

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Ing. Petra Kejdanová

Ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu

Occupational therapy in patients after breast cancer survivals

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaromíra Uhlířová

Praha, rok 2016

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. J. Uhlířové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat fyzioterapeutkám, Mgr. P. Novákové a Bc. V. Ondrášové z chirurgického oddělení VFN v Praze a Mgr. K. Průškové z oddělení fyzioterapie na poliklinice VFN v Praze, které mi umožnily absolvovat odbornou praxi na pracovišti a ověřit si praktické znalosti.

Dále bych touto cestou ráda poděkovala předsedkyni klubu ŽAP za cenné rady a postřehy a všem ženám z patientských organizací, jež se zúčastnily dotazníkového šetření. Především klubu ŽAP, Lize proti rakovině, sdružení ALEN, ARCUS, Mamma Help a řadě dalších.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce Ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Ing. Petra Kejdanová

V Praze dne:

Podpis studenta

Identifikační záznam:

KEJDANOVÁ, Petra. *Ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu. [Occupational therapy in patients after breast cancer survivals]*. Praha, 2016. 68 s., 3. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Uhlířová, Jaromíra.

.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Petra Kejdanová

Vedoucí práce: Mgr. Jaromíra Uhlířová

Název bakalářské práce: Ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu

Abstrakt bakalářské práce:

Hlavním cílem bakalářské práce je demonstrovat možnost využití ergoterapie při rehabilitaci pacientů po nádorovém onemocnění prsu.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou kapitoly věnované problematice karcinomu prsu – především jeho léčbě a nežádoucím pozdním komplikacím a následkům podstoupené léčby. Dále jsou v práci popsány obecné možnosti rehabilitační péče u osob se zhoubnými nádory. A Následuje část věnována přímo ergoterapeutické intervenci v onkologii, především u pacientů s rakovinou prsu.

Praktická část je věnována dotazníkovému šetření zaměřenému na možnost ergoterapeutické intervenci u pacientů po nádorovém onemocnění prsu. Je primárně určen, jako prvotní zdroj informací o nejčastějších komplikacích léčby rakoviny prsu a s tím spojených funkčních omezení v personálních a instrumentálních ADL, při výkonu zaměstnání a volnočasových aktivitách. Praktická část dále obsahuje kazuistiky dvou pacientek, jež podstoupily léčbu karcinomu mammy.

Klíčová slova: ergoterapie, nádorové onemocnění prsu, rehabilitace v onkologii, ergoterapie v onkologii

Abstract:

The aim of this thesis is to present occupational therapy in rehabilitation of patients after breast cancer survivals.

The thesis is divided into two parts: theoretical and practical. Chapters in the theoretical parts are devoted to itself breast cancer – especially its treatment and undesirable effects of treatment. Furthermore, the work describes the general possibilities of rehabilitation for people with cancer. Next part is focused directly at the occupational therapy intervention in onkology, mainly in patients after breast cancer.

The practical part offers a survey about the possibilities of occupational therapy in patients after breast cancer survivals. It is primarily intended as a primary source of information about the most frequent complication of onkology treatment. There are also functional limitations of patients in activities of daily living, in a job or during leisure time activities. This part also mentioned two case studies of patients after breast cancer treatment.

Key words: occupational therapy, breast cancer, rehabilitation in oncology, occupational therapy in oncology

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	10
1 Úvod.....	11
Teoretická část.....	13
2 Zhoubné nádorové onemocnění.....	13
3 Nádorové onemocnění prsu.....	13
3.1 Epidemiologie.....	13
3.2 Etiologie.....	14
3.3 Léčba karcinomu prsu.....	15
3.3.1 Chirurgické řešení.....	16
3.3.2 Chemoterapie.....	19
3.3.3 Radioterapie.....	20
3.3.4 Hormonální léčba.....	21
3.3.5 Biologická léčba.....	22
4 Pozdní vedlejší účinky onkologické léčby u nádoru prsu.....	22
4.1 Lymfedém.....	22
4.1.1 Lymfodrenáž.....	24
4.2 Postmastektomický bolestivý syndrom.....	24
4.3 Syndrom zmrzlého ramene.....	24
4.4 Fantomové bolesti.....	25
4.5 Omezení dynamiky horní končetiny.....	25
4.6 Vertebrogenní obtíže.....	25
4.7 Cerebelární syndrom.....	26
4.8 Periferní polyneuropatie.....	26
5 Psychologická intervence.....	26
6 Rehabilitace v onkologii.....	27
6.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF v onkologii 29	
6.2 Rehabilitační postupy.....	30
6.3 Ergoterapeutická intervence v onkologii.....	31
6.3.1 Ergoterapeutická intervence u pacientů s nádorovým onemocněním prsu.....	33
Praktická část.....	35
7 Cíl práce.....	35
7.1 Stanovení základní otázky bakalářské práce.....	35
8 Postup zpracování bakalářské práce.....	36
8.1 Dotazníkové šetření.....	36

8.2	Statistické zpracování	37
9	Výsledky.....	37
10	Kazuistiky pacientů	50
10.1	Kazuistika – pacientka bezprostředně po operačním zákroku.....	50
10.2	Kazuistika – pacientka s předepsanou fyzioterapií.....	54
11	Diskuze	59
12	Závěr.....	62
13	Seznam použité literatury	64
	Seznam tabulek.....	68
	Seznam grafů.....	68
	Seznam příloh.....	68
14	Přílohy	69

Seznam použitých zkratek

A – anamnéza (AA – alergologická a., FA – farmakologická a., RA – rodinná a., GA – gynekologická a., SA – sociální a., ŠA – školní a., PA – pracovní a.)

ABD - abdukce

ADL – Activities of daily living neboli aktivity denního života, běžné denní činnosti

Ca – carcinom

Cp/Thp/Lp – krční/hrudní/bederní páteř

ČR – Česká republika

EXT - extenze

FL - flexe

HABD/HADD – horizontální abdukce/addukce

HKK – Horní končetiny

CHT - chemoterapie

ID – invalidní důchod

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

PHK/LHK – pravá/levá horní končetina

ROM – Range of motion neboli rozsah pohybu

SLN – sentinelová uzlina

SOU – střední odborné učiliště

SQUALA – Subjective Quality of Live Analysis

TK – tlak krve

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

VR/ZR – vnitřní/zevní rotace

WHO – World Health Organization neboli Světová zdravotnická organizace

1 Úvod

Téma mé bakalářské práce se zabývá využitím ergoterapie u pacientek po nádorovém onemocnění prsu. Jedná se o velmi aktuální téma, jelikož karcinom prsu je jeden z nejčastěji se vyskytujících typů rakoviny. U žen představují vůbec nejčastější zhoubné nádory v ČR a jejich incidence neustále stoupá a to stále více i u žen mladších věkových kategorií (Coufal, 2011). Jedná se o velmi těžké systémové onemocnění, které ženu nepostihuje pouze fyzicky, ale i psychicky. Také léčba a následná terapie jsou velmi náročné, jak po stránce fyzické, tak psychické a to nejen pro pacientku, ale i její rodinu (Abrahámová, 2009; Janáčková, 2014).

Se stále se zlepšující léčbou a novými metodami, roste počet úspěšně léčených pacientek a právě u nich vzniká nutnost další rehabilitace (Coufal, 2011). Nepochybuji, že ergoterapie zde má své místo a důležitost.

Během studijních praxí, ale i ve vlastní rodině, jsem se setkala s ženami, které prodělaly onkologické onemocnění tohoto typu. U všech bylo nutné chirurgické řešení a mnohdy velmi radikální. To sebou nese řadu nežádoucích vedlejších účinků a omezení kvality života (Konopásek, 1998).

Velmi častým problémem po radikálním chirurgickém zákroku je vznik lymfedému a s ním spojená bolestivost, pocit těžké končetiny a samozřejmě i zhoršená pohyblivost a citlivost (Huang, 2012). Je však i řada dalších nežádoucích důsledků léčby – postmastektomický algický syndrom, syndrom zamrzlého ramene, zkrácení svalů, srůsty v jizvě a řada dalších. To se samozřejmě odráží i v každodenním životě a negativně ovlivňuje zvládání personálních i instrumentálních ADL (activities of daily living – běžných denních činností), ovlivňuje pracovní výkonnost či jen znemožňuje se věnovat stejným zálibám jako před onemocněním (Abrahámová, 2009; Dienstbier 2011).

Přesto jsem se ani jednou nesečkala s tím, že by pacientce byla indikována, či alespoň doporučena ergoterapie, tak jak je tomu běžné v zahraničí (Vockins, 2004). Ta by při tom mohla být výborným doplněním terapií při následné rehabilitaci. Věřím, že rady a doporučení ergoterapeuta by mohly významně ulevit pacientkám s lymfedémem a ulehčit jim provádění každodenních činností a pracovních dovedností.

To je i důvodem, proč jsem si zvolila toto téma ke zpracování. Dnes je již téměř výjimkou, pokud se v rodině nevyskytne nějaké onkologické onemocnění a incidence stále stoupá (Adam, 2004). Zajímá mne, zda v zahraničí, ale i v ČR probíhá u těchto pacientů ergoterapie, v jaké podobě a s jakým výsledkem.

V teoretické části práce se proto budu věnovat samotnému onemocnění a jeho léčbě i následné rehabilitaci a samozřejmě příkladům ergoterapeutické intervence v zahraničí.

V praktické části uvádím výsledky dotazníkového šetření u respondentů (respondentek), jež prodělali léčbu karcinomu prsu. Zajímala mě, frekvence výskytu lymfedému i dalších komplikací, předepsaná či doporučená forma rehabilitace, zda docházelo k ovlivnění provádění ADL, zaměstnání i zda jim byla nabídnuta ergoterapie.

Na základě bakalářské praxe bych ráda sepsala a uvedla i dvě kazuistiky vhodných pacientek.

Teoretická část

2 Zhoubné nádorové onemocnění

Rakovina, čili zhoubné nádorové onemocnění, je souhrnné označení pro skupinu více než sta různých chorob. Společným aspektem je nekontrolovatelný růst buněk, které se vymkly kontrolním mechanismům organismu. Tyto překotně rostoucí a nekontrolovatelné buňky tvoří nádor. Jedná-li se o maligní nádor, je obvykle neohraničený, neurčitého tvaru a zasahující do okolních tkání a orgánů.

Z počáteční neinvazní fáze, kdy jsou lokalizovány v jednom místě – „in situ“ velmi rychle rostou a agresivně pronikají do okolí. Zhoubné nádorové buňky pronikají mízním řečištěm do lymfatických uzlin, kde tvoří dceřiná ložiska – lymfatické metastázy. Krevním oběhem následně buňky pronikají do dalších orgánů pacienta a vytváří vzdálené metastázy. V tomto okamžiku mluvíme o rakovině jako o systémovém onemocnění (Abrahámová, 2009).

3 Nádorové onemocnění prsu

Karcinom prsu je v současné době nejčastějším zhoubným onemocněním žen a postihuje všechny oblasti života pacientky. Onemocnění se zařazuje mezi takzvané civilizační choroby a jeho incidence stále vzrůstá. Za posledních 20 let se počty nově zjištěných případů onemocnění v ČR za rok zdvojnásobily (Dienstbier, 2011).

3.1 Epidemiologie

Všeobecně je incidence zhoubných nádorů čím dál častější. Velmi nízký výskyt je u žen do 20. let věku (mezi lety 1977 až 2008 bylo zaznamenáno v ČR pouze devět případů onemocnění). Ve věku 20 – 29 let je již incidence větší, průměrně se však jedná jen asi o 1 % pacientek. Je to však třetí nejčastější zhoubné onemocnění v této věkové kategorii, hned po nádorech děložního hrdla a kožních nádorech. Věková kategorie 30 – 39 let představuje asi 6,5 % pacientek a ženy ve věku 40 – 49 let tvoří přibližně 15,2 % nemocných. Více než dvě třetiny žen s onemocněním karcinomem prsu jsou pacientky starší 50. let (Krška, 2014). Ve všech věkových kategoriích dlouhodobý trend incidence případů mírně vzrůstá (Abrahámová, 2009).

Vzhledem k celkovému stárnutí populace, ale i vyššímu dosaženému věku, představují stále početnější skupinu pacientky ve věku nad 70 let. Dlouhodobý trend incidence je opět rostoucí a lze z něj vyčíst, že pacientky v tomto věku představují 30 –

35 % podíl ze všech zaznamenaných nádorů prsu za rok. Ze všech věkových kategorií je u žen nad 70 let s výskytem karcinomu mammy také největší úmrtnost více než 59 %, a představuje tedy 2,5% podíl na celkové úmrtnosti (Abrahámová, 2009).

Nádory prsu nejsou problematikou pouze u ženské části populace, ale vyskytují se i u mužů. Představují však spíše raritní skupinu nádorů s incidencí přibližně 44 nových pacientů ročně a tvoří pouze 1,5 % zhoubných nádorů v mužské části populace (Krška, 2014). Onemocnění postihuje spíše starší muže nad 50 let věku (Abrahámová, 2009). Etiologicky je často mužský karcinom prsu spojen se zvýšenou hladinou estrogenů. Je též geneticky podmíněn a v rodinách, kde se vyskytl mužský karcinom prsu, se doporučuje genetické vyšetření na mutaci BRCA II genu.

Geneticky je rovněž podmíněn karcinom u Klinefelterova syndromu. Riziko vzniku onemocnění je až 50krát větší než u zdravého muže (Krška, 2014).

3.2 Etiologie

Na etiologii tohoto nádorového onemocnění mají vliv jak negenetické rizikové faktory, tak rizikové faktory genetické.

Krška (2014) uvádí rizikové faktory rozdělené podle stupně rizika. Jako vysoce rizikové uvádí tyto faktory: mutace BRCA I/II, Li-Fraumeniho syndrom, vyšší věk, výskyt onemocnění karcinomem prsu nebo ovaria u příbuzných v přímé linii, benigní onemocnění prsu (atypická duktální hyperplazie), expozice ionizujícímu záření, předchozí diagnóza karcinomu prsu a způsob života, který nazýváme „západním“ životním stylem.

Střední riziko vzniku karcinomu prsu, pak sebou přináší časně menarche, pozdní menopauza, nuliparita nebo první gravidita po 30. roce věku, zvýšená konzumace alkoholu, výška, obezita (pouze u postmenopauzálních žen), perorální antikoncepce (užívaná déle než 10 let), hormonální substituční léčba u postmenopauzálních žen.

Jako nejednoznačné faktory Krška uvádí: interrupci při prvním těhotenství, psychosomatické faktory, dietu s vysokým obsahem tuků, fibroadenom a expozici nízkofrekvenčnímu elektromagnetickému záření.

Faktory snižující riziko onemocnění karcinomem prsu naopak jsou: těhotenství před 20. rokem věku, více těhotenství, kojení, ovariectomie před 45. rokem a pravidelná pohybová aktivita zvláště v adolescenci a časném věku (Krška, 2014)

Asi u 20 – 30 % všech žen s karcinomem prsu vykazuje familiární výskyt, tzn., že alespoň jeden příbuzný je rovněž prokazatelně nemocný. Tento takzvaně hereditární karcinom prsu je spojen s výskytem některých supresorových genů především BRCA I a II, dále P53 a H-RAS, a také s protoonkogeny c-erbB2 a c-MYC (Konopásek, 1998).

3.3 Léčba karcinomu prsu

Rozhodující roli při stanovení léčebné strategie hraje stádium onemocnění. V české republice je používána klasifikace TNM a postihuje nejen rozsah samotného tumoru, ale i jeho rozšíření na přilehlé uzliny a tvorbu vzdálených metastáz (Coufal, 2011).

Klasifikace podle TNM:

T – tumor – rozsah primárního nádoru (T0 pokud nelze určit primární ložisko, Tx – nelze vymezit rozsah, Tis – carcinoma in situ klasifikace pro stádium 0, T1 – T4),

N – noduli – zasažení regionálních mízních uzlin (N1 – N3, N0 – negativní nález, Nx – nelze spolehlivě určit),

M – metastases – určuje přítomnost (M1) nebo nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz (Klener, 2013).

Díky zjištěným výsledkům se určí klinické stádium onemocnění. Nejlepší prognózu na vyléčení má pacient s klinickým stádiem 0, nejhorší prognózu má stádium IV. Horák a kol. (2000) prezentuje statistické šetření, jež uvádí pětileté a víceleté přežití nemocných ve vztahu ke klinickému stadiu. U klinického stadia I se rovná míra přežití 84 %, u klinického stadia II 71 %, u stadia onemocnění III 48 % a u klinického stadia IV jen 18 %. Jednotlivé charakteristiky stadií onemocnění jsou uvedeny níže (Horák, 2000; Petruželka a Konopásek, 2003).

Klinická stadia nádorového onemocnění:

klinické stádium 0 – jedná se o karcinom in situ, bez výskytu metastáz,

klinické stádium I – malý invazivní karcinom, bez metastáz,

klinické stádium II – větší invazivní karcinom s nevelkým postižením uzlin,

klinické stádium III – rozsáhlý invazivní karcinom s rozsáhlým postižením uzlin,

klinické stádium IV – přítomnost vzdálených metastáz při jakémkoli rozsahu primárního nádoru (Petruželka a Konopásek, 2003).

Pro přesnější prognózu hrají důležitou roli i další prediktivní faktory. V zásadě se řadí do tří skupin:

1. Epidemiologické faktory

2. Anatomické a celulární faktory
3. Molekulárně genetické faktory

V praxi se však hledí především na věk pacientky a její vztah k menopauze, pozdní graviditu, přítomnost či chybění hormonálních receptorů a biologický charakter nádoru. Ten je ještě upřesněn po patologickém nálezu určujícím typ nádoru (typing) a stupeň malignity (grading) (Horák, 2000).

3.3.1 Chirurgické řešení

Na základě určení stádia onemocnění se provádí buď konzervativní, neboli prso zachovný zákrok – parciální mastektomie či radikální výkon – totální mastektomie (amputace prsu). Oba zákroky jsou spojené s disekcí axilly – odstraněním podpažních uzlin, buď opět jen částečnou – extirpace sentinelových uzlin nebo úplnou exenterací všech podpažních uzlin, případně biopsií sentinelové uzliny. Tyto dva základní výkony jsou dále specifitěji děleny podle rozsahu a stádia onemocnění (Adam, 2004).

Konzervativní chirurgický výkon se volí v případech, kdy tumor nedosahuje více než dvou až tří centimetrů, nezasahuje do kůže ani do pektorálního svalu. Výkon je možný provést formou lumpektomie či kvadrantektomie.

Lumpektomie – jedná se vlastně o extirpaci tumoru s lemem nepostížené tkáně. Nutná je kontrola totální extirpace tumoru, nejlépe obarvením jeho povrchu.

Kvadrantektomie – odstranění jednoho kvadrátu či větší části prsu obsahující nádor. Řez se vede nejméně dva centimetry od okraje nádoru (Horák, 2000).

Prso zachovné zákroky jsou téměř vždy doprovázené následnou indikací ozařování pro snížení možnosti případné recidivy (a to až o třicet procent) (Coufal, 2011).

Totální mastektomie sebou nese řadu nevýhod a pro nemocnou ženu může představovat velkou nejen fyzickou, ale především psychickou a sociální zátěž. Na druhou stranu je zde velmi nízké riziko recidivy (na stejném prsu), snížení pravděpodobnosti adjuvantní terapie a možná psychologická výhoda zbavení se nemocného orgánu (Coufal, 2011).

Při totální mastektomii vždy dochází ke kompletnímu odstranění mammárního parenchymu. Jednotlivé výkony se však rozlišují dle operačního přístupu a množství zachování kožního krytu. Coufal a kol. (2011) uvádějí následující typy mastektomií:

Klasická mastektomie – základní postup u žen neplánujících následnou rekonstrukci prsu. Jedná se o lineární řez s extirpací mamily a dvorce. Díky značné resekcii kožního krytu nevznikají kožní duplikatury.

Kůži šetřící mastektomie – obvykle se odstraňuje pouze aureolomamilární komplex, zbytek kožního krytu zůstává zachován. Postup se volí u žen, které jsou rozhodnuty pro následnou mammární rekonstrukci.

Subkutánní mastektomie – zachován celý kožní kryt včetně aureolomamilárního komplexu.

Aureolu šetřící mastektomie – obdobná s předchozí pouze je odstraněna mamila (dvorec zůstává zachován). V praxi se téměř nevyužívá.

Mastektomie nezařaditelné a netradiční – mastektomie přizpůsobené stadiu onemocnění, již existujícím jizvám po operacích, jiným defektům a onemocněním a podobně (Coufal, 2011).

Při výkonu se odebírá vzorek tkáně za účelem mikroskopického vyšetření, jenž zjišťuje typ nádorového bujení.

Operace prsu patří obecně mezi méně zatěžující chirurgické výkony a morbidita po operacích prsů není velká. K propuštění dochází obvykle po několika dnech. V případě konzervativního zákroku je doba hospitalizace obvykle jen 3 – 4 dny, v případě radikálního zákroku pak přibližně týden. V prvních dnech pacientky mají zavedený drén (typu Redon) pro odvod městnající se tekutiny. Ten bývá obvykle vyjmut 3. až 4. den po operaci. Následně, ve většině případů, pacientky docházejí na ambulantní punktování séromu (Abrahámová, 2009; Becker, 2005).

3.3.1.1 *Vedlejší účinky chirurgického zákroku*

Nadměrné městnání tekutiny nebo krve pod jizvou patří mezi nejčastější přímé pooperační komplikace. Sami odborníci hodnotí sérom spíše jako průvodní jev mastektomie (potažmo i konzervativního zákroku) než jako pravou komplikaci. Při prs šetřících výkonech se kromě séromu může vyskytnout krvácení do kavity. Obvykle jde velmi dobře řešit konzervativně (punktováním) bez nutnosti operační revize (Krška a kol., 2014). Přibližně u 8 – 10 % případů se mohou vyskytnout ischemické okraje rány. Aby se této komplikaci předešlo, neměla by být v časném pooperačním období aplikována komprese. Další případnou komplikaci představuje infekce pooperační rány. Infekce se vyskytuje asi v 6 – 14 % případů a zpravidla ji způsobuje *Staphylococcus aureus* (Becker, 2005).

Někdy, zvláště po ablacích spojených s exenterací axily, vzniká časný či pozdní lymfedém (lymfatický otok na horní končetině či v oblasti hrudníku). Lymfedému, jako

vůbec nejčastější komplikaci po operacích karcinomu prsu, se budu podrobněji věnovat níže, v kapitolách věnovaných následné péči a rehabilitaci pacientek (Krška, 2014).

Výraznější tendenci k poruchám hojení a vzniku komplikací mají pacientky neoadjuvantní chemoterapii, dále pak diabetičky nebo pacientky s obezitou (Krška, 2014).

3.3.1.2 Rekonstrukční výkony

Jak těžce může ženu zasáhnout odstranění prsu pro zhoubné onemocnění, je více než zřejmé. Není tedy s podivem, že v dnešní době již na lumpektomii či mastektomii navazují plastické operace rekonstruuující prs ženy. Rekonstrukce prsu mnohdy ženám navrácí pocit sebejistoty a usnadňuje osobní i společenský život ženy.

Dobu, za kterou můžeme rekonstrukci provést, rozlišujeme na okamžitou a opožděnou (oddálenou). Okamžitá rekonstrukce se provádí v jedné době, proto by měl při operaci spolupracovat s plastickým chirurgem i všeobecný chirurg. Velkou předností tohoto způsobu rekonstrukce je skutečnost, že na ženu nedolehne psychologický dopad ze ztráty prsu. Největší uplatnění nachází okamžitá rekonstrukce prsu v současné době při subkutánní mastektomii, perspektivně může najít využití i při výkonech spojených s kůží šetřící mastektomií. Pokud okamžitá rekonstrukce není možná, lze zvážit za 12 – 24 a více měsíců rekonstrukci opožděnou. Opožděná rekonstrukce se volí vždy, když je indikována následná radioterapie.

Cílem rekonstrukce by měla být náhrada veškeré chybějící tkáně s maximální snahou o vytvoření symetrie a příznivého tvaru prsu. Za tím účelem je třeba provést tyto úkony: náhrada kůže, rekonstrukce tvaru prsu, rekonstrukce dvorce a bradavky, korekce symetrie případnou modelací druhé strany. V případě rekonstrukce celého prsu, celý proces trvá řadu měsíců a je rozdělen na několik plastických operací. Na základě doporučení ošetřujícího onkologa jsou však všechny fáze rekonstrukčního výkonu plně hrazeny pojišťovnou (New mamma, 2014).

3.3.1.3 Prsní náhrada

Pro rekonstrukci prsu po mastektomii se nerozhodne každá pacientka. Nejrychlejší způsob, jak vyplnit místo po odstraněném prsu, je použít umělou prsní náhradu – epitézu. Bezprostředně po operaci se ale nejprve předepisuje tzv. pooperační epitéza. Její efekt je především psychologický. Pooperační epitéza je mimořádně jemná, měkká a lehká. Má za úkol vyplnit košíček podprsenky před zhojením jizvy, než je možné začít používat definitivní epitézu. Trvalá epitéza je ze silikonu a vkládá se buď do

speciální podprsenky, nebo může být samolepící (vydrží přibližně týden, potom je nutné je nahradit). Silikonové protézy se zdají být těžší v porovnání s pěnovými modely, zejména pro ženy s velkými prsy. Ale vyvážená hmotnost silikonu pomáhá udržet vaše ramena a záda symetrická, což pomáhá při držení těla (Nejsi na to sama, 2015).

V České republice se na epitézy vztahuje zdravotní pojištění a proplácí je pojišťovna. Pacientce je jednou za dva roky předepisuje její onkolog. Na některé dražší typy epitéz si však pacientka musí připlácet. Spolu s epitézou je potřeba nakoupit i vhodné protetické prádlo. Oboje lze nakoupit ve specializovaných obchodech, zdravotnických potřebách (New mamma, 2014).

3.3.2 Chemoterapie

Jako neoadjuvantní terapie, nebo jako přímé pokračování chirurgické léčby či radioterapie se využívá chemoterapie. Chemoterapie je obvykle systémovou terapií, která si klade za cíl zničení předpokládaných skrytých a objektivně nezjistitelných mikro metastáz. Konečným cílem je samozřejmě prodloužení doby remise a prodloužení celkové doby přežití.

Léčiva používaná při chemoterapii (cytostatika) se mohou podávat různým způsobem, nejčastějším je však nitrožilní podání injekcí či infuzí. Účinnost chemoterapie je dána zvýšenou citlivostí buněk nádoru k cytostatikům. Tyto látky zasahují do procesu růstu nádorové buňky a způsobují její smrt či zástavu dělení. V klinické praxi je využívána celá řada látek a v jednom léčebném schématu je obvykle využito více typů cytostatik (Chocenská, 2009).

Chemoterapie je zařazována jednak jako neoadjuvantní léčba, v případě tumorů větších než 5 cm a u primárně inoperabilních nádorů či inflamatorního karcinomu, jednak jako adjuvantní léčba po provedeném chirurgickém zákroku. Indikována by měla být chemoterapie vždy při zasažení regionálních uzlin, ale doporučována a zařazována bývá i v případech, kdy regionální uzliny zasaženy nebyly. V případě vzdálených metastáz je pak chemoterapie aplikována jako paliativní léčba s cílem zmenšit či odstranit symptomy a udržet co možná nejdéle asymptomatický interval (Adam, 2004).

Obvyklý je postup, kdy se kombinují 3 – 4 cykly chemoterapie s následným ozářením a dalšími 2 – 3 cykly chemoterapie. Vše pak může doplňovat hormonální terapie (obvykle se podává tamoxifen) (Becker, 2005).

3.3.2.1 Vedlejší účinky chemoterapie

S aplikováním chemoterapie je spojena řada nežádoucích účinků, známých i laickou veřejností. Veškeré vedlejší účinky jsou způsobené tím, že cytostatika neovlivňují pouze nádorové buňky, ale i buňky zdravé. V závislosti na typu cytostatik a jejich kombinaci se může objevit polyneuropatie, brnění a snížená citlivost v horních i dolních končetinách, ztráta vlasů i ochlupení, průjem či pocit na zvracení, zvracení samotné a afty v dutině ústní. Nemocný také ztrácí chuť k jídlu nebo se u něj může vyvinout odpor vůči některým potravinám a pokrmům. Objevit se může i nepravidelnost či vymizení menstruačního cyklu a snížení libida. Velmi častá je také snížená krvetvorba, avitaminózy a snížená obranyschopnost. Snášitelnost terapie je však velmi individuální a v dnešní době již existuje řada možností jak nežádoucí účinky zmírnit či jim dokonce zabránit (Dienstbier, 2011; Chocenská, 2009).

Většina vedlejších účinků vymizí spolu s ukončením chemoterapie či velmi krátce po jejím ukončení. Vlasy opět dorůstají a často jsou i kvalitnější než byly před léčbou. Během léčby si pacientka může nechat předepsat paruku, na kterou si však musí připlácet (Abrahámová, 2009; Dienstbier, 2011).

3.3.3 Radioterapie

Hlavním cílem léčby zářením je aplikace maximální dávky záření do přesně vymezeného cílového objemu a současně i minimální postižení zdravých tkání.

Mechanismem účinku je působení přímo na nádorové buňky. Záření působí především na DNA buňky a způsobuje narušení buněčného cyklu buňky. Míra poškození je dána geneticky radiosenzitivitou buňky a fází buněčného cyklu. Nejvyšší citlivost buněk k záření je v pozdní fázi G1 a na konci fáze G2.

Radiosenzitivita nádorů je tedy určena typem tkáně, kterou je nádor tvořen. Vysokou radiosenzitivitu a dobrou odpověď na tuto léčbu mají například nádory lymfatických tkání (lymfomy), naopak sarkomy a další nádory tvořené mezenchymem jsou radiorezistentní (Coufal, 2011).

Karcinom prsu nepatří k výrazně radiosenzitivním nádorům a z toho vyplývají i limitace radiační léčby. Přes to však má radioterapie v komplexní léčbě své pevné místo. Zařazována je v předoperační (například u inoperabilních tumorů), pooperační i paliativní fázi onemocnění.

Jedná se o léčbu lokoregionální, která nepostihuje případná vzdálená ložiska metastází. Léčba zářením využívá paprsků, které buď vycházejí ze zářičů, přičemž jsou

radioizotopy uzavřeny buď v kontejnerech („bombách“) nebo využívá záření z tzv. lineárních urychlovačů. Tento typ záření je přesnější a vůči pacientkám šetrnější. Nově se zavádí i tzv. bachyterapie, kdy ozařování neprobíhá zevně, nýbrž se zářič zavádí přímo do nádoru nebo místa po operaci (Horák, 2000).

V léčbě karcinomu prsu existují dvě základní indikace, kdy se bez radioterapie neobejdeme. První indikací je léčba malých nádorů, v počátečním stádiu nemoci, kdy je provedena záchovná operace prsu. Pooperační ozáření pak výrazně snižuje procento výskytu recidiv. Druhou, ovšem méně častou indikací, je mastektomie, při níž je nutné odstranit celý prs (Abrahámová, 2009).

3.3.3.1 Vedlejší účinky radiační léčby

Radiace nepostihuje pouze tkáň tumoru, ale i okolní nezasažené tkáň. V případě ozařování prsu to znamená zasažení kůže, podkoží, svalstva, případně i kostěných partií hrudníku.

Poradiační změny dělíme na časné a pozdní. Ty časné jsou charakterizovány především erytémem (zčervenáním pokožky), mezi nejobvyklejší pozdní reakce patří atrofie kůže, teleangiektázie a podkožní fibróza (Horák, 2000).

3.3.4 Hormonální léčba

Hormonální léčba patří mezi nejstarší způsob léčby karcinomu prsu. Indikace je založena na průkazu hormonálních receptorů. Některé typy nádorů totiž rostou a šíří se pouze v přítomnosti hormonů. Pokud nejsou v nádorové tkáni přítomny hormonální receptory, hormonální léčba se nepodává, neboť je neúčinná (Becker, 2005).

Hormonální léčba může snižovat tvorbu určitého specifického hormonu v těle a tím omezuje růst nádoru. Jinou formu terapie představuje podávání antihormonů. Tyto látky mají podobné složení jako přirozený hormon, lépe se však váží s nádorovou buňkou a nemají žádnou biologickou aktivitu. Tudíž nepodporují růst a dělení nádorových buněk (Chocenská, 2009).

Určitá forma hormonální léčby je indikována u většiny pacientů s nádorovým onemocněním prsu. Nejběžnější formou je užívání Tamoxifenu v kombinaci s chemoterapií (Adam, 2004).

3.3.4.1 Vedlejší účinky hormonální léčby

Mezi nejčastější nežádoucí projevy hormonální léčby patří nárůst tukové hmoty a pokles hmoty svalové a celkový nárůst hmotnosti. Dále může vést k projevům tzv. přechodu – návaly horka, deprese, snížení libida; a to nejen u žen, ale i u mužů. Více

pozornosti by mělo být věnováno i zvýšeným hodnotám jaterních testů a větší srážlivosti krve (Chocenská, 2009).

3.3.5 Biologická léčba

Biologická léčba spočívá v podávání látek, které ovlivňují řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk. Nejedná se však o cytostatika, ty mají jiný mechanismus účinku.

Jedná se o velmi nákladnou léčbu, která je indikována (a hrazena) jen ve specifických případech, například pokud je žena nositelkou znaku Her-2 (Becker, 2005).

Do biologické léčby se řadí imunoterapie, cílená (targeted) léčba, radioimunoterapie, vakcinace protinádorovými vakcínami a antiangiogenní léčba.

Imunoterapie stimuluje imunitní mechanismy v organismu k boji proti nádoru. K cílené (targeted) léčbě patří aplikace monoklonálních protilátek. Tyto, laboratorně připravené, bílkoviny po podání do organismu nemocného vyhledávají nádorové buňky, naváží se na jejich povrch a brání jejímu dalšímu růstu a dělení. Cílenou léčbu je možné využít i v kombinaci s chemoterapií či radioimunoterapií, kdy monoklonální protilátky slouží k přenosu radioaktivního materiálu přímo až k nádorovým buňkám (Chocenská, 2009).

3.3.5.1 Vedlejší účinky biologické léčby

K vedlejším účinkům patří chřipkové příznaky – nachlazení, pocit na zvracení a zvracení, průjem, teplota, zčervenání kůže či vyrážka, svalové křeče. Obecně má však méně nežádoucích účinků než klasická chemoterapie (Chocenská, 2009).

4 Pozdní vedlejší účinky onkologické léčby u nádoru prsu

Vedle časných vedlejších, nežádoucích účinků, které pacienty provázejí přímo během onkologické léčby, se pacienti především tedy pacientky potýkají s řadou pozdních vedlejších účinků léčby. V popředí stojí především lymfedém (lymfatický otok), postmastektomický algický syndrom, vertebrogenní obtíže a další fyzická omezení, která vznikají v důsledku provedeného chirurgického zákroku (Diensbier, 2011).

4.1 Lymfedém

Lymfedém je velmi častou komplikací u onkologicky nemocných pacientů. Etiologicky se jedná o blokádu odtoku lymfy vlivem operačního výkonu, tlakem nádorových hmot či poradiační fibrózou. Lymfatické cévy jsou přítomny téměř ve všech tkáních lidského těla. V mezibuněčném prostoru začínají slepě, jako prelymfatické

šterbiny. Z nich postupně vzniká lymfatická kapilární síť, z níž je lymfa odváděna do sběrných lymfatických cév (kolektorů). Z kolektorů se míza dostává do hrudního mízovodu a následně do žilní krve. Lymfatické uzliny, které jsou vloženy do průběhu kolektorů, jsou filtračními jednotkami, které mají významnou úlohu v obranyschopnosti organismu (Kolář, 2009).

Jakmile je porušen odtok lymfy z mezibuněčného prostoru, začne se vyvíjet vysoko proteinový otok – lymfedém, který má za následek nejen nárůst objemu, ale také chronický zánětlivý proces měkkých tkání v postižené oblasti. To vede k postupné přestavbě měkké tkáně až k fibrotizaci a sklerotizaci.

Nejpočetnější skupinou onkologických pacientů s lymfedémem jsou právě ženy s nádorem prsu, následným operačním výkonem na prsu, včetně exenterace axily a následnou aktinoterapií spádových uzlin a hrudní stěny.

Další častou skupinu pak tvoří pacientky s gynekologickými nádory, pacienti po karcinomu prostaty, pacienti s nádory ledvin a sarkomy měkkých tkání.

Podle klinického stádia určujeme následující rozdělení lymfedému:

- 0. stadium – latentní lymfedém – lymfatická drenáž je zhoršená, ale nedochází ke klinické manifestaci otoku
- 1. stadium – reverzibilní lymfedém – přechodný, klinicky zjiřitelný otok
- 2. stadium – ireverzibilní lymfedém – trvalý otok způsobený narušeným poměrem mezi resorpcí tkáňové tekutiny a transportní kapacitou lymfatického systému
- 3. stadium – elefantiáza, monstrózní lymfedém (Kolář, 2009)

Z hlediska diagnostiky je lymfatický otok definován jako rozdíl mezi obvodem operované a neoperované paže minimálně 3 cm (lehký), 3 – 5 cm (střední), popřípadě více než 5 cm (těžký lymfedém). Ještě přesnějším určením přítomnosti lymfedému se považuje sledování přibývání volumu tekutiny na paži 15 cm nad epikondylem (Lee, 2010; Shiang Ru Lu, 2015). Kromě paže a celé horní končetiny může být lymfatický otok lokalizován také na hrudníku a v podpaží.

Údaje o výskytu lymfedému kolísají mezi 2 – 38 %, přes značnou početnost provedených studií se zjiřtění výsledky velmi rozcházejí. (Abrahámová, 2009) Obdobně tomu je i u výsledků, které hledají příčinu vzniku ve způsobu chirurgické intervence. Podle některých studií existuje pozitivní korelace mezi provedením axilární disekce I., II. a III. etáže (Johansson 2001 a 2005). Větší četnost je také spojována s radikálním

chirurgickým výkonem, není to však pravidlem. Léčba je obtížná i pro to, že se lymfedém mnohdy objevuje až po několika letech od operace, kdy již pacientky nejsou tak ostražitě a nástup otoku přemeškají. Obecně platí, že ženy, jež prodělaly axilární disekci, by se měly preventivně vyhýbat činnostem, které podporují zadržování mízy. Také postižená končetina by měla být ve zvýšené poloze tak často, jak je možné. Nezbytná je i denní pravidelná péče o kůži a bandážování končetiny (Huang, 2012; Johansson, 2010; Karlsson, 2015; Lacomba, 2010). Podrobnější režimová opatření budou uvedena dále v rámci ergoterapeutické intervence.

4.1.1 Lymfodrenáž

Přestože je lymfedém chronické onemocnění, obvykle dokonce celoživotní, lze ho velmi účinně terapeuticky ovlivnit. Kromě indikované farmakoterapie má zásadní význam lymfodrenáž. Aplikována je v rámci fyzioterapie a může být prováděna v podobě přístrojové či manuální lymfodrenáže, nebo jejich kombinace. Účinnější je lymfodrenáž manuální. Jedná se o jemnou hmatovou techniku, jejímž cílem je podpora odtoku lymfy bez posilování přítoku krve. Všechny hmaty směřují od periferie k centru, při čemž centrální partie, musí být ošetřeny dříve než periferní. Frekvence hmatů by měla být jeden za sekundu a mělo by se střídát 5 – 7 typů hmatů včetně velkoplošných kruhových hmatů. Manuální lymfodrenáž nikdy nesmí bolet. (Kolář, 2009) Manuální lymfodrenáže u pacientek po léčbě rakoviny smí provádět jen fyzioterapeut po absolvování specializovaného kurzu (osobní sdělení Mgr. K. Průškové).

4.2 Postmastektomický bolestivý syndrom

Postmastektomický bolestivý syndrom postihuje 4 – 10 % žen, které se podrobily operaci prsu bez ohledu na šíři zákroku (od lumpektomie až po radikální mastektomii). Syndrom je charakteristický pocity stahování a pálení a to zejména v oblasti hrudní stěny v okolí operační jizvy, v podpaží a v zadní partii paže. Pacientky obtíže obvykle popisují jako bolestivost, pocit „mrtvění“ a pocit „cizí tkáně“ v okolí jizvy.

Účinnou prevencí vzniku postmastektomického algického syndromu je včasné zavedení fyzioterapie, fyzikální terapie (především hydroterapie), pravidelná péče o jizvu a cvičení postiženou horní končetinou (Abrahámová, 2009).

4.3 Syndrom zmrzlého ramene

Relativně často se vyskytuje i syndrom zmrzlého ramene (periarthritus humeroscapularis). Vyvíjí se na operované straně, kterou pacientky podvědomě šetří a paži drží spíše v poohnutém postavení přitaženou k hrudníku. S tím jsou spojené

i omezené aktivní rozsahy pohybů. I zde je účinně aplikována fyzioterapie, především pravidelné cvičení a protahování horní končetiny (Abrahámová, 2009).

4.4 Fantomové bolesti

Podobně jako po amputacích končetin může i po mastektomii docházet k takzvaným fantomovým bolestem. Jedná se asi o 15 – 20 % případů, ve kterých mají pacientky pocit existující prsní žlázy a s tím spojený nepříjemný pocit tlaku. Zde však přesně popsané terapeutické postupy chybí (Becker, 2005).

4.5 Omezení dynamiky horní končetiny

Po mastektomii s disekcí axilárních uzlin může dojít také k omezení dynamiky horní končetiny a dochází rovněž k defektům zdvihačů – lalok m. latissimus dorsi, m. rectus abdominis, m. transversus abdominis. Omezení pohyblivosti horní končetiny je také spojené s dnes již téměř nevyužívanou Halstedovou radikální mastektomií, při níž byl odstraňován i pektorální sval. Zde je vhodné co nejdříve začít s rehabilitačním cvičením (prováděným i několikrát denně), spojeným s péčí o jizvu. Vhodné je i kondiční plavání (Johansson, 2001; Adam, 2004).

Rovněž časté jsou pooperační bolesti a poruchy citlivosti na mediální straně paže a na stěně hrudníku v blízkosti prsu. Ve 4 – 6 % jsou způsobeny lézí nebo přerušením nn. Intercostobrachiales a mají sklon k chroničnosti. (Becker, 2005)

4.6 Vertebrogenní obtíže

Odstraněním prsu, byl-li objemnější, vznikne stranová nerovnováha, která způsobuje bolesti v zádech a ztuhlost krční páteře. Tu ještě může podpořit změna držení těla v důsledku psychických obtíží ženy a nejistoty. Ženy se často cítí poznamenané, mají pocit, že každý zaznamená chybějící prso a to se projevuje v jejich držení těla i chůze. Obtíže může ovlivnit i podvědomé šetření paže na operované straně a změna pohybových stereotypů. Je však těžké určit, zda ablace prsu byla příčinou vertebrogenních obtíží či jen zhoršila stávající stav pacientky. V každém případě stranová nerovnováha by měla být kompenzována vhodnou prsní náhradou (Abrahámová, 2009).

Bolesti v oblasti zad mohou také přímo souviset s operací, kdy bolest vystřeluje od operační rány až do zad. Tyto obtíže způsobené přetětím a narušením nervů, můžou přetrvávat poměrně dlouhou dobu (osobní sdělení Dany Hybšové).

4.7 Cerebelární syndrom

Aplikace vysokých dávek cytostatik může vyvolat cerebelární toxicitu. Většinou se jedná o přechodný jev, který odezní po ukončení chemoterapie. U 8 – 20 % pacientů byl však doložen těžký až nezvratný cerebelární syndrom.

Klinickými projevy jsou ataxie trupu a končetin, dysartrie a nystagmus. (Hradil in Kolář, 2009)

4.8 Periferní polyneuropatie

Jedná se o nejčastější vedlejší projev chemoterapie u celé řady malignit. Téměř vždy se jedná o mírnou reverzibilní formu senzomotorické neuropatie. Pokud byly chemoterapií zasaženy velká (silná) senzorická vlákna, dominantními klinickými projevy je senzitivní ataxie s následnou poruchou rovnováhy a ataxií při chůzi.

Objektivně je přítomno snížení šlachookosticových reflexů, porucha propiocepce a částečně i taktilního cití, polohocitu a pohybecitu, stejně jako vibračního cití.

Při poškození myelinu tenkých senzorických nervových vláken je hlavním příznakem hluboká tupá či palčivá bolest, vznikající již při lehkém dotyku.

Objektivně je zjistitelná porucha termického, taktilního a algického cití. (Hradil in Kolář, 2009)

5 Psychologická intervence

Nádorové onemocnění a jeho léčba klade vysoké nároky na psychiku postiženého člověka i na jeho nejbližší okolí.

Pro psychiku člověka je sdělení takto závažné diagnózy nadlimitní zátěží. To je velkou měrou způsobené i tím, že tato diagnóza většinou zasahuje člověka nepřipraveného v plném proudu každodenního života. V jediném okamžiku si člověk začne uvědomovat hrozbu smrti, ztrátu tělesné nedotknutelnosti, ztrátu autonomie, ztrátu aktivit, sociální izolaci, strach ze stigmatizace a ohrožení sociální identity a vlastní hodnoty (Janáčková in Krška, 2014).

Diagnóza nádorového onemocnění tedy vyvolává v každém nemocném existenční krizi. Americká lékařka Kübler-Rossová na základě svých zkušeností sestavila pět fází psychického prožívání, jimiž si pacient, ale i jeho blízcí procházejí. První fází je popírání (odmítání skutečnosti), druhá fáze je charakterizována zlobou a vztekem, třetí fází je smlouvání (ano, ale...), čtvrtou fází charakterizuje deprese a v páté fází dochází k přijetí a smíření se s nevyhnutelným (Kübler-Ross, 1972).

Odborné poradenství tedy může hrát velkou roli v životě i léčbě nemocného, ať již se jedná o navázání kontaktu se svým farářem, sociální pracovnící či psychoterapeutem. Janáčková (2014) popisuje situace, kdy je vhodné, aby nemocný vyhledal pomoc. Jsou to například pocity, že překonání nemoci pacient nezvládne, že nemá dostatek sil, má strach ze smrti, z bolesti, z léčby, z důsledků operace, má depresivní stavy, partnerské problémy a další.

Z psychoterapeutických metod se doporučují kognitivně-behaviorální terapie, existencionální terapie, psycho edukace i podpůrná terapie. Vhodné je osvojení si technik relaxace – autogenní trénink či progresivní relaxace (Janáčková, 2014).

Vyhledání psychologa (nejlépe onkopsychologa) v České republice nemá velkou tradici a stále není běžné. Mnohdy pomůže spíše vyhledat a promluvit si s jinými nemocnými se stejnou diagnózou. Obvykle již v nemocnici jsou pacienti informováni o různých sdruženích a centrech pro pacienty s rakovinou (Janáčková, 2014; osobní sdělení Dany Hybšové).

Mnoho nemocných, v našem případě žen, také vypovídá, že jim pomohl návrat do zaměstnání, dodržování pravidelného denního režimu a zaměstnávání se různými činnostmi (osobní sdělení Dany Hybšové).

6 Rehabilitace v onkologii

Incidence nádorových onemocnění v České republice i ve světě stále vzrůstá, zároveň, ale díky stále větší informovanosti a řadě screeningových vyšetření roste počet přeživších pacientů. Vzrůstá tak význam komplexní rehabilitační péče u těchto pacientů. Jejím cílem je udržení maximální možné kvality života, soběstačnosti, nezávislosti a návrat do normálního života či do zaměstnání s minimálním pracovním omezením. Základem odpovídající rehabilitační péče je komplexní mezioborová spolupráce mezi lékaři a dalšími zdravotnickými specializacemi, dále se sociálními pracovníky (například při pomoci s domácí péčí) a v neposlední řadě s rodinnými příslušníky (Hradil in Kolář, 2009).

Becker (2005) považuje rehabilitaci za prostředek reintegrace pacientů zpět do zaměstnání, do rodiny a do společnosti. Zvláštní význam dle něj má rehabilitace pro pacienty, kteří jsou ještě v pracovním procesu. Rehabilitace by měla následovat poměrně časně jako přímé pokračování primární terapie.

Rehabilitační intervence může být zařazena ve všech fázích onemocnění. Například Klener (2013) charakterizuje léčbu a rehabilitaci v onkologii v následujících bodech:

- Primární prevence – snížení rizik prostředí (zlepšení životního prostředí, nekuřáctví, zdravá výživa, hygienická opatření), informovanost a osvěta obyvatel
- Sekundární prevence – aktivní vyhledávání a sledování nemocných s prekancerózami, preventivní prohlídky, screeningová vyšetření a včasná diagnostika
- Terciární prevence – sledování pacientů v remisi, s cílem včasného odhalení recidivy nebo relapsu onemocnění
- Kvartérní prevence – předcházení důsledků progredujícího a nevléčitelného onemocnění, zajištění maximální možné kvality života

Rehabilitaci indikuje rehabilitační lékař již na chirurgickém či onkologickém oddělení. V případě, že má pacient limity v aktivitách denního života, nebo je omezena participace v jeho běžném životě, provádí se diagnostika funkčních poruch interprofesionálním rehabilitačním týmem. Na základě provedené diagnostiky je pak možné stanovit krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Funkční diagnostika by měla být prováděna opakovaně, dokud se pacient zlepšuje a jako závěrečné vyšetření pro doporučení vhodné dlouhodobé sociální služby a podpory. V řadě zemí Evropské unie je běžné v propouštěcí zprávě pacienta uvést funkční hodnocení pacienta například pomocí standardizovaného testování FIM (Functional Independence Measure), které slouží jednak jako zdroj informací pro praktického lékaře, jednak je podkladem pro hrazení indikované rehabilitace zdravotními pojišťovnami (Švestková in Krška, 2014).

Becker (2005) dále klade důraz na důležitost psychické a sociální podpory a profesní a sociální rehabilitace. Zmiňuje, že psychologická péče by měla v nejpříznivějším případě začít již v okamžiku sdělení diagnózy a zahájení primárního léčení.

Při indikované rehabilitaci by mělo být vždy provedeno vstupní vyšetření, při němž bude provedeno funkční hodnocení nemocného. Posuzuje se celkový stav a dovednosti pacienta. Vhodné je využít mezinárodní klasifikační stupnice: např. Karnofskyho skóre či WHO klasifikace (Kolář, 2009; Krška, 2014), nebo Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).

6.1 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF v onkologii

Klasifikace MKF (ICF) pomáhá přesně a procentuálně klasifikovat problémy a disability pacienta. Přesné zhodnocení pak napomáhá disability snížit či dokonce odstranit a člověk může maximálně využívat své možnosti a schopnosti.

Praktická aplikace MKF se dá běžně využít na onkologických odděleních k určení jeho disability a k hodnocení jeho funkční schopnosti. Lze ji rovněž uplatnit jako výzkumný nástroj k měření výstupů, kvality života a faktorů prostředí, k určení psychosenzomotorického potenciálu, k hodnocení schopnosti k práci, při evaluaci výstupů a hodnocení léčby a rehabilitace.

Jedná se rovněž o klasifikaci, kterou lze používat v systému zdravotního pojištění.

Rehabilitace podle MKF zahrnuje tyto základní komponenty:

1. Funkci a strukturu orgánů,
2. Aktivitu,
3. Participaci
4. Faktory prostředí,
5. Faktory osobnosti.

Samotná rehabilitace musí být vždy individuální, volená vždy s ohledem na histologický typ nádoru, postižené anatomické oblasti, stádium onemocnění, aplikovanou onkologickou léčbu (a její případné nežádoucí účinky), věk pacienta, prognózu, psychický stav pacienta a sociální zázemí nemocného. Na základě včasné diagnostiky MKF je pak možné u pacientů s dobrou prognózou zahájit co nejdříve fast track rehabilitaci. Fast track rehabilitace začíná ihned po stanovení diagnózy a jde o využití všech prostředků: léčebných (farmakologie, operační zákroky, radioterapie apod.), nutričních, imunitu podporujících, psychologických, rehabilitačních (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, speciální pedagogika), kompenzačních pomůcek a sociálních služeb (Švestková in Krška, 2014).

Vzhledem k tomu, že rakovina prsu patří mezi nejčastější onkologická onemocnění na celém světě, vzniká v rámci MKF (ICF) klasifikace určená přímo pro pacienty léčené s karcinomem prsu - ICF Core sets for breast cancer. Vývoj této klasifikace popisuje Brach and all (2004) v klinické studii. Tato klasifikace byla sestavena v rámci interprofesionálního týmu, který obsahoval odborníky z různých oblastí – lékaře (rehabilitační lékař, radiolog, specialista na vnitřní lékařství), fyzioterapeuty a ergoterapeuty, psychologa, epidemiologa a zdravotní sestru. Hlavním

cílem při sestavování ICF Core sets bylo komplexně pokrýt široké spektrum problémů a specifika léčby rakoviny prsu. Kromě komponent hodnotících tělesné struktury a funkce, postihuje i dopad na duševní a sociální pohodu. Zohledňuje, že léčba rakoviny prsu nepostihuje tělesné funkce, ale mnohdy i velmi ovlivňuje psychiku pacientky, snižuje její sebevědomí, ovlivňuje mezilidské a partnerské vztahy.

Další problémy jsou ztráta či omezení pohyblivosti v ramenním kloubu, bolestivost paže, otoky a snížení svalové síly. Předpokládá, že i bez zjevného lymfedému trpí většina pacientů poruchou funkce lymfatického systému, postižení reprodukčního systému (zahrnuje i samotný prs a prsní bradavku) a poruchy imunity.

Další úroveň klasifikace zahrnuje hodnocení míry funkční nezávislosti při vykonávání personálních i instrumentálních ADL, při výkonu zaměstnání a výsledný psychosociální stav pacienta. Ten zohledňuje i postoj a míra podpory partnera a rodiny (Cooney, 2013).

Z pohledu ergoterapeuta je zásadní především zhodnocení a diagnostikování ADL – aktivit denního života. Vhodné je využít některý ze standardizovaných testů. Možností je například Barthel index (jednoduché hodnocení osobní nezávislosti) vzhledem k omezené senzitivitě testu je však vhodnější volbou hodnocení pomocí indexu Funkční míry nezávislosti – FIM.

Další možností je neurobehaviorální hodnocení ADL, spojující funkční hodnocení ADL s hodnocením neurobehaviorálních dysfunkcí, které zasahují do výkonu pacienta. V České republice však hodnocení A-ONE není příliš využíváné.

Málo rozšířený je i dotazník kvality života SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis). Dotazník, zahrnující 23 oblastí života, vychází ze subjektivních odpovědí zjišťujících rozdíl mezi přáními a očekávanými pacienta oproti stávající skutečné situaci (Švestková in Krška, 2014). Úspěšné využití u pacientek s rakovinou prsu, dokládá Wilsnova studie, porovnávající využití dvou různých dotazníků kvality života. Dotazníky zjišťovaly spokojenost a životní pohodu pacientek po rakovině prsu s a bez lymfedému (Wilson, 2005).

6.2 Rehabilitační postupy

V rámci rehabilitace onkologických pacientů se nabízí řada přístupů a metod. Rozhodnutí o použití zvolených technik, metod a léčebných postupů i výběru a aplikaci ortéz či kompenzačních pomůcek je u každého nemocného individuální.

Důležitá je spolupráce s onkologem a posouzení stádia onemocnění přičemž nejlépe poslouží výše zmíněná TNM klasifikace nádorů. Velmi důležitá je pak znalost absolutních a relativních kontraindikací. Především volíme-li některou z možných fyzikálních terapií. Velmi vhodnou se obecně jeví hydroterapie, v některých případech je možné volit i aplikaci elektroterapie či fototerapie. (Hradil in Kolář, 2009)

Kolář (2009) v rámci fyzioterapie i ergoterapie uvádí nejčastěji využívané postupy:

- Manuální techniky – mobilizační techniky a techniky měkkých tkání
- Pasivní pohyby, aktivní pohyby a aktivní pohyby s dopomocí
- Polohování
- Manuální či přístrojová lymfodrenáž
- Relaxační techniky
- Léčebné metody a přístupy na neurofyziologickém podkladě – především propioceptivní neuromuskulární facilitace, Bobath koncept, senzomotorická stimulace a Vojtova reflexní lokomoce.

6.3 Ergoterapeutická intervence v onkologii

Jak již bylo několikrát zmíněno v předchozích kapitolách, rehabilitace by měla být nedílnou součástí léčby pacientů s onkologickým onemocněním. (Kolář, 2009) Ergoterapeuti jako členové interprofesionálního týmu jsou její nedílnou součástí a prostřednictvím své intervence mohou výrazně ovlivnit mnohé funkční i psychosociální důsledky nemoci. Hlavním cílem ergoterapie pak je dosažení největší možné míry nezávislosti a soběstačnosti, a také zachování či zlepšení kvality života pacienta. Pacientům prospěšná, je v každé fázi onemocnění – v okamžiku sdělení diagnózy stejně jako v průběhu léčení či v terminálním stádiu onemocnění, v podobě paliativní péče. Z toho plyne, že ergoterapeutická intervence může být prospěšná a nápomocná při řešení řady potíží spojených s léčbou – bolest, omezení rozsahu pohybů, zkrácení a ochabnutí svalů, lymfedém, polyneuropatie, únava, úzkost a deprese, nedostatky při vykonávání pADL i iADL, kognitivní i percepční deficity (Penfold, 1996; Buckland a Mackenzie, 2014). Ergoterapeut by neměl opomenout ani problémy týkající se aktivit volného času a práce.

Ergoterapeutický plán a zvolené postupy by vždy měly být individuálně přizpůsobené současnému stavu pacienta a v případě potřeby flexibilně upravovány.

V první řadě je třeba znát fázi onkologické léčby nemocného, stanovené na základě vyšetření a provedených zákroků (Penfold, 1996).

Zjednodušeně řečeno, má ergoterapie v onkologii charakter preventivní, rekonvalescenční, podpůrné či paliativní péče. (Campbell, 2010, Hradil in Kolář, 2009)

Penfold (1996) ve své studii uvádí hlavní oblasti ergoterapeutického působení u onkologicky nemocných pacientů vycházející z podstaty samotného onemocnění nebo jako vedlejší důsledek onkologické léčby. Jedná se o pacienty s:

1. neurologickými deficity (hemiplegie, ztráta koordinace, ztráta svalové síly apod.) vyplývajícími z primárního nádoru mozku či mozkových metastáz.
2. paraplegií či kvadruplegií způsobenou primární spinální malignitou nebo častěji v důsledku metastáz.
3. amputací končetin nebo jejich částí opět z důvodu vlastního nádoru či metastáz.
4. patologickými zlomeninami v důsledku malignit.
5. dušností (nádory plic a hrudníku).
6. slabostí, vyšší únavností až letargií.
7. lymfedémem.
8. poruchou či poškozením sluchové či zrakové dráhy.
9. bolestí.
10. kognitivními a percepčními deficity způsobenými malignitou, případně systémovou terapií.

Všechny výše zmíněné komplikace výrazně ovlivňují soběstačnost a nezávislost pacienta a ergoterapie může být velkým přínosem nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinu a nejbližší okolí, které často neví, jak se k nemocnému správně chovat. Penfold dále jmenuje nejvíce ovlivněné funkční oblasti v životě pacienta:

1. Péče o sebe sama a péče o domácnost
2. Zaměstnání a schopnost pracovat
3. Zastávání stávajících rolí v životě jedince (role matky, otce apod.)
4. Rekreační, sportovní a volnočasové aktivity.

Nedílnou součástí práce ergoterapeuta je i domácí návštěva v bydlišti pacienta a výběr vhodných kompenzačních pomůcek, jsou-li potřeba (Penfold, 1996).

6.3.1 Ergoterapeutická intervence u pacientů s nádorovým onemocněním prsu

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, pacientů s karcinomem prsu stále přibývá, ale také se zvyšuje počet úspěšně léčených pacientů a tím i potřeba následné péče a rehabilitace. Nejinak je tomu i v rámci ergoterapie. V zahraničí již byla provedena řada studií hodnotících možnosti využití a prospěšnost ergoterapie u pacientů s touto diagnózou.

Například Vockins (2004) z Velké Británie uvádí průzkum, jež poskytuje přehled a hodnocení oblastí zásahů ergoterapeutů u pacientek po nádorovém onemocnění prsu. Průzkum proběhl na několika specializovaných pracovištích, vždy po dobu jednoho měsíce. Studie ukazuje, že největší podíl práce ergoterapeuta, u pacientek s rakovinou prsu, představuje edukace o nových režimových opatřeních a změnách v životním stylu, relaxační a dechová cvičení, řízení a úspora energie a času, předcházení únavě. Méně času bylo třeba věnovat tréninku každodenních činností a soběstačnosti v nich, domácím návštěvám a výběru vhodných kompenzačních pomůcek.

Désiron (2015) se v kvalitativní studii zaměřuje na přínosnost ergoterapie při úspěšném návratu pacientek do zaměstnání. Kvalitativní šetření probíhalo v belgických nemocnicích a dotazováni byli lékaři a další odborníci. Závěry naznačují možnou podporu pro úspěšně léčené pacienty v jejich návratu na pracovní trh. Na základě výsledků Désiron shrnuje podobu ergoterapeutické intervence tak, aby plnohodnotně doplňovala interprofesionální tým:

1. Ergoterapie má být součástí integrované, komplexní a na jedince cílené terapie probíhající v nemocnici (ambulanci) i domácím prostředí pacienta.
2. Služby ergoterapeuta mají být zakotveny v multidisciplinárním nastavení a zahrnovat psychologickou péči.
3. Ergoterapie by měla být pacientům k dispozici už ve velmi rané fázi procesu rehabilitace.
4. Stanovení cílů, v procesu návratu do zaměstnání vedeném ergoterapeutem, by mělo být zaměřeno na schopnosti pacienta a stanovena s ohledem na celkovou kvalitu života pacienta.
5. Ergoterapeutická intervence musí zahrnovat i návštěvy na pracovišti pacienta a kontakt se všemi zúčastněnými stranami.

Ergoterapeutickou intervencí například i v podobě poradenského rozhovoru naznačuje i Dienstbier (2011). Zmiňuje situace, kdy je návrat do původního zaměstnání nemožný či nevhodný. V žádném případě nelze doporučit návrat do povolání, jakými jsou

číšnice, kadeřnice, masérské práce, práce v kuchyni, práce vyžadující dlouhé psaní na počítači, práce v továrnách a řada dalších zaměstnání zatěžujících svalové skupiny ramene a paže na operované straně. Pacientka se tím vystavuje většímu riziku lymfostázy.

Ergoterapie formou poradenského rozhovoru může být využita právě i při předcházení či řešení vzniklého lymfedému. Studie provedená v San Diegu dokazuje pozitivní vliv ambulantní edukace patientek ergoterapeutem. Vzdělávání patientek, po chirurgickém zákroku a následné radiaci, o režimových opatřeních napomáhá zabraňovat vzniku lymfedému, jakož i zlepšit symptomy již vzniklé lymfostázy (Dominick, 2014).

Podobné poradenství funguje i ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Všechny pacientky s diagnózou karcinomu prsu dostávají po operačním zákroku ještě v nemocnici manuál s doporučenými režimovými opatřeními, jež snižují pravděpodobnost vzniku lymfatického otoku. Manuál byl sestaven ergoterapeutkami Mgr. Jaromírou Uhlířovou a Bc. Jitkou Fricovou. Tento manuál je k nahlédnutí v přílohách práce.

Úspěšným zaměstnáváním za pomoci ergoterapeuta se zabývá i další kvalitativní studie provedená u osmnácti islandských žen. Ty mimo jiné vypovídají, že prostřednictvím povolání opět nabyly kontroly nad svým životem a návrat do pracovního procesu byl jednou z jejich priorit (Palmadottir, 2010).

Jinou podobu ergoterapeutické intervence popisuje studie z New Hampshire v USA. Tato kvalitativní studie popisuje formu ergoterapie aplikovanou u patientek žijících na venkově s horší dostupností dojíždění. Ergoterapie byla aplikována po telefonu u patientek v době adjuvantní chemoterapie. Po dobu šesti týdnů, probíhala jedenkrát do týdne hodinová terapie. Terapie byla cílena individuálně především na řešení problémů, vyrovnávání se stresem pomocí relaxačních technik či zvládnání únavy a poklesu energie. Více než devadesát procent účastnic považovalo terapii za přínosnou a mající vliv na kvalitu života a emocionální stav (Hegel, 2011).

Další studie mapuje vznik kognitivních poruch v důsledku aplikace chemoterapie. Přestože se jedná spíše o výjimečný jev, byly takové případy zaznamenány, přičemž změny kognitivní změny byly velmi různého rázu. I zde byla s úspěchem indikována ergoterapie spolu s psychologickou intervencí (Player, 2014).

Praktická část

7 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je demonstrovat možnost využití ergoterapie při rehabilitaci pacientů po nádorovém onemocnění prsu a prokázat účinnost této terapeutické intervence.

V případě kladných zjištění může tato práce, sloužit jako podnět pro zavedení terapie v ergoterapeutických praxích i jako soubor doporučených preventivních opatření v běžném každodenním životě pacientů.

7.1 Stanovení základní otázky bakalářské práce

Na základě výše popsaného cíle práce formulujeme tuto základní otázku práce:

Jakou roli má ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu?

Považuji za vhodné tuto základní otázku práce podrobněji rozebrat a zodpovědět tyto dílčí otázky:

Jaké je využití ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu v zahraničí?

Jaké je využití ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění v České republice?

Jaká je strategie ergoterapeutické intervence u pacientek trpících lymfedémem?

Jaká je účinnost aplikované terapie?

8 Postup zpracování bakalářské práce

V teoretické části práce, bylo podrobně popsáno nádorové onemocnění prsu, jeho léčba i řada přidružených komplikací a nežádoucích vedlejších účinků léčby. Také byla popsána důležitost rehabilitace, jako nedílné součásti úspěšné léčby a nastíněna role ergoterapie. Uvedeny byly příklady především zahraničních studií, kde je ergoterapeutická intervence běžná i u této diagnózy.

Praktická část práce je zaměřená na roli ergoterapie v České republice. Uvádím zde dotazníkové šetření mapující situaci v České republice, a to především z pohledu působnosti ergoterapeuta a dále případy dvou žen, jež prodělaly léčbu karcinomu prsu.

8.1 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření probíhalo po dobu dvou měsíců – únor a březen 2016. Sběr odpovědí probíhal jednak osobním setkáním, jednak využitím online dotazníkem přes internetový server Survio.com. Při hledání vhodných respondentů – pacienti s nádorovým onemocněním prsu – jsem oslovila řadu patientských organizací a klubů sdružujících pacienty (ženy) s diagnózou rakoviny prsu – především: Klub ŽAP, sdružení ALEN, Ligu proti rakovině, sdružení ARCUS a další.

Dotazník čítá 16 těchto otázek:

1. Rok narození:
2. Rok operačního zákroku:
3. Druh operačního zákroku:
4. Zákrok byl proveden na:
5. Jste: Pravák, Levák, Ambidexter
6. Měla jste po operačním zákroku nějaké pooperační komplikace?
7. Dostala jste v nemocnici po zákroku nějaká režimová opatření, kterým pohybům, činnostem se vyhýbat? Jak předcházet přetěžování horní končetiny? Jaké cviky procvičovat? Apod.
8. Další podstoupená léčba:
9. Měla jste/máte nějakou komplikaci v důsledku prodělaného onemocnění a jeho léčby?
10. Měla jste/máte v důsledku této komplikace/komplikací nějaké fyzické omezení?
11. Představovala/představuje pro Vás tato komplikace nějaké znevýhodnění/omezení?
12. Byla Vám předepsána/doporučena nějaká rehabilitace?

13. Pokud jste absolvovala ergoterapii (Ergoterapie je terapeutická metoda, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení):
14. Kde jste hledala informace o onemocnění, léčbě a následné terapii, komplikacích, epitézách, parukách apod.?
15. Pokud využíváte epitézu (silikonová náhrada prsu), kdo Vám pomohl s výběrem vhodné náhrady?
16. Jste členem některého spolku nebo organizace, sdružujících ženy po nádorovém onemocnění prsu? (vypište)

Respondenti měli u řady otázek možnost volby více odpovědí i odpovědi jiné – vlastní. Celá přesná podoba dotazníku je ke zhlédnutí v přílohách této práce.

Do statistického zpracování byly zařazeny odpovědi celkem 75 respondentek, které splňovaly podmínku diagnózy zhoubného nádorového onemocnění prsu.

8.2 Statistické zpracování

Výsledky dotazníkového šetření byly převedeny do podoby grafů v procentním vyjádření. Celek, tedy 100 %, představuje 75 dotázaných respondentek.

9 Výsledky

Otázka číslo 1: V dotazníkovém šetření nebyl zohledněn datum narození ani rok operace. Rozpětí roku narození respondentek se pohybuje od roku 1935 až 1982.

Tabulka 1 - rok narození

1960 (2x)	1955 (4x)	1964	1948 (7x)
1935	1954 (3x)	1963 (3x)	1961 (2x)
1949 (4x)	1962 (3x)	1946 (7x)	1942 (5x)
1951 (2x)	1945 (2x)	1952 (3x)	1943 (6x)
1947 (3x)	1944	1956	1939 (2x)
1950 (2x)	1937	1941 (3x)	1971
1982	1940	1953 (2x)	1980
1958			

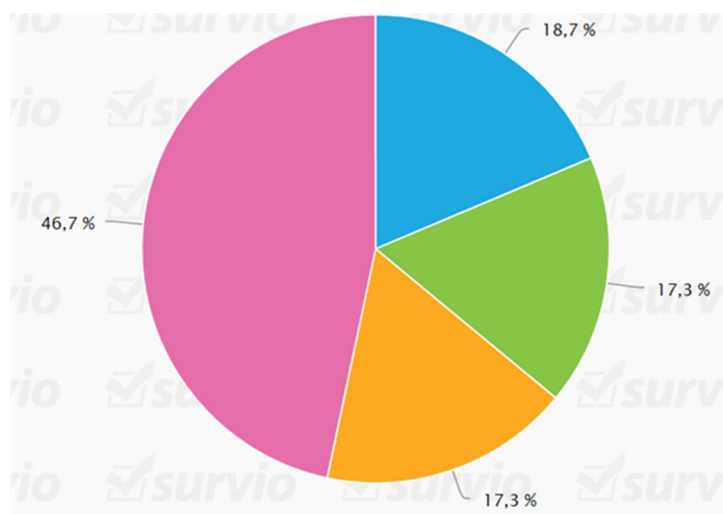
Otázka číslo 2: Roky, kdy byly provedeny operační zákroky, se pohybují v rozmezí let 1976 – 2016. Věk respondentek v době operace se pohybuje od 16 let věku do 70 let věku. Nejvíce pacientek bylo ve věku 40 – 59 let, průměrný věk pak byl 50,5 roků, tedy v produktivním věku.

Tabulka 2 - rok operačního zákroku

1976 (2x)	1998 (5x)	2002 (5x)	2003 (5x)
1989 (4x)	2007 (5x)	2014	2000 (3x)
1995 (3x)	1988 (2x)	1996 (3x)	1990
1993.2007	2012	1991 (3x)	2004 (2x)
2001 (3x)	2006 (4x)	2009 (4x)	1985
1997 (4x)	1992	1999 (2x)	2005 (2x)
2011 (2x)	1993	19932007	2015 (2x)
19771982	2016		

Otázka číslo 3: Téměř polovina respondentek – 46,7 % (35) absolvovala radikální mastektomii, 18,7 % (14) pacientek lumpektomii a shodně v 13 případech (17,3 %) byla provedena částečná nebo úplná mastektomie. Podíváme-li se na výsledky podrobněji, můžeme vyzorovat značný nárůst provedených lumpektomií. Z celkových 14 případů jich bylo od roku 2000 provedeno 12. Stejný nárůst lze vyzorovat u částečné mastektomie – 10 z celkem 13 výkonů a naopak velký úbytek úplných mastektomií, které se od roku 2000 provedly pouze 4. Vůbec nejčastějším výkonem zůstává radikální mastektomie, jichž bylo od roku 2000 provedeno 16 (38 %).

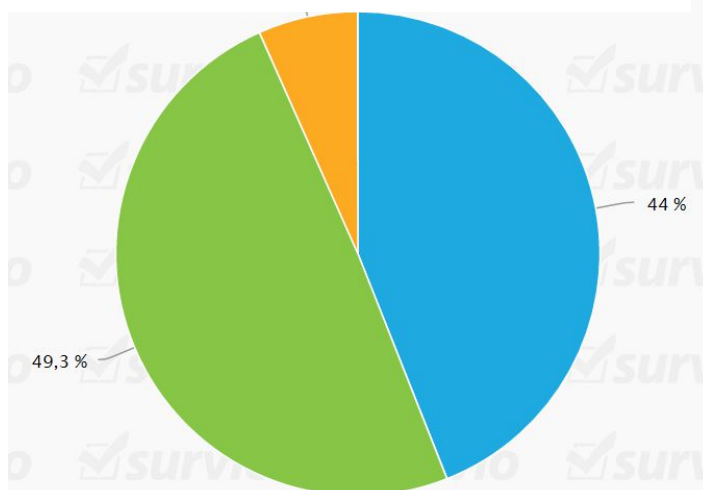
Graf 1 – druh operačního zákroku



<ul style="list-style-type: none"> ● Lumpektomie - Z prsu se vyjme pouze nádor, ovšem s nejméně centimetrovým okrajem zdravé tkáně. Výkon se doplňuje axilární disekcí (vyjmutí podpažních mízních uzlin). 	14	18,7 %
<ul style="list-style-type: none"> ● Částečná mastektomie - Odstraní se jeden kvadrát (čtvrtina) nebo větší část prsu obsahující nádor, řez se vede nejméně 2 centimetry od okraje nádoru. Výkon se doplňuje axilární disekcí 	13	17,3 %
<ul style="list-style-type: none"> ● Úplná mastektomie - Odstraní se celý prs, tj. veškerá prsní tkáň, dvorec a kůže včetně bradavky, ale zachovány zůstanou podpažní uzliny a svaly. 	13	17,3 %
<ul style="list-style-type: none"> ● Radikální mastektomie - Odstraní se celý prs jako u úplné mastektomie a k tomu ještě malý prsní sval a podpažní uzliny. 	35	46,7 %

Otázka číslo 4: U 37 respondentek (49,3 %) se jednalo o karcinom levého prsu, u 33 respondentek (44 %) o karcinom pravého prsu a 5 respondentek (6,7 %) prodělalo oboustranný karcinom prsu. U tří pacientek v podobě recidivy, u dvou pacientek byl karcinom odoperován na obou prsou současně.

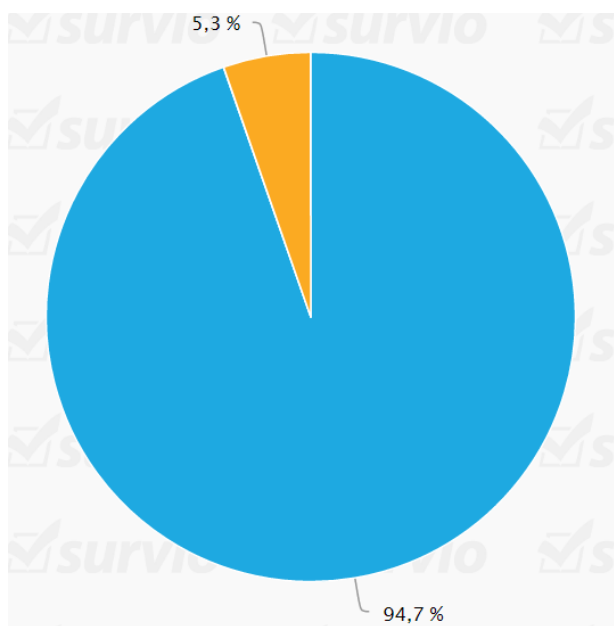
Graf 2 - lokalizace zákroku



● pravém prsu	33	44 %
● levém prsu	37	49,3 %
● obou prsou	5	6,7 %

Otázka číslo 5: Z hlediska ergoterapie může být zásadní otázkou, zda byla operace provedena na straně dominantní končetiny či na straně druhé. Dle průzkumu je u 94,7 % (71) respondentek, dominantní pravá horní končetina a u 5,3 % (4) respondentek, se vyskytuje ambidextrie (nevyhraněnost). Je překvapivé a statisticky nepravděpodobné, aby se mezi respondenty neobjevil nikdo s dominantní levou horní končetinou. Literatura uvádí přibližně 15 % zastoupení levoruké populace, některé zdroje uvádí rozmezí 10 - 30 % (Healey, 2015). Zároveň vzhledem k širokému věkovému rozpětí respondentek, je vhodné uvážit možnost, zda některé respondentky nejsou „přeucené levačky“.

Graf 3 - dominance horní končetiny

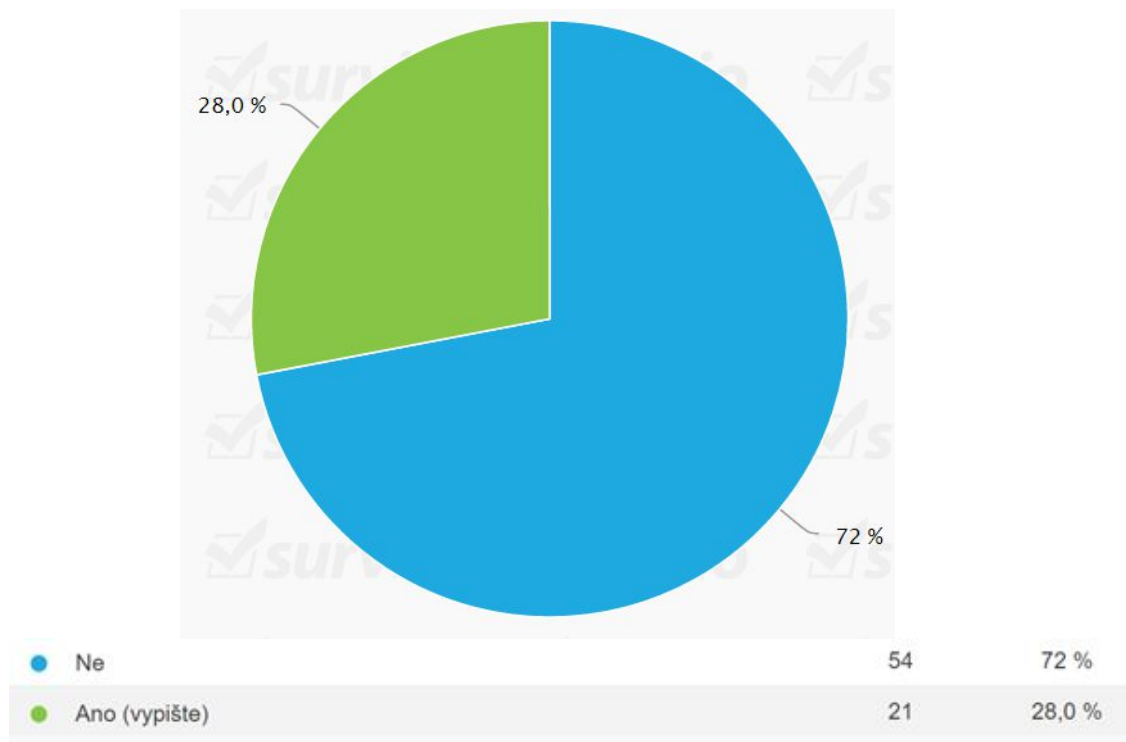


● pravák	71	94,7 %
● levák	0	0 %
● ambidexter (nevyhraněný)	4	5,3 %

Otázka číslo 6: U 28 % (21) respondentek se objevily nějaké pooperační komplikace. 72 % (54) respondentek neměly žádné pooperační obtíže. Mezi nejčastější

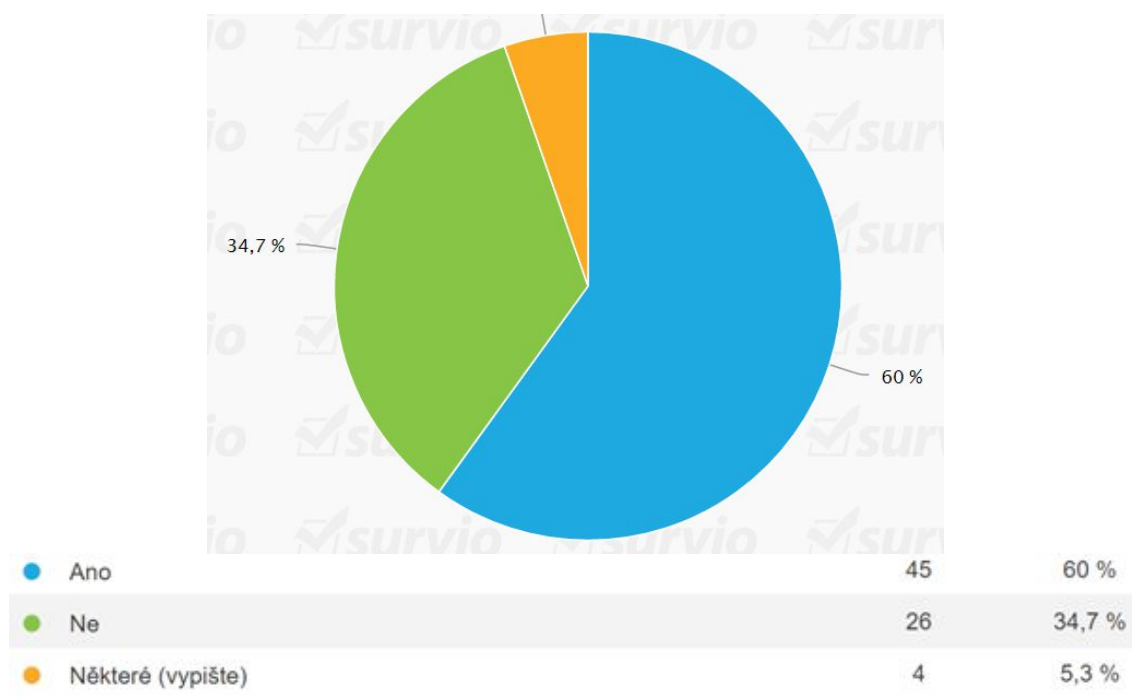
komplikace patří otok paže, bolestivé rameno a omezená hybnost horní končetiny, hnisání a špatné hojení rány a poruchy cití. Několik respondentek uvedlo i nutnost reoperace.

Graf 4 - přítomnost pooperačních komplikací



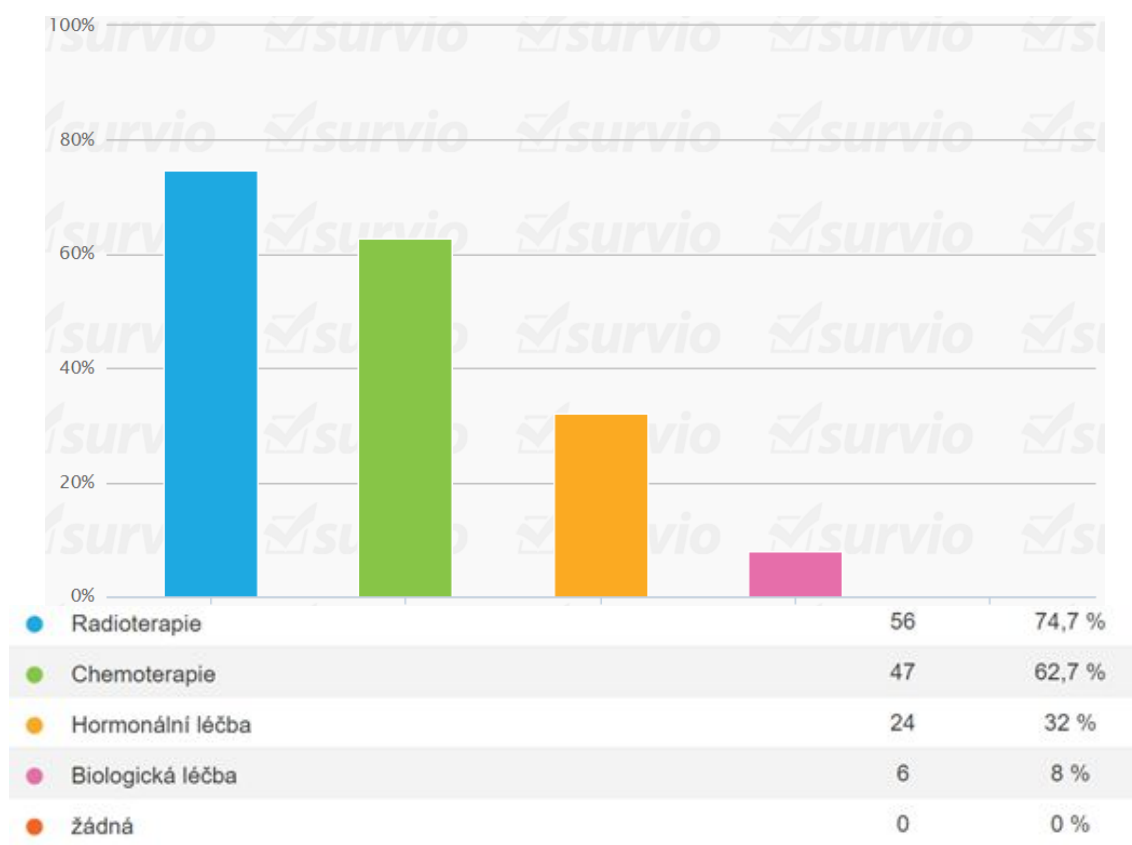
Otázka číslo 7: Vzhledem k důležitosti dodržování cvičení i režimových opatření předcházejících vzniku lymfedému, ale i jiným komplikacím (syndrom zamrzlého ramene a další), se sedmá otázka týkala sdělování informací pacientkám ještě v nemocnici, bezprostředně po provedeném chirurgickém zákroku. Z odpovědí vyplývá, že plně informováno bylo pouze 60 % (45) respondentek, 4 respondentky (5,3 %) obdržely alespoň některé informace (především týkající se cvičení zaměřeného na HKK) a téměř 35 % (26) respondentek nebylo informováno vůbec! Bohužel nelze konstatovat, že by v tomto ohledu docházelo k výraznějšímu zlepšení. U respondentek operovaných v letech 2000 – 2016, z celkového počtu 42 žen, 13 zodpovědělo, že žádné informace neobdržely a jedna, že informace byly neúplné.

Graf 5 - předání informací v nemocnici



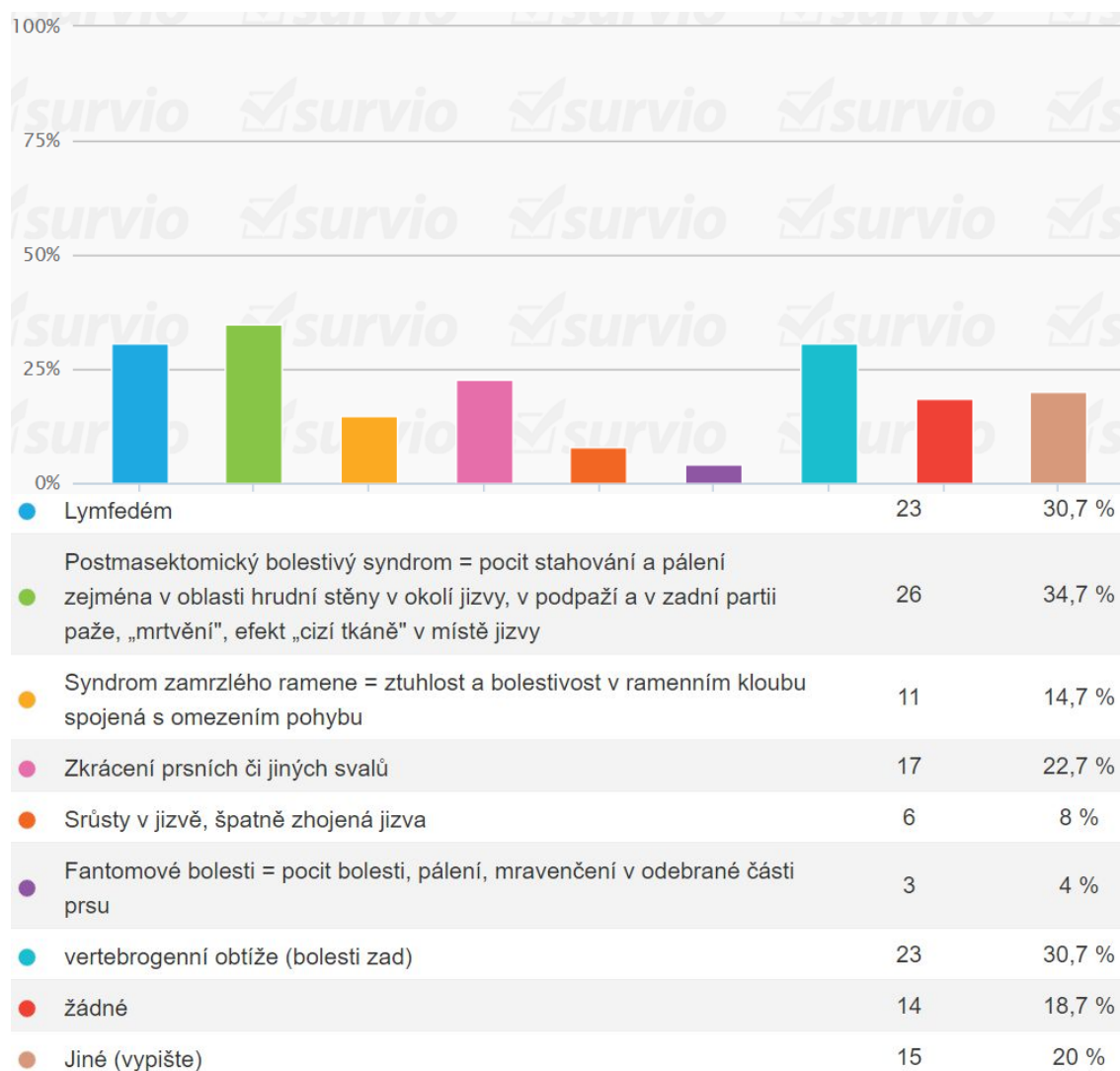
Otázka číslo 8: Všechny respondentky kromě chirurgického zákroku absolvovaly jeden či více druhů doplňujících terapií. V 74,7 % případů se jednalo o radioterapii, v 62,7 % o chemoterapii, v 32 % o hormonální léčbu a v 8 % biologickou léčbu.

Graf 6 - další aplikovaná léčba



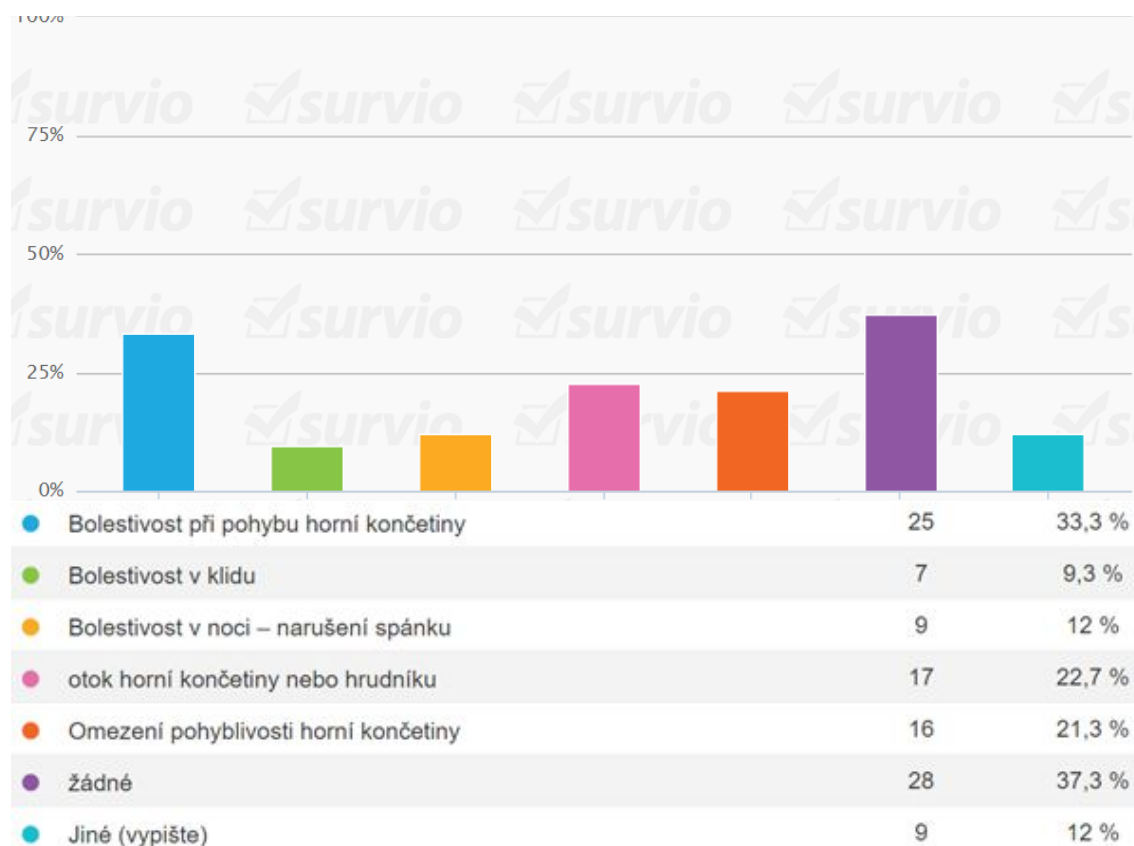
Otázka číslo 9: Následující graf ukazuje zastoupení různých pozdních komplikací nebo spíše důsledků léčby karcinomu prsu. Pouze 14 respondentek (18,7 %), z celkového počtu 75, bylo bez jakýchkoliv dalších obtíží a následků. Zbývajících 61 žen (81,3 %) řešilo jednu nebo více z následujících obtíží: lymfedém – 23 respondentek (30,7 %), postmastektomický bolestivý syndrom – 26 respondentek (34,7 %), Syndrom zamrzlého ramene – 11 respondentek (14,7 %), zkrácení prsních či jiných svalů – 17 respondentek (22,7 %), srůsty v jizvě či jinak špatně zhojená jizva – 6 respondentek (8 %), fantomové bolesti – 3 respondentky (4 %), vertebrogenní obtíže – 23 respondentek (30,7 %) a nějaké jiné obtíže mělo 15 respondentek (20 %). Jednalo se především o psychické problémy, spálenou kůži po ozařování (a to i s trvalými následky), brnění v končetinách (a to i na dolních končetinách), pocení, dýchací obtíže a návaly jako při menopauze, dlouho přetrvávající bolest na hrudi, změna citlivosti na paži, alergie na léky, levostranný cerebelární syndrom a polyneuropatie.

Graf 7 - vznik pozdních komplikací a následků léčby



Otázka číslo 10: Na základě přítomných komplikací byla položena i otázka, zda jim komplikace přinášela nějaké fyzické omezení – bolestivost horní končetiny klidu, za pohybu, bolestivost v noci, omezení pohybu a další. Opět byla nabídnuta možnost zaškrtnout více odpovědí i zvolit odpověď čistě vlastní. Podle očekávání nejčastějším projevem byla bolestivost při pohybu horní končetiny. S tou se potýkalo 25 respondentek (33,3 %). V 17 případech (22,7 %) se objevil otok hrudníku či horní končetiny a v 16 případech (21,3 %) omezení pohyblivosti horní končetiny. U 7 respondentek (9,3 %) se objevovala bolestivost i v klidu a u 9 (12 %) během noci, kdy způsobovala narušení spánku. Shodně v 12 % případů respondentky uvádějí jiné projevy – slabou výkonnost, únavu, pocity ztuhlosti, mravenčení či tažení v oblasti pooperační rány i horní končetiny, pocení a změny v závislosti na počasí. 28 respondentek (37,3 %) neguje jakékoliv problémy a fyzická omezení.

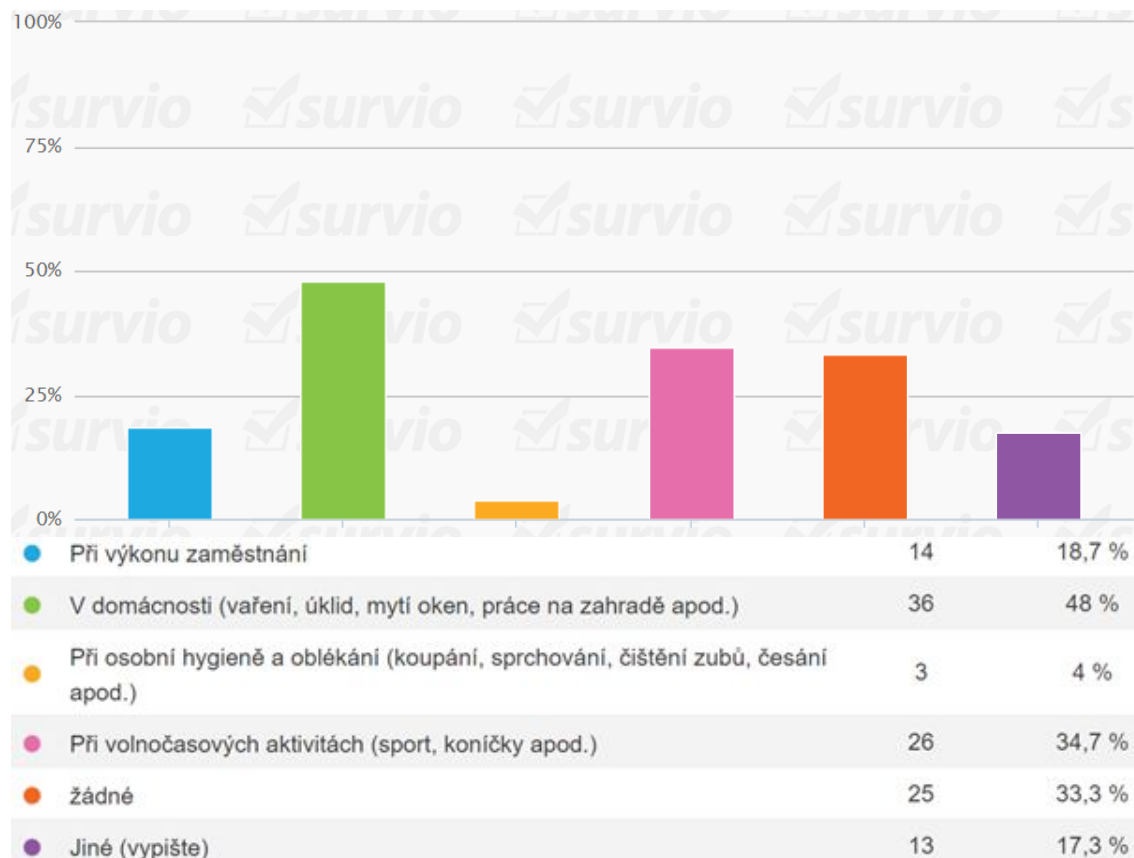
Graf 8 - fyzické omezení a bolestivost



Otázka číslo 11: Následující výsledky logicky mapují funkční omezení při vykonávání činností všedních denních aktivit, zaměstnání a volnočasových aktivit. Respondentky odpovídaly následovně: nejvíce omezení pociťovaly při péči o domácnost a to v 36 (48 %) případech všech tázaných. Další hojně zastoupenou kategorií byly

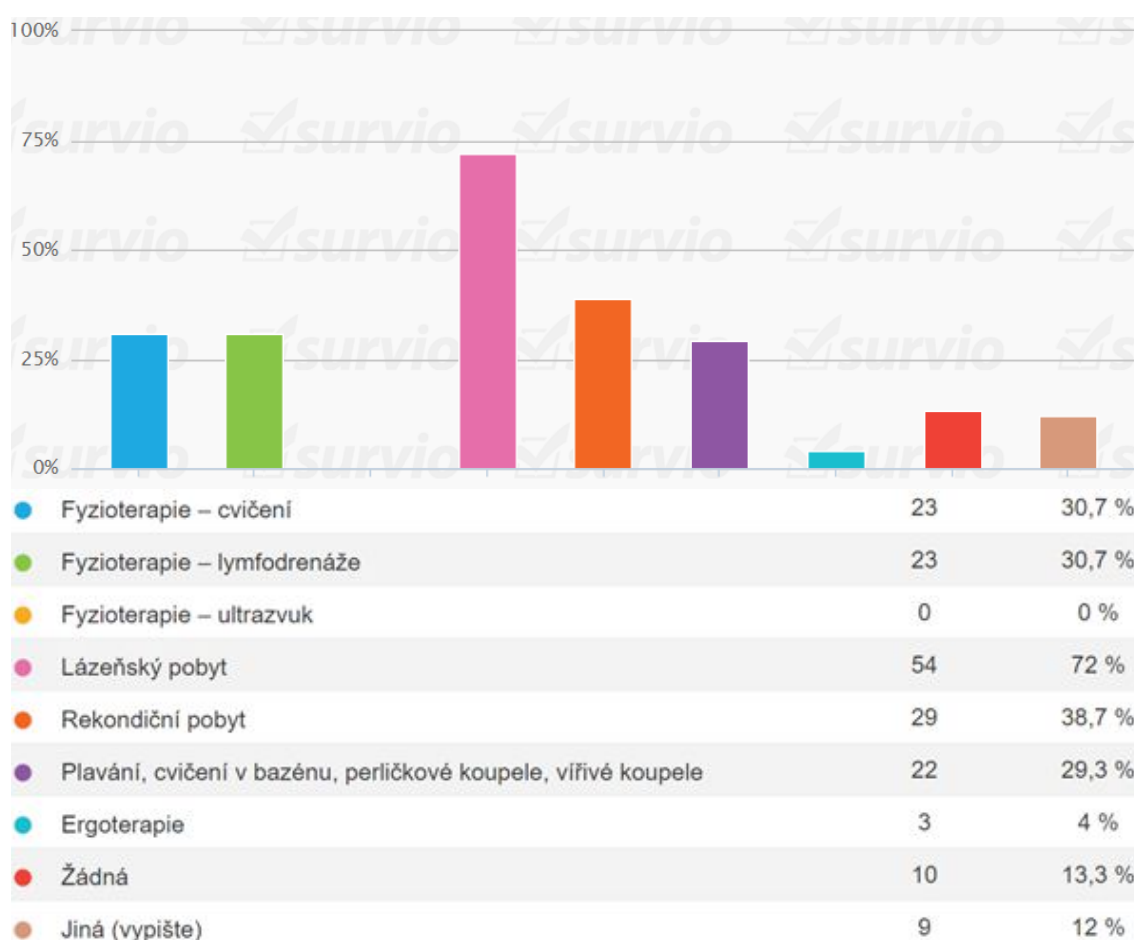
„koničky“ a volnočasové aktivity. V tomto případě onemocnění a jeho léčba ovlivnila 26 (34,7 %) dotazovaných žen. Poměrně početnou skupinu dotázaných tvořily, i ty, které zodpověděly, že onemocnění ovlivnilo jejich výkon povolání. Těchto respondentek bylo 14 (18,7 %). Pouze 3 ženy (4 %) uvedly problémy při osobní hygieně či oblékání. 13 žen (17,3 %) pak popsalo další obtíže, prakticky ve všech případech se jednalo o celkové omezení ve více oblastech způsobené, únavou a rychlou vyčerpaností, rychlým přetížením horní končetiny a větší náchylností ke zraněním. 2 respondentky byly v době dotazování stále v pracovní neschopnosti, ale oběma byla doporučena změna zaměstnání (jedné respondentce i možnost invalidního důchodu). Respondentky také zmiňují přetrvávající obtíže i po řadu let. Několik z nich připomíná i psychologický a sociální aspekt toho, že podstoupily ablaci prsu a musí nosit epitézu. Odpovědi na tuto otázku nejlépe ukazují důležitost a využitelnost ergoterapie u pacientek (pacientů) po léčbě nádoru prsu. Pouze 25 respondentek (33,3 %) neuvádí žádné omezení v důsledku onemocnění a jeho léčby. U ostatních 50 respondentek představovalo více či méně zásadní změnu v řadě oblastí každodenního života.

Graf 9 - funkční omezení



Otázka číslo 12: V následné péči a období rehabilitace mají pacientky nárok na řadu možných terapií, či by jim alespoň měly být doporučeny. Dle dotázaných byly obeznámeny nebo jim byly předepsány následující možnosti rehabilitace: v 72 % případů (54 žen) lázeňský pobyt a v 38,7 % případů (29 žen) rekondiční pobyty. Dále shodně u 30,7 % (23 respondentek) byla předepsána fyzioterapie – cvičení a fyzioterapie - lymfodrenáže. Poměrně hojně bylo doporučováno i plavání či nějaká forma hydroterapie – 29,3 % dotázaných (22 žen). Pouze u 4 % (3 ženy) byla indikována ergoterapie. U 13,3 % (10 žen) pak nebyla předepsána či doporučena žádná forma rehabilitace.

Graf 10 - předepsaná či doporučená rehabilitace



Otázka číslo 13: Koláčový graf, vztahující se k otázce 13, ukazuje povědomí a zájem o ergoterapii u respondentek. Pouze 10 respondentek podstoupilo ergoterapii (ať již ve vztahu k onemocnění karcinomem prsu či z jiného důvodu). Z toho 9 respondentek by jí doporučilo ostatním a více než 50 % respondentek by mělo zájem o tuto formu rehabilitace.

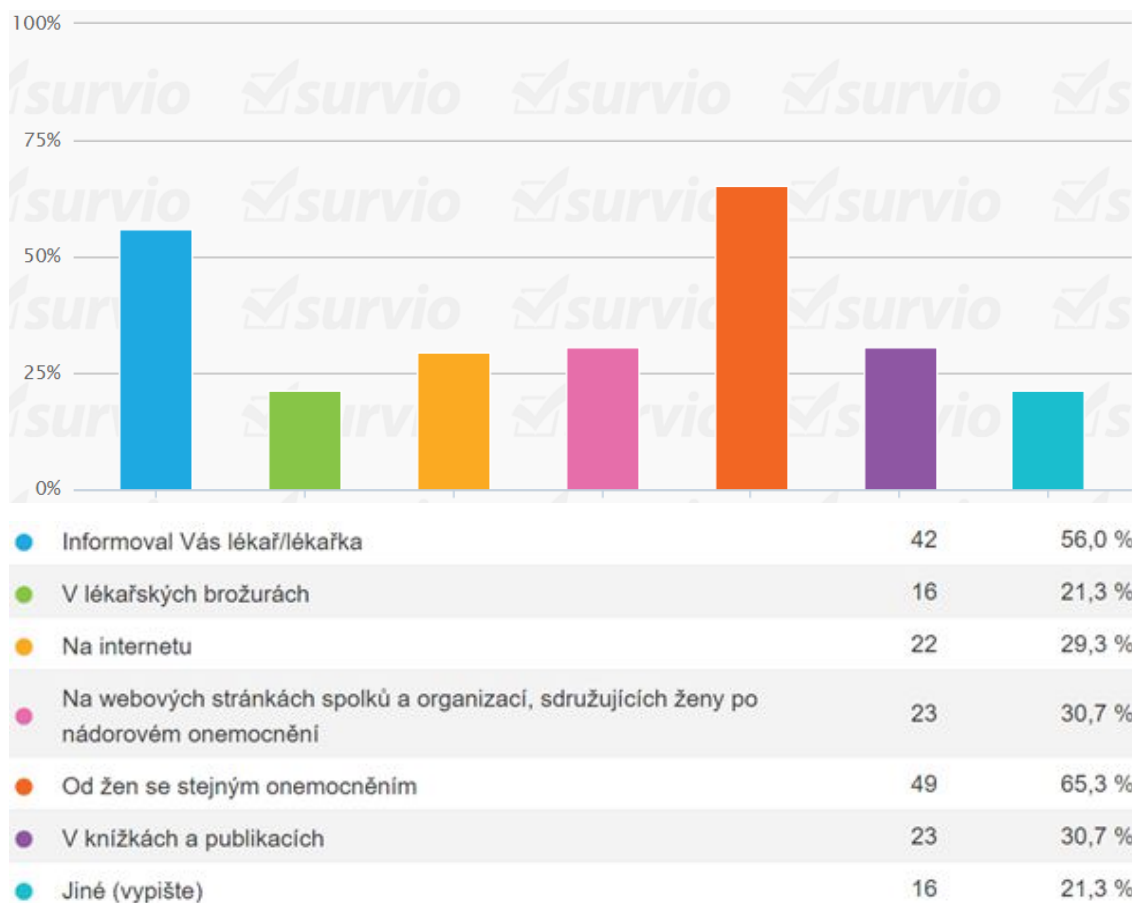
Graf 11 - obeznámenost s ergoterapií



Otázka číslo 14: Jak již bylo nastíněno, ergoterapeutická intervence může být prospěšná i v době hospitalizace pacienta, kdy ho bude informovat o dalších možnostech léčby, rehabilitace, vysvětlí mu zásadní omezení, předá informace o epitezách apod.

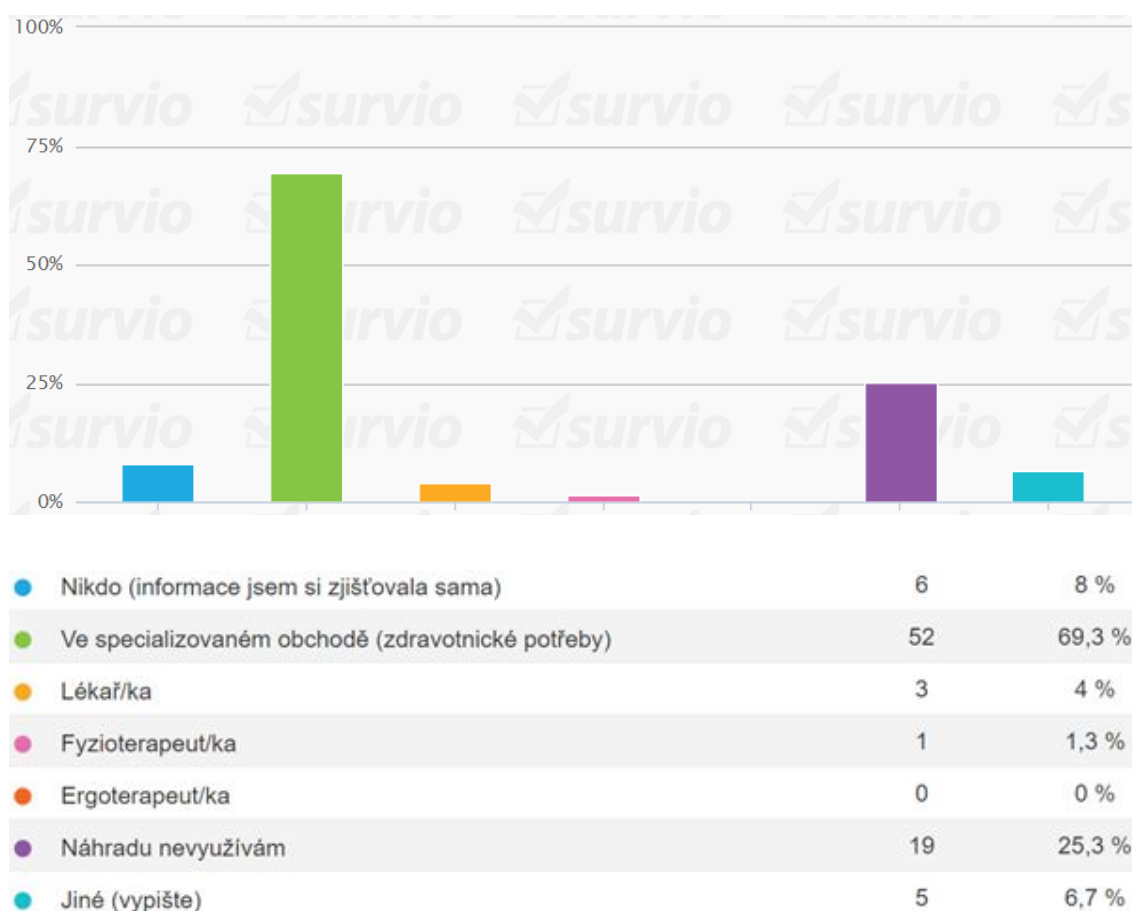
Následující graf a tabulka ukazuje momentální situaci. Informace ženy získávají především samy až po propuštění z nemocnice, díky kontaktu s ženami se stejným onemocněním a v různých patientských organizacích (celkem 61 respondentek – 49 z kategorie od stejně nemocných žen a 12 z kategorie „jiné“). Velmi hojně také získávají informace samy přes internet všeobecně (22 respondentek) nebo přímo na webech věnovaných rakovině prsu či patientským klubům a organizacím (23 respondentek). Více než polovina žen (46) pak byla informována svým lékařem či lékařkou. Poměrně hojně získávají pacientky informace i z knížek a publikací na toto téma (23) a z lékařských brožur (16). Z některých jiných možností respondentky zmiňují informace ze zahraničních zdrojů (zahraniční webové stránky, studie i patientské organizace). Jedna respondentka zmiňuje bezplatnou telefonní linku a jedna informace získané prostřednictvím ergoterapie.

Graf 12 - získávání informací



Otázka číslo 15: Většina žen stále v případě potřeby využívá možnost zakoupit si epitézu, jen menší procento žen (téměř výhradně mladé pacientky) využívá možnosti rekonstrukčních zákroků. Volba správné epitézy je zásadní nejen z estetického důvodu, ale i z důvodu předcházení vzniku bolestí zad a degenerativních změn v oblasti hrudní páteře. V České republice neexistuje žádné oficiální poradenství. Téměř výhradně se pacientky musí spolehnout na rady prodavaček ve specializovaných zdravotnických potřebách nebo si veškeré informace zjistit samy. To potvrzují i odpovědi dotázaných žen:

Graf 13 - výběr epitézy



Otázka číslo 16: Ze 75 respondentek je 71 (94,7 %), členkou alespoň jedné patientské organizace či klubu. V tomto případě je, ale výsledek silně ovlivněn tím, že dotazník byl rozposílán právě do řady patientských organizací. Předně se jedná o členky organizací: ALEN, ARCUS – onko centrum, ONKO – AMAZONKY, klub ŽAP, Liga proti rakovině, BENKON Benešov a řady dalších.

10 Kazuistiky pacientů

Následně uvádím dvě kazuistiky sepsané na základě bakalářské praxe na chirurgickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a na oddělení fyzioterapie na poliklinice VFN v Praze.

10.1 Kazuistika – pacientka bezprostředně po operačním zákroku

Vyšetřovaná osoba: pí T. (žena)

Rok narození: 1980 (35 let)

Diagnóza:

Karcinom prsu vlevo na hranici DVK, 2 ložiska fibroadenomu vpravo, podstoupená chemoterapie (8 cyklů), ablace prsu a extirpace SLN, probíhá biologická léčba

Anamnéza:

OA:

Chronická onemocnění: Ne

Prodělala běžné dětské nemoci (neštovice, opakovaný zánět středouší)

Úrazy: NE

Operace:

3/2016 – extirpatio fibroadenomatis mammae dx. duplex; extirpatiol ymphonodi axillaris l. sin (SLN), biopsia peroperativa; ablatio mammae l. sin. drain sec Redon

2003 – extirpace tukové bulky L prso

1996 – appendektomie

NO:

7/2015 – sama si nahmatala největší z nádorů na L prsu při sprchování, následovala biopsie (Ústí n. Labem) – histologicky potvrzen karcinom

9/2015 – chemoterapie 8 cyklů (15 CHT) – poslední CHT 9.2.2016

1.3.2016 – ablace prsu vlevo, extirpace SLN vlevo a extirpace 2 ložisek fibroadenomu vpravo (na žádost pacientky)

3/2016 – započata biologická léčba

Abusus: příležitostně káva a alkohol, od zjištění diagnózy nekouří (dříve ano příležitostně)

AA: léky neguje, intermitentně pollinosa

FA: 0

RA: Babička z otcovy strany ca dělohy, rodiče zdraví, 2 děti zdravé

GA: 2 porody (2008 a 2010), pravidelné kontroly ano (během návštěv gynekologa nikdy neproběhlo vyšetření prsou)

SA: Rozvedená, v současné době žije v domácnosti spolu se svými rodiči a 2 dětmi (chlapci), žije v rodinném domku, o ID ani jiné příspěvky zatím nežádala

ŠA: SOU – švadlena, střední pedagogické vzdělání s maturitou

PA: švadlena ve firmě na pánské spodní prádlo, v současné době v pracovní neschopnosti, uvažuje o změně zaměstnání, chtěla by pracovat ve školství

Sport a zájmy: četba, turistika, plavání, cyklistika

Ergoterapeutické vyšetření:

Hlava v důsledku CHT ztráta vlasů a vypadání obočí

Horní končetiny

- Vyšetřeny obě končetiny.
- Dominance: PHK
- Goniometrie – vyšetřeny aktivní pohyby v ramenním kloubu v sedě (FL, ABD, EXT, HABD, HADD, ZR a VR) – PHK: všechny pohyby aktivně a v plném rozsahu; LHK: FL 120, ABD 80, EXT 30, HABD 0, HADD 120, ZR 90, VR 90
- Svalová síla – vyšetřeno orientačně stiskem ruky – v normě, není rozdíl mezi PHK a LHK
- Tonus – v normě
- Vzhled: barva, struktura i teplota kůže normální, na PHK modřiny po zavádění kanyly, PHK i LHK bez otoku, zčervenání v okolí rány a obvazu, nehty obou rukou suché, nekvalitní a lámavé v důsledku CHT
- Držení HK: v normě
- Taxe: v normě
- Povrchové čítí: vyšetřeno orientačně pouze taktilní čítí – hypestézie v oblasti obou prsou a celé LHK (tupá citlivost)
- PHK a LHK: polohocit i pohybovit v pořádku, stereognozie – v pořádku (předměty klíče, hodinky, propiska – pojmenuje, popíše materiál)
- LHK - Úchopy: primární, kulový – v normě, válcový – v normě, tužkový – v normě, pinzetový – v normě, špetkový – v normě, klíčový – v normě.
- Závěr vyšetření: Pacientka zvládá všechny úchopy – špetkový, pinzetový, klíčový, tužkový Všechny fáze úchopu v pořádku.

Mobilita

Pacientka se sama posadí, postaví, zvládá přesuny na lůžku i lůžko – židle, na WC. V sedu i stojí stabilní. Před hospitalizací chůze v interiéru i exteriéru, do schodů i ze schodů zvládala bez obtíží, bez využití kompenzační pomůcky. V nemocnici samostatná chůze v interiéru

Kognitivní funkce

- Pacientka je orientována časem, místem i osobou
- Komunikativní, spolupracuje, pokynům rozumí
- Zadané cviky i režimová opatření si pamatuje

Bolest

LHK – při pohybech do FL a ABD nad horizontálu a do rotačních pohybů (škála 5/10)

Soběstačnost

- Před hospitalizací zcela samostatná v pADL i iADL
- pADL
- **personální ADL dle Barthel Indexu:**
 1. Najedení, napití – samostatně 10b.
 2. Oblékání - samostatně 10b.
 3. Koupání - samostatně nebo s pomocí 5b. (doma vana)
 4. Osobní hygiena - samostatně nebo s pomocí 5b.
 5. Kontinence moči - plně kontinentní 10b.
 6. Kontinence stolice - plně kontinentní 10b.
 7. Použití WC - samostatně 10b.
 8. Přesun lůžko-židle - samostatně 15b.
 9. Chůze po rovině - samostatně nad 50 m 15b
 10. Chůze po schodech -samostatně bez pomoci 10b.

Celkový počet bodů: **Pacientka získala 100 bodů**

Bodové hodnocení:

- 0 - 40 bodů - vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
- 41 - 60 bodů -závislost středního stupně
- 61 - 95 bodů- závislost lehčího stupně
- 100 bodů – nezávislý

- Instrumentální ADL v době hospitalizace nevyšetřeny

- **Kompenzační pomůcky:** paruka (ale příliš jí nevyužívá, nosí šátky), plánované pořízení epitézy
- **Závěr:** pacientka je soběstačná v personálních ADL, soběstačnost v instrumentálních ADL nebyla vyšetřena.

Cíl Pacientky

Plné rozsahy pohybů, návrat do zaměstnání a zvládat péči o domácnost a o rodinu

Předchozí rehabilitace: 0

Silné stránky: Motivovanost, dobré rodinné zázemí, dobrá úroveň fyzických, kognitivních i psychických funkcí, samostatnost

Slabé stránky: omezená hybnost LHK v ramenním kloubu

Závěr vyšetření: Pacientka je soběstačná v pADL a předpokládáme soběstačnost i v iADL. Největší problémy činí omezení rozsahů pohybu v ramenním kloubu LHK z důvodu operačního zákroku. Nejvíce omezeny ABD, FL a HABD.

Krátkodobý cíl: Během hospitalizace zlepšit aktivní rozsahy pohybů v ramenním kloubu LHK.

Krátkodobý plán: v rámci hospitalizace s pacientkou probrat režimová opatření (sepsaná Mgr. Uhlířovou a Bc. Jitkou Fricovou), edukovat pacientku v péči o jizvu, v polohování a odlehčování HK na operované straně a seznámit pacientku s vhodnými cviky na zlepšení a udržení ROM.

Dlouhodobý cíl: Návrat do zaměstnání, zvládnutí péče o domácnost a děti

Dlouhodobý plán: Ve spolupráci s onkologem. Informovat pacientku o možnosti následné rehabilitace v podobě fyzioterapie, ergoterapie, lázeňského pobytu. Po návratu do domácího prostředí vyšetřit iADL. Konzultovat s pacientkou otázku návratu do zaměstnání a možnost změny pracovního místa. Předepsání a vybrání vhodné epitézy a speciálně upravených podprsenek. Informovat a probrat s pacientkou možnost podstoupení rekonstrukce prsu. Trvale dodržovat režimová opatření a pravidelné cvičení na HKK.

Zhodnocení terapie: S pacientkou jsem měla možnost pracovat 3 dny (2x denně) Pacientka byla vždy dobře naladěna, ochotná spolupracovat a velmi motivována. Všechny cviky plnila vytrvale a velmi poctivě. Byla poměrně sebekritická. Poslední den byl vyndán drén a byla již menší bolestivost LHK při pohybu, ale pohyb byl omezen v důsledku převazu.

Dosažení krátkodobého cíle: Pacientka zvládá všechny doporučené cviky a rozumí doporučeným režimovým opatřením. Rozsah pohybů v ramenním kloubu je stále omezen. Subj. se pacientka cítí lépe a LHK je méně bolestivá.

Shrnutí: Vzhledem k omezenému aktivnímu pohybu v ramenním kloubu, nemožnosti plně vyšetřit soběstačnost v iADL a problematickému zaměstnání by bylo vhodné pacientce doporučit další ergoterapeutickou intervenci po propuštění z nemocnice.

10.2 Kazuistika – pacientka s předepsanou fyzioterapií

Vyšetřovaná osoba: pí K. (žena)

Rok narození: 1958 (58 let)

Diagnóza:

Karcinom prsu vlevo (Ca. mammae – mamila a areola), 5/2015 provedena Ablatio mammae l. sin. Exenteratio axillae.

Anamnéza:

OA:

Chronická onemocnění: Ne

kolísavý TK, Arytmie (psychogenní), prodělala běžné dětské nemoci

Úrazy: NE

Operace:

2x operace volvulu

NO:

4/2015 – nedocházela preventivně na mamografii, poprvé 4/2015 – diagnostikován Ca. mammae

5/2015 – provedena Ablatio mammae l. sin. Exenteratio axillae, poté chemoterapie (do 10/2015)

Nyní kontroly pravidelně.

Od operace vnímá postupné zhoršování hybnosti LHK, L ramene. Bolesti i při mírnější ABD a FL, kde se objeví i iradiace do LHK. LHK s výrazněji sníženou svalovou silou.

Abusus: příležitostně alkohol

AA: neguje

FA: Betaloc ZOK tbl. 1-0-1

RA: rodiče nezná, 2 děti zdravé (dcera a syn), 2 vnoučata

GA: 2 porod, menopauza, pravidelné kontroly: ano (během návštěv gynekologa nikdy neproběhlo vyšetření prsou)

SA: 2 x Rozvedená, v současné době žije sama ve vlastním bytě, v současnosti v pracovní neschopnosti, zažádáno o ID

ŠA: SOU – prodavačka, rekvalifikační a jiné kurzy

PA: řada povolání, poslední: masérka, nyní z důvodu onemocnění rekvalifikační kurz na manikérku/pedikérku

Sport a zájmy: cestování, čas s kamarádkami, esoterika, turistika, horolezectví

Fyzioterapeutické vyšetření:

Hlava v důsledku CHT ztráta vlasů, již dorostly (nosila paruku)

Páteř Cp – předsun hlavy, protrakce a asymetrie lopatek, omezené rotace a pravá lateroflexe; Thp – oploštělá kyfóza, blokády žeber; Lp – zvětšená bederní lordóza, hůře se rozvíjí

Pánev a SIS mírný posun pánve vlevo

Horní končetiny

- Vyšetřeny obě končetiny.
- Dominance: PHK
- Goniometrie – vstupní vyšetření (2. 2. 2016), vyšetřeny aktivní pohyby v ramenním kloubu v sedě, a nebo v leže (FL, ABD, EXT, ZR, VR) – PHK: všechny pohyby aktivně a v plném rozsahu; LHK: FL 170 sed/160 leh, ABD 90 sed/80 leh, EXT 30 sed, ZR 50 leh, VR 70 leh
- Goniometrie – výstupní vyšetření (14. 3. 2016), vyšetřeny aktivní pohyby v ramenním kloubu v sedě, a nebo v leže (FL, ABD, EXT, ZR, VR) – PHK: všechny pohyby aktivně a v plném rozsahu; LHK: FL 170 sed/165 leh, ABD 170 sed/100 leh, EXT 35 sed, ZR 80 leh, VR 80 leh
- Hodnocení otoku LHK - kromě omezení pohybu si pacientka stěžuje na otok paže (bude se řešit na kontrole na onkologii) – obvod paže je cca o 2 centimetry větší než na PHK
měření odvodu – vstupní vyšetření (2. 2. 2016): pod ramenním kloubem – 36 cm, obvod – 32,5 cm, nad loktem – 28 cm, předloktí – 26 cm, zápěstí – 16 cm, dlaň – 18,5 cm, prsty – 14,5 cm
měření – výstupní vyšetření (14. 3. 2016): pod ramenním kloubem – 35 cm, obvod – 31,5 cm, nad loktem – 28 cm, předloktí – 26 cm, zápěstí – 16 cm, dlaň – 18 cm, prsty – 14,5 cm
- Svalová síla – vyšetřeno orientačně stiskem ruky – LHK slabší než PHK

- Tonus – v normě
- Vzhled: barva, struktura i teplota kůže normální, na LHK mírný otok
- Držení HK: v normě
- Taxe: v normě
- Povrchové cití: parestezie od lokte až k rameni a do axilly LHK
- PHK a LHK: polohocit i pohybovit v pořádku, stereognozie – v pořádku (předměty klíče, hodinky, propiska – pojmenuje, popíše materiál)
- LHK - Úchopy: primární, kulový – v normě, válcový – v normě, tužkový – v normě, pinzetový – v normě, špetkový – v normě, klíčový – v normě.
- Závěr vyšetření: Pacientka zvládá všechny úchopy – špetkový, pinzetový, klíčový, tužkový Všechny fáze úchopu v pořádku.

Jizva

neprobíhala správná péče o jizvu, jizva je nepružná, napnutá a bolestivá; zkrácení axilární řasy

Mobilita

Pacientka se sama posadí, postaví, zvládá přesuny na lůžku i lůžko – židle, na WC. V sedu i stojí stabilní. Chůze v interiéru i exteriéru, do schodů i ze schodů zvládne bez obtíží, bez využití kompenzační pomůcky.

Kognitivní funkce

- Pacientka je orientována časem, místem i osobou
- Komunikativní, spolupracuje, pokynům rozumí
- Zadané cviky i režimová opatření si pamatuje

Bolest

Vstupní vyšetření – Bolesti i při mírnější ABD a FL, kde se objeví i iradiace do LHK, dále bolest v oblasti L prsu a jizvy, škála bolesti 7/10 (analgetika nevyužívá)

Výstupní hodnocení – v klidu zcela bez bolesti, při pohybu bolestivost 5/10

Soběstačnost

- samostatná v pADL i iADL
- pADL
- **personální ADL dle Barthel Indexu:**
 1. Najedení, napití – samostatně 10b.
 2. Oblékání - samostatně 10b.
 3. Koupání - samostatně nebo s pomocí 5b. (sprchuje se)

4. Osobní hygiena - samostatně nebo s pomocí 5b.
5. Kontinence moči - plně kontinentní 10b.
6. Kontinence stolice - plně kontinentní 10b.
7. Použití WC - samostatně 10b.
8. Přesun lůžko-židle - samostatně 15b.
9. Chůze po rovině - samostatně nad 50 m 15b.
10. Chůze po schodech -samostatně bez pomoci 10b.

Celkový počet bodů: **Pacientka získala 100 bodů**

Bodové hodnocení:

- 0 - 40 bodů - vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
- 41 - 60 bodů -závislost středního stupně
- 61 - 95 bodů- závislost lehčího stupně
- 100 bodů – nezávislý

- Instrumentální ADL – vyšetřeny dotazováním
- **Kompenzační pomůcky:** paruka (ale již ji nevyužívá), epitéza
- **Závěr:** Pacientka je soběstačná v personálních i instrumentálních ADL.

Cíl klienta

Plné rozsahy pohybů, rekvalifikační kurz a návrat do zaměstnání

Předchozí rehabilitace: 0

Silné stránky: Motivovanost, velmi dobrý psychický stav, samostatnost a velmi pozitivní přístup, dobrá úroveň fyzických i kognitivních i funkcí

Slabé stránky: omezená hybnost HK v ramenním kloubu, bolestivost, nedodrжуje všechny doporučené cviky a režimová opatření

Závěr vyšetření: Pacientka je soběstačná v pADL a soběstačná i v iADL. Uvádí pouze několik činností, jež by jí činily potíže, a proto je nevykonává nebo je vykonává pouze pravou rukou – věšení prádla na šňůru (využívá nízký sušák), věšení záclon, snášení věcí z horních polic apod. Největší problémy činí omezení rozsahů pohybu v ramenním kloubu LHK, zkrácení axilární řasy, špatně ošetřovaná jizva a bolestivost. Na LHK je také patrný otok.

Krátkodobý cíl: Během 7 fyzioterapeutických intervencí zlepšit aktivní rozsahy pohybů v ramenním kloubu LHK.

Fyzioterapie - průběh: péče o jizvu – tlaková masáž, technika post izometrické relaxace na LHK, protažení krční páteře (obě strany), mobilizace lopatky (obě strany), cviky HKK

– spojené ruce nad hlavu, spojené předloktí – okýnko, kroužky, s tyčí přetáčení – ždímání, ruce za hlavu – křídýlka, diagonála PNF, cvičení v odlehčení

Dlouhodobý cíl: rekvalifikační kurz a návrat do zaměstnání

Dlouhodobý plán: Kontrola u onkologa a případné indikování lymfodrenáží. Ve spolupráci s ergoterapeutem probrat možnosti nového zaměstnání a trénink ROM LHK v konkrétních činnostech. Poradenství při výběru vhodné epitézy a speciálně upravených podprsenek. Informovat a probrat s pacientkou možnost podstoupení rekonstrukce prsu. Trvale dodržovat režimová opatření a pravidelné cvičení na HKK.

Zhodnocení terapie: S pacientkou jsem měla možnost se několikrát setkat na indikované fyzioterapii. Na závěrečné sedmé terapii, bylo provedeno výstupní kontrolní měření a bylo rozpoznatelné výrazné zlepšení. Rovněž došlo k mírnému zlepšení otoku na LHK. Také pacientka pociťovala zlepšení i subjektivně.

Shrnutí: Vhodná indikace ergoterapie z důvodu nácviku některých problematických činností, poradenství při změně zaměstnání a absolvování rekvalifikačního kurzu a poradenství při výběru vhodné epitézy.

11 Diskuze

Předpokladem pro stanovení cíle a základní otázky této práce byla odborná a vědecká literatura na téma karcinomu prsu, jeho léčby i vhodné následné rehabilitace (Becker, 2005; Abrahámová, 2009; Coufal, 2011; Krška, 2014; Palyer, 2014) a praktické zkušenosti Mgr. Kateřiny Průškové i předsedkyně klubu ŽAP Dany Hybšové.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo demonstrovat možnost využití ergoterapie při rehabilitaci pacientů po nádorovém onemocnění prsu a prokázat účinnost této terapeutické intervence.

Výše, v literární rešerši, zmíněné studie dokazují úspěšné využití ergoterapie v zahraničí (Vockins, 2004; Palmadottir, 2010; Hegel, 2011; Player, 2014; Dominick, 2014; Désiron, 2015). V České republice je zmínek o probíhající ergoterapii u pacientů s rakovinou prsu či u onkologických pacientů všeobecně podstatně méně. Někjaké zmínky o zařazení ergoterapie u této skupiny pacientů zmiňuje Švestková (2014) či Hradil (2009). Problematické oblasti (péče o domácnost, návrat do zaměstnání, volnočasové aktivity, psychosociální aspekty onemocnění), jež více či méně spadají do pole působnosti ergoterapeuta, zmiňují i další autoři – Abrahámová (2009), Dientsbier (2009).

Nicméně například ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze pacientky po operaci obdrží zprostředkované rady – manuál – doporučených opatření, sepsaných ergoterapeutem, jež předcházejí vzniku lymfedému, srůstům v jizvě a dalším pozdějším komplikacím. Podobná intervence se s úspěchem osvědčila i v San Diegu v nemocnici, kde ambulantní intervence s ergoterapeutem vedla k výrazně nižšímu procentu vzniku lymfedému u pacientek po operačním zákroku spojenému s exenterací axilárních uzlin (Dominick, 2014).

Součástí této práce bylo dotazníkové šetření cílené pro skupinu respondentek, jež se léčily či léčí s karcinomem prsu. Krom některých změn v přístupu léčby – například počet provedených lumpektomií a částečných mastektomií od roku 2000, dotazník potvrzuje široké pole působnosti a uplatnění ergoterapeuta u této skupiny pacientů. Vždyť více než 81 % respondentek uvedlo minimálně jednu pozdní komplikaci nebo následek léčby a téměř 67 % respondentek vypovědělo, že komplikace jim způsobila či stále způsobuje omezení při výkonu zaměstnání, volnočasových aktivit, při péči o sebe sama nebo o domácnost. Tedy v oblastech, jež jsou doménou ergoterapeuta. Přesto jen devět žen se někdy setkalo s ergoterapií a jen čtyři ve vztahu k tomuto onemocnění.

Vzhledem k dominantnímu postavení ergoterapie při výběru vhodných kompenzačních pomůcek, dlah i protéz by jistě bylo vhodnou náplní ergoterapeuta, poskytnout poradenství i při výběru vhodné prsní náhrady (epitézy) či pacientku alespoň základně seznámit s možností rekonstrukčního výkonu prsu a jeho průběhem. Vhodné a pro pacientku jistě přínosné by bylo i sdělení, co přesně je hrazené pojišťovnou a do jaké míry.

V druhé polovině praktické části jsou uvedeny dvě kazuistiky pacientek, které jsem měla možnost potkat během své bakalářské praxe na chirurgickém oddělení VFN v Praze a na oddělení fyzioterapie – Fakultní polikliniky VFN v Praze. U obou pacientek by byla indikace ergoterapie jistě velmi přínosnou.

Pacientka – pí. T. byla jen několik dnů po zákroku a bylo potřeba ji seznámit z řadou doporučení a vhodnými cviky pro rychlé obnovení hybnosti a rozsahů pohybů na levé horní končetině. V současnosti na chirurgickém oddělení (kde probíhají operační zákroky) pracují s pacientkami fyzioterapeuti, kteří pacientkám předávají instrukce sepsané ve spolupráci s ergoterapeuty. Vzhledem k tomu, že horní končetiny jsou dominancí ergoterapeutů, jistě by celou tuto pooperační intervenci mohl obstarávat ergoterapeut v případě, že je v nemocnici (na oddělení) přítomen. Jistě by to bylo přijatelné řešení i pro fyzioterapeuty, kteří by mohli více času věnovat pacientům například po břišních operacích.

Ergoterapeut by také spíše pomohl pacientkám překlenout informační a rehabilitační vakuum, které u těchto pacientek vzniká. Mnohdy odcházejí z nemocnice i zcela neinformované, závislé pouze na vlastní iniciativě a schopnosti zjistit si potřebné informace. To koneckonců potvrzuje i dotazníkové šetření (otázka číslo 7). To je jistě v tak i psychicky velmi náročnou situaci (Janáčková, 2014) velmi nekomfortní.

Konkrétně u této pacientky (a maminky malých dětí) pracující s těžkými řezacími stroji a ve vzorci stereotypních pohybů, by bylo velmi vhodné probrat s ní i sociální a pracovní anamnézu a seznámit ji s možnými návrhy řešení.

Pacientka z druhé kazuistiky – pí. K., je po operaci již přibližně 9 měsíců a od skončení chemoterapie přibližně 5 měsíců. Po dobu necelých dvou měsíců docházela na fyzioterapii, s cílem zlepšit rozsahy pohybů na levé horní končetině a snížit bolestivost v levé horní končetině a v jizvě. Dalším krokem v rehabilitaci bude pravděpodobně indikace lymfodrenáže.

Opět se jedná o výborný příklad, kde by byla vhodná spolupráce ergoterapeuta. Paní K. přiznává problémy při některých činnostech v domácnosti, vyjádřila

nespokojenost s výběrem prsní náhrady (epitézy) a opět je nutná změna zaměstnání. Původní zaměstnání masérky je velmi namáhavé a návrat k němu nevhodný. Vhodným řešením může být rekvalifikační kurz na pedikérku.

Otázce návratu do zaměstnání se koneckonců ve svých pracích věnují i Palmadottir (2010) a Désiron (2015).

Zároveň by byla u pacientky vhodná fyzioterapie zaměřená i na trupovou stabilitu a páteř. Bohužel na to v rámci hodinové fyzioterapie není prostor. V případě, že by byla možná spolupráce ergoterapeuta, byla by pro pacientku rehabilitace ještě přínosnější.

Další možnou alternativou spolupráce a převzetí většího dílu rehabilitace ergoterapeuty, by byla možnost provádět manuální lymfodrenáže u pacientek s lymfedémy. V současnosti je však mohou provádět pouze fyzioterapeuti.

Dotazníkové šetření a kazuistiky jsou zaměřené spíše na následnou péči a rehabilitaci pacientek a lehce pomíjejí možnosti intervence již během léčby. Ty ovšem ve svých studiích uvádějí Hegel (2011) i Player (2014), kde má ergoterapie i podpůrnou funkci během chemoterapie pacientek.

12 Závěr

Ergoterapie jako nedílná součást rehabilitace se pomalu, ale jistě dostává do povědomí lékařů i dalších pracovníků ve zdravotnictví a stejně tak i do povědomí širší veřejnosti. Není tedy s podivem, že stejně jako dochází ke specializaci lékařů, je nutné stejně přizpůsobovat i rehabilitaci jednotlivým diagnózám a pacientům. Díky neustávajícímu zájmu i novým metodám se objevují stále nové poznatky a závěry, které nás nutí se přizpůsobovat a pacientům přinášejí nové možnosti.

Tato práce přináší souhrnný pohled na problematiku onemocnění a současné možnosti její léčby a následné rehabilitace. Jak již bylo několikrát zmíněno, onemocnění karcinomem prsu je jedním z nejčastějších typů rakoviny na celém světě a navzdory prevenčním screeningovým vyšetřením jeho incidence stále stoupá. Díky pokročilé medicíně, však stoupá i počet úspěšně léčených žen (i mužů). Nicméně onemocnění i léčba s sebou stále přináší výrazné ovlivnění života. Úkolem rehabilitace by mělo být zachovat a podpořit co nejvyšší kvalitu života pacienta a udržet jí co možná nejdéle.

Proběhlé dotazníkové šetření i uveřejněné kazuistiky jistě více než názorně ukazují žádanost ergoterapie u pacientů s karcinomem prsu. Jedná se samozřejmě o „pilotní studii“ a pro validní zhodnocení by bylo nutné provést další šetření. Nabízí se několik možností, kam případný další výzkum směřovat. Jistě by, vzhledem k větší aktuálnosti, bylo vhodné dotazovat více respondentů, jež podstoupili léčbu v posledních letech. Pak by bylo možné vyčíst rozdíl v aplikované léčbě i terapii a vzniku případných komplikací a nežádoucích důsledků léčby.

Zajímavé by mohlo být hledisko, zda se jedná o levostranné postižení či pravostranné. A zda se nevyskytuje stranová preference. Přestože v dotazníkovém šetření byl výskyt karcinomu stranově prakticky bez rozdílu – v 44 % procentech se jednalo o karcinom v pravém prsu a v 49,3 % o karcinom v levém prsu. Levostranný karcinom prsu je tedy o něco více zastoupený, ale nejedná se o rozdíl výrazný. Ovšem dle mých zkušeností i z výpovědí Mgr. Kateřiny Průškové i předsedkyně klubu ŽAP Dany Hybšové je karcinom levého prsu mnohem častější oproti pravostrannému postižení.

Z pohledu ergoterapeuta by pravděpodobně nejvíce přínosné bylo podrobněji rozebrat problémové otázky v oblasti každodenního života, které jsou zde pouze nastíněné. Zjistit zda výkon v zaměstnání ovlivňuje jen dočasná únava a pokles výkonnosti v důsledku léčby nebo přítomnost lymfedému či zkrácených svalů? Které činnosti respondentkám činily takové potíže, že pro ně znamenaly ovlivnění chodu domácnosti?

Tyto a řada dalších otázek by pomohla velmi cíleně a plnohodnotně zavést ergoterapii v praxi.

Když odhlédneme od samotného dotazníku a celkovému směřování této práce, vyvstávají další otázky. Našla jsem jen velmi málo zmínek, kde by ergoterapie u pacientek s rakovinou prsu hrála roli i podpůrnou a psychologickou. Přitom o tom, že toto onemocnění znamená pro pacientku velkou psychickou zátěž, není sporu. A ergoterapie má dlouhou tradici i v psychiatrické léčbě pacientů. Řada dotazovaných žen uvedla, jak jim pomáhají pacientské organizace a kluby, setkání jimi pořádaná a společnost žen se stejným onemocněním všeobecně. Potvrzuje to i předsedkyně klubu ŽAP, Dana Hybšová, a zdůrazňuje i roli zaměstnávání se. Vidím v tom další jasné využití ergoterapie formou skupinové terapie, vždyť v ergoterapii jde o smysluplné zaměstnávání především.

13 Seznam použité literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.
2. ADAM, Zdeněk, Jiří VANÍČEK a Jiří VORLÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
3. BUCKLAND, Nicole a Lynette MACKENZIE. *Lynette. Exploring the Role of Occupational Therapy in Australian Cancer Care*. 2014. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/2123/10036>. PhD Thesis.
4. BECKER, Horst D. *Chirurgická onkologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0720-9.
5. CAMPBELL, C. Occupational Therapy and Cancer: Not just End of Life Care. *OT Practice*, Jul 26, 2010, vol. 15, no. 13. pp. 19-21 ProQuest Central. ISSN 10844902.
6. CO JE TO REKONSTRUKCE PRSU? *New mamma* [online]. hokosoft.cz, 2014 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.newmamma.eu/cs/what-is-br/>
7. COONEY, Marese, Rose GALVIN, Elizabeth CONNOLLY a Emma STOKES. The International Classification of Functioning (ICF) Core Set for breast cancer from the perspective of women with the condition. *Disability* [online]. 2013, **35**(9), 740-748 [cit. 2016-04-13]. DOI: 10.3109/09638288.2012.707742. ISSN 09638288. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=946ae454-d347-4011-aea2-df7ad61fe6be%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4112>
8. COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3641-9.
9. DÉSION, H.A.M., P. DONCEEL, L. GODDERIS, E. VAN HOOF a A. RIJK. What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients? A qualitative inquiry among experts. *European Journal of Cancer Care* [online]. 2015, **24**(2), 267-280. DOI: 10.1111/ecc.12209. ISSN 09615423.
10. DIENSTBIER, Zdeněk. *Rakovina prsu u žen: prevence a poléčebná péče : obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2011. ISBN 978-80-260-2006-6.
11. DOMINICK, Sally, Loki NATARAJAN, John PIERCE, Hala MADANAT a Lisa MADLENSKY. Patient compliance with a health care provider referral for an occupational therapy lymphedema consult. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2014, **22**(7), 1781-1787. DOI: 10.1007/s00520-014-2145-z. ISSN 09414355.
12. EXTERNÍ PROTÉZY PRSU. *New mamma* [online]. hokosoft.cz, 2014 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.newmamma.eu/cs/external-breast-prostheses/>
13. HEALEY, Jane M. *Leváci a jejich výchova*. Vyd. 2. Překlad Jiří Papoušek. Praha: Portál, 2015. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-262-0855-6.
14. HEGEL, Mark T., Kathleen D. LYONS, Jay G. HULL, Peter KAUFMAN, Laura URQUHART, Zhongze LI a Tim A. AHLES. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psycho-Oncology* [online]. 2011, **20**(10), 1092-1101. DOI 10.1002/pon.1830. ISSN 10579249.
15. HORÁK, Jaromír, Ctibor POVÝŠIL a Jitka ABRAHÁMOVÁ. *Atlas nádorů prsu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-716-9771-0.

16. HRADIL, Vítězslav. Léčebná rehabilitace v onkologii. In: KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 609 – 622. ISBN 978-80-7262-657-1.
17. HUANG, Huaping, Jianrong ZHOU a Qing ZENG. Secondary lymphoedema after breast cancer surgery: A survival analysis. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2012, **18**(6), 589-594 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.1111/ijn.12005. ISSN 13227114. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&hid=116>
18. HYBŠOVÁ, Dana předsedkyně klubu ŽAP. Osobní sdělení. Praha 7. 4. 2016.
19. CHOCENSKÁ, Eva, Heidi MÓCIKOVÁ a Kateřina DĚDEČKOVÁ. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2009. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-02-0.
20. JANÁČKOVÁ, Laura. Psychologické aspekty onkologického onemocnění. In: KRŠKA, Zdeněk. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 188 – 206. ISBN 978-80-247-4284-7.
21. JANÁČKOVÁ, Laura. *Život je boj: praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. 1. vyd. Ilustrace Aleš Čuma. V Brně: Grifart, 2014. ISBN 978-80-905337-4-5.
22. JOHANSSON, Karin, Christian INGVAR, Maria ALBERTSSON a Charlotte EKDAHL. Arm Lymphoedema, Shoulder Mobility and Muscle Strength after Breast Cancer Treatment – A Prospective 2-year Study. *Advances in Physiotherapy* [online]. 2001, **3**(2), 55-66 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.1080/140381901300165026. ISSN 14038196. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&hid=116>
23. JOHANSSON, Karin a Elin BRANJE. Arm lymphoedema in a cohort of breast cancer survivors 10 years after diagnosis. *Acta Oncologica* [online]. 2010, **49**(2), 166-173 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.3109/02841860903483676. ISSN 0284186X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&hid=116>
24. KARLSSON, Katarina, Imke WALLENIUS, Lena NILSSON-WIKMAR, Henrik LINDMAN a Birgitta JOHANSSON. Lymphoedema and health-related quality of life by early treatment in long-term survivors of breast cancer. A comparative retrospective study up to 15 years after diagnosis. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2015, **23**(10), 2965-2972 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.1007/s00520-015-2662-4. ISSN 09414355.
25. KLENER, Pavel. *Principy systémové protinádorové léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4171-0.
26. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
27. KONOPÁSEK, Bohuslav a Eva JAVŮRKOVÁ. *Karcinom prsu: názor lékaře a zkušenost pacientky*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1998. Trápí vás-- (Makropulos). ISBN 80-860-0319-1.
28. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.
29. KÜBLER-ROSS, E, S WESSLER a L. V. AVIOLI. On death and dying. *Am J Med. Ass (JAMA)*. 1972, **10**.
30. LACOMBA, María Torres, María Jose Yuste SÁNCHEZ, Álvaro Zapico GOÑI, David Prieto MERINO, Orlando DEL MORAL, Ester Cerezo TÉLLEZ a Elena

- Minayo MOGOLLÓN. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ: British Medical Journal (Overseas)* [online]. 2010, **340**(7738), 140-140 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.1136/bmj.b5396. ISSN 17592151. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&hid=116>
31. LEE, Teresa S., Sharon L. KILBREATH, Gerard SULLIVAN, Kathryn M. REFSHAUGE a Jane M. BEITH. Patient Perceptions of Arm Care and Exercise Advice After Breast Cancer Surgery. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2010, **37**(1), 85-91 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.1188/10.ONF.85-91. ISSN 0190535X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&hid=116>
 32. PALMADOTTIR, Gudrun. The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2010, **17**(4), 299-307. DOI: 10.3109/11038120903302874. ISSN 11038128.
 33. PENFOLD, Sarah L. The role of the occupational therapist in oncology. *Cancer Treatment Reviews*. 1996, **22**(1), 75 - 81.
 34. PETRUŽELKA, Luboš a Bohuslav KONOPÁSEK. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0395-0.
 35. PLAYER, Lucy, Lynette MACKENZIE, Karen WILLIS a Siew Yim LOH. Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: A role for occupational therapy? *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2014, **61**(4), 230-240 [cit. 2016-04-13]. DOI: 10.1111/1440-1630.12113. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=545f6b60-44a4-44e8-83aa-573a5a2a13d7%40sessionmgr113&hid=110>
 36. PRŮŠKOVÁ, Kateřina fyzioterapeutka na poliklinice VFN v Praze. Osobní sdělení. Praha 14. 3. 2016.
 37. REHABILITACE PO LÉČBĚ: PRSNÍ NÁHRADA. *Nejsi na to sama* [online]. Praha: MouseHouse, 2015 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/rehabilitace/>
 38. SHIANG-RU LU, RONG-BIN HONG, WILLY CHOU a PEI-CHI HSIAO. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery. *Therapeutics* [online]. 2015, **11**, 319-327 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.2147/TCRM.S77669. ISSN 11766336. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&vid=13&hid=116>
 39. ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace onkologicko-chirurgická. In: KRŠKA, Zdeněk. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 188 – 206. ISBN 978-80-247-4284-7.
 40. VOCKINS, H. Original article Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care* [online]. 2004, **13**(1), 45-52 [cit. 2016-04-12]. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2004.00443.x. ISSN 09615423. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=584cf351-b2fb-42f8-8d26-78c3502d197a%40sessionmgr112&vid=5&hid=116>
 41. WILSON, Rick W., Lorraine M. HUTSON a Deborah VANSTRY. Comparison of 2 Quality-of-Life Questionnaires in Women Treated for Breast Cancer: The RAND 36-

Item Health Survey and the Functional Living Index--*Cancer. Physical Therapy* [online]. 2005, 85(9), 851-860 [cit. 2016-04-13]. ISSN 00319023. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=20275577&scope=site>

Seznam tabulek

Tabulka 1 - rok narození	37
Tabulka 2 - rok operačního zákroku	38

Seznam grafů

Graf 1 – druh operačního zákroku	39
Graf 2 - lokalizace zákroku	39
Graf 3 - dominance horní končetiny	40
Graf 4 - přítomnost pooperačních komplikací	41
Graf 5 - předání informací v nemocnici	42
Graf 6 - další aplikovaná léčba	42
Graf 7 - vznik pozdních komplikací a následků léčby	43
Graf 8 - fyzické omezení a bolestivost	44
Graf 9 - funkční omezení	45
Graf 10 - předepsaná či doporučená rehabilitace	46
Graf 11 - obeznámenost s ergoterapií	47
Graf 12 - získávání informací	48
Graf 13 - výběr epitézy	49

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník	69
Příloha 2 – Manuál využívaný ve VFN v Praze	72
Příloha 3 - Informovaný souhlas	75

14 Přílohy

Příloha 1 - Dotazník

Rok narození:

Rok zákroku:

Druh zákroku:

- Lumpektomie - Z prsu se vyjme pouze nádor, ovšem s nejméně centimetrovým okrajem zdravé tkáně. Výkon se doplňuje axilární disekcí (vyjmutí podpažních mízních uzlin).
- Částečná mastektomie - Odstraní se jeden kvadrát (čtvrtina) nebo větší část prsu obsahující nádor, řez se vede nejméně 2 centimetry od okraje nádoru. Výkon se doplňuje axilární disekcí
- Úplná mastektomie - Odstraní se celý prs, tj. veškerá prsní tkáň, dvorec a kůže včetně bradavky, ale zachovány zůstanou podpažní uzliny a svaly.
- Radikální mastektomie - Odstraní se celý prs jako u úplné mastektomie a k tomu ještě malý prsní sval a podpažní uzliny.

Zárok byl proveden na:

- Pravém prsu
- Levém prsu
- Obou prsou

Jste:

- Pravák
- Levák
- Ambidexter (nevyhraněný)

Měla jste po operačním zákroku nějaké pooperační komplikace?

- Ano (vypište)
- Ne

Dostala jste v nemocnici po zákroku nějaké instrukce, kterým pohybům, činnostem se vyhýbat? Jak předcházet přetěžování horní končetiny? Jaké cviky procvičovat? Apod.

Další podstoupená léčba:

- Radioterapie
- Chemoterapie
- Hormonální léčba
- Biologická léčba

Měla jste/máte nějakou komplikaci v důsledku podstoupené léčby?

- Postmastektomický bolestivý syndrom = pocit stahování a pálení zejména v oblasti hrudní stěny v okolí jizvy, v podpaží a v zadní partii paže, „mrtvění“, efekt „cizí tkáň“ v místě jizvy
- Lymfedém
- Syndrom zamrzlého ramene = ztuhlost a bolestivost v ramenním kloubu spojená s omezením pohybu
- Zkrácení prsních či jiných svalů
- Vertebrogenní obtíže
- Srůsty v jizvě, špatně zhojená jizva
- Fantomové bolesti = pocit bolesti, pálení, mravenčení v odebrané části prsu
- Jiné (vypište)

Měla jste/máte v důsledku této komplikace/komplikací nějaké fyzické omezení?

- Bolestivost při pohybu horní končetiny
- Bolestivost v klidu
- Bolestivost v noci – narušení spánku
- Omezení pohyblivosti horní končetiny
- Jiné (vypište)

Představovala/představuje pro Vás tato komplikace nějaké znevýhodnění/omezení:

- Při výkonu zaměstnání
- V domácnosti (vaření, úklid, mytí oken, práce na zahradě apod.)
- V osobní hygieně (koupání, sprchování, čištění zubů, česání apod.) a oblékání (zapínání podprsenky apod.)
- Ve volnočasových aktivitách (sport, koníčky apod.)
- Jiné (vypište)

Byla Vám předepsána/doporučena nějaká rehabilitace:

- Fyzioterapie – cvičení
- Fyzioterapie – lymfodrenáže
- Fyzioterapie – ultrazvuk
- Lázeňský pobyt
- Rekondiční pobyt
- Plavání, cvičení v bazénu, perličkové koupele, vířivé koupele
- Ergoterapie

- Jiné (vypište)

Pokud jste absolvovala ergoterapii (Ergoterapie je terapeutická metoda, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení):

- Byla Vám prospěšná, doporučila byste ji ženám se stejným problémem
- Nepomohla mi, nedoporučila bych ji
- Neseťkala jsem se s ní, ale chtěla bych jí vyzkoušet
- Neseťkala jsem se s ní a nechci jí vyzkoušet

Kde jste hledala informace o onemocnění, léčbě a následné terapii, komplikacích, epitézách apod.?

- Informoval Vás lékař/lékařka
- V lékařských brožurách
- Na internetu
- Na webových stránkách spolků, sdružujících ženy po nádorovém onemocnění
- Od žen se stejným onemocněním
- V knížkách a publikacích
- Jinde (vypište)

Pokud využíváte epitézu (silikonová náhrada prsu), kdo Vám pomohl s výběrem vhodné náhrady?

- Nikdo (informace jsem si zjišťovala sama)
- Ve specializovaném obchodě (zdravotnické potřeby)
- Lékařka
- Fyzioterapeut/ka
- Ergoterapeut/ka
- Jiné (vypište)
- Náhradu nevyužívám

Jste členem některého spolku, sdružujícího ženy po nádorovém onemocnění prsu? (vypište)

Děkuji za vyplnění dotazníku!

Příloha 2 – Manuál využívaný ve VFN v Praze

Autorky: Mgr. Jaromíra Uhlířová a Bc. Jitka Fricová

Ženám po úplném nebo částečném odstranění prsu

Po odstranění stehů pečujte o suchou nemokvající jizvu (zhruba po 10-14 dnech od operace)

- provádějte tlakovou masáž po délce jizvy, bříškem prstu stlačte na 30s část jizvy a poté uvolněte a postupujte dál po celé délce.
- Zhruba po měsíci od operace můžete provádět posuny jizvy – přiložte prsty na jizvu a posouvejte jemně do všech směrů.
- jizvu promašťujte neparfémovaným prostředkem určeným k péči o jizvy.

Prstýnky, hodinky, náramky noste na neoperované straně.

Odběry krve, injekce, infuze, očkování, měření tlaku krve si nechte provádět na neoperované končetině.

Oblékejte se pohodlně. Vhodné jsou prodyšné halenky a šaty z přírodních materiálů. Neměly by mít těsný průramek a rukáv, neměly by být zakončené pevným lemem či gumičkou. Ramínka od podprsenky by měla být širší, neměla by se zařezávat do ramene. Ve speciálních prodejnách vám případně poradí s výběrem podprsenek a plavek s kapsičkou na epitézu, nebo si kapsičku do svého prádla můžete sama všít.

Nenoste a nezvedejte nic těžkého, nezatěžujte nadměrně svalstvo paže. Vyhněte se náročnému cvičení v posilovně, nošení těžkých nákupů. Těžkou kabelku nenoste na operované straně. Ruční práce provádějte krátkou dobu a vkládejte pauzy. Pozor na hodiny trvající žehlení, na jednostranné práce, věšení prádla a nadměrné psaní na PC.

Neprovádějte prudké, rychlé, švihové a násilné pohyby paží. Pozor při venčení psa (trhnutí vodítkem) a při sportu. Nedoporučuje se tenis, volejbal, kuželky apod., kde zapojujete ruku na operované straně.

Vyvarujte se drobných kožních poranění, řezné ranky, trhlinky, popáleniny, poškrábání od trnů či zvířat, poštipání od hmyzu. Noste ochranné pracovní rukavice. Buďte opatrná při manikúře, vaření apod.

Vyhýbejte se velkému horku a chladu. Není vhodné navštěvovat saunu nebo jiné tepelné procedury. Problémy může dělat i dlouhé mytí nádobí nebo dlouhé horké koupele, vhodnější je sprchování. Pozor na spálení končetiny od slunce, pokožku ošetřujte krémem s UV filtrem.

Prevence otoku paže

Po odstranění prsu, které zahrnuje i odstranění lymfatických uzlin v podpažní jamce se může projevit sklon k otoku paže /lymfedém. Zpravidla je tento otok nepatrný, že ho ani nepozorujeme. Příležitostně se ale může vystupňovat. Jako prevence otoku mohou posloužit následující postupy:

Cvičte pumповací cviky dle instruktáže 4x denně. Provádějte dechová cvičení a uvolňování příslušných uzlin. Pokud to lékař doporučí, noste bandáž, nebo máte-li předepsaný návlek. Preventivně bandážujte např. při domácích pracích, při delší chůzi, sportu, jízdě na kole apod.

Nenoste končetinu svěšenou dlouhou dobu podél těla. Můžete krátkodobě využít závěs, dát si ruku do kapsy, nebo za knoflík na halence či saku.

Přes den ukládejte paži co nejčastěji do zvýšené polohy (do úrovně ramene a výše), např. na opěradlo křesla, na stůl podloženou polštářem.

Velice důležitý je spánek. Není vhodné spát nějakou dobu od operace na postižené straně. Vleže na zádech podložte paži polštářem. Při poloze na zdravém boku položte paži na operované straně před sebe a také podložte polštářem, aby nevisela dolů.

Při jakémkoli problému s otokem vyhledejte ošetřujícího lékaře.

Pacientské organizace

Pacientské organizace pomáhají onkologickým pacientům a jejich rodinám zvládnout těžké okamžiky. Nabízí pomocnou ruku, poradenství, pomoc s nalezením vhodných aktivit pro trávení volného času. Na seznamu si můžete vybrat pro vás nejbližší pacientskou organizaci, zavolat jim, poslat email, nebo se podívat na jejich nabídku pomoci.

ALEN - neziskové sdružení žen postižených rakovinou	www.alen.tym.cz	Praha, 128 00 Vratislavova 156/22	Daniela Kelišová 224 916 216 d.kelisova@seznam.cz
Amelie, o.s.	www.amelie-os.cz	Praha, 186 00 Šaldova 15	283 880 316, 739 001 123, amelie@amelie-os.cz , kancelar@amelie-os.cz
České ILCO	www.ilco.cz	Praha, 186 00 Karlínské nám. 12/59	728 870 963, 605 298 425, predseda@ILCO.cz
Gaudia proti rakovině, o.s.	www.gaudiaprotirakovine.cz	Praha, 130 00 Jeseniova 47	242 487 327, 773 993 036 info@gaudiaprotirakovine.cz
JANTAR		Praha, 130 00 Na Balkáně 94	Mgr. Marie Koudelková 266 315 274 marie.koudelkova@centrum.cz
Klub ŽAP - ženy s nádorovým onemocněním, o.s.	www.klubzap.cz	Praha, 199 00 ZŠ Fryčovická 462	Marta Křečková, Dana Hybšová 223 007 359, 605 700 360 klub.zap@seznam.cz
LYMFOM HELP,o.s.	www.lymfomhelp.cz	Praha, 101 00 Arménská 1374/14	724 370 065 hana.kohoutova@lymfomhelp.cz
Mamma HELP Sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	www.mammahelp.cz	Praha, 130 00 U Vinohradské nem. 2256/4	Hana Jírovcová 272 731 000, 272 732 691 603 747 502, 739 632 883, 739 632 884 paha@mammahelp.cz

Příloha 3 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, že studentka 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, oboru Ergoterapie, Petra Kejdanová, použije informace o mém zdravotním stavu s ohledem na Etický kodex ergoterapeuta a ochranu osobních údajů ve své bakalářské práci s názvem *Ergoterapie u pacientů po nádorovém onemocnění prsu*.

Jméno a příjmení pacienta.....

Datum narození.....

Podpis.....

Jméno a příjmení studenta.....

Datum narození.....

Podpis.....