axily**, v opačném případě pacientka podstupuje **biopsii sentinelové uzliny**
- Za podmínky, že sentinelová uzlina je nalezena a je pozitivní, opět dojde k disekci axily
- Pokud sentinelová uzlina není nalezena, výsledek je stejný a dochází k disekci axily (Coufal a kol., 2011, s. 111)

Volba mezi parciální a totální mastektomií závisí na několika aspektech. Například na velikosti a lokalizaci nádoru či uskutečnitelnosti adjuvantní RT (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 114).

3.1 Parciální mastektomie (PME)

V dnešní době se více přihlíží k PME, tedy k prs zachovné operaci. Ale i ta má své podmínky. Mezi ně patří:

- Souhlas pacientky – může se stát, že pacientka bude upřednostňovat totální mastektomii
- Pacientka následně podstoupí radioterapii
- Odstraněn bude jeden nádor, nebo jich může být více, ale musejí být v bezprostřední blízkosti, aby mohly být odstraněny najednou (Coufal a kol., 2011, s. 123)

PME je doplňována adjuvantní radioterapií. Tyto dvě metody dohromady mají stejný efekt jako totální mastektomie (TME). Rozlišují se 2 typy PME – klasická a onkoplastická (Coufal a kol., 2011, s. 123). Klasická PME představuje částečné odstranění prsu (Coufal a kol., 2011, s. 127).

➤ **Postup PME**

Chirurg načrtne na prsu pacientky cestu, kudy bude proveden kožní řez. Pacientka při zakreslování sedí či stojí. Při zahájení operace je proveden kožní řez a na něj navazující podmínování kůže. Následně je prořazena žláza až k hrudní stěně buď pomocí nůžek, a nebo pomocí skalpelu či elektrokoagulačního aparátu. Během toho asistující chirurg odtahuje okraje kůže a současně se staví krvácení metodou koagulace elektrickým proudem. Postupně se odděluje resekát od hrudní stěny, který může, ale i nemusí obsahovat povázku m. pectoralis major. Záleží na umístění nádoru. Posléze je resekát zcela oddělen s co nejmenším množstvím žlázy kolem nádoru. Resekát je dále odeslán patologovi. Do okrajů rány jsou zavedeny 4 titanové klipy pro následnou radioterapii. Rána je na konci operace uzavřena a zadrénována. (Coufal a kol., 2011, s. 128-133).

3.2 Totální mastektomie (TME)

Pokud není možné provést parciální mastektomii, přistupuje se k mastektomii totální. Při ní je operačně odstraněna celá mléčná žláza s přilehlým tukem a povázkami svalů (Coufal a kol., 2011, s. 179; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 114).

Podmínky TME:

- Nádor nelze uspokojivě odstranit parciální mastektomií
- Pacientka si vyžádá TME místo PME
- Po operačním výkonu nelze aplikovat radioterapii, nebo jí pacientka odmítá
- Nález několika ložisek nádoru, které jsou od sebe vzdáleny
- Navrácení karcinomu prsu po prodělané PME a radioterapii (Coufal a kol., 2011, s. 179)

Mastektomii dělíme do několika typů:

- **Klasická mastektomie** – prováděna u žen, které nemají v úmyslu podstoupit rekonstrukci prsu, dojde k odstranění celé mléčné žlázy spolu s bradavkou i dvorcem, rána je sešita bez kožních duplikatur
- **Kůži šetřící mastektomie** – prováděna u žen, které podstoupí rekonstrukci prsu ihned nebo ji plánují, během tohoto typu mastektomie je odstraněna bradavka s dvorcem, kdy kůže je zachována, ale pouze tam, kde nebyla postižena nádorem

- **Subkutánní mastektomie** – výhodou je ponechání dvorce, bradavky a kůže
- **Areolu šetrící mastektomie** – resekována je bradavka a zbylé části jsou ponechány, tento typ mastektomie je využíván velmi zřídka
- **Netradiční mastektomie** – jako příklad bychom uvedly sanační mastektomii, ke které se přistupuje u lokálně pokročilých tumorů (Coufal a kol., 2011, s. 180)

Pro většinu žen je odstranění celého prsu nepředstavitelné. Totální mastektomie může na ženách ponechat následky jak psychické, tak fyzické. Mezi psychickými projevy se může objevit narušený celkový obraz těla nebo snížené sebevědomí z důvodu ztráty prsu. Mezi fyzické bychom zařadily například bolest zad, ke které dochází při odstranění většího prsu (Coufal a kol., 2011, s. 180; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 118).

Existuje možnost korekce ztráty prsu buď v podobě prsních epitéz (náhrad), nebo rekonstrukce prsu (Coufal a kol., 2011, s. 205; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 118).

Zásadním pokrokem v operační terapii karcinomu prsu je využití biopsie sentinelové uzliny (SNB). SNB je vhodnou alternativou disekce axily. Sentinelová uzlina je prvotní místo, které je metastaticky postiženo z primárního nádoru. Proto je vhodné ji vyšetřit, při negativním výsledku je možnost zasažení ostatních uzlin velmi malá, zatímco při pozitivním výsledku je hrozba postižení daleko vyšší. Při pozitivitě přichází řada na disekci axily (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 111-112).

Disekce axily, sentinelová biopsie a operační léčba karcinomu prsu s sebou nesou i riziko komplikací. Časnými komplikacemi jsou – ranná infekce, serom, hematoma. Dále se mohou objevit komplikace jsou ischemická nekróza, bolest, porucha hybnosti. Nejobávanější dlouhodobou komplikací operační léčby je lymfedém (Becker a kol., 2005, s. 134; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 119).

3.3 Specifika ošetrovatelské péče

Sestra musí pečovat o onkologické pacienty komplexně. Zabývá se jejich somatickými, psychologickými a sociálními potřebami. Diagnóza maligního onemocnění je pro člověka velkým životním zlomem (Koutecký a kol., 2004, s. 228).

Pacienti procházejí 5 fázemi vyrovnání se s těžkým onemocněním, v našem případě onkologickým onemocněním, které popsala Elisabeth Kübler Rossová:

- **1. fáze popření** – pacienti jsou v šoku, někteří panikaří, někteří jsou utlumení, ptají se proč právě oni, nevěří tomu
- **2. fáze agrese** – pacient si postupně začíná uvědomovat svou diagnózu, začne mít zlost na své okolí, jelikož jsou zdraví a závidí jim
- **3. fáze vyjednávání** – charakteristické je sepisování svých přání a úkolů, které by chtěli stihnout, dále smlouvají s Bohem, chtějí žít
- **4. fáze deprese** – k této fázi nemusí vůbec dojít, závisí na vývoji nemoci
- **5. fáze smíření** – pacient přijímá skutečnost, že je vážně nemocný a prognóza je nejistá (Adam a kol., 2019, 36-38; Koutecký a kol., 2004, s. 228)

Fáze nemusí jít nutně v tomto pořadí, některé fáze se mohou opakovat, k některým nemusí vůbec dojít. Vše závisí na rozvoji nemoci (Koutecký a kol., 2004, s. 228- 228).

Sestra hraje důležitou roli v těchto fázích. Zpočátku je důležité pacientům vše opakovat a ptát se, zda všem informacím rozuměli a případně si ověřuje, zdali rozuměli tím, že poprosí, aby jí informace zopakovali. Ve fázi agrese jsou pacienti hrubí na lékařský i nelékařský personál. Není výjimkou, že pacienti na sestry křičí či na ně slovně a fyzicky útočí (Adam a kol., 2019, s. 36).

Po celou dobu je důležité volit vhodnou formu komunikace. Sestra přistupuje k pacientům empaticky, ponechává si na ně dostatek času, neodsekává je. Každé špatně zvolené slovo může pacientům velmi ublížit. Ne vždy je nutná přítomnost psychologů, či psychoterapeutů, pacient potřebuje hlavně přítomnost jakéhokoliv člověka, který mu bude naslouchat a sdílet jeho pocity a strachy (Adam a kol., 2019, s. 27-28).

Nepříjemné pocity a strach zažívají pacientky před operačním výkonem. Vhodná je komunikace s pacientkami, nenechávat je napospas jejich nepříjemným pocitům, nejistotě a strachu. Před operací bychom měli pacientku zkusit co nejvíce uklidnit slovně, ale třeba i dotykem (Adam a kol., 2019, s. 27; Janáčková, 2008, s. 72).

Dále bychom popsaly specifika ošetrovatelské péče během předoperačního, perioperačního a pooperačního období.

➤ **Ošetrovatelská péče v předoperačním období**

Pokud pacientka podstoupila chemoterapii, pak je operace plánována až za 2 – 6 týdnů po ukončené chemoterapii. Pacientka se přijímá den před operací s kompletním předoperačním vyšetřením, které není starší než 3 týdny. Žádost o předoperační vyšetření vypisuje chirurg a žádanku odevzdá pacientka svému praktickému lékaři. Součástí předoperačního vyšetření je laboratorní vyšetření krve a moči, rentgen srdce a plic, EKG. Poté je pacientka odeslána k internistovi, který zhodnotí její zdravotní stav a stanoví možná rizika operace. Chirurg může požádat o doplňující vyšetření k přesnému stanovení rozsahu nádoru (Schneiderová, 2014, s. 23).

Součástí krátkodobé přípravy je oholení podpaží na straně, kde bude probíhat operační výkon. Samozřejmostí je empatické chování k pacientce a psychická podpora. Pacientce je proveden nástřik sentinelové uzliny, který se provádí buď v den přijetí pacientky, nebo až na sále (záleží na zvyklostech pracoviště a rozhodnutí lékaře) (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 114).

V předoperačním období se mohou u pacientek objevit akutní bolest, narušený spánek, nebo strach z operace. Pacientka by měla být řádně edukována o průběhu hospitalizace, operačním výkonu a pooperační péči (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 115).

➤ **Ošetrovatelská péče v perioperačním období**

Pacientka je převezena sanitářem a sestrou z lůžkového oddělení na sál. Pacientka při operaci leží na zádech se zvednutou horní končetinou na operované straně. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 115).

Perioperační sestra si připraví instrumentárium a během operace podává veškeré nástroje a materiál operujícímu lékaři. Po ukončení operace přepočítá veškerý použitý materiál a nástroje (Wichsová a kol., 2013, s. 50).

Během jedné operace je možné provést indikovanou mastektomii a k tomu rekonstrukci prsu, tzn. že pacientka dále nemůže podstoupit adjuvantní léčbu – CHT a RT (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 115).

➤ **Ošetrovatelská péče v pooperačním období**

Po operaci je pacientka převezena na dospávací pokoj, nebo na JIP dle jejího stavu. Sestra monitoruje fyziologické funkce, EKG a bolest. Dále sestra pečuje o operační ránu a invazivní vstupy. Sleduje sekreci z rány a množství odvedené tekutiny drénem. Drén je vytažen obvykle 2. – 4 . den podle množství odváděné tekutiny. Pacientka by se měla vymočit do 6 – 8 hodin po operaci. Po ustoupení účinků anestezie pacientka začíná postupně přijímat tekutiny a pokud se neobjeví žádné komplikace, dostává i lehkou stravu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 116).

➤ **Psychické následky operační léčby karcinomu prsu**

Především pro mladé pacientky je odstranění celého prsu velmi psychicky náročné. Pacientky si mohou připadat méněcenné, ošklivé, nepřitažlivé. Mají pochyby o své ženskosti. Kladou si otázku, zda se tak budou líbit svému partnerovi, jak na to bude reagovat, jaký to bude mít dopad na jejich sexuální život. Ženy se nejdříve snaží zakrýt jizvu a využívají náhradu prsu, ovšem s tím se pojí strach, aby nikdo nepoznal, že tu náhradu mají. Zpočátku se mohou vyhýbat společnosti a stanou se uzavřenými. K tomu všemu se objevují fyzické potíže jako je bolest v operované oblasti. Když pacientka podstoupí PME s radioterapií, mohou se objevit komplikace jako začervenání kůže, či otoky. To opět může vést k dalšímu prohloubení psychických potíží pacientky (Angenendt a kol., 2010, s. 156-157).

Pacientky mívají problémy v sexuálním životě, kdy se za své jizvy a za svůj chybějící prs stydí. Nedovedou se s touto novou situací srovnat a klesne jim sebevědomí, což může vést až k sexuální abstinenci. Přerušování sexuálního života vede k problémům v partnerských vztazích (Angenendt a kol., 2010, s. 156-157).

Mladé a bezdětné pacientky se obávají, zda budou moci v budoucnu otěhotnět, nebo naopak, budou moci užívat hormonální antikoncepci. O těhotenství po léčbě nádorového onemocnění je vhodné se poradit s lékařem. To samé platí o užívání hormonální antikoncepce (Angenendt a kol., 2010, s. 158).

3.4 Ošetrovatelský proces u pacientky po mastektomii pro karcinom prsu

3.4.1 Definice ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces predstavuje vykonávaní ošetrovatelských činností, ktoré zohľadňujú potreby pacienta a smerujú ke zlepšení jeho zdravotného stavu. Skladá sa z 5 fází:

- **Posudzovanie** – 1. fáze ošetrovatelského procesu je založená na shromažďovaní informácií o pacientovi a posouzení jeho zdravotného stavu, pričomž sestra vyhľadáva jakékoľvek problémy, ktoré by vedly ke zhoršení stavu pacienta
- **Diagnostika** – v 2. fázi sestra rozebírá informácie o pacientovi, ktoré získala v 1. fázi ošetrovatelského procesu, a určuje jak stávající, tak možné problémy, ktoré jsou základem při tvorbě plánu péče
- **Plánovanie** – sestra si spolu s pacientem stanoví priority, ciele, aktivity vedoucí k naplnění cíle a zapisuje plán péče
- **Realizace** – během 4. fáze dochází k uskutečňování plánu péče
- **Vyhodnocení** – v poslední fázi sestra hodnotí, zda bylo dosaženo stanovených cílů (Tóthová a kol., 2014, s. 16-17)

➤ Podpora zdraví

V rámci ošetrovatelské anamnézy sestra zjišťuje, s jakými dalšími onemocněními se pacientka léčí, popřípadě jaké problémy se vyskytly. Ptá se, zda pacientka kouří, pije alkohol, zda má z něčeho strach, úzkosti (Slezáková a kol., 2010, s. 100-101).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00188 Chování náchylné ke zdravotním rizikům v souvislosti s kouřením, užíváním alkoholu

00162 Snaha zlepšit management zdraví v souvislosti s udržením zdraví (Herdman a kol., 2015, s. 124, 127)

➤ Výživa

U pacientky nejdříve odebereme ošetrovatelskou anamnézu. Pacientku zvážíme, změříme a vypočítáme BMI (Body Mass Index). Zjistíme, jaká jídla preferuje, která nejí a jaké množství vody obvykle vypije za den. Následně posoudíme aktuální stav pacientky. Zjišťujeme, zda pacientky zvrací, kolik tekutiny odvedl drén a jaký je napětí kůže a sliznic kvůli zhodnocení hydratace pacientky (Slezáková a kol., 2010, s. 101-102).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00002 Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu z důvodu nezájmu o jídlo, nevolnosti, bolesti po operačním výkonu

00028 Riziko sníženého objemu tekutin z důvodu úbytku tekutin při operačním výkonu a sekrece tekutin z drénu (Herdman a kol., 2015, s. 140, 154)

➤ Vylučování

Z odebraných informací od pacientky a pozorováním zjišťujeme vylučování stolice a její charakter, vylučování moči a její charakter, a zda jsou přítomny jakékoliv problémy s vylučováním stolice a moči. Zajímá se o plynatost pacientky, zda odchází větry. Zjišťujeme užívání projímadel, odchod tekutiny z drénu a funkčnost drénu. Posuzujeme i pocení pacientky, zda je nadměrné nebo v normě (Slezáková a kol., 2010, s. 102).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00015 Riziko zácpy z důvodu zhoršené pohyblivosti střev kvůli operačnímu výkonu (Herdman a kol., 2015, s. 170)

➤ Aktivita/odpočinek

Sestra zjišťuje kvalitu spánku pacientky, zda má problémy s usínáním nebo se často budí. Zda užívá léky na spaní. Dále posuzuje pohyblivost pacientky na lůžku i mimo něj. Sestra zhodnotí stav sebeděče pacientky, při jakých činnostech potřebuje pacientka pomoc (Slezáková a kol., 2010, s. 103-105).

Možné ošetrovateľské diagnózy:

00198 Narušený vzorec spánku z dôvodu bolesti operačnej rany, omezení polohy při spánku kvůli drénům

00096 Nedostatek spánku z dôvodu psychického diskomfortu (strach)

00091 Zhoršená pohyblivosť na lôžku z dôvodu bolesti operačnej rany a zhoršenej pohyblivosti hornej končatiny

00085 Zhoršená telesná pohyblivosť z dôvodu bolesti operačnej rany

00108, 00109, 00102, 00110 Deficit sebestarosty při kúpaní, obliekání, stravování, vyprázdnování z dôvodu operačného výkonu (Herdman a kol., 2015, s. 184-217)

➤ **Vnímání**

Sestra se informuje o sluchových a zrakových problémoch pacientky a hodnotí je. Zisťuje, či má pacientka problémy s pamätou a vyjadrovaním a posudzuje je. Dále zisťuje úroveň informovanosti pacientky o pooperačnom režime (Slezáková a kol., 2010, s. 105-106).

Možné ošetrovateľské diagnózy:

00126 Nedostatečné znalosti z dôvodu nedostatku informácií (Herdman a kol., 2015, s. 230)

➤ **Sebepercepce**

Sestra zisťuje emočný stav pacientky, ako pacientka prežíva pooperačné obdobie, ako na zmenu svojho tela pacientka reaguje a či nepotrebuje psychologickú pomoc (Slezáková a kol., 2010, s. 106).

Možné ošetrovateľské diagnózy:

00124 Beznaděj z dôvodu nádorového ochorenia

00118 Narušený obraz těla po mastektomii

00120 Situačně nízká sebeúcta z dôvodu zmeneného obrazu tela (Herdman a kol., 2015, s. 238-245)

➤ Vztahy mezi rolemi

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00058 Riziko narušené vztahu z důvodu dlouhodobé hospitalizace

00060 Narušené procesy v rodině v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací

(Herdman a kol., 2015, s. 260, 264)

➤ Sexualita

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00065 Neefektivní vzorec sexuality v souvislosti se změněným obrazem těla

(Herdman a kol., 2015, s. 276)

➤ Zvládání zátěže

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00146, 00147 Úzkost a Úzkost ze smrti z důvodu nádorového onemocnění

00069 Neefektivní zvládání zátěže z důvodu vážného onemocnění

00158 Snaha zlepšit zvládání zátěže v souvislosti se zlepšením psychického stavu pacientky

00073 Neschopnost zvládat zátěž v rodině z důvodu nádorového onemocnění

00075 Snaha zlepšit zvládání zátěže v rodině v souvislosti se zlepšením psychického stavu pacientky

00148 Strach z důvodu nádorového onemocnění (Herdman a kol., 2015, s. 292-304)

➤ Bezpečnost

Sestra hodnotí bolest a okolí zavedení PŽK a drénu. Sleduje funkčnost PŽK a drénu. Hodnotí stav operační rány a pečuje o ni (Slezáková a kol., 2010, s. 107-108).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů (PŽK, drén)

00046 Narušená integrita kůže v souvislosti s operačním výkonem

00044 Narušená integrita tkáně v souvislosti s chirurgickým zákrokem

00246 Riziko prodloužení pooperačního zotavení z důvodu bolesti operační rány, lymfedému (Herdman a kol., 2015, s. 345-370)

➤ **Komfort**

Při odebrání ošetrovatelské anamnézy se sestra zajímá o předchozí zkušenosti se zvládáním bolesti pacientky. Sestra sleduje přítomnost bolesti, její charakter, intenzitu, lokalizaci (Slezáková a kol., 2010, s. 108-109).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00132 Akutní bolest z důvodu operačního zákroku

00134 Nauzea v souvislosti s aplikací anestezie

00053 Sociální izolace v souvislosti se změnou obrazu těla a déletrvajícím hospitalizací (Herdman a kol., 2015, s. 403-410)

3.5 Karcinom prsu u mužů

Výskyt karcinomu prsu u mužů je oproti karcinomu prsu u žen mnohem nižší. Nejčastěji se vyskytuje ductální invazivní karcinom, ostatní typy nádorů se vyskytují velmi ojediněle. Mezi rizikové faktory karcinomu prsu u mužů patří genetická porucha nazývaná jako Klinefelterův syndrom, mutace genu BRCA2 (jiné mutace nejsou pro muže tolik zásadní) a zvýšené množství estrogenů vůči androgenům (Coufal a kol., 2011, s. 307-308).

Jelikož si muži myslí, že karcinomem prsu nemohou onemocnět, podceňují prevenci a často přichází až v pozdních fázích onemocnění. Pacienti podstupují ultrasonografii a pokud je to možné i mamografii. Následuje punkční biopsie, určí se TNM klasifikace a vyšetřuje se přítomnost metastáz (Coufal a kol., 2011, s. 308-309).

V operační léčbě je první volbou totální mastektomie. Stejně jako u žen mohou i muži podstoupit adjuvantní terapii, kterou ale hůře snáší kvůli četnějším vedlejším účinkům (Coufal a kol., 2011, s. 309-310).

4 Prevence

4.1 Definice prevence

Obecně je prevence definována jako jednání vedoucí k udržení zdraví a zamezení vzniku nemoci. Specifické preventivní činnosti jsou zacíleny na předcházení vzniku určitého onemocnění. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální (Čeledová, Čevela, 2010, s. 35).

- **Primární prevence** – podstatou primární prevence jsou opatření, která vedou k zamezení vzniku onemocnění, takovým opatřením je očkování
- **Sekundární prevence** – sekundární prevence se uplatňuje v případě, kdy nemoc již vznikla, nejdůležitějším nástrojem je správné stanovení nemoci a zvolení vhodné léčby, aby nedošlo k rozvoji komplikací onemocnění a vzniku následků, součástí sekundární prevence jsou preventivní prohlídky a sledování rizikových osob
- **Terciální prevence** – jedná se o soubor opatření, které vedou k navrácení porušených funkcí člověka, takovou prevencí je rehabilitace (Čeledová, Čevela, 2010, s. 35-47)

4.2 Onkologická prevence

Setkáváme se i s jiným typem prevence, než je ta, kterou jsme definovaly výše. Hovoříme o **prevenci onkologické**. Onkologickou prevencí také dělíme na primární, sekundární a terciální (Žaloudík, 2008, s. 51).

- **Primární onkologická prevence** – jejím cílem je, aby nádor vůbec nevznikl
- **Sekundární onkologická prevence** – pokud nádor vznikne, úlohou sekundární prevence je ho včas objevit a začít s adekvátní léčbou

- **Terciární prevence** – v případě selhání sekundární prevence, je úkolem terciální prevence zabránit progresi nádoru (Žaloudík, 2008, s. 51-52)

Onkologických onemocnění stále přibývá, ale úmrtnost klesá. Důležitou roli hraje právě prevence a včasný záchyt karcinomu prsu. Čím menší nádor, tím je prognóza léčby lepší. Jelikož se zvyšuje propagace samovyšetření prsu a organizací, které upozorňují na potenciální hrozbu karcinomu prsu, ženy začaly navštěvovat své lékaře častěji. Bohužel ale ne všechny ženy. Mnohé z nich se bojí potvrzení karcinomu, nechtějí si to připustit a radši návštěvu lékaře oddálí (Abrahámová a kol., 2009, s. 45-46).

Prostým způsobem, kdy si ženy samy mohou včas odhalit karcinom prsu, je **samovyšetření**. Samovyšetření by ženy měly vykonávat každý měsíc, a to 2. – 3. den po menstruaci. Jestliže si žena není jistá, zda samovyšetření provádí správně, může navštívit svého lékaře, který jí samovyšetření prsu naučí. Pacientku může edukovat i sestra v ordinaci lékaře, pokud by to pacientce nebylo příjemné. Momentálně je spousta možností zúčastnit se workshopů s tématy rakoviny prsu a její prevence, kde se lidé naučí techniku samovyšetření na modelu prsu (Abrahámová a kol., 2009, s. 46).

Samovyšetření není hlavním způsobem, jak předcházet rakovině prsu. Důležité místo zaujímá screening. Účinnou metodou screeningu je mamografie, která byla zmíněna výše. Každá žena má nárok na mamografické vyšetření od 45 let každé 2 roky. Ženy, které podstupují mamografické vyšetření, by stále měly být na pozoru a pravidelně provádět samovyšetření prsu (Abrahámová a kol., 2009, s. 52-53).

5 Pacientovo pojetí nemoci

Každý člověk je individualita, a proto bude každý prožívat a pojímat svou nemoc jinak. Setkáváme se s mnoha definicemi zdraví i nemoci.

5.1 Definice pojmu nemoci

Jak již bylo uvedeno, existuje mnoho pohledů a definic na pojem **nemoc**. Někdo pojímá nemoc jako poruchu zdraví. Další zakládají svou definici na vlivu vnějších a vnitřních faktorů, které působí na člověka, a tím poškozují fungování organismu. Dále se můžeme setkat s definicí, která chápe nemoc jako situaci, kdy se člověk necítí dobře (Zacharová a kol., 2007, s. 16-17).

Kromě pojmu nemoc se setkáváme i s pojmem **zdravotní nepohoda**. Zdravotní nepohodu lze charakterizovat jako situaci, kdy se pacient necítí dobře. Není mu dobře jak po fyzické stránce, tak po psychické (Zacharová a kol., 2007, s. 17).

Odborníci na nemoc nahlízejí ze **4 pohledů**. Základem pro **první pohled** na nemoc je přirozená historie nemoci. **Druhý pohled** je založen na dosavadních poznatcích lékařů, kdy jsou stanoveny příčiny nemoci, jakým způsobem se nemoc manifestuje, jakými metodami ji odhalíme a jakým způsobem ji budeme léčit. **Třetí pohled** se zakládá na individuálních zkušenostech lékaře. Každý pacient může tu stejnou nemoc prožívat jinak a také na ni jinak reagovat. A **poslední čtvrtý pohled** zdůrazňuje osobitost pacienta. Pojímá pacienta jako individualitu, lékaři sledují symptomy pacienta, vývoj jeho nemoci a jeho reakce na nemoc. Opomíjeným pohledem je **pohled pacienta** na svou nemoc (Mareš, Vachková, 2009, s. 11-12).

Na nemoc můžeme pohlížet **objektivním a subjektivním pohledem**. Subjektivní pohled na nemoc je odlišný u každého jedince. Pohled pacienta je ovlivněn jeho kulturou, tradicemi a dalšími faktory. Subjektivní pohled na nemoc můžeme jinak označit slovem illness. Objektivní pohled na nemoc zaujímá především lékař. Ten nemoc vidí jako klinickou jednotku, tím stanoví diagnózu podle publikace Mezinárodní klasifikace nemocí (Mareš, Vachková, 2009, s. 14).

5.2 Smysl nemoci

Snad každý pacient se zamýšlí nad smyslem své nemoci, a to především pacienti onkologictví. Často se sami sebe i svého okolí ptají, proč zrovna on onemocněl touto nemocí. Zamýšlí se nad tím, co mohlo být příčinou, kde udělal chybu. A tato otázka vede k další otázkám. Pacient nemůže přesně vědět, jaké dopady jeho nemoc bude mít na jeho život a život jeho blízkých a dumá nad tím (Mareš, Vachková, 2011, s. 13).

Ne každý pacient nalezne smysl své nemoci, někteří po něm ani nepátrají a připisují ho osudu.

5.3 Postoj k nemoci

V této podkapitole je vhodné si definovat pacienta. „*Pacient je člověk, který onemocní.*“ (Janáčková, 2008, s. 21)

Nemoc představuje pro člověka změnu. Stává se pacientem a je zproštěn určitých závazků. Pracující lidé nedochází do své práce a studenti nechodí na výuku. Pro některé pacienty představuje jejich práce smysl života, a tím, že nejsou schopni pracovat, si připadají k ničemu. Pak tu máme skupinu pacientů, kteří si svou pracovní neschopnost užívají, mohou zhoršovat své symptomy, aby si prodloužili neschopnost. Ovšem ne všichni pacienti jsou takoví. Většina se snaží dodržovat léčbu, aby byli co nejdříve zdraví (Zacharová a kol., 2007, s. 17).

Pacient je individuální jedinec, který zaujímá svůj postoj k nemoci:

- **Normální postoj** – shoduje se s reálným stavem pacienta
- **Bagatelizující postoj** – pacient porušuje doporučení lékaře, zlehčuje svůj stav
- **Repudiační postoj** – pacient zastírá svůj zdravotní stav, nepřipouští si, že by byl nemocný, nevyhledává lékaře
- **Disimulační postoj** – pacient nesděljuje lékaři své veškeré potíže, některé potíže zatajuje
- **Nozofóbní postoj** – pacient se obává nemoci, opětovně podstupuje vyšetření, vyhledává lékaře, zveličuje své problémy
- **Hypochondrický postoj** – pacient si vsugerovává potíže, nebo je přesvědčen o přítomnosti nemoci, kterou ale reálně netrpí

- **Nozofilní postoj** – pacient rád využívá své nemoci, jelikož se o něj ostatní starají, více se o něj zajímají
- **Účelový postoj** – jedná se o vyšší stupeň nozofilního postoje, kdy využívá nemoc ke svému prospěchu, nemusí plnit své povinnosti, např. může usilovat o dřívější odchod do důchodu (Zacharová a kol., 2007, s. 20-21)

Některé tělesné potíže nemusí mít příčinu v porušení funkce daného orgánu či systému. Mnohdy se jedná o příčiny psychické, které se mohou propojit s tělesnými potížemi (Zacharová a kol., 2007, s. 20).

5.4 Definice pojmu pacientovo pojetí nemoci

Pojetí nemoci se nepojí pouze s nemocnými, ale i se zdravými lidmi. Každý z nás pohlíží na nemoc svým způsobem. Jinak bude pojmát nemoc zdravý člověk, který o nějaké nemoci pouze slyšel a jinak bude pohlížet na nemoc pacient, který tou nemocí trpí. Jedinec může, ale i nemusí své pojetí nemoci během života měnit. Může být ovlivněn odborným personálem, ale i svými přáteli, rodinou a dalšími. Důležité je pohlížet na jedince jako na individualitu, jeho pojetí bude záviset na:

- Porozumění nemoci (jeho názor na příčiny, které vedly ke vzniku jeho nemoci, symptomy onemocnění, nebo na vážnost onemocnění)
- Osobnosti jedince (jaké vyznává hodnoty, postoje, emotivní stránka člověka)
- Aktivitě jedince (jednání, chování) (Mareš, Vachková, 2009, s. 24)

Křivohlavý (2002, s. 20) se zmiňuje o autorech Leventhal a Nerenz, kteří předpokládají, že pacientům napomáhá k pochopení jejich zdravotním stavu jejich vlastní přesvědčení. Pojmenovali 5 oblastí představ o zdravotním stavu laiků: stanovení nemoci na základě symptomů, názory na příčinu onemocnění, doba trvání nemoci, následky nemoci a závažnost nemoci.

Křivohlavý (2002, s. 20) také poukazuje na studii Laua, který přišel na 6 oblastí pohledu na nemoc:

- Emocionální stránka nemoci – jakými pocity vyvolanými nemocí trpí jedinec
- Přítomné symptomy nemoci
- Stanovení diagnózy
- Pacientovo vidina následků nemoci
- Pacientova vidina délky léčby nemoci
- Pacientova vidina změněného zdravotního stavu

5.5 Potřeby nemocného

U nemocného dochází k narušení jeho běžného života. Zdravý i nemocný člověk potřebuje uspokojovat své potřeby. Během onemocnění některé potřeby nemohou být saturovány v takové míře, jak by nemocný chtěl. Některé potřeby pacient přehodnotí a zvýší jejich význam, naopak některé v jeho žebříčku klesnou. Určité potřeby se během nemoci nemění, mezi tyto potřeby řadíme například potřebu výživy a spánku. Během hospitalizace se na uspokojování potřeb pacienta podílí i sestra. Některé potřeby mohou být kvůli nemoci pozměněny. Hlavní roli hraje samotné onemocnění, jeho průběh, stadium a závažnost. Kvůli přítomnosti nemoci vznikají nové potřeby, které se opírají především o potřebu navrácení zdraví, tišení bolesti (Zacharová a kol., 2007, s. 17).

I přes to, že je člověk nemocný, má své potřeby, které potřebuje uspokojovat. Těmi hlavními potřebami jsou: lidský kontakt, pocit bezpečí a jistoty, potřeba nových, zajímavých informací a činností, potřeba uskutečňování třeba i malých cílů. Pacientovi se kvůli nevyléčitelným a chronickým onemocněním mění způsob života. Musí si zvyknout na nový režim, na omezení vyplývající z jeho onemocnění (Zacharová a kol., 2007, s.17).

5.6 Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci

Ke zjišťování pacientova pojetí nemoci se využívají 3 přístupy:

- Kvantitativní (dotazník)
- Kvalitativní (rozhovor)
- Smíšený přístup (dotazník doplněný rozhovorem)

Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci se rozlišují na základě použitelnosti. Můžeme zjišťovat pacientovo pojetí nemoci nezávisle na diagnóze, nebo zaměřené pouze na určitou chorobu. Rozlišujeme také metody smíšené, kdy kombinujeme 2 předchozí metody (Mareš, Vachková, 2009, s. 95).

Pojetí nemoci můžeme zjišťovat u samotného pacienta, u jeho rodiny, odborníků jako jsou např. lékaři, nebo zároveň u pacientů a odborníků, kteří se o ně starají (Mareš, Vachková, 2009, s. 95).

Dále bychom se zmínily o kvantitativní metodě zjišťování pacientova pojetí nemoci pomocí dotazníku, jelikož jsme tuto metodu použily v této bakalářské práci.

Mezi nejznámější dotazník zkoumající pacientovo pojetí nemoci patří dotazník **IPQ (Illness Perception Questionnaire)**, který vytvořil Weinman a kolektiv v roce 1996. Dotazování jsou především pacienti, nebo jejich blízcí. Odpovídají celkem na 7 oblastí – přítomnost příznaků, co by mohlo být příčinou jejich nemoci, délka trvání nemoci, jaké budou následky onemocnění a co je pacient schopný udělat pro zlepšení jeho nemoci. Dotazování mají na výběr z 5 odpovědí, které jsou označené od 1-5, kdy 1 znamená nesouhlasím a 5 souhlasím (Mareš, Vachková, 2009, s. 100).

Dotazník byl v roce 2002 obměněn Moss-Morrisovou jako verze, která se označuje jako **IPQ-R**. Tato verze byla přeložena do českého jazyka, následně ověřena a vznikl tak dotazník **IPQ-R-CZ**. Dotazník lze použít u pacientů s různými chorobami (Mareš, Vachková, 2009, s. 113).

Byly vytvořeny dotazníky i pro děti, jako příklad bychom uvedly např. **CIPQ (Children's Illness Perception Questionnaire)**, nebo **Children's Health Locus of Control Scale**. Oba dotazníky jsou určeny pro děti v rozmezí od 7-12 let.

Pro dospělé pacienty byly vytvořeny dotazníky jako např. **ICQ (Illness Cognition Questionnaire)**, který je určen pro chronicky nemocné pacienty, nebo **IMIQ (Implicit Models of Illness Questionnaire)** určený jak pro pacienty, tak pro sestry (Mareš, Vachková, 2009, s. 97-101).

5.7 Teoretické přístupy konceptualizace pacientova pojetí nemoci

Od roku 1950 začaly vznikat teoretické modely, které se snažily vysvětlit jednání jedinců ve zdraví i při změněném zdravotním stavu – nemoci. Některé modely nalézaly společné jmenovatele, kterým přisuzovaly důležitost, ale některé novější modely se snaží vyvrátit ty starší. Jako příklad bych uvedla 2 modely, a to **Model pacientova přesvědčení o zdraví a nemoci, Model vztahu mezi nemocí a jedincem** (Mareš, Vachková, 2009, s. 31).

Model pacientova přesvědčení o zdraví a nemoci – HBM zjišťoval, z jakého důvodu pacienti nechtějí podporovat své zdraví, spolupracovat s odborníky, nebo dodržovat doporučený léčebný režim. Přesvědčení o zdraví a nemoci je těžce ovlivnitelné, je formováno postoji pacienta. Postoj může být ovlivněn 3 faktory: symptomy onemocnění, které pacient pociťuje; běžně dostupné informace od laiků (např. na internetu); edukace odborníky. Model se postupně vyvíjel a byl rozšířen o další proměnné. Mezi tyto proměnné patří:

- Pacientovo vnímání zranitelnosti a odolnosti svého organismu
- Pacientovo vnímání ohrožení svého zdraví
- Pacientovo vnímání výhod zdravého chování
- Pacientovo vnímání bariér, které mu zabraňují žít zdravěji
- Pacientova motivace ke změně
- Pacientovo hodnocení své zdatnosti osvojit si dané úkoly (Mareš, Vachková, 2009, s. 35)

Model je využíván pro zvýšení prevence u zdravých jedinců a pro lepší spolupráci nemocných jedinců s lékaři. Ostatní modely kritizovaly opomenutí jedné proměnné, a to aktivního jednání jedince, které je pro další modely důležitou proměnnou (Mareš, Vachková, 2009, s. 35).

Modely vztahu mezi nemocí a jedincem jsou sepsány několika autory. Jeden z modelů sepsal Hagström a kolektiv v roce 2005. Model ukazuje několik možností, jak pacient může přemýšlet o své osobě a nemoci. Základem modelu jsou 2 množiny – **pacient** a **nemoc**. Pacient na jedné straně propojuje svou osobu a nemoc, tzn. že obě množiny jsou na stejné úrovni. Na druhé straně, pacient obě množiny od sebe odděluje, tzn. že svou nemoc bere jako časově ohraničenou záležitost, kterou zvládne (Mareš, Vachková, 2009, s. 32).

Další z modelů vytvořil Büchi a kolektiv. Pro tento model jsou základní 3 faktory – **život jedince, nemoc jedince** a **samotný jedinec**. Model zjišťuje dopad nemoci na pacientův život a jak nemoc ovlivňuje pacientovo „já“ (Mareš, Vachková, 2009, s. 33).

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Zkoumaný vzorek a použité metody

6.1 Cíle výzkumu

Hlavními cíli práce bylo zjistit pohled pacientek na operační léčbu karcinomu prsu a na samotnou diagnózu karcinomu prsu.

Zkoumané okruhy problémů:

- Zjistit možné subjektivní příčiny nemoci
- Porovnat pacientovo pojetí nemoci před a po chirurgické léčbě karcinomu prsu
- Porovnat pacientovo pojetí nemoci podle typu chirurgického výkonu (parciální nebo totální mastektomie)

6.2 Zkoumaný vzorek pacientek

Pro výzkum byly vybrány pacientky s karcinomem prsu, které buď teprve podstoupí operační léčbu karcinomu prsu, nebo ji již podstoupily. Empirické šetření bylo provedeno na chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na oddělení A. Pro výzkum jsme vybraly kvantitativní metodu v podobě dotazníku. Použily jsme zkrácenou českou verzi dotazníku IPQ-R-CZ (B) (Mareš, Ježek, Šmejkal, Štanglová, 2011). Dotazník byl složen ze dvou částí. První část obsahovala 20 otázek, které se zabývaly subjektivním názorem pacientek na karcinom prsu. Druhá část byla složena z 16 otázek, které byly zaměřeny na možné příčiny nemoci pacientek. Pacientky vybíraly z 5 možností: souhlasím, spíše souhlasím, těžko rozhodnout, spíše nesouhlasím a nesouhlasím. Použití dotazníku schválily hlavní sestra Fakultní nemocnice v Hradci Králové a vrchní sestra chirurgické kliniky. Výzkum probíhal od října roku 2019 do dubna roku 2020. Pacientky neměly omezený čas na vyplnění dotazníku. Získaná data jsou analyzována pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Excel.

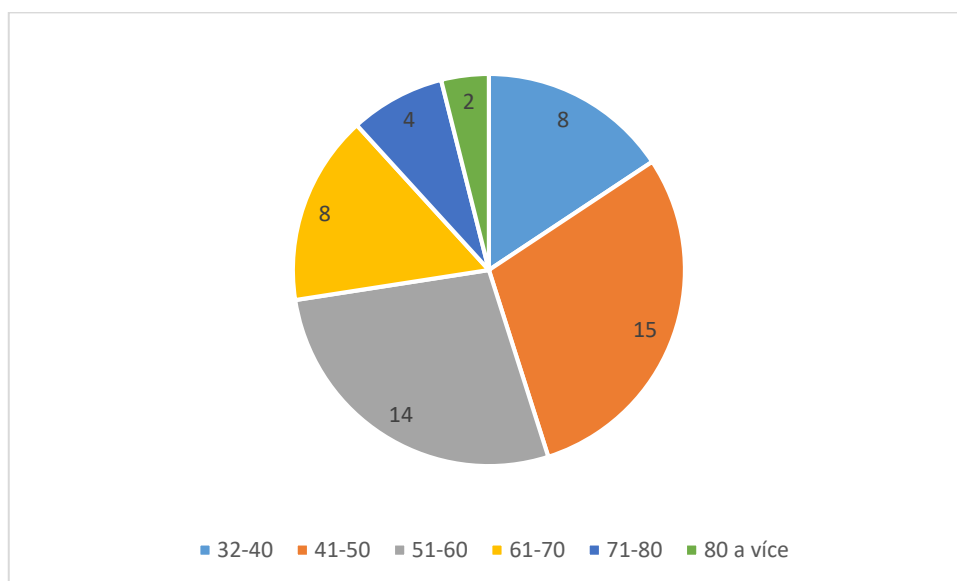
7 Výsledky

Osloveno bylo celkem 51 pacientek, z toho 32 z nich bylo před operační léčbou karcinomu prsu a zbylých 19 pacientek již podstoupilo operační léčbu. Osloveny byly pouze ženy, jelikož žádný muž s karcinomem prsu nebyl hospitalizován.

7.1 Obecné demografické údaje

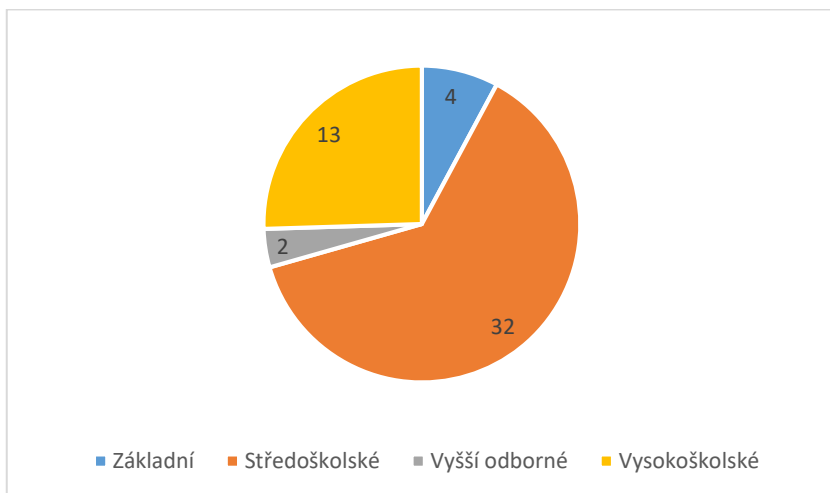
Nejvíce pacientek bylo zastoupeno ve věkové kategorii 41-50 let, a to celkem 29,41 % (15 pacientek) a ve věkové kategorii 51-60 let – celkem 27,45 % (14 pacientek). 15,69 % pacientek (celkem 8) se nacházelo ve věkové kategorii 32-40 let. Se stejným zastoupením 15,69% odpovídaly pacientky ve věku 61-70 let. Nejméně pacientek bylo zastoupeno ve věkové kategorii 71-80 let, celkem 7,84 % (4 pacientky) a také ve věkové kategorii 80 a více let, dohromady 3,92 % (2 pacientky).

Jak již bylo zmíněno, 32 pacientek, které vyplňovaly dotazník bylo před chirurgickou léčbou a 19 pacientek bylo již po chirurgické léčbě. Z 32 pacientek, které jsou před operací, podstoupí 13 pacientek totální mastektomii a 19 pacientek parciální mastektomii. Z pacientek, které vyplňovaly dotazník až po operaci, tedy 2. – 3. pooperační den, podstoupilo 5 pacientek totální mastektomii a 14 pacientek parciální mastektomii.

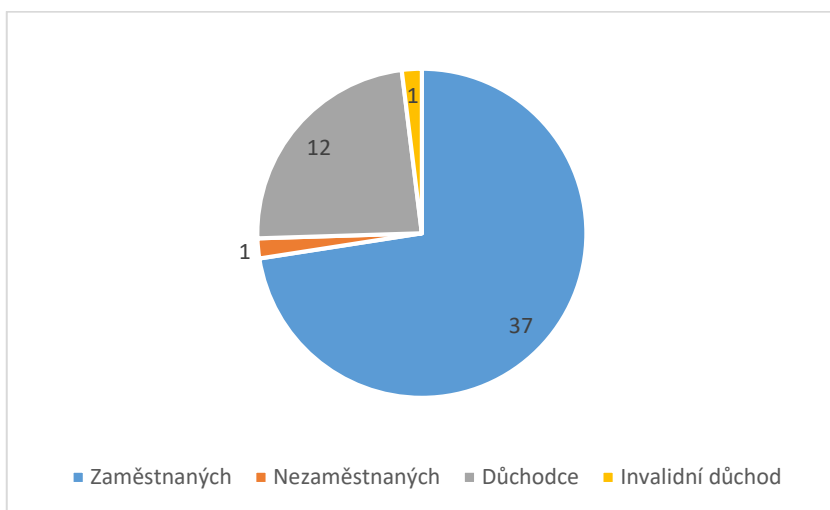


Graf 1 – Věkové kategorie pacientek

Z obecných údajů jsme zjistily, že 62,75 % pacientek mělo středoškolské vzdělání, 25,49 % pacientek vysokoškolské vzdělání, 7,84 % pacientek základní vzdělání a 3,92 % pacientek vystudovalo vyšší odbornou školu. 72,55 % pacientek bylo zaměstnaných, 23,53 % pacientek byly důchodkyně, 1,96 % pacientek byly v invalidním důchodu a 1,96 % pacientek byly nezaměstnané.

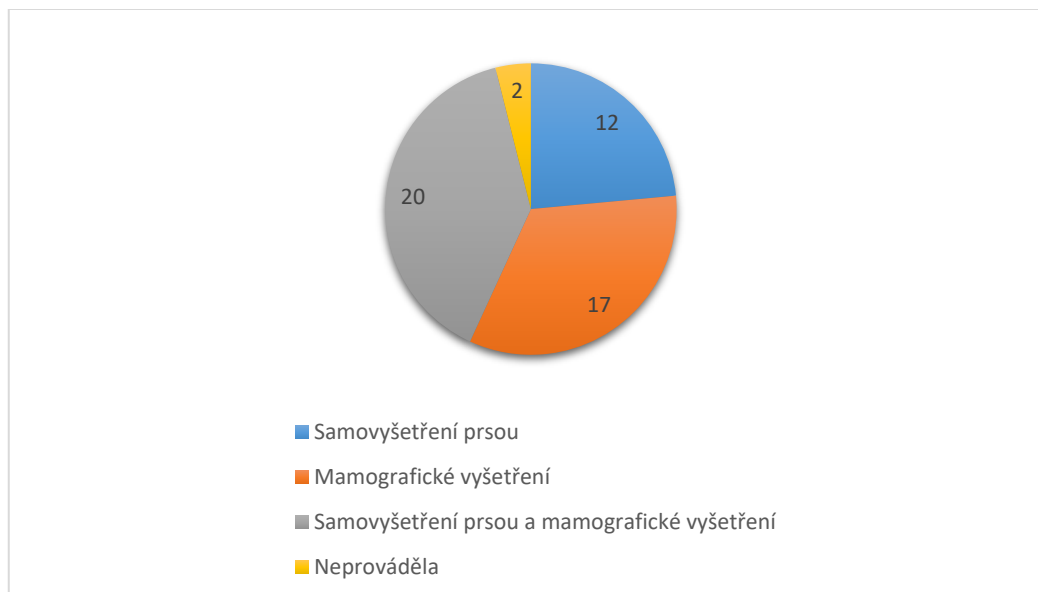


Graf 2 – Vzdělání



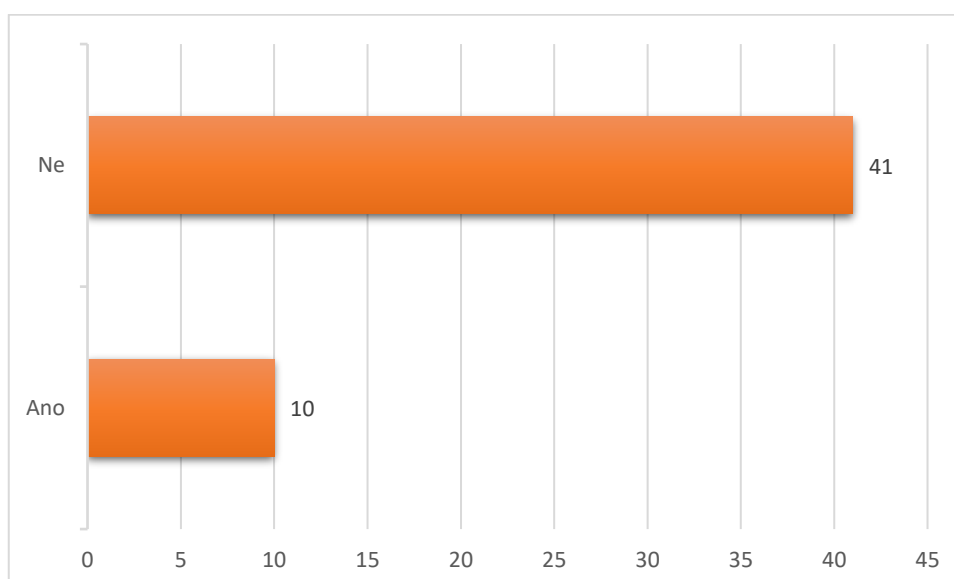
Graf 3 – Zaměstnaní

Dále jsme získávaly informace, zda pacientky provádí jakékoliv preventivní opatření. 39,22 % patientek provádí jak samovyšetření prsou, tak dochází na mamografické vyšetření. 33,33 % patientek dochází na mamografické vyšetření a 23,53 % z nich provádí samovyšetření prsou. Zbýlých 3,92 % patientek neprováděly žádné preventivní opatření.



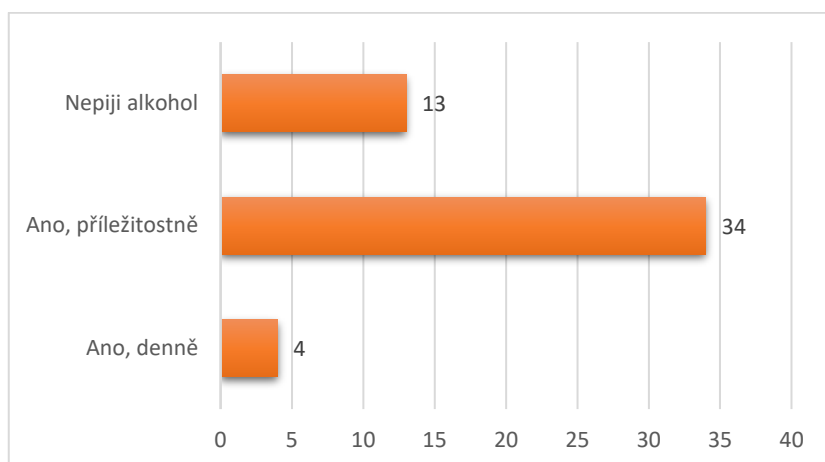
Graf 4 – Preventivní opatření karcinomu prsu

Mezi další obecné údaje jsme zařadily rizikové faktory vzniku karcinomu prsu, kdy jsme se zaměřily na kouření tabáku a konzumaci alkoholu. Na otázku, zda pacientky kouří, odpovědělo 80,39 % z nich, že nekouří a zbylých 19,61 % patientek byly nekuřačky.



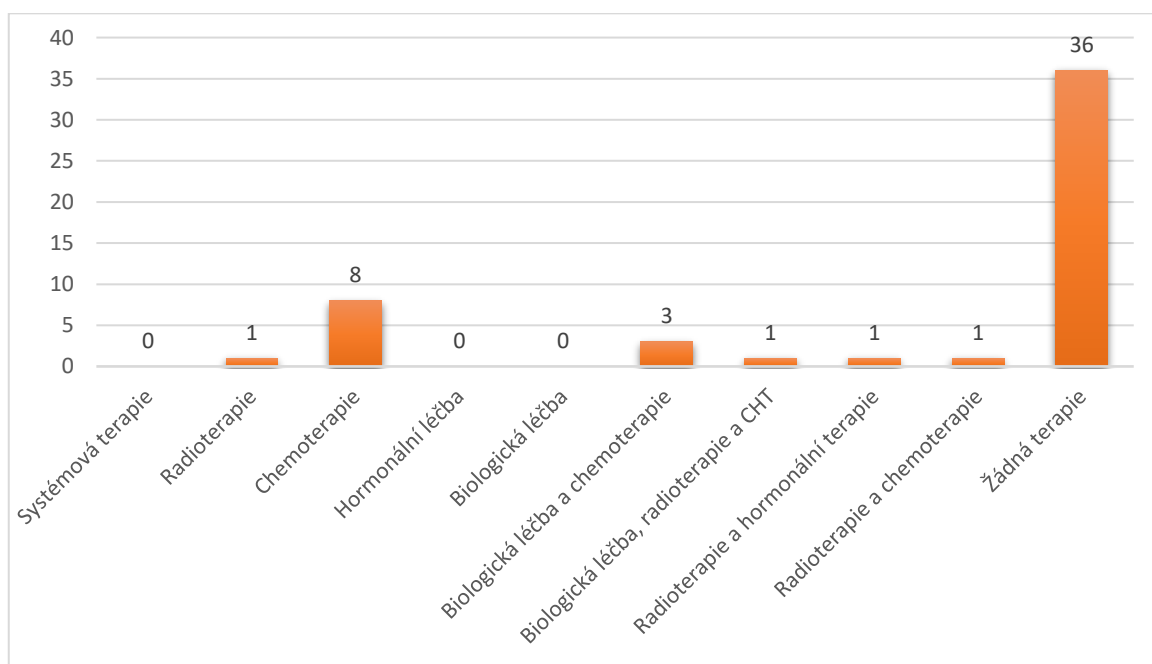
Graf 5 – Rizikové faktory – kouření tabáku

Jako druhý rizikový faktor jsme zvolily konzumaci alkoholu, kdy pacientky měly na výběr ze 3 odpovědí. 7,84 % patientek konzumuje alkohol denně, 66,67 % patientek konzumuje alkohol příležitostně a 25,49 % z nich nepije alkohol vůbec.



Graf 6 – Rizikové faktory – konzumace alkoholu

Pomocí dotazníku jsme zjišťovaly, zda pacientky před operační léčbou podstoupily neoadjuvantní terapii nádoru. 70,59 % patientek žádnou terapii před chirurgickou léčbou karcinomu prsu nepodstoupilo. 29,41 % patientek podstoupilo neoadjuvantní terapii v podobě radioterapie, chemoterapie, biologické léčby, nebo kombinaci zmíněných terapií. Blíže je specifikováno v grafu č. 7. Tímto jsme ukončily část dotazníku s obecnými demografickými údaji a dále se budeme věnovat zkrácenému dotazníku IPQ-R-BREF.



Graf 7 – Dosavadní terapie karcinomu prsu

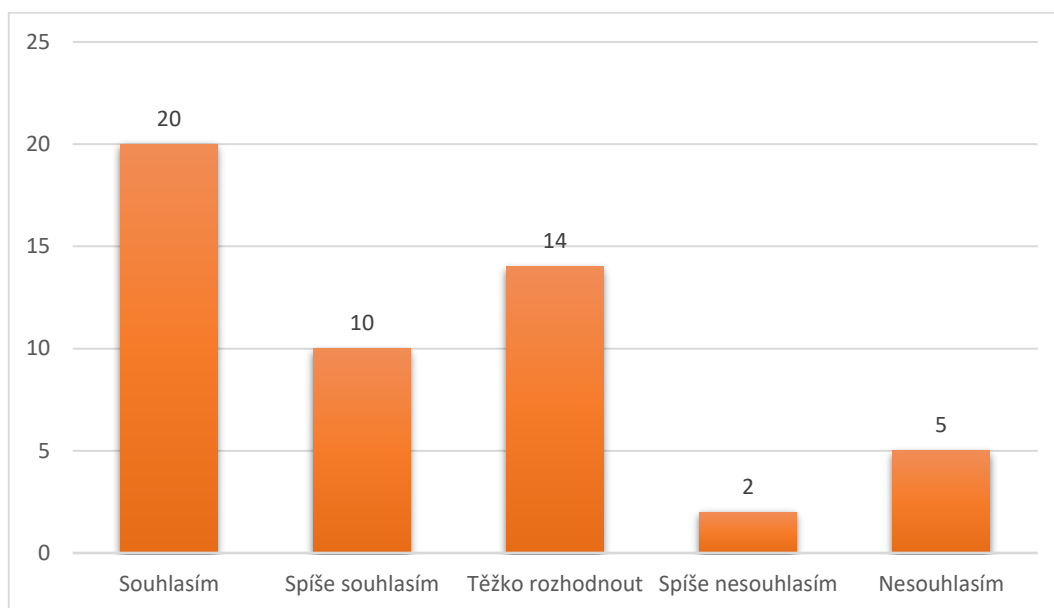
7.2 Výsledky dotazníku IPQ-R-BREF-CZ 20 položek všech pacientek

Následující otázky jsme použily ze zkráceného dotazníku IPQ-R-BREF, kde jsem vybraly 20 položek. První část, tedy otázky 1-20, je zaměřena na subjektivní názory pacientek na karcinom prsu. Otázky jsou rozděleny do **5 domén** – 1. závažnost nemoci, 2. možnost ovlivnění, 3. porozumění nemoci, 4. negativní emoce a 5. sociální dopady. Pacientky odpovídaly do pětistupňové škály, kde zakroužkovaly svůj názor na podanou otázku. Každá odpověď je obodována od 1 – 5 bodů.

Nejdříve jsme se zaměřily na zjištění názorů všech pacientek bez rozlišení, zda podstoupily operační léčbu či ne. Následující kapitoly jsou rozděleny právě na základě toho, zda pacientky již podstoupily operační léčbu karcinomu prsu, nebo jsou již po operaci.

Tvrzení č. 1: **Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu**

Pacientky se nejdříve měly zamyslet, nad tím, zda jejich nemoc potrvá delší dobu. 39,22 % patientek souhlasí s tvrzením, že jejich nemoc potrvá velmi dlouho a 19,61 % patientek s tímto tvrzením spíše souhlasí. 27,45 % patientek není rozhodnutá, zda souhlasí, nebo nesouhlasí. 9,8 % patientek si nemyslí, že jejich nemoc potrvá delší dobu a 3,92 % patientek s tvrzením spíše nesouhlasí.



Graf 8 – *Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu*

Tvrzení č. 2: **Moje nemoc je asi závažná**

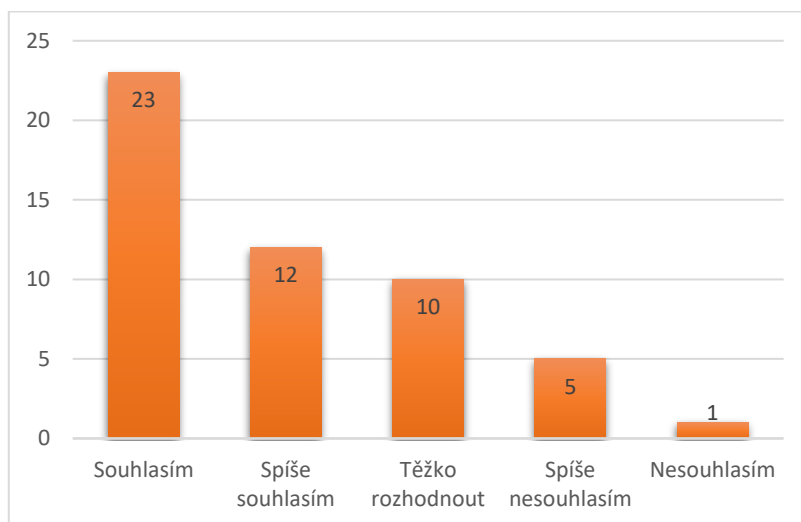
S tímto tvrzením souhlasí více jak polovina patientek, celkem 66,67 %. Dalších 19,61 % patientek spíše souhlasí, že je jejich nemoc závažná. 11,76 % patientek se nemůže rozhodnout, zda souhlasit nebo nesouhlasit s tvrzením a 1,96 % patientek je spíše přikloněná k tomu, že jejich nemoc není závažná.

Souhlasím	34
Spíše souhlasím	10
Těžko rozhodnout	6
Spíše nesouhlasím	1
Nesouhlasím	0

Tabulka 1 – *Moje nemoc je asi závažná*

Tvrzení č. 3: **Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život**

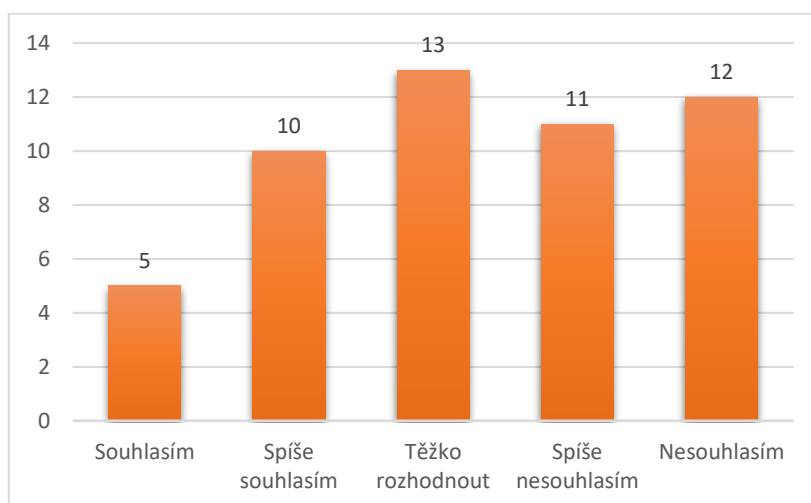
Převážná část pacientek souhlasí s tím, že karcinom prsu přináší vážné důsledky pro jejich život. 45,1 % pacientek souhlasilo s tímto tvrzením, 23,53 % pacientek spíše souhlasilo. 9,8 % pacientek se nemyslím, že karcinom prsu přináší vážné důsledky pro jejich život a 1,96 % pacientek s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí. 19,61 % pacientek není rozhodnutých, zda souhlasit, nebo nesouhlasit.



Graf 9 – Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život

Tvrzení č. 4: **Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé**

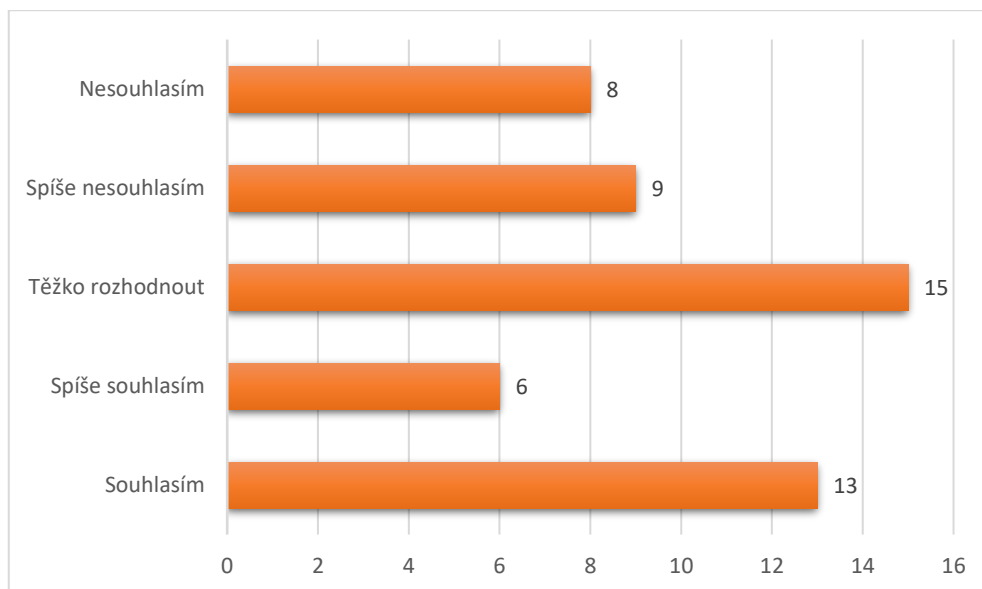
Z grafu č.10 je viditelné, že názor na toto tvrzení je velmi vyrovnaný. Celkem 23,53 % pacientek nesouhlasí s tím, že by jejich nemoc ovlivňovala pohled ostatních lidí na ně samotné a 21,57 % s tím spíše nesouhlasí. 9,8 % pacientek souhlasí s tvrzením a myslí si, že jejich nemoc ovlivňuje pohled na ně samotné a 19,61 % s tím spíše souhlasí. 25,49 % pacientek si není jistých, jak odpovědět.



Graf 10 – Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé

Tvrzení č. 5: S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra

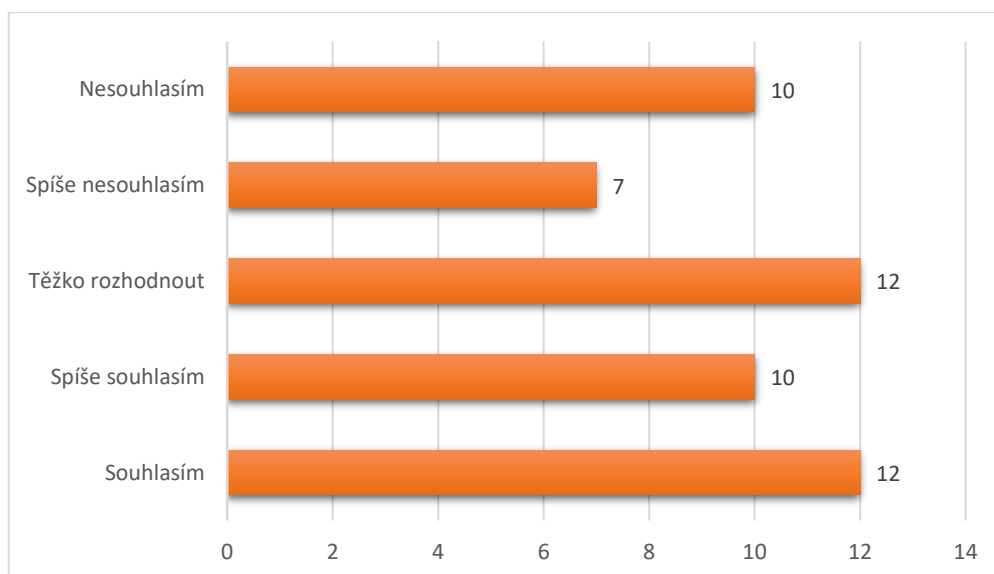
Názory patientek na uvedené tvrzení byly celkem vyrovnané. 15,69 % patientek nesouhlasí s tím, že by s touto nemocí těžko cokoli plánovaly a 17,65 % s tím spíše nesouhlasí. Zatímco 25,49 % patientek s tímto tvrzením souhlasí a 11,76 % patientek s tím spíše souhlasí. 29,41 % patientek si není jistých, zda souhlasit, nebo nesouhlasit.



Graf 11 – S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra

Tvrzení č. 6: Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady

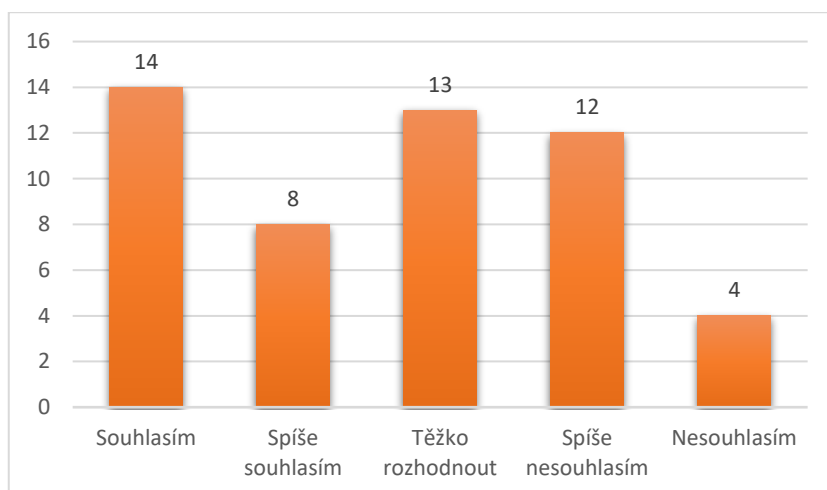
S tím, že nemoc přináší velké finanční dopady, souhlasí 23,53 % patientek a 19,61 % patientek spíše souhlasí. 19,61 % patientek nesouhlasí a 13,73 % patientek s tím spíše nesouhlasí. 23,53 % patientek ještě nejsou rozhodnuté.



Graf 12 – Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady

Tvrzení č. 7: **Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým**

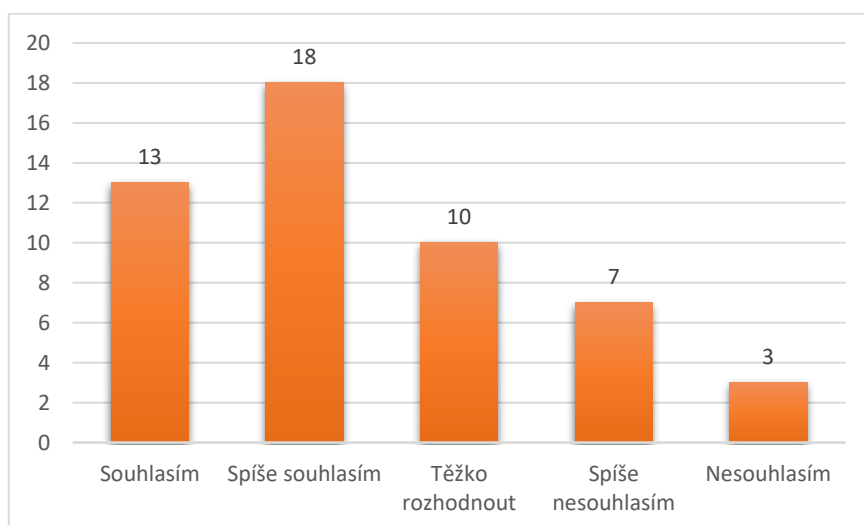
Pacientky u tohoto tvrzení měly přemýšlet, zda jejich nemoc působí problémy jejich rodině, přátelům. S tvrzením, že jejich nemoc působí problémy jejich nejbližším souhlasilo 27,45 % patientek, 15,69 % patientek spíše souhlasilo. 7,84 % patientek s tím nesouhlasí a 23,53 % patientek spíše nesouhlasí. 25,49 % patientek je nerozhodnutých.



Graf 13 – *Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým*

Tvrzení č. 8: **Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci**

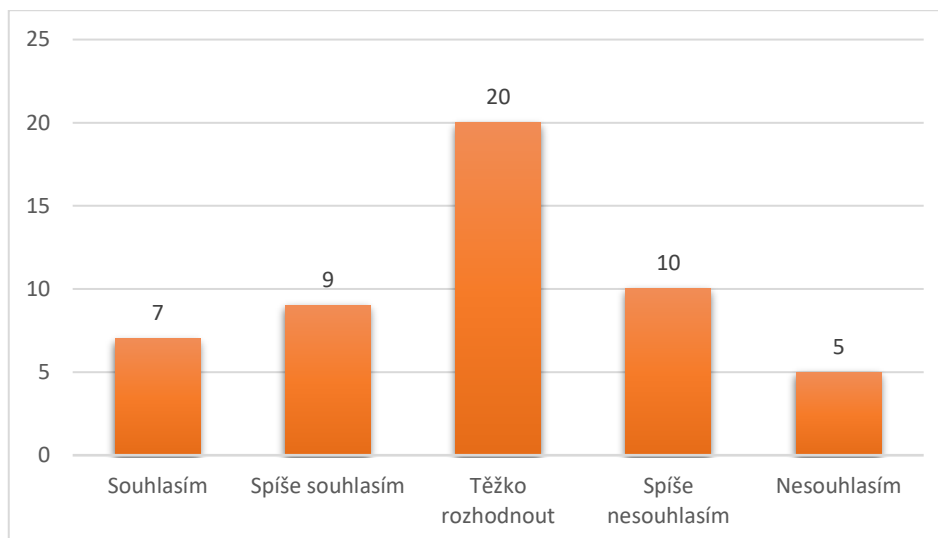
Více jak polovina patientek je toho názoru, že jejich aktivita může vést ke zlepšení, nebo zhoršování jejich nemoci. 25,49 % patientek souhlasí s tvrzením a 35,29 % spíše souhlasí. 5,88 % patientek s tímto tvrzením nesouhlasí a 13,73 % spíše nesouhlasí. 19,61 % patientek ještě nejsou rozhodnuty.



Graf 14 – *Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci*

Tvrzení č. 9: **Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá**

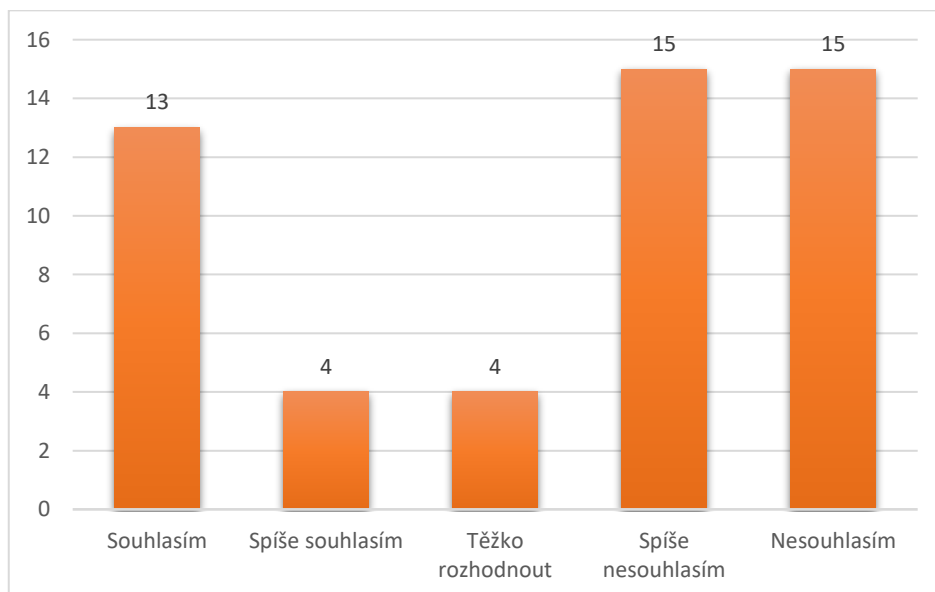
Výsledky této otázky byly velmi vyrovnané. Můj přístup k nemoci může ovlivnit, jak bude moje nemoc probíhat, s tímto souhlasí 13,73 % pacientek a 17,65 % pacientek s tím spíše souhlasí. 9,8 % pacientek nesouhlasí a 19,61 % spíše nesouhlasí. Zbylých 39,22 % pacientek nezastává ani jeden z názorů.



Graf 15 – Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá

Tvrzení č. 10: **Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc**

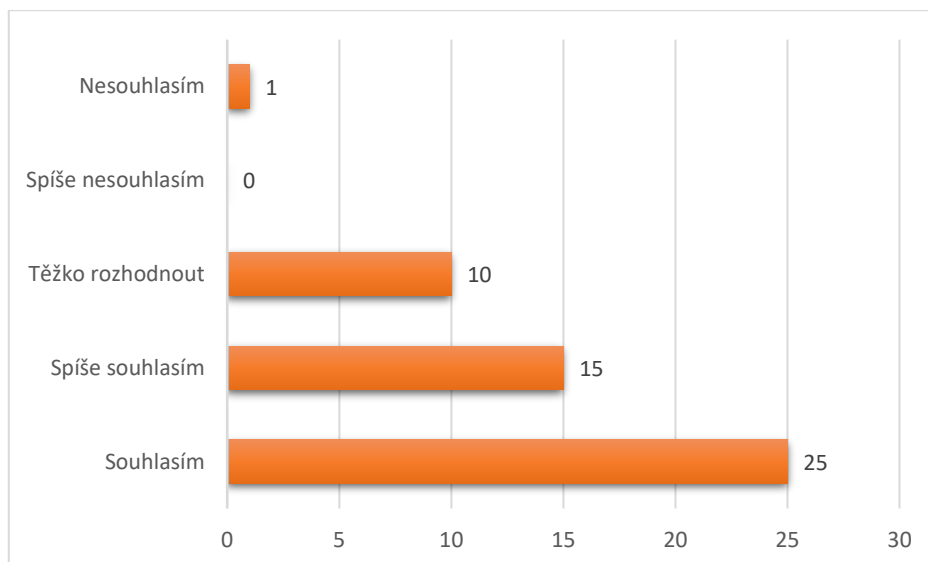
Z grafu č.16 vidíme, že více jak polovina pacientek není toho názoru, že by nemohly ovlivnit průběh jejich nemoci. 29,41 % pacientek tedy nesouhlasí a stejné procento pacientek s tím spíše nesouhlasí. 25,5 % pacientek na druhou stranu souhlasí s tvrzením a 7,84 % pacientek spíše souhlasí. 7,84 % pacientek neví, ke kterému názoru se přiklonit.



Graf 16 – Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc

Tvrzení č. 11: **Můj zdravotní stav se časemlepší**

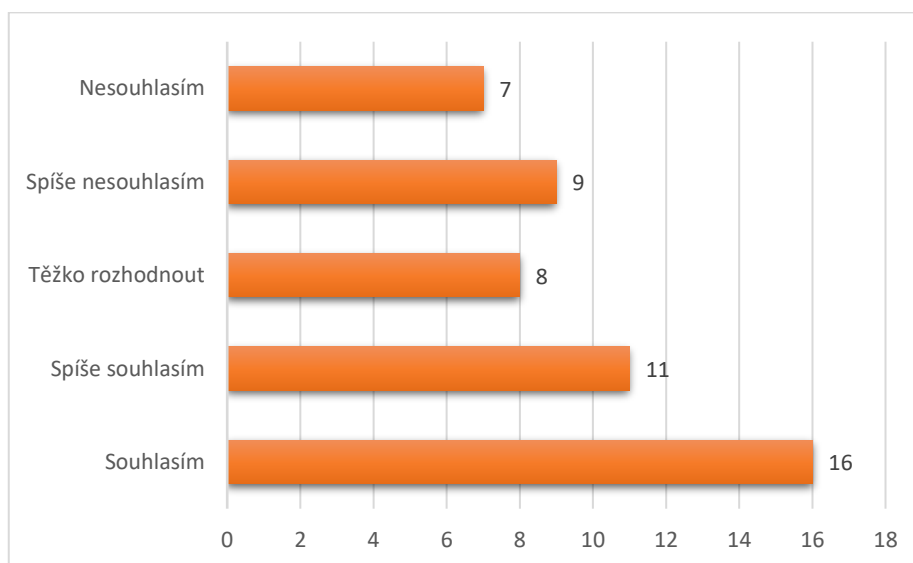
Více jak polovina pacientek věří, že se jejich zdravotní stav po nějaké dobělepší. 49,02 % pacientek tedy souhlasí s tvrzením a 29,41 % pacientek spíše souhlasí. Pouze 1,96 % pacientek si nemyslí, že by se její zdravotní stav měl časemlepší a 19,61 % pacientek se nemůže rozhodnout, ke kterému názoru se přiklonit.



Graf 17 – Můj zdravotní stav se časemlepší

Tvrzení č. 12: **Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné**

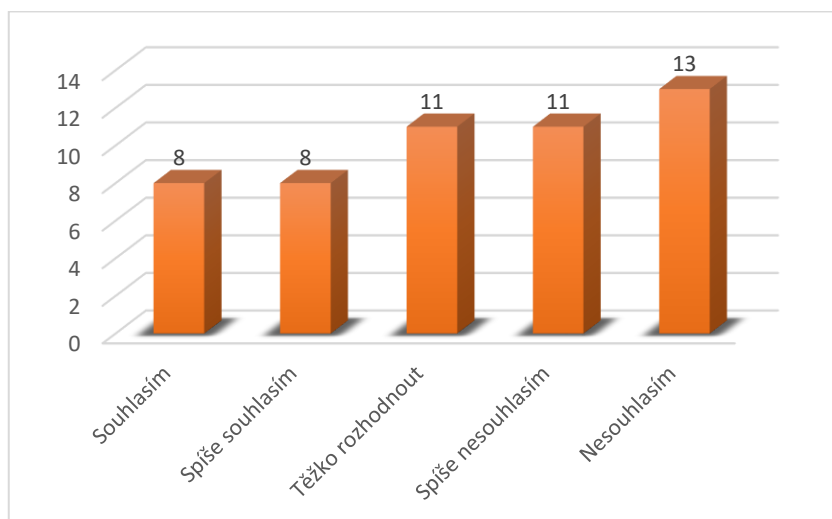
Více jak polovina pacientek rozumí příznakům své nemoci, nevnímá je jako záhadné. 31,37 % pacientek souhlasí, a 21,57 % pacientek spíše souhlasí. Zatímco 13,73% pacientek nesouhlasí a nechápe příznaky své nemoci. 17,65 % pacientek spíše nesouhlasí. 15,69 % pacientek je nerozhodných.



Graf 18 – Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné

Tvrzení č. 13: **Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím**

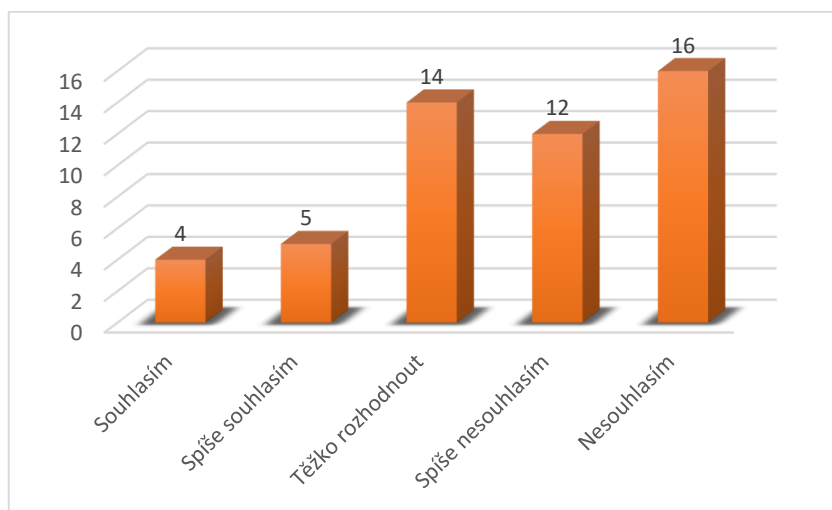
U tohoto tvrzení se měly pacientky zamyslet nad svou nemocí, zda ji dobře rozumí, případně, zda jim byla dobře vysvětlena odborníky. 15,69 % patientek tvrdí, že svou nemoc chápe a rozumí ji a stejné procento patientek s nimi souhlasí. Zatímco 25,49 % patientek je opačného mínění a nesouhlasí s tvrzením a 21,57 % patientek s tím spíše nesouhlasí. Zbýlých 21,57 % patientek neví, jak se má rozhodnout.



Graf 19 – *Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím*

Tvrzení č. 14: **Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný**

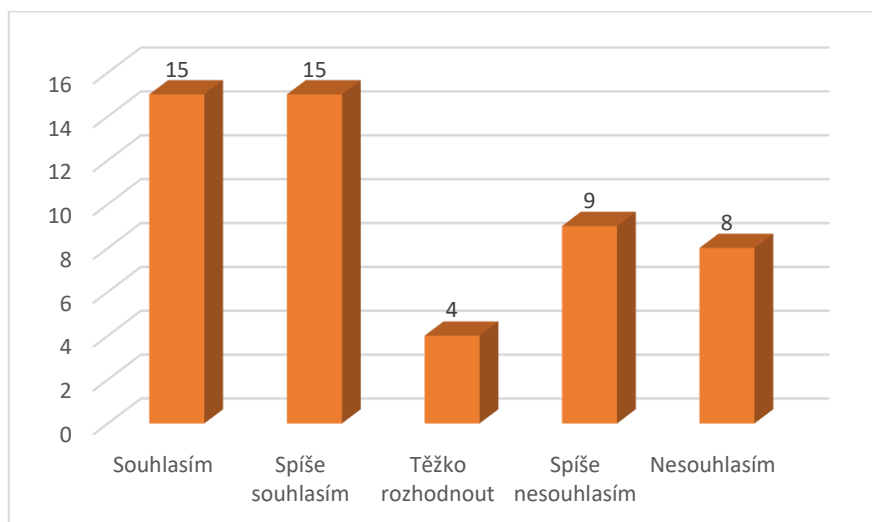
Toto tvrzení rozvádí tvrzení předchozí, ale výsledky se liší. Zde vidíme, že se snížily názory souhlasící s tímto tvrzením. 7,85 % patientek tvrdí, že své nemoci a příčinám vzniku rozumí a 9,8 % patientek s tím spíše souhlasí. 31,37 % patientek své nemoci nerozumí a nechápu, proč jsou nemocné a 23,53 % patientek s tím spíše nesouhlasí. Zbýlých 27,45 % patientek neví, jak se rozhodnout.



Graf 20 – *Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný*

Tvrzení č. 15: Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada

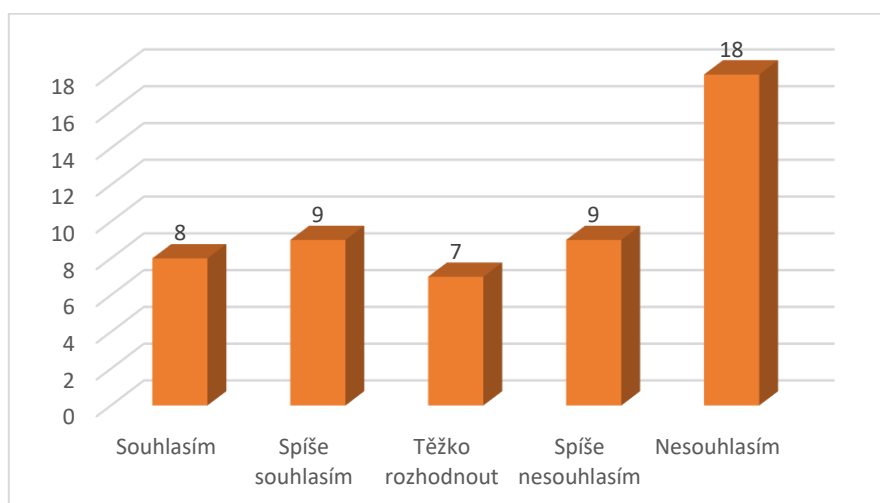
Zde se měly pacientky zamyslet, zda při pomyšlení na svou nemoc pociťují depresivní náladu. Více jak polovina patientek se cítí depresivně při pomyšlení na svou nemoc. 29,41 % patientek souhlasí a stejné procento patientek s tím spíše souhlasí. 15,69 % patientek nesouhlasí s tvrzením a nepropadá depresivní náladě kvůli své nemoci a 17,65 % patientek s tím spíše nesouhlasí. 7,84 % patientek neví, zda pociťuje depresivní náladu či ne.



Graf 21 – Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada

Tvrzení č. 16: Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek

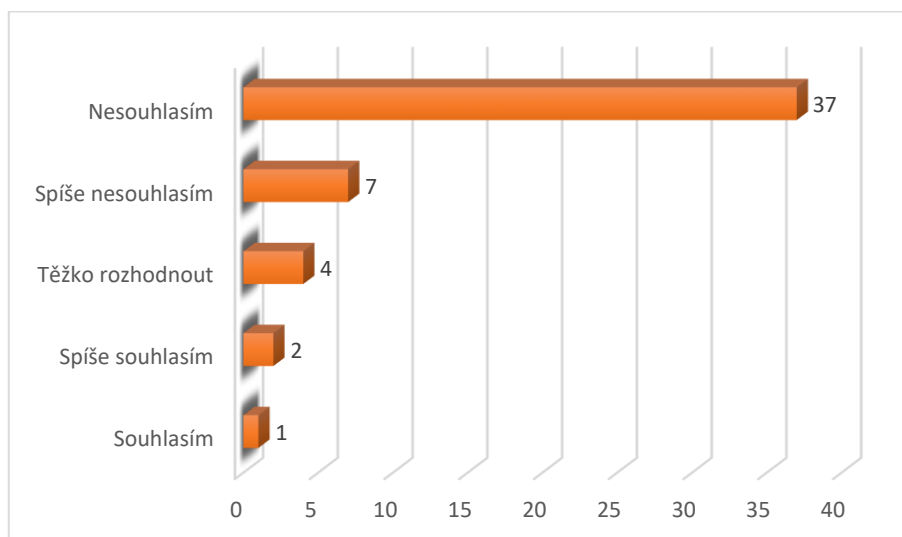
V předchozí otázce jsme se zabývaly depresivní náladou a tuto otázku jsme zaměřily na to, zda pacientky popadá vztek při pomyšlení na svou nemoc. 35,28 % patientek nepociťuje vztek při pomyšlení na karcinom prsu. 17,65 % patientek spíše nesouhlasí. Dalších 15,69 % patientek při pomyšlení na svou nemoc vztek popadá a 17,65 % patientek s tímto tvrzením spíše souhlasí. 13,73 % patientek si nejsou jisté.



Graf 22 – Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek

Tvrzení č. 17: **Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti**

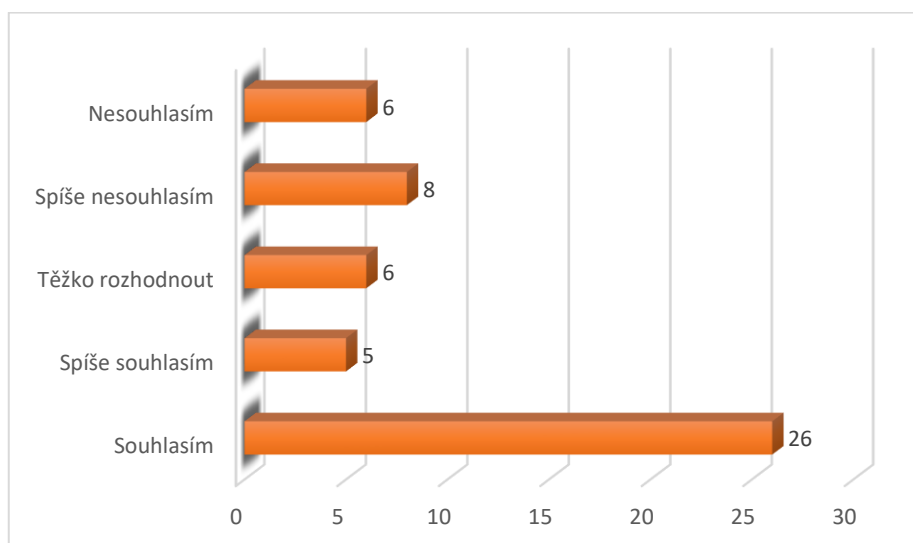
Pacientky se zde měly zamyslet, zda jim jejich nemoc dělá nějaké starosti. Zde převažuje názor, že pacientkám jejich nemoc dělá starosti. Celkem 72,55 % patientek tvrdí, že jejich nemoc jim dělá starosti a 13,73 % patientek s tím spíše souhlasí. Zatímco 1,96 % patientek tvrdí, že jim jejich nemoc žádné starosti nedělá a 3,92 % spíše nesouhlasí. 7,84 % patientek nejsou rozhodnuté.



Graf 23 – *Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti*

Tvrzení č. 18: **Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy**

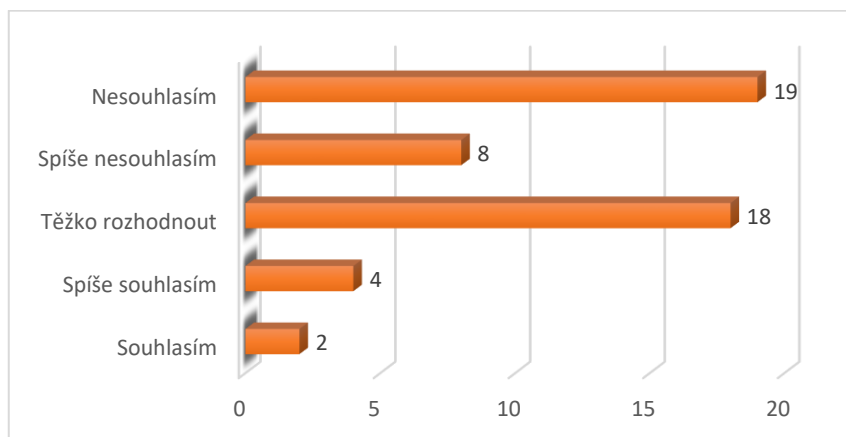
Tato otázka je velmi podobná otázce přechozí, ale jinak formulovaná. Avšak odpovědi se liší. Karcinom prsu vzbuzuje velké obavy u 50,98 % patientek a 9,81 % patientek s nimi spíše souhlasí. U 11,76 % patientek karcinom prsu nevzbuzuje velké obavy a 15,69 % patientek s nimi souhlasí. 11,76 % patientek nejsou rozhodnuté.



Graf 24 – *Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy*

Tvrzení č. 19: Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech

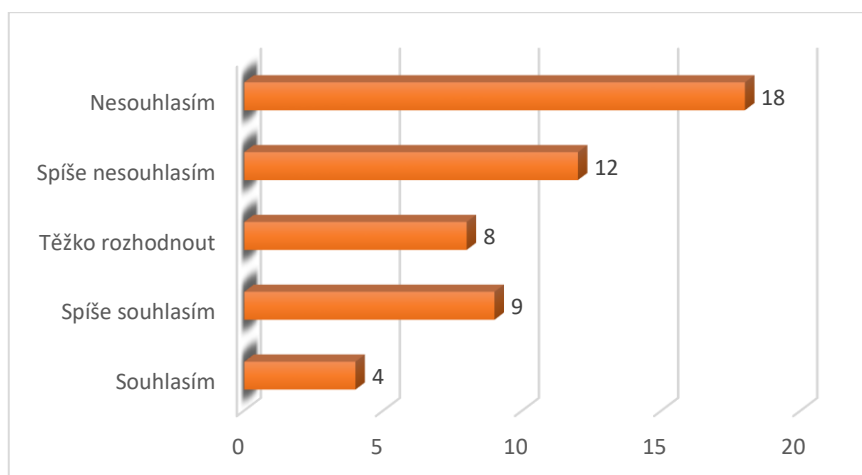
Karcinom prsu provází různé symptomy. A zde se zabýváme jejich manifestací. 3,92 % pacientek souhlasí s tvrzením, že symptomy jejich nemoci přichází pravidelně a také pravidelně odchází a 7,85 % pacientek s nimi souhlasí. Ovšem většina pacientek s tímto tvrzením nesouhlasí. Přesněji 37,25 % pacientek nesouhlasí s tvrzením a 15,69 % pacientek spíše nesouhlasí. 35,29 % pacientek nejsou pevně rozhodnuté.



Graf 25 – Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech

Tvrzení č. 20: Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život

V této otázce se pacientky měly zamyslet nad tím, zda jejich nemoc ztěžuje partnerský nebo rodinný život. 35,29 % pacientek si nemyslí, že by jejich nemoc komplikovala partnerský a rodinný život a 23,53 % pacientek s nimi spíše souhlasí. 7,84 % pacientek s tímto tvrzením souhlasí a tvrdí, že jejich nemoc komplikuje jejich partnerské a rodinné životy a s touto skupinou pacientek spíše souhlasí dalších 17,65 % pacientek.. Rozhodnutých není 15,69 % pacientek.



Graf 26 – Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život

7.3 Vyhodnocení dotazníku IPQ-R-BREF-CZ 20 položek u pacientek před operační léčbou karcinomu prsu

Dotazník vyplňovalo 32 pacientek před operační léčbou karcinomu prsu. U 13 pacientek je naplánována totální mastektomie a u 19 pacientek parciální mastektomie.

První doména zjišťuje názory pacientek na závažnost onemocnění. Do této domény zařazujeme otázky: č. 1 – Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu, č. 2 – Moje nemoc je asi závažná, č. 3 – Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život, č. 11 – Můj zdravotní stav se časem zlepší.

Výsledkem této domény je, že pro pacientky s karcinomem prsu, které vyplňovaly dotazník před operační léčbou, má jejich onemocnění závažný charakter. Skóre bylo téměř u všech pacientek vyšší, průměrné skóre pacientek bylo 15 z 20 bodů.

Druhá doména je věnovaná možnosti ovlivnění onemocnění. Pacientky odpovídaly na následující otázky: č. 5 – S touthle nemocí se těžko něco plánuje, nikdy nevím jak mi bude zítra, č. 8 – Tím, co á sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci, č. 9 – Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá, č. 10 – Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc.

Onemocnění karcinomem prsu není pro pacientky příliš dobře ovlivnitelné. Průměrné skóre pacientek je 16 bodů z 25.

Třetí doména se zabývá porozuměním daného onemocnění. Součástí jsou následující otázky: č. 12 – Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné, č. 13 – Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím, č. 14 – Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný.

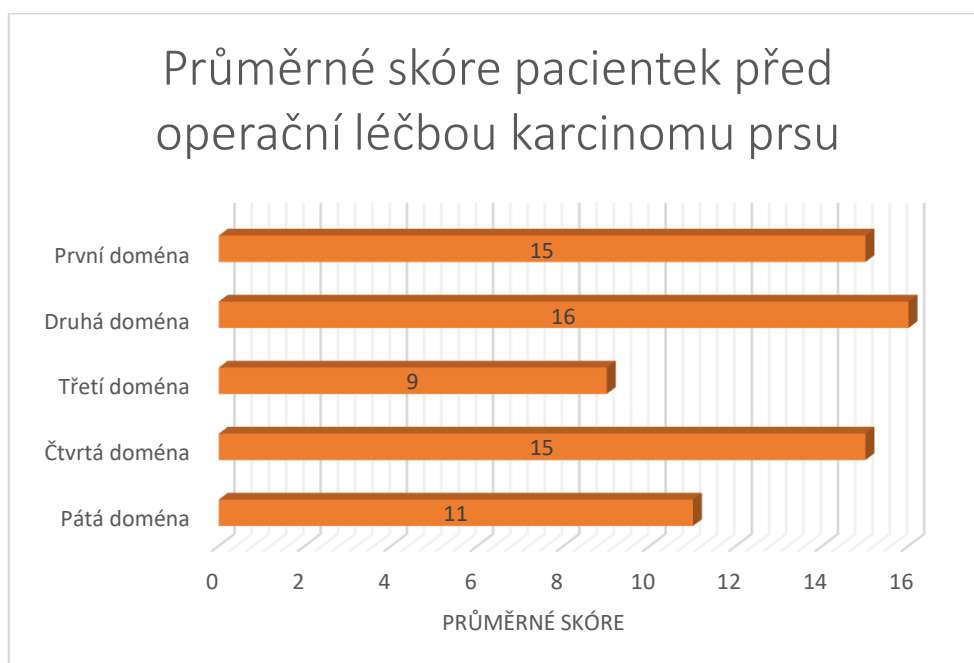
Na základě výsledků pacientky své nemoci velmi dobře nerozumí a nechápou ji. Průměrné skóre je 9 bodů z 15.

Čtvrtá doména zjišťuje prožívání nemoci pacientkami, tedy jejich negativními emocemi. Tuto doménu tvoří následující otázky: č. 15 – Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada, č. 16 – Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek, č. 17 – Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy.

Pacientky s karcinomem prsu prožívají svou nemoc hůře, často je přepadá depresivní nálada či vztek a jejich nemoc jim působí velké obavy. Průměrné skóre bylo 15 bodů z 20.

Pátá doména je zaměřena na zjištění sociálních dopadů nemoci na život pacientek. Doména je složena z těchto otázek: č. 4 – Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mě ostatní lidé dívají, č. 6 – Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady, č. 7 – Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým, č. 20 – Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.

Výsledkem 5. domény je, že pacientky nepocítují velké sociální dopady na jejich život v důsledku karcinomu prsu. Průměrné skóre je 11 bodů z 20.



Graf 27 – Průměrné skóre pacientek před operační léčbou karcinomu prsu

7.4 Vyhodnocení dotazníku IPQ-R-BREF-CZ 20 položek u pacientek po operační léčbě karcinomu prsu

Dotazník vyplnilo 19 pacientek 2. – 3. den po operační léčbě karcinomu prsu. Celkem 14 pacientek podstoupilo parciální mastektomii a 5 pacientek totální mastektomii.

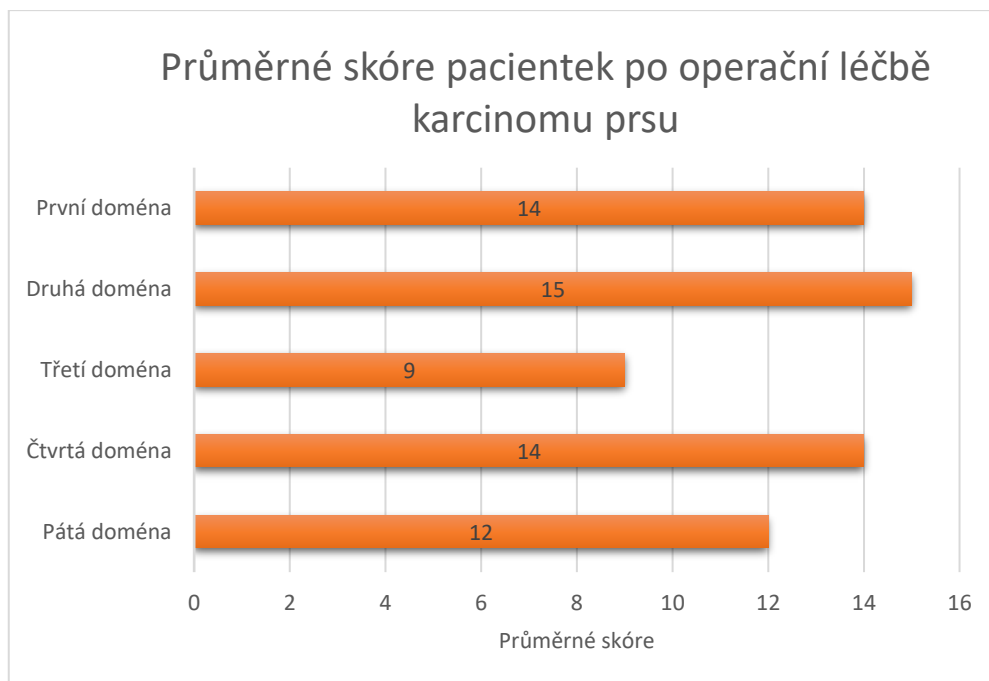
První doména zjišťující závažnost nemoci byla sestavena ze 4 otázek, které jsou již zmíněny v předchozí kapitole. Z výsledků první domény jsme zjistily, že pacientky po operační léčbě karcinomu berou své onemocnění vážně, tedy má pro ně závažnější charakter. Průměrným skóre bylo 14 bodů z 20.

Druhá doména se zabývá možnostmi ovlivnění onemocnění. Doména je tvořena 5 otázkami, které jsou zmíněny v předchozí kapitole. Pacientky po operační léčbě karcinomu prsu nemají dle výsledků vyhraněný názor na ovlivnění průběhu onemocnění. Pacientky nejsou přesvědčeny o ovlivnitelnosti průběhu jejich nemoci. Průměrné skóre činilo 15 bodů z 25.

Třetí doména je tvořena 3 otázkami zmíněné v předchozí kapitole a věnuje se porozumění nemoci. Výsledek je stejný jako u pacientek předoperační léčbou karcinomu prsu. Obě skupiny pacientek své nemoci velmi dobře nerozumí, ale nedá se říci, že by svou nemoc vůbec nechápaly. Průměrné skóre bylo 9 bodů z 15.

Čtvrtá doména zkoumá negativní emoce pacientek a jejich prožívání nemoci. Doména je tvořena ze 4 otázek uvedených v předchozí kapitole. Na základě výsledků můžeme usuzovat, že pacientky po operaci karcinomu prsu, prožívají svou nemoc hůře. Výsledek je téměř stejný jako u pacientek před operací. Průměrné skóre bylo 14 bodů z 20.

Pátá doména zjišťující sociální dopady karcinomu prsu je tvořena ze 4 otázek zmíněné výše. Dle výsledků můžeme hodnotit, že karcinom prsu nemá velké sociální dopady na život pacientek. Průměrné skóre činilo 12 bodů z 20.



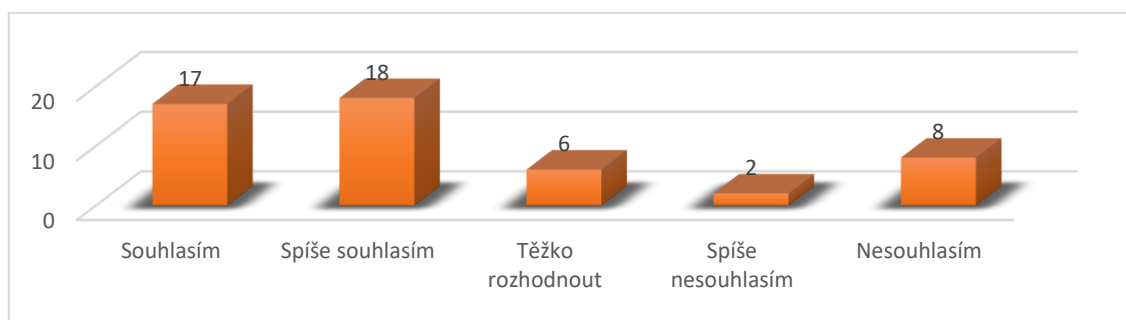
Graf 28 – Průměrné skóre pacientek po operační léčbě karcinomu prsu

7.5 Vyhodnocení možných příčin nemoci pomocí dotazníku

Další část dotazníku je věnována příčinám nemoci. Pacientky se v této části měly zamyslet, proč onemocněly, zda to připisují genetice, psychickým problémům, životnímu stylu nebo dalším vlivům. Nejdříve jsme zjišťovaly názory na možné příčiny karcinomu prsu od všech pacientek bez rozdílu, zda jsou před operací či po operaci.

Otázka 1: Možné příčiny mé nemoci jsou stres nebo obavy z něčeho

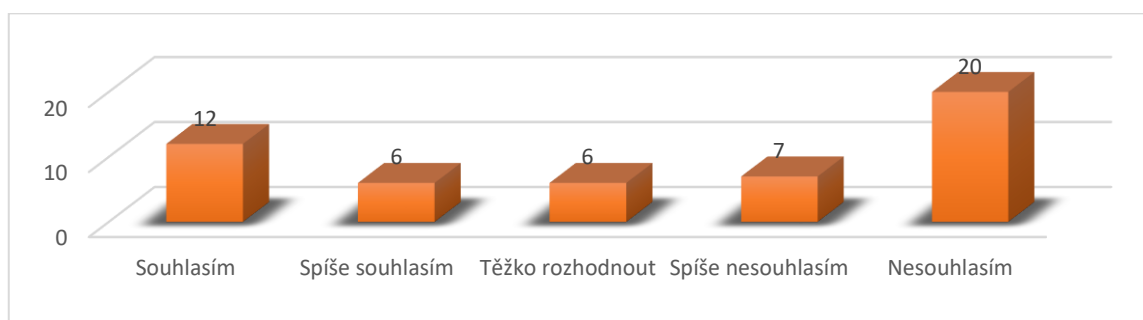
Stres či obavy z něčeho uvádí jako příčinu 33,33 % pacientek a 35,29 % s těmito příčinami spíše souhlasí. 15,69 % pacientek tyto příčiny jako možné neuvádí a dalších 3,92 % pacientek s tím spíše nesouhlasí. 11,77 % pacientek nejsou rozhodnuté, zda stres či obavy mohou být příčinami jejich nemoci.



Graf 29 – Stres nebo obavy z něčeho

Otázka 2: Možnou příčinou mé nemoci je dědičnost, tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje

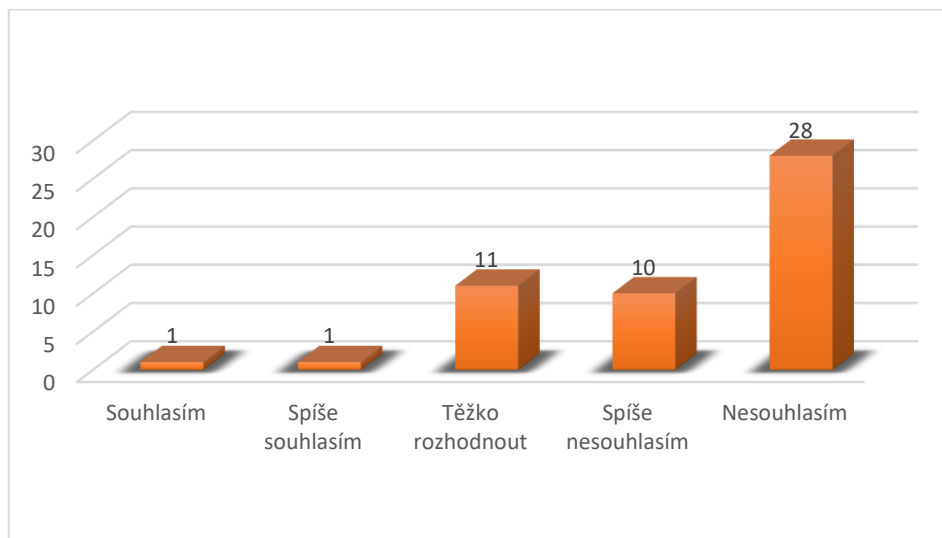
V této otázce pacientky jako možnou příčinu karcinomu prsu dědičnost spíše neuvádí. S touto příčinou nesouhlasí 39,22 % pacientek a 13,73 % pacientek spíše nesouhlasí. Avšak 23,53 % pacientek uvádí jako možnou příčinu právě dědičnost tohoto onemocnění a 11,76 % pacientek spíše souhlasí. 11,76 % pacientek neví, zda by to mohla být příčina jejich nemoci.



Graf 30 - Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje

Otázka 3: Možnými příčinami mé nemoci jsou bakterie nebo viry

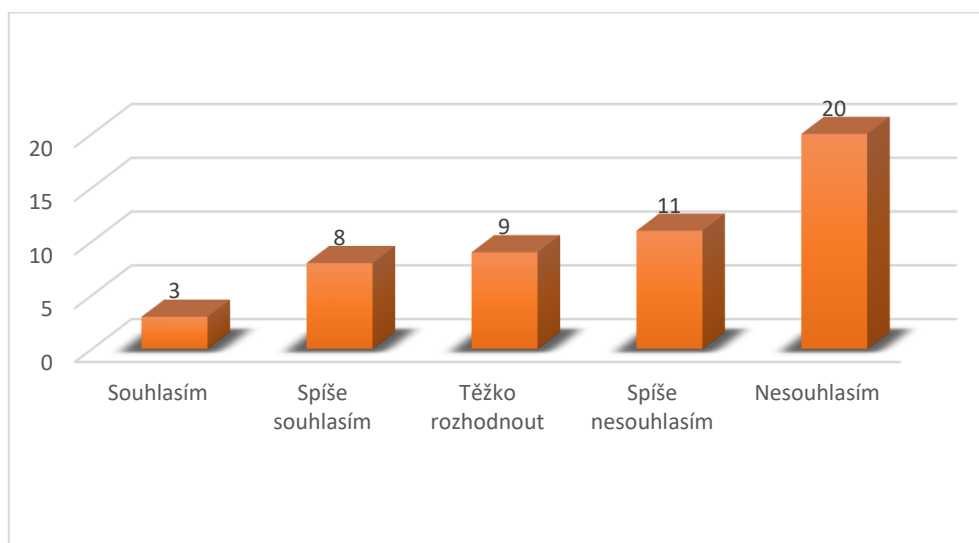
S možnou příčinou karcinomu prsu v podobě bakterií či virů nesouhlasí většina pacientek. Celkem 54,9 % pacientek nesouhlasí s tvrzením, že by příčinou karcinomu prsu byly bakterie či viry a 19,61 % pacientek s tím spíše nesouhlasí. 1,96 % pacientek jsou přikloněné k tomu, že možnou příčinou jejich onemocnění jsou bakterie či viry a stejné procento pacientek spíše souhlasí. 21,57 % pacientek neví, zda by to mohla být možná příčina či ne.



Graf 31 – Bakterie nebo viry

Otázka 4: Možnou příčinou mé nemoci je způsob stravování, je to z jídla

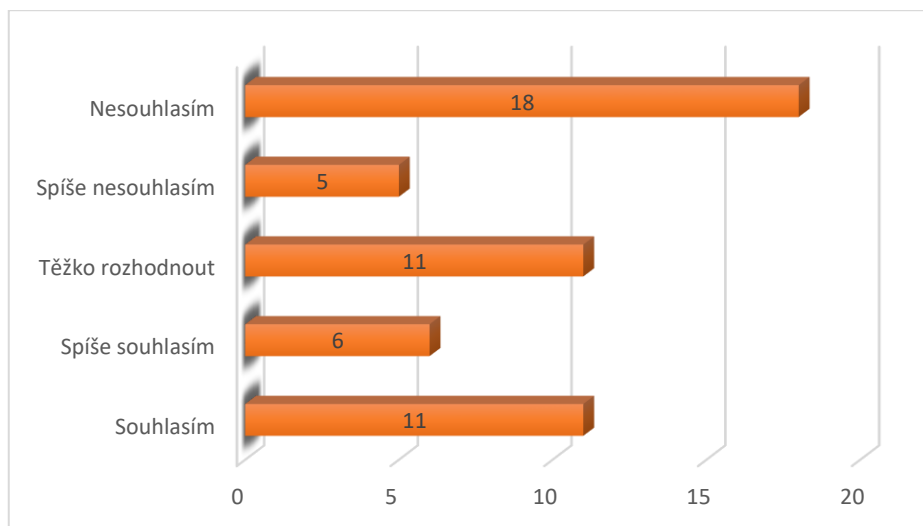
Způsob stravování více jak polovina pacientek nepovažuje za možnou příčinu jejich nemoci. Přesněji 39,22 % pacientek neuvádí jako možnou příčinu právě způsob stravování a 21,57 % pacientek s tím spíše nesouhlasí. Zatímco 5,88 % pacientek s tímto tvrzením souhlasí a dalších 15,69 % pacientek spíše souhlasí. Zbylých 17,65 % pacientek se ještě nerozhodlo.



Graf 32 – Způsob stravování, je to z jídla

Otázka 5: Možnou příčinou mé nemoci je shoda náhod nebo smůla

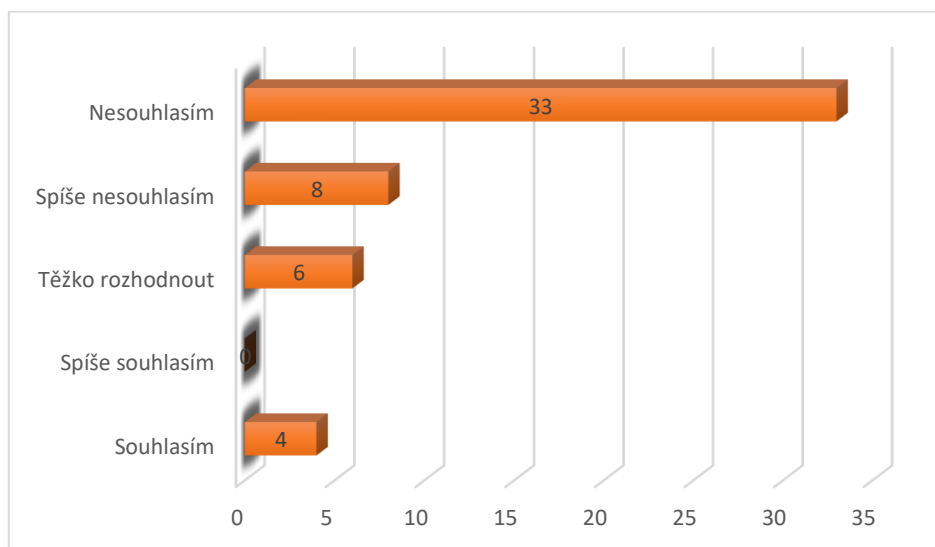
Pacientky měly v této otázce uvažovat, zda by příčinou jejich nemoci mohla být shoda náhod. 21,57 % patientek usoudilo, že by to mohlo být příčinou jejich nemoci a 11,76 % patientek s tím spíše souhlasí. 35,29 % patientek s touto možností nesouhlasí a dalších 9,8 % patientek s tím spíše nesouhlasí. 21,57 % patientek se nepřiklonilo ani k jedné z možností.



Graf 33 – Shoda náhod nebo smůla

Otázka 6: Možnou příčinou mé nemoci jsou lékaři, kteří něco zanedbali

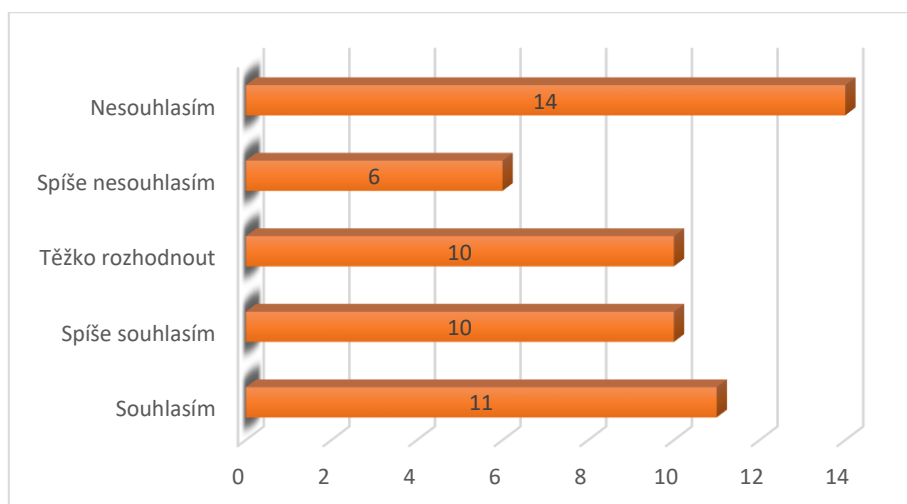
Tato otázka zjišťovala, zda si pacientky myslí, že lékaři něco zanedbali, a tím vzniklo jejich onemocnění. 64,71 % patientek nesouhlasí s tím, že by lékaři cokoli zanedbali, a tím mohli zapříčinit vznik jejich nemoci a 15,69 % patientek s tím spíše nesouhlasí. 7,84 % patientek tvrdí, že možnou příčinou jsou právě lékaři. Na tuto otázku nemá názor 11,76 % patientek.



Graf 34 – Lékaři něco zanedbali

Otázka 7: Možnou příčinou mé nemoci je nezdravé životní prostředí

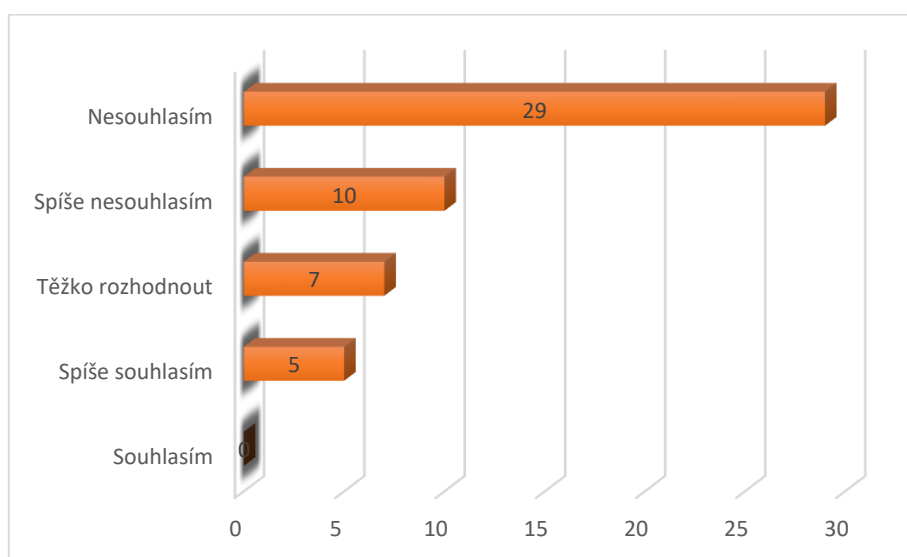
Pohledy na příčinu karcinomu prsu v podobě nezdravého životního prostředí jsou velmi vyrovnané. Nezdravé životní prostředí uvádí jako možnou příčinu 21,57 % pacientek a 19,61 % pacientek s tím spíše souhlasí. 27,45 % pacientek s tímto tvrzením nesouhlasí a 11,76 % pacientek spíše nesouhlasí. 19,61 % pacientek odpovědělo neutrálně.



Graf 35 – Nezdravé životní prostředí

Otázka 8: Možnou příčinou mé nemoci je nezdravé žití, je to moje vina

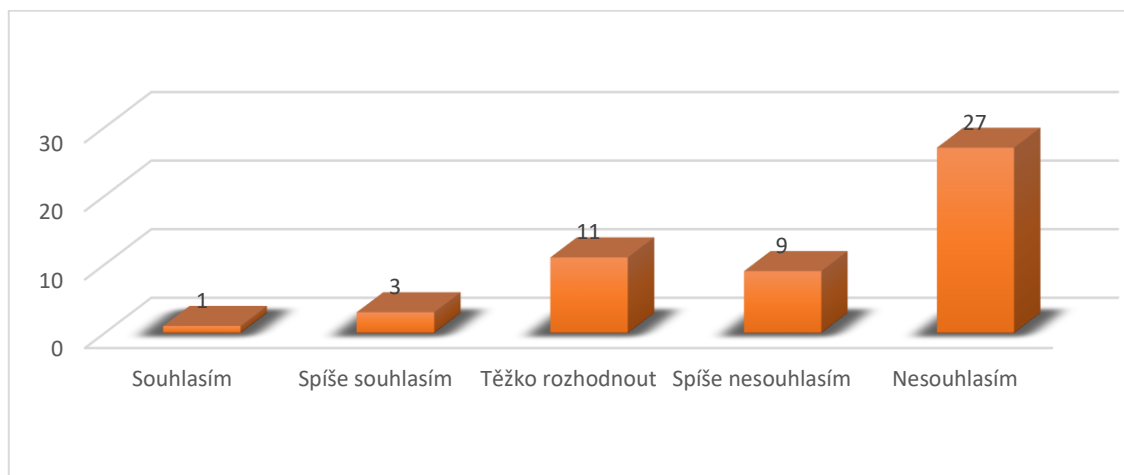
Z grafu č. 36 je patrné, že většina pacientek neuvádí jako možnou příčinu své nemoci nezdravý životní styl, tudíž neshledává vinu ve vzniku jejich onemocnění. Celkem 56,86 % pacientek nesouhlasí s tím, že by to mohla být jejich vina z pohledu špatného životního stylu a 19,61 % pacientek spíše nesouhlasí. 9,8 % pacientek uznává, že by příčina mohla být právě v jejich špatném životním stylu a 13,73 % pacientek nemá názor na tuto možnou příčinu.



Graf 36 – Je to moje vina, žil jsem nezdravě

Otázka 9: Možnou příčinou mé nemoci je můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám

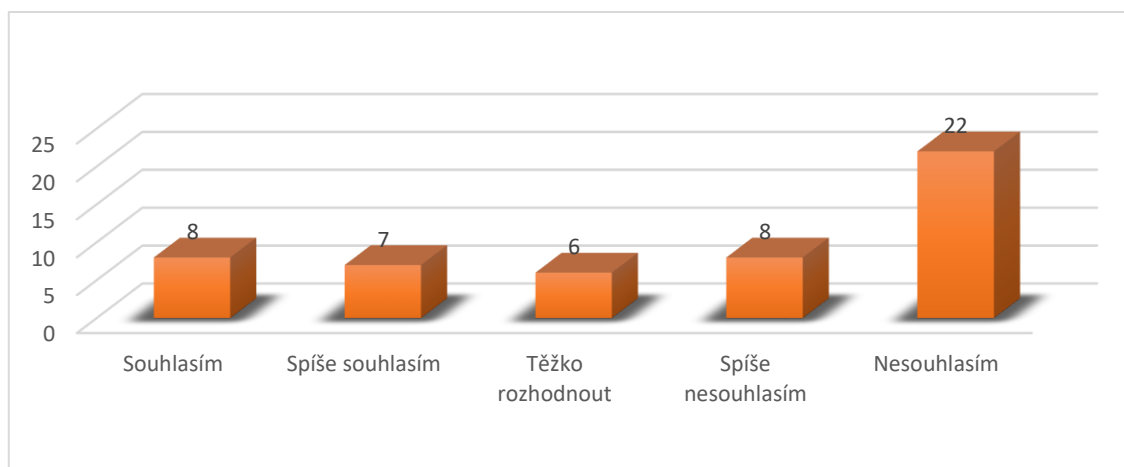
Na základě této otázky měly pacientky uvažovat nad svým přístupem k životu, zda by to mohla být příčina jejich nemoci. Svůj přístup k životu nebere jako příčinu 52,94 % patientek a 17,65 % patientek spíše nesouhlasí. 1,96 % patientek souhlasí s tímto tvrzením a uvádí jako možnou příčinu právě svůj přístup k životu a 5,88 % patientek spíše souhlasí. 21,57 % patientek neuvádí ani jednu možnost.



Graf 37 – Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám

Otázka 10: Možnou příčinou mé nemoci jsou rodinné problémy

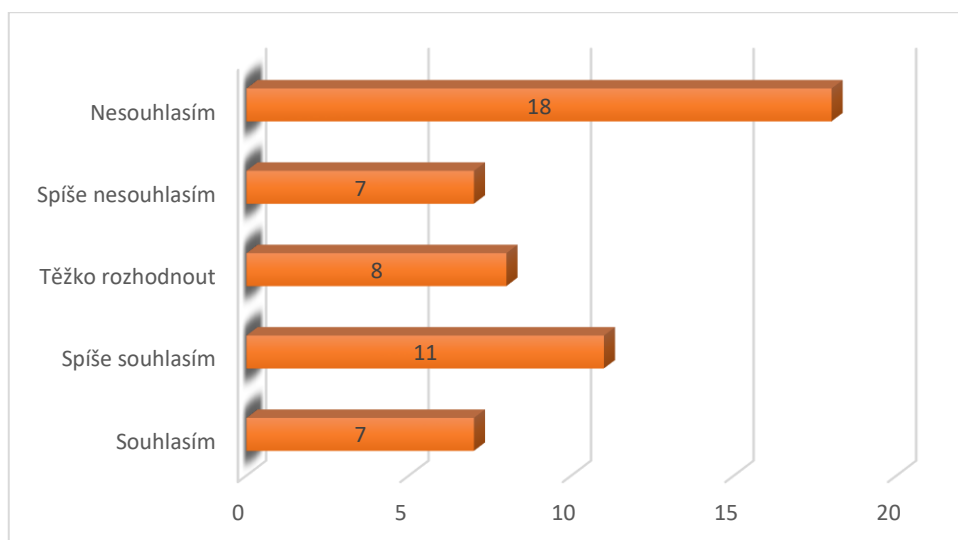
Rodinné problémy mohou významně zhoršit psychiku člověka. Ovšem z grafu vidíme, že dohromady 43,14 % patientek neuvádí rodinné problémy jako možnou příčinu jejich nemoci a 15,69 % patientek spíše nesouhlasí. 15,69 % patientek souhlasí s možností rodinných problémů jako možnou příčinu jejich nemoci a 13,73 % patientek s tím spíše souhlasí. 11,76 % patientek nejsou rozhodnuté, zda by to mohla být příčina či ne.



Graf 38 – Rodinné problémy

Otázka 11: Možnou příčinou mé nemoci je přepracování

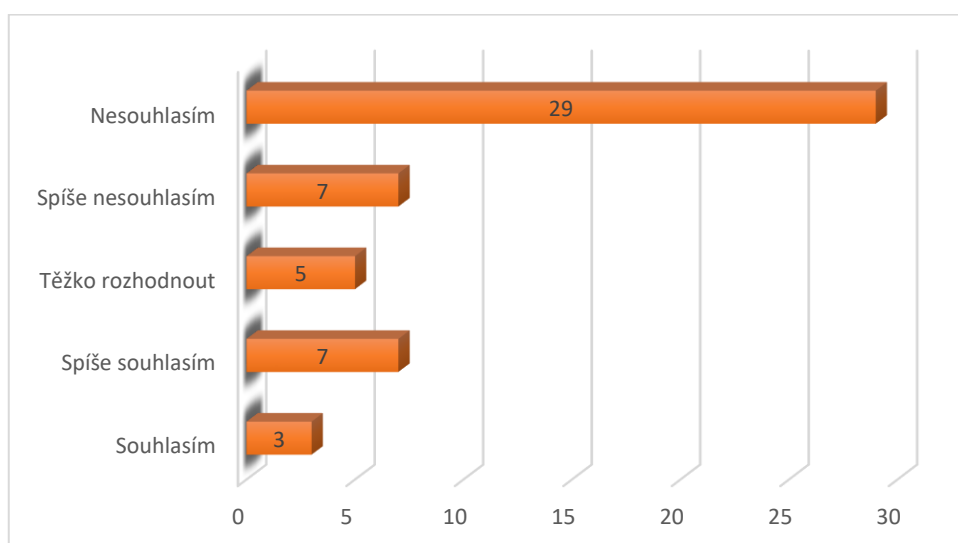
Moderní doba s sebou přináší i vyšší riziko přepracovanosti. Avšak 35,29 % patientek tvrdí, že možnou příčinou jejich onemocnění není přepracovanost a 13,73 % patientek spíše nesouhlasí. 13,73 % patientek souhlasí s tímto tvrzením a 21,57 % patientek spíše souhlasí. Zbýlých 15,69 % patientek se nepřiklání ani k jedné z možností.



Graf 39 – Přepracování

Otázka 12: Možnými příčinami mé nemoci jsou mé emoce, trpím osamělostí, úzkostí, depresiemi, mám pocit prázdna

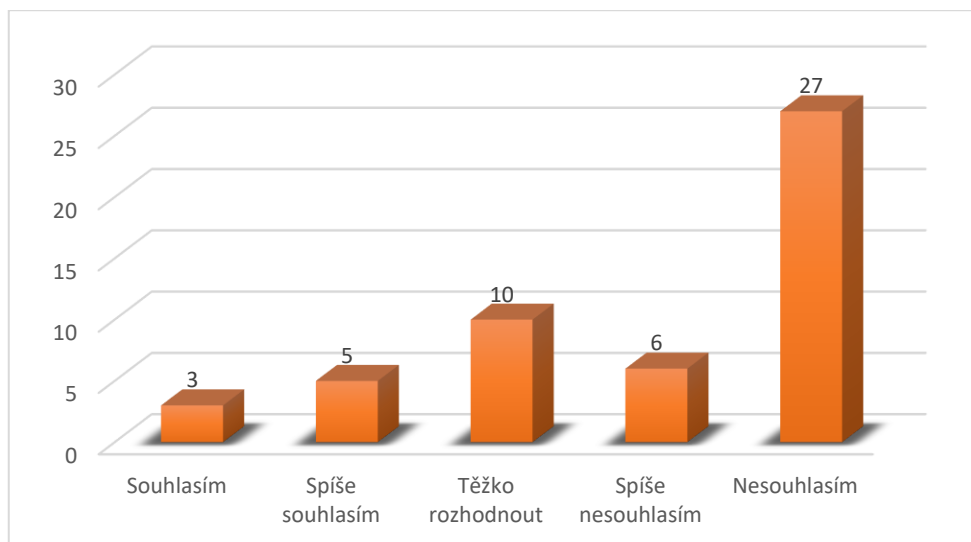
S možnou příčinou v podobě subjektivních emocí, přesněji pocitem osamělosti, úzkosti, prázdna či depresiemi, souhlasí 5,88 % patientek a 13,73 % patientek spíše souhlasí. Naprostá většina s touto možností nesouhlasí. Přesněji 56,86 % patientek nesouhlasí a dalších 13,73 % patientek spíše nesouhlasí. 9,8 % patientek se nerozhodlo, zda souhlasí či ne.



Graf 40 – Mé emoce, trpím osamělostí, úzkostí, depresiemi, mám pocit prázdna

Otázka 13: Možnou příčinou mé nemoci je stáří

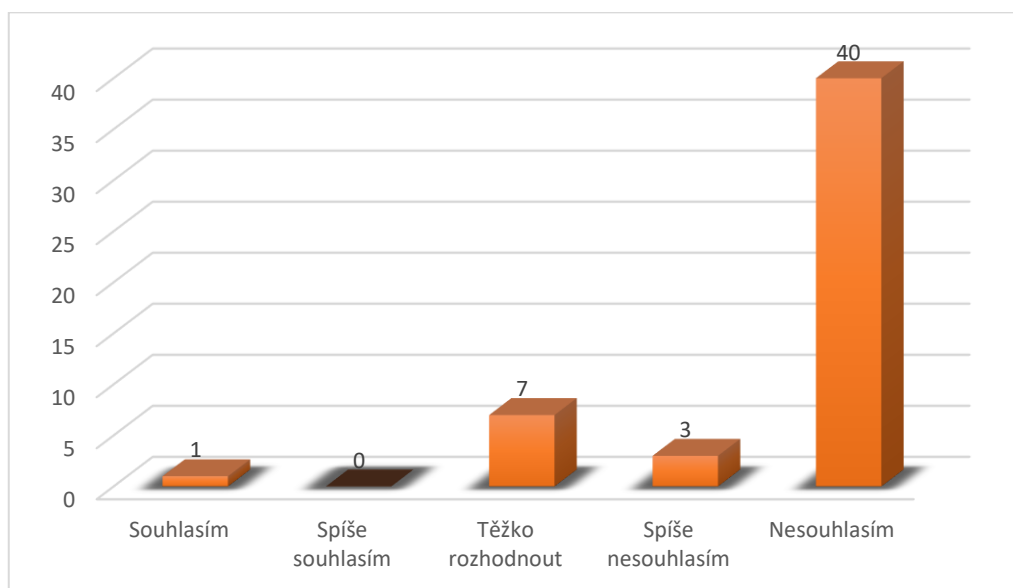
Z grafu č. 41 vyčteme, že zde převažují názory pacientek, které s příčinou v podobě stáří nesouhlasí. Celkem 52,94 % pacientek nesouhlasí s tím, že by příčinou jejich nemoci mohlo být stáří a 11,76 % pacientek spíše nesouhlasí. 5,88 % pacientek s uvedenou příčinou souhlasí a 9,8 % spíše souhlasí. 19,61 % pacientek neví, jak se rozhodnout.



Graf 41 – Stáří

Otázka 14: Možnou příčinou mé nemoci je úraz, nehoda

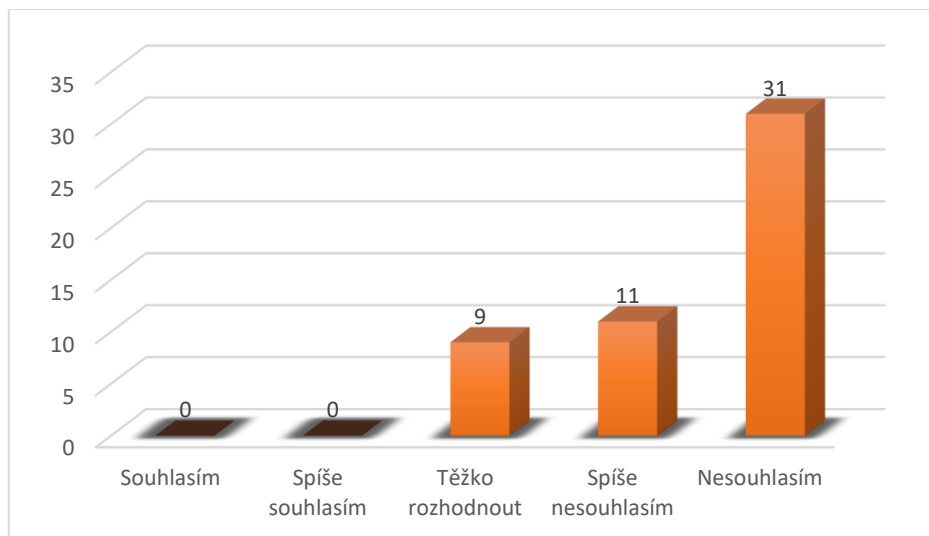
Naprostá většina pacientek nesouhlasí s možností, že by za jejich onemocnění mohl úraz nebo nehoda. Přesně 78,43 % pacientek nesouhlasí a 5,88 % pacientek spíše nesouhlasí. Pouze 1,96 % pacientek tvrdí, že by příčinou mohl být úraz nebo nehoda. 13,73 % pacientek se nerozhodlo, zda souhlasí či nesouhlasí.



Graf 42 – Úraz, nehoda

Otázka 15: Možnými příčinami mé nemoci jsou zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy

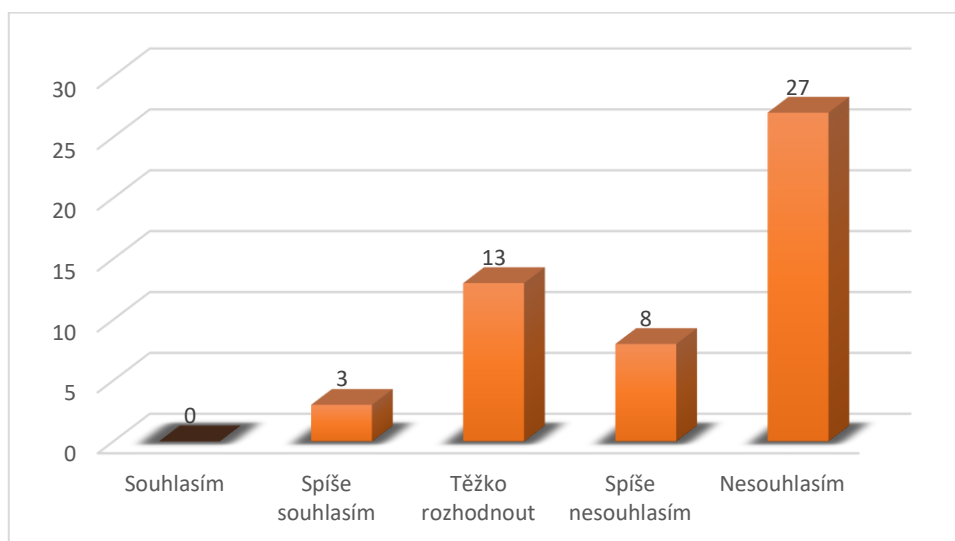
S tímto tvrzením žádná s pacientek nesouhlasila. 17,65 % pacientek nevědělo, jak se rozhodnout a dohromady 60,78 % pacientek nesouhlasilo s tvrzením, že by za jejich nemoc mohly zvláštnosti jejich osobnosti a 21,57 % pacientek spíše nesouhlasí.



Graf 43 – Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy

Otázka 16: Možnou příčinou mé nemoci je změněná imunita, mám změněnou imunitu

Poslední otázka byla zaměřená na změněnou imunitu, zda si pacientky myslí, že měly změněnou imunitu, a to zapříčinilo vznik jejich nemoci. 52,94 % pacientek nesouhlasí s tím, že by změněná imunita mohla zapříčinit karcinom prsu a 15,69 % pacientek spíše nesouhlasí. Žádná z pacientek nesouhlasí s tím, že možnou příčinou je změněná imunita a 5,88 % pacientek s tímto tvrzením spíše souhlasí. 25,49 % pacientek se nepřiklonilo ani k jednomu názoru.



Graf 44 – Změněná imunita

8 Diskuze

Výzkumné šetření bylo provedeno u pacientek s karcinomem prsu, které již podstoupily operační léčbu, nebo ji teprve podstoupí. Z výsledků je zřejmé, že ne všechny pacientky vnímají své onemocnění stejným způsobem.

V této části blíže rozebereme výsledky a porovnáme pojetí karcinomu prsu u pacientek **před operační léčbou a po operační léčbě.**

První doména se dotazuje na závažnost onemocnění a trvání nemoci. Zajímavé je, že obě skupiny pacientek měly podobný průměr skóre, tedy 14 a 15. Pacientky považují své onemocnění za spíše závažné, ale našlo se i pár pacientek v obou skupinách, které svou nemoc vůbec za závažnou nepovažují, ale obecně převažoval názor většiny pacientek, které svou nemoc za závažnou považují. Jejich názor je zřejmě stejný kvůli krátké době po operaci, kdy vyplňovaly dotazníky (2. – 3. den po operační léčbě).

Ve výzkumu autorů Mareše a Vachkové je patrné, že pacientky s karcinomem prsu spíše neoznačují nemoc jako chronickou z hlediska trvání. Některé pacientky ji označily i jako akutní, to připisují autoři včasné diagnostice a dobré prognóze, nebo na druhou stranu nevědomosti (Mareš, Vachková, 2009, s. 123-124).

Druhá doména zjišťovala názory pacientek na možnosti ovlivnění průběhu nemoci. Pacientky jak před operační léčbou, tak po operační léčbě karcinomu prsu hodnotí možnosti ovlivnění nemoci shodně. Obě skupiny se shodují v tom, že průběh jejich nemoci nemohou samy příliš ovlivnit.

Výsledek této domény se shoduje s výsledky výzkumu vypracovaným autory Marešem a Vachkovou, kteří zjišťovali možnosti ovlivnění průběhu nemoci u chronicky nemocných a onkologicky nemocných. Autoři zjistili, že onkologické pacientky s karcinomem prsu hodnotí ovlivnitelnost průběhu své nemoci jako spíše neovlivnitelný (Mareš, Vachková, 2009, s. 126).

Třetí doména se zabývala porozuměním nemoci pacientkami. Tato doména dopadla u obou skupin pacientek naprosto stejně. Pacientky nejsou zcela přesvědčeny, že své nemoci rozumí. V obou skupinách se našly pacientky, které se přikláněly k tomu, že své nemoci rozumí a chápou ji, na druhou stranu, zde byly pacientky, které tvrdily, že své nemoci vůbec nerozumí.

Mareš a Vachková ve svém výzkumu zjistili, že onkologické pacientky celkem rozumí své nemoci a dávají to do souvislosti s informovaností o prevenci karcinomu prsu i s jejím zanedbáváním (Mareš, Vachková, 2009, s. 128). V našem výzkumu uvedlo 49 patientek, že prevenci buď v podobě samovyšetření prsu, mamografického vyšetření nebo kombinaci obojího provádělo. Pouze 2 pacientky přiznaly, že žádnou prevenci karcinomu prsu neprováděly. Tudíž můžeme usuzovat, že vědomost o prevenci karcinomu prsu a jejího provádění se zvyšuje.

Čtvrtá doména se zabývala negativními emocemi a prožívání nemoci. Opět se zde obě skupiny patientek shodují. Pacientky s karcinomem prsu prožívají své onemocnění hůře. Jistě to souvisí s horším prožíváním onkologických onemocnění a jistým nálepkováním, kdy většina lidí je vyděšená už jenom z pojmenování jejich problémů a diagnózou rakovina.

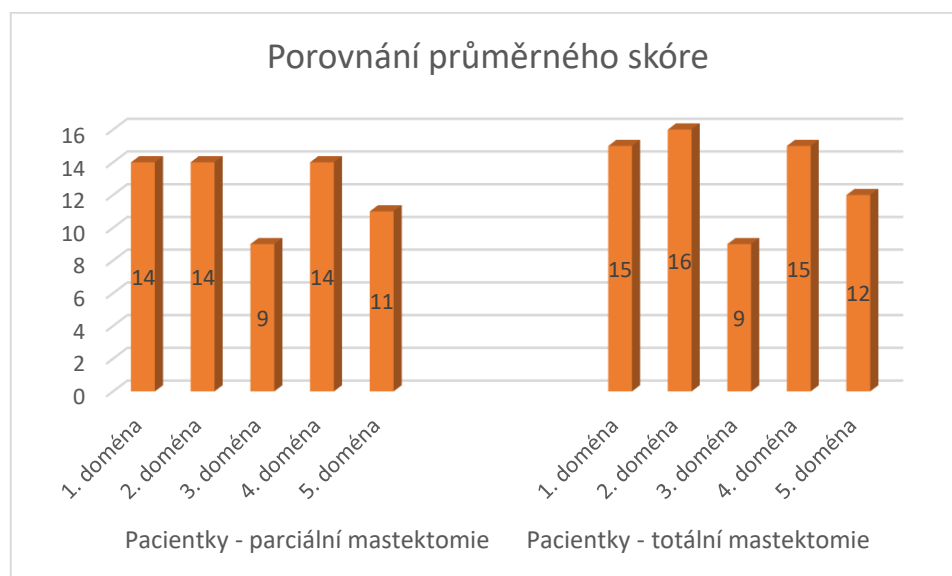
Náš výsledek se také shoduje s výsledkem prožívání nemoci onkologických patientek Mareše a Vachkové, kteří z výsledků svého výzkumu usoudili, že pacientky s onkologickým onemocněním nesou své onemocnění obecně hůře. Ovšem jejich výzkum také uvádí, že skupina onkologických patientek s karcinomem prsu mnohem lépe prožívá svou nemoc než pacientky s karcinomem čípku, ovaria či dělohy. V našem výzkumu zjišťujeme, že pacientky, nesnáší svoji nemoc moc dobře, zatím co ve výzkumu Vachkové a Mareše pacientky s karcinomem prsu uvádí, že podstatně lépe prožívají své onemocnění (Mareš, Vachková, 2009, s. 130).

Pátá doména zjišťovala sociální dopady karcinomu prsu na život patientek. Opět se zde obě skupiny patientek shodly, že karcinom prsu jim nepřináší skoro žádné sociální dopady na jejich život. Pro 2 pacientky přináší karcinom prsu velké sociální dopady. Jedná se o 56letou pacientku, která byla před operačním výkonem, kdy se měla provádět parciální mastektomie. Pacientka tvrdí, že karcinom prsu velmi komplikuje její partnerský a rodinný život a působí problémy jejím blízkým. Další 2 pacientky jsou po operační léčbě karcinomu prsu, a to 66letá pacientka po parciální mastektomii a 44letá pacientka po parciální mastektomii. Pro obě pacientky představuje karcinom prsu velké sociální dopady a ovlivňuje jejich blízké a má finanční dopady na jejich životy.

Výsledky páté domény mě překvapily, očekávala jsem, že pro většinu patientek bude představovat karcinom prsu velké sociální dopady, jak už dopady na partnerský život nebo finanční dopady. Také jsem čekala, že pacientky budou tvrdit, že jejich nemoc ovlivňuje i to, jak se na ně ostatní dívají, především jejich přátele a ostatní.

Z uvedených výsledků jsme zjistily, že pohledy na karcinom prsu se neliší u pacientek před ani po operační léčbě. Může to být způsobeno tím, že pacientky vyplňovaly dotazník 2.-3. den po operační léčbě, tudíž by se výsledky mohly lišit u pacientek, které by vyplňovaly dotazník měsíc a více po operační léčbě.

Dalším z cílů bakalářské práce bylo porovnat pacientovo pojetí karcinomu prsu **podle chirurgického výkonu**, tedy zda pacientky podstoupily či podstoupí parciální nebo totální mastektomii. 19 pacientek vyplňovalo dotazník před parciální mastektomií a 14 pacientek po parciální mastektomii. 13 pacientek bylo před totální mastektomií a 5 pacientek po totální mastektomii.



Graf 45 – Porovnání průměrného skóre

Z grafu vidíme, že se výsledky pacientek nijak zásadně neliší. Tudíž můžeme usuzovat, že pacientky vnímají svou nemoc stejně, i když podstupují prs zachovnou operaci a nebo úplné odstranění prsu. Největší odchylku jsem očekávala u 5. domény, která se týkala sociálních dopadů na život pacientek. Zde jsem očekávala vyšší skóre u pacientek, které podstoupily totální mastektomii.

Pohledy patientek na možné příčiny karcinomu prsu

Jedním z cílů této bakalářské práce bylo zjistit pohledy patientek na možné příčiny karcinomu prsu. V tabulce č. 2 uvádíme souhrnné informace o názorech patientek o možných příčinách vzniku karcinomu prsu.

Možné příčiny mé nemoci	
Stres nebo obavy z něčeho	68,62 %
Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	35,29 %
Bakterie nebo viry	3,92 %
Způsob stravování; je to z jídla	21,57 %
Shoda náhod nebo smůla	33,33 %
Lékaři něco zanedbali	7,84 %
Nezdravé životní prostředí	41,18 %
Je to moje vina, žil jsem nezdravě	9,8 %
Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	7,84 %
Rodinné problémy	33,34 %
Přepracování	35,3 %
Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresi, mám pocit prázdna	19,61 %
Stáří	15,68 %
Úraz, nehoda	1,96 %
Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy	0 %
Mám změněnou imunitu	5,88 %

Tabulka 2 – Pohledy patientek na možné příčiny karcinomu prsu

Pacientky nejčastěji uváděly jako možnou příčinnou karcinomu prsu stres nebo obavy z něčeho (68,62 %). Druhou nejčastěji uváděnou příčinou bylo nezdravé životní prostředí (41,18 %) a na třetím místě přepracování (35,3 %) spolu s dědičností (35,29 %).

Ve výzkumu Mareše a Vachkové uváděly pacientky jako nejčastější příčinu dědičnost (100 %), následně stres a obavy z něčeho (80 %) a na třetím místě emoce, osamělost a úzkost (60%) (Mareš, Vachková, 2009, s. 131).

Ve výsledcích našeho výzkumu a výzkumu Mareše a Vachkové vidíme značné rozdíly názorů pacientek. Stres a obavy hrají v našich výsledcích největší roli, zatímco ve výsledcích Mareše a Vachkové jsou až na druhém místě. Dědičnosti ani svým emocím nedávaly naše pacientky tak velkou váhu, ale je nutné podotknout, že ve výzkumu Mareše a Vachkové byly pacientky s různým onkologickým onemocněním, ne pouze s karcinom prsu.

Zajímavé je, že se pacientky nepřikláněly k dědičnosti jako k nejčastější příčině karcinomu prsu. Přitom je dědičnost v literatuře vždy uváděna jako neovlivnitelný rizikový faktor. Výsledky mě překvapily, očekávala jsem, že pacientky budou nejčastěji udávat dědičnost, následně stres, nezdravý životní styl nebo stáří.

Závěr

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsat anatomii mléčné žlázy a prsu, rozdělit a popsat karcinomy prsu, popsat chirurgickou léčbu karcinomu prsu a specifika ošetrovatelské péče před a po operační léčbě, dále popsat možnosti prevence a definovat pacientovo pojetí nemoci.

Velmi těžké bylo najít jednu definici pacientova pojetí nemoci, která by obsahovala vše, co tento pojem obnáší. Definic existuje spousta, jejich základ bývá stejný, ale další okolnosti závisí na autorovi a na tom, co je pro něj důležité.

V úvodu jsme zmiňovala, že karcinom prsu má velký vliv na život pacientek a jejich rodiny. Nejenže se se svou nemocí musí pacientka vypořádat sama, ale přijmout by ji měla i její rodina a blízcí přátelé. Rodina by měla být pacientce oporou a naslouchat jí stejně tak jako sestry na odděleních, které se o pacientky starají a jsou s nimi v úzkém kontaktu.

V bakalářské práci jsme se zabývali pacientovým pojetím nemoci. Cílem bylo zjistit, zda se mění pojetí karcinomu prsu u pacientek před a po operační léčbou, nebo zda se mění na základě zvoleného typu chirurgického výkonu a zjistit pohledy pacientek na možné příčiny vzniku karcinomu prsu. K získání informací jsme použili dotazník IPQ-R-BREF-CZ, ve kterém jsme hodnotily 5 domén. Oslovili jsme celkem 51 pacientek hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na chirurgické klinice. Nejčastější věkovou kategorií byly ženy ve věku 41-50 let a nejčastěji podstupovaly parciální mastektomii. Z toho 32 pacientek bylo před operační léčbou a 19 pacientek po operační léčbě.

Z výsledků jsme zjistili, že pacientky berou svou nemoc jako závažnou před i po operační léčbě a nezáleželo ani na zvoleném typu chirurgického výkonu. Objevily se pacientky, které svou nemoc jako závažnou nebraly, ale to byly pouze výjimky. Také se shodly v tom, že samy nemohou svou nemoc ovlivnit. Zarážející bylo, že podle výsledků pacientky nerozumí své nemoci. Bylo by vhodné zjistit, z jakého důvodu své nemoci nerozumí, zda jim lékaři a sestry nepodali dost informací nebo je nevysvětlili tak, jak by pacientky potřebovaly. Onkologické onemocnění spouští v pacientkách negativní emoce, jako je depresivní nálada a vzbuzuje v nich obavy. Pro mě byl překvapující výsledek, že karcinom prsu nepřináší pacientkám tak velké sociální dopady. Pacientky tvrdily, že jim jejich nemoc nepřináší problémy v partnerském nebo rodinném životě, což pro mě bylo velmi překvapivé, očekávala jsem, že pacientkám působí jejich nemoc problémy v partnerské sféře už jenom kvůli změně jejich vzhledu v důsledku totální mastektomie a například změně psychiky.

Celkově lze říci, že pacientky měly velmi podobné a někdy i totožné pohledy na jednotlivé domény, tudíž pacientovo pojetí karcinomu prsu není rozdílné před a po operační léčbě ani se neliší na základě zvoleného typu chirurgického výkonu (totální a parciální mastektomie).

Nejčastěji uváděnou možnou příčinou karcinomu prsu byl stres a obavy, dále pak nezdravé životní prostředí následované emocemi pacientek a dědičností karcinomu prsu. Výsledky se mírně lišily od výsledku výzkumu Mareše a Vachkové, tento výzkum jsme blíže specifikovaly v předchozích kapitolách. V jejich výzkumu byla nejčastěji uváděna dědičnost, následně stres a na třetím místě emoce. Můžeme usuzovat, že postupem času se životní prostředí zhoršuje a dopadá to i na pohledy pacientek ohledně možných příčin vzniku nádorového onemocnění prsu.

Anotace

Autor:	Barbora Bittnerová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Pacientovo pojetí nemoci – operační léčba karcinomu prsu
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	99
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	karcinom prsu, operační léčba, pojetí nemoci, prevence, nemoc

Bakalářská práce se zabývá karcinomem prsu a jeho dopadem na život pacientů a patientek. Zjišťuje pacientovo pojetí karcinomu prsu a zjišťuje pohledy pacientů na možné příčiny karcinomu prsu. Teoretická část se věnuje anatomii prsu, rozdělení karcinomu prsu, možnostmi operační léčby karcinomu prsu, prevencí vzniku nádorového onemocnění prsu a definicí pacientova pojetí nemoci. Empirická část je založena na získaných informacích z dotazníkového šetření. Zjišťuje a porovnává pojetí nemoci před a po operační léčbě karcinomu prsu a zda se mění pojetí nemoci na základě zvoleného chirurgického zákroku. Dále se zabývá zjišťováním pohledů patientek na možné příčiny vzniku karcinomu prsu.

Annotation

Author:	Barbora Bittnerová
Institution:	Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title:	Patient's perception of illness – Surgical treatment of breast cancer
Supervisor:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages:	99
Number of appendixes:	6
Defended in:	2020
Key words:	breast cancer, surgical treatment, perception of illness, prevention, disease

This bachelor thesis deals with breast carcinoma and its impact on patients' lives. Recognises patients' concept of breast carcinoma and recognises the patient's insight on possible causes of breast cancer. Theoretical part is dedicated to breast anatomy, division of breast cancer, possible surgical treatments of breast carcinoma, breast cancer prevention and definition of patient's concept of illness. Empirical part is based on acquired information from questionnaire survey. Recognises and compares concept of this illness before and after surgical treatment of breast carcinoma and whether the patient's concept of illness changes based on chosen surgery method. Furthermore, it focuses on finding out the patient's insights on possible causes of the creation of breast carcinoma.

Seznam použité literatury

Monografie

ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. 143s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada, 2003. 227s. ISBN 80-247-0499-4.

ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. 204s. ISBN 978-80-271-2539-5.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010. 326s. ISBN 978-80-7367-781-7.

BECKER, Horst D. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2005. 854s. ISBN 80-247-0720-9.

BÜCHLER, Tomáš. *Speciální onkologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. 274s. ISBN 978-80-7345-539-2.

COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada, 2011. 414s. ISBN 978-80-247-3641-9.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 126s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. 832s. ISBN 9788024756363.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 268s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 307s. ISBN 978-80-271-2111-3.

FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 243s. ISBN 978-80-246-2693-2.

FRIEDRICH, Kay, Heike OELLERICH a Miriam WESSELS. *Rakovina prsu: poznejte nepřítele a porazte ho*. Přeložil Rudolf RADA. Praha: Euromedia, 2017. Esence. 223s. ISBN 9788075491558.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 99s. ISBN 978-80-7387-179-6.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 249s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KOUTECKÝ, Josef. *Klinická onkologie*. Praha: Riopress, 2004. 278s. ISBN 80-86221-77-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). 198s. ISBN 80-247-0179-0.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 347s. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci I.* Brno: MSD, 2009. 146s. ISBN 978-80-7392-120-0.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci III.* Brno: MSD, 2011. 122s. ISBN 978-80-7392-191-0.

MOTLÍK, Karel a Jaroslav ŽIVNÝ. *Patologie v ženském lékařství.* Praha: Grada, 2001. 550s. ISBN 80-7169-460-6.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče.* Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 368s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 269s. ISBN 978-80-247-3373-9.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.,* aktualizované vydání. Praha: Triton, 2014. 225s. ISBN 978-80-7387-785-9.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry. 2.,* přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 448s. ISBN 978-80-247-3742-3.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče.* Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 192s. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). 229s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého.* Praha: Grada, 2008. Doktor radí. 189s. ISBN 978-80-247-2307-5.

Seznam grafů

Graf 1 – Věkové kategorie pacientek	49
Graf 2 – Vzdělání.....	50
Graf 3 – Zaměstnání	50
Graf 4 – Preventivní opatření karcinomu prsu.....	51
Graf 5 – Rizikové faktory – kouření tabáku	51
Graf 6 – Rizikové faktory – konzumace alkoholu	52
Graf 7 – Dosavadní terapie karcinomu prsu	52
Graf 8 – Moje nemoc potvrzuje hodně dlouhou dobu	54
Graf 9 – Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	55
Graf 10 – Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	55
Graf 11 – S touto nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra.....	56
Graf 12 – Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady.....	56
Graf 13 – Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým.....	57
Graf 14 – Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci.....	57
Graf 15 – Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	58
Graf 16 – Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	58
Graf 17 – Můj zdravotní stav se časem zlepšil	59
Graf 18 – Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné	59
Graf 19 – Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím.....	60
Graf 20 – Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	60
Graf 21 – Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada.....	61
Graf 22 – Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek	61
Graf 23 – Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti.....	62
Graf 24 – Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	62
Graf 25 – Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech..	63
Graf 26 – Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život	63
Graf 27 – Průměrné skóre pacientek před operační léčbou karcinomu prsu	65
Graf 28 – Průměrné skóre pacientek po operační léčbě karcinomu prsu	67
Graf 29 – Stres nebo obavy z něčeho	68
Graf 30 - Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	68
Graf 31 – Bakterie nebo viry	69

Graf 32 – Způsob stravování, je to z jídla.....	69
Graf 33 – Shoda náhod nebo smůla	70
Graf 34 – Lékaři něco zanedbali	70
Graf 35 – Nezdravé životní prostředí	71
Graf 36 – Je to moje vina, žil jsem nezdravě.....	71
Graf 37 – Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	72
Graf 38 – Rodinné problémy	72
Graf 39 – Přepřacování	73
Graf 40 – Mé emoce, trpím osamělostí, úzkostí, depresi, mám pocit prázdna	73
Graf 41 – Stáří.....	74
Graf 42 – Úraz, nehoda.....	74
Graf 43 – Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy	75
Graf 44 – Změněná imunita	75
Graf 45 – Porovnání průměrného skóre.....	78

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Moje nemoc je asi závažná	54
Tabulka 2 – Pohledy pacientek na možné příčiny karcinomu prsu	79

Seznam příloh

Příloha 1 – Návod na samovyšetření prsu.....	92
Příloha 2 – Návod na samovyšetření prsu partnerem	93
Příloha 3 – Dotazník	94
Příloha 4 – Povolení výzkumu vrchní sestrou chirurgické kliniky ve FNHK	97
Příloha 5 – Povolení výzkumného šetření hlavní sestrou ve FNHK	98
Příloha 6 – Potvrzení o výzkumu ve FNHK.....	99

Přílohy

Příloha 1 – Návod na samovyšetření prsu

NÁVOD NA SAMOVYŠETŘENÍ PRSU

Rakovina prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen a její výskyt stále stoupá. Přitom většina žen, u kterých je nádor odhalen včas, má díky současným léčebným postupům šanci na úplné vyléčení. Jedna z metod, která může napomoci v odhalení nádoru prsu, je samovyšetření. Pohmatové vyšetření nemůže nahradit mamografické nebo ultrazvukové vyšetření. Je to však nezastupitelná metoda.

Vyšetřujte si prsa pravidelně, každý měsíc. Nejvhodnější doba pro samovyšetření je období těsně po menstruaci, kdy prsa nejsou citlivá a na pohmat jsou měkká než před menstruací. Pokud žena nemenstruuje, je vhodné zvolit si nějaký snadno zapamatovatelný den, například první den v měsíci, a pak pravidelně jednou za měsíc samovyšetření provádět.

MAMMACENTRUM
MEDICON

Metoda samovyšetření prsu



Používejte bříška tří prostředních prstů. Pomalu dělejte malé krouživé pohyby, tak aby se překrývaly a aby se nelynechalo žádné místo. Střídejte lehký, střední a silný tlak, aby se mohly dobře vyšetřit všechny vrstvy prsní tkáně.

Vyberte si schéma samovyšetření, které vám nejvíce vyhovuje a tento postup dodržujte každý měsíc.



vertikální

NEBO



krouživé

NEBO



klínové

Pokud nahmatáte bulku s nepravidelnými okraji kdekoliv v prsu či v podpaží nebo si všimnete zarudnutí připomínající pomerančovou kůru, důlkočatění, otok kůže, mokrání, nehojící se vřed, vtažení bradavky nebo výtok z ní, nepanikařte, z 80 % to nic neznamená, ale **doporučujeme navštívit co nejdříve vašeho gynekologa**, na váš nálezh upozornit a zajít na vyšetření do mamografického centra.

Samovyšetření prsu ve stoje se provádí ideálně ve sprše, anebo po sprchování před zrcadlem, kdy se můžete tělovým mlékem.



Vyšetření pohmatem

Zvedněte jednu ruku za hlavu. Druhou rukou postupně vyšetřete celý prs.



Vyšetření bradavky

Stiskněte jemně bradavku, aby se mohl odhalit případný výtok.

Vyšetření oblasti kolem klíční kosti
Prohmatejte oblast kolem klíční kosti a nad hrudní kostí mezi prsy.



Vyšetření podpaží

Prohmatejte lymfatické uzliny v podpaží.

V případě objemných prsou provádějte samovyšetření vleže anebo s pomocí podepřené druhé ruky.



Vyšetření objemných prsou vleže

Začněte v poloze na zádech a přetočte se na levý bok, díky tomu se levou rukou snáze dostanete do podpažní jamky a k vnějšímu kraji prsu. Poté si lehněte na záda a prohmatejte vnitřní část prsu. Stejně postupujte u druhého prsu.

Vyšetření objemných nebo povislých prsou

Při samovyšetření může pomoci podepření prsu druhou rukou.



Právě jste zvládla samovyšetření.

Nezapomínejte, že je nutné ho provádět pravidelně.

MAMMACENTRUM
MEDICON

Nebaví vás čist návody? Podívejte se na video.



Příloha 2 – Návod na samovyšetření prsu partnerem



I AM A BREASTMAN

... a mé ruce jsou prevence

 Centrum
pro onemocnění prsu
MAMMA CENTRUM
ZELENÝ PRUH

Tento leták je určen pro muže, kteří plně pochopili přísloví „Spojit příjemné s užitečným“ a na obou frontách se jim ho daří realizovat.

Kdy začít s preventivním vyšetřením prsů partnerky?

Nejlépe od hranice dospělosti ženy, tedy řádově od 18. roku. Důležitá je ale pravidelnost. Podle všeobecného mínění jsou prý starší muži ve svém konání zodpovědnější. Ale od mládí péče, pánové, zodpovídáte za své zdraví, studium, práci, sport – podlejte se tedy i na preventivním vyšetření partnerky a na spoluodpovědnosti za její zdraví.

- Většina z vás se už s touto problematikou seznámila, nebo o ní alespoň četla.
- Naučte se využívat citu ve svých rukou k vyšetření prsů partnerky.
- Ženy rády zapojují své muže do této činnosti.
- Ale jen část žen cítí zodpovědnost ke svému tělu – i tento fakt se postupně mění k lepšímu.
- Hovořte se svojí partnerkou o prevenci a o tom, jak vám záleží na jejím zdraví.
- Naopak zapojte i vy partnerku do vyšetření vašich intimních partií a také nemusíte čekat na listopad /akce Movember/.

Jak často a kdy vyšetřovat? Co myslíte?

Vytvořte si s partnerkou příjemný rituál, ideálně tak jednou za měsíc - krátce po menstruaci, kdy její prsa nejsou tak citlivá a napjatá. A jak na to? Například při společné koupeli. Nebojte se

doteků. Dále pokračujte ve vyšetření, když si partnerka lehne na záda a prsa změní tvar. Zpřijemněte tyto intimní chvíle tím, že pokožku ošetříte krémem nebo tělovým mlékem. Používejte břížka tří prostředních prstů a střídejte postupně lehký, střední a silnější tlak. Lehce stiskněte i bradavky. Naučte své prsty a dlaně vnímat strukturu prsů, abyste uměl odlišit případné změny.

Jste si jist, že znáte tvar prsů své partnerky? Víte, k jakým změnám ve tvaru nebo struktuře prsu může dojít a čeho si máte všimnout? Především dáváte pozor na:

- Bulku, vyklenuté místo nebo zesílenou kůži připomínající pomerančovou kůru.
- Vtažené místo nebo vpáčenou bradavku.
- Ekzém prsu nebo bradavky, zvláště když delší dobu svědí.
- Krvácení nebo výtok tekutiny z bradavky.
- Barevné změny nebo zarudnutí kůže na prsu.
- Důlkovatění, zduření, šupinatění, svráštění prsu nebo bradavky.
- Zvýšenou teplotu a bolestivost prsu.

Máte dojem, že jste narazil na nějakou neobvyklou změnu?

- Jemně upozorněte partnerku a pomozte jí se samovyšetřením.
- Změna ještě neznamená nemoc, proto zachovejte klid a uklidněte i svou partnerku. Pomůže, když jí ujistíte o své podpoře. Zdůrazněte ale, jak vám záleží na odborném vyšetření – to nezlehčujte, nepodceňujte a rozhodně **NEODKLÁDEJTE!**

- Pro informaci, kam a na koho se obrátit, můžete také kontaktovat **Mamma HELP centra**, jejich seznam a telefonny najdete na stránkách www.mammahelp.cz.
- Seběmenších pochybností však partnerku zbaví až odborný lékař, který posoudí nález z mamografu nebo ultrazvuku.

Primární prevence je pro vás oba stejně potřebná a ve svých důsledcích stejně důležitá. A ruku na srdce - ani ne moc nepřijemná, že?

Co doporučit?

Pohyb – jakoukoli akci: sportujte, milujte se, tančete kdekoli a kdykoli – zapomeňte na oblíbenou sedací triádu: kancelář, auto, obývák, i na tu zdravotní: nevzhledné špeky, vysoký tlak a usoužené srdce, plíce, klouby.

Zdravou stravu: vařit můžete podle pana Pohlreicha, Jamieho Olivera, nebo prostě podle sebe – trochu o tom přemýšlejte a s citem a fantazií tvořte... Není nic příjemnějšího, než dostat od partnera po hektickém dni na stůl s láskou udělanou večeři.

Nestresovat se: lehce se to povídá, hůř vykonává, ale klídek. Stojí to za to. Bazinga - řečeno jazykem Teorie velkého třesku. První vážnější zdravotní atak vás stejně zabrzdí a na druhý už si dáte sakra pozor.

PREVENCE + VČASNÁ DIAGNÓZA = ŽIVOT



Mamma HELP, z.s.
sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu
www.mammahelp.cz

Foto: Kristína Odermatt © Mamma HELP 2015 ©
Tisk za přispění Mammacentra Zelený pruh a Centra pro nemoci prsu.
www.mammacentrum.cz | www.pols.cz

Anonymní dotazník IPQ-R-CZ (B)

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)

© Zkrácená česká verze: J.Mareš, S. Ježek, K. Šmejkal, M. Štanglová, (2011)

Vážení pacienti a vážené pacientky!

Mé jméno je Barbora Bittnerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Pacientovo pojetí nemoci – operační léčba karcinomu prsu. Obracím se tedy na Vás s velkou prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a vyjádříte tak souhlas s účastí na výzkumném šetření. Získaná data budou použita pouze v rámci výzkumného šetření v bakalářské práci.

Každý pacient má určitou představu o nemoci, kterou má. Něco mu o ní řekli zdravotníci, něco spolupacienti, něco známí. Tento dotazník zjišťuje **Vaše současné názory** na nemoc, kterou máte. Dotazník je anonymní, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních** názorů. Mohou se lišit od toho, co si myslí spolupacienti, zdravotní sestry, lékaři. Odpovídejte jen sami za sebe, zajímá nás právě Váš názor.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

- Jsem:** muž - žena
- Věk:**
- Vzdělání:** základní – středoškolské – vyšší odborné – vysokoškolské
- Zaměstnání:**
- Rodinný stav:** svobodný/á – ženatý/vdaná – rozvedený/á – ovdovělý/á
- Preventivní opatření:** samovyšetření prsou – mamografické vyšetření – neprováděl/a jsem
- Kouříte?** ano – ne
- Konzumujete alkohol?** ano, denně – ano, příležitostně – nepiji alkohol
- Jste před operací?** ano – ne
- Dosavadní terapie nádoru:** systémová terapie – radioterapie – chemoterapie – hormonální léčba – biologická léčba – žádná
- Druh operace:** totální mastektomie – parciální mastektomie

	Můj osobní názor na tuto nemoc	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
1.	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu	5	4	3	2	1
2.	Moje nemoc je asi závažná	5	4	3	2	1
3.	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	5	4	3	2	1
4.	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	5	4	3	2	1
5.	S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra	5	4	3	2	1
6.	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady	5	4	3	2	1
7.	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým	5	4	3	2	1
8.	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci	5	4	3	2	1
9.	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	5	4	3	2	1
10.	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	5	4	3	2	1
11.	Můj zdravotní stav se časemlepší	5	4	3	2	1
12.	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné	5	4	3	2	1
13.	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím	5	4	3	2	1
14.	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	5	4	3	2	1
15.	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada	5	4	3	2	1
16.	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek	5	4	3	2	1
17.	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti	5	4	3	2	1
18.	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	5	4	3	2	1
19.	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech	5	4	3	2	1
20.	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.	5	4	3	2	1

Příčiny nemoci, kterou mám

Každý člověk uvažuje o tom, proč asi onemocněl. Lidé se s názoru na příčinu své nemoci velmi různí. Neexistuje jediná správná odpověď, neexistuje stejná odpověď, protože každý je trochu jiný a žije v jiných životních podmínkách. Nás zajímá právě Váš pohled na to, co asi způsobilo Vaše onemocnění.

Možné příčiny mé nemoci	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Stres nebo obavy z něčeho	5	4	3	2	1
Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	5	4	3	2	1
Bakterie nebo viry	5	4	3	2	1
Způsob stravování; je to z jídla	5	4	3	2	1
Shoda náhod nebo smůla	5	4	3	2	1
Lékaři něco zanedbali	5	4	3	2	1
Nezdravé životní prostředí	5	4	3	2	1
Je to moje vina, žil jsem nezdravě	5	4	3	2	1
Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	5	4	3	2	1
Rodinné problémy	5	4	3	2	1
Přepracování	5	4	3	2	1
Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresi, mám pocit prázdna	5	4	3	2	1
Stáří	5	4	3	2	1
Úraz, nehoda	5	4	3	2	1
Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy	5	4	3	2	1
Mám změněnou imunitu	5	4	3	2	1

Děkuji za vyplnění dotazníku a za Váš čas.

Příloha 4 – Povolení výzkumu vrchní sestrou chirurgické kliniky ve FNHK

Vážená paní bakalářko,

Bc. Eva Capoušková
Vrchní sestra
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

V Nové Vsi 19.7.2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové

Vážená paní bakalářko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší chirurgické klinice, oddělení A jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Barbory Bittnerové, narozené 4.5.1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit pohled pacientů a pacientek na operační léčbu karcinomu prsu a na samotnou diagnózu karcinomu prsu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D, funkce vedoucího práce.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Barbora Bittnerová
Nová Ves 72
Týniště nad Orlicí 517 21

Mgr. Eva Vachková, Ph.D vedoucí Oddělení
ošetrovatelství, vachkova@lfhk.cuni.cz
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v HK,
Šimkova 870, HK 500 03

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

19/7 19

Podpis a razítko


Bc. Eva Capoušková
vrchní sestra

FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRÁDEC KRÁLOVÉ
chirurgická klinika
500 05 Hradec Králové
2

Příloha 5 – Povolení výzkumného šetření hlavní sestrou ve FNHK

Vážená paní,

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

V Nové Vsi 19.7.2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší chirurgické klinice, oddělení A jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Barbory Bittnerové, narozené 4. 5. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit pohled pacientů a pacientek na operační léčbu karcinomu prsu a na samotnou diagnózu karcinomu prsu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D, funkce vedoucího práce.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Barbora Bittnerová
Nová Ves 72
Týniště nad Orlicí 517 21

Mgr. Eva Vachková, Ph.D vedoucí Oddělení
ošetrovatelství, vachkovae@lfhk.cuni.cz
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v HK,
Šimkova 870, HK 500 03

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 25.7. 2019

Podpis a razítko

Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetř. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha 6 – Potvrzení o výzkumu ve FNHK



FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici
Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta, titul:	Barbora Bittnerová
datum narození:	4.5.1998
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Nová Ves 72, 517 21, Týniště nad Orlicí
telefonní kontakt:	776688060
e-mail:	barca.bittnerova@email.cz
Název školy, fakulta, katedra:	Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci Králové Ústav sociálního lékařství Oddělení ošetřovatelství Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Všeobecná sestra, bakalářský studijní program Ošetřovatelství, 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Pacientovo pojetí nemoci – operační léčba karcinomu prsu
Jméno vedoucího práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	50
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	Chirurgická klinika ve FNHK
Metodika výzkumu:	Dotazník
Období výzkumu (od – do):	1.10.2019 – 20.4.2019
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno:	
Pozice:	
Razítko a podpis:	

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 7.9.2019

Podpis žadatele:

Vedoucí práce
Mgr. Vachková Eva, Ph.D.

Student