

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



Bc. Erika Fockeová

**Ženy po operaci karcinomu prsu v produktivním věku a jejich návrat
do pracovního procesu z pohledu ergoterapie**

*Woman after breast cancer surgery in productive age and their return to
employment from the view of occupational therapy*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová

2017

Praha, MMXVII

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce, paní Mgr. et Mgr. Jaromíře Uhlířové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty. Za pomoc při zpracování statistických náležitostí DP, bych ráda poděkovala, paní Ing. Aleně Dohnalové. Za pomoc při šíření dotazníků děkuji paní Bc. Petře Horsákové. V neposlední řadě také děkuji rodině a příteli, za podporu při studiu a psaní závěrečné práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce 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.

V Praze, 27. 4. 2017

BC. ERIKA FOCKEOVÁ

V Praze dne:

Podpis studenta

Identifikační záznam:

FOCKEOVÁ, Erika. Ženy po operaci karcinomu prsu v produktivním věku a jejich návrat do pracovního procesu z pohledu ergoterapie [Woman after breast cancer surgery in productive age and their return to employment from the view of occupational therapy]. Praha, 2017. 89s., 6 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Uhlířová, Jaromíra

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Bc. Erika Fockeová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová

Oponent práce:

Název diplomové práce:

Ženy po operaci karcinomu prsu v produktivním věku a jejich návrat do pracovního procesu z pohledu ergoterapie

Abstrakt diplomové práce:

Rakovina prsu u žen v produktivním věku je velikým problémem současné populace. Zhruba 52 % žen, kterým byl v roce 2013 diagnostikován nádor prsu, se nacházelo ve věkovém rozpětí 20-64 let. Cílem diplomové práce je zjistit, jaký má vliv operativní řešení karcinomu prsu žen v produktivním věku na návrat k původní profesi. Výzkumu se zúčastnilo 68 respondentek po chirurgickém řešení karcinomu prsu, ve věkovém rozmezí 20–64 let, po ukončené léčbě, které se již navrátily do pracovního procesu. Výsledky výzkumu ukazují, že u manuálního typu práce se na stejnou pracovní pozici vrací 60,9% žen a u administrativního typu práce se na stejnou pracovní pozici vrací 78% žen, na hladině závislosti 0,05 ($p = 0,142$) se jedná o statisticky nevýznamný rozdíl. Neprokázalo se, že by věk žen a doba od operace k nástupu do zaměstnání, spolu statisticky významně korelovaly ($p=0,040$). Ukázalo se, že na hladině závislosti 0,05, je návrat na stejnou pracovní pozici statisticky významně závislý na typu operace ($p=0,046$). Výsledky výzkumu poukazují na důležitost a včasnost rehabilitační intervence a návratu do zaměstnání, pro zvýšení kvality života u pacientek po karcinomu prsu.

Klíčová slova:

Rakovina prsu, ergoterapie, návrat do zaměstnání, přeživší, kvalita života, kvantitativní výzkum

Abstract:

Breast cancer in women of productive age is a huge problem of the current population. Approximately 52% of women, which were diagnosed with breast cancer in 2013, were aged 20-64. The aim of this thesis is to discover the influence of surgical solution of breast cancer on women return to their original profession. There were 68 suitable participants, who received surgical treatment, were aged 20-64, with finished treatment and who went back to their original employment. The results show that amongst manually working women, 60,9% return to their original employment, in administrative 78% return, which, in acceptance region of 0,05 ($p = 0,142$), is not a statistically significant difference. Furthermore, it was not found that age and length of treatment are connected ($p=0,040$). It appears that the time it takes to return to employment is significantly connected to the type of operation (acceptance region 0,05, $p=0,046$). This research shows how important it is for women after breast cancer treatment to receive timely rehabilitational intervention and to return to employment and how this affects their quality of life.

Key words:

Breast cancer, occupational therapy, return to work, cancer survivors, quality of life, quantitative research

Obsah

Úvod.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1. Karcinom prsu.....	13
1. 1. Epidemiologie.....	13
1. 2. Etiopatogeneze.....	14
1. 3. Diagnostika.....	15
1. 3. 1. Klinické příznaky.....	15
1. 3. 2. Lokalizace karcinomu prsu.....	15
1. 3. 3. Neinvazivní vyšetření.....	16
1. 3. 4. Invazivní vyšetření.....	17
1. 3. 5. Rozsah onemocnění dle TNM systému.....	17
1. 3. 6. Stádia onemocnění.....	19
1. 4. Terapie.....	20
1. 4. 1. Chirurgická léčba.....	21
1. 4. 2. Radioterapeutická léčba.....	22
1. 4. 3. Chemoterapeutická léčba.....	22
1. 4. 4. Hormonální léčba.....	23
1. 4. 5. Biologická léčba.....	23
1. 4. 6. Následky léčby.....	23
1. 5. Prevence.....	24
1. 5. 1. Možnost včasného zachytu.....	25
1. 5. 2. Screening v České republice.....	25
1. 5. 3. Samovyšetření prsu.....	26
1. 6. Karcinom prsu mladých žen.....	27
1. 6. 1. Projekt 35.....	28

2. Rehabilitace pacientek po chirurgickém řešení karcinomu prsu	29
2. 1. Fyzioterapeutická intervence	29
2. 1. 2. Fáze fyzioterapeutického procesu.....	30
2. 2. Psychologická rehabilitace	31
2. 3. Sociální rehabilitace.....	31
2. 4. Ergoterapie pacientek po karcinomu prsu	32
2. 5. Kvalita života.....	38
2. 5. 1. Hodnocení kvality života	40
2. 6. Předpracovní a pracovní rehabilitace.....	41
2. 6. 1. Předpracovní rehabilitace a ergodiagnostika	41
2. 6. 2. Pracovní rehabilitace.....	42
2. 7. Možnosti návratu do zaměstnání	44
2. 7. 1. Obecně o návratu do zaměstnání	44
2. 7. 2. Lékaři a návrat do zaměstnání	46
2. 7. 3. Ergoterapeutická intervence při návratu do zaměstnání.....	47
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	51
3. Cíl práce a hypotézy	51
3. 1. Cíl práce.....	51
3. 2. Hypotézy.....	51
4. Metodologie.....	52
4. 1. Typ výzkumu	52
4. 2. Technika sběru dat.....	52
4. 3. Výzkumný soubor.....	54
4. 3. 1. Popis výzkumného vzorku.....	55
4. 4. Metody analýzy dat.....	56
5. Výsledky	58
5. 1. Typ léčby a následné komplikace.....	58

5. 2. Rehabilitace a následné možnosti intervence	61
5. 3. Oblast kvality života	66
5. 4. Oblast zaměstnání	69
5. 5. Zhodnocení výsledků vzhledem k hypotézám	74
5. 5. 1. Zhodnocení výsledků vzhledem k 1. hypotéze	74
5. 5. 2. Zhodnocení výsledků vzhledem ke 2. hypotéze	76
5. 5. 3. Zhodnocení výsledků vzhledem k 3. hypotéze	79
6. Diskuse.....	81
6. 1. Diskuse k výsledkům	81
6. 2. Diskuse k metodologii	84
6. 3. Implikace výsledků pro praxi a další výzkum	86
7. Závěr	88
8. Literatura.....	90
9. Přílohy.....	99

Úvod

Karcinom prsu žen je velkým problémem současné populace, nejen v produktivním věku. V roce 2013 dosáhl počet nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen počtu 7140, což představuje více než 133 nádorů na 100 000 žen. Ve stejném roce zemřelo na karcinom prsu 1845 žen, což představuje téměř 35 úmrtí na 100 000 žen. Zhruba 52 % žen, kterým byl diagnostikován nádor prsu, se nacházelo ve věkovém rozpětí 20-64 let (Dušek et al., 2015). Z počtu nově diagnostikovaných nádorů prsu a z věkového složení nám vyplývá, že má význam, zabývat se otázkou návratu žen do pracovního procesu po úspěšně zdolaném onemocnění.

Oznámení diagnózy - karcinom prsu, je velmi významnou událostí a velkým zásahem do běžného života pro mnoho žen (Mols et al., 2005). Stanovení diagnózy může také ovlivňovat vztah mezi lidmi v jejím okolí, např. jinými zaměstnanci a pacientkou. Ženy se velmi obávají, že to výrazně změní a zhorší jejich vztahy v zaměstnání a ovlivní jejich kariéru (Tiedtke, 2010). Nicméně pro některé ženy bylo vyslovení jejich diagnózy opravdu nepříjemnou zkušeností, jelikož zažily nepřiměřené reakce, především ve svém pracovním kolektivu a cítily se častokrát pod tlakem, aby okamžitě opustily svou pracovní pozici (Kennedy et al., 2007).

Diagnóza karcinomu prsu u žen bývá také velmi emocionálně náročná, obzvlášť vzhledem k významu prsa jako orgánu ženskosti, a reprodukce, ale také vzhledem k účinkům a následkům chemoterapie (Main et al., 2005). Navíc funkce horní končetiny má významný dopad na kvalitu života a tělesné postižení (např. lymfedém, snížená pohyblivost horní končetiny atd.) ovlivňuje kvalitu života více než duševní zdraví a je důležité zdůraznit včasné zahájení rehabilitační léčby (Bojinović-Rodić, 2016).

Přínosem práce by tedy mělo být získání povědomí široké odborné veřejnosti o důležitosti ucelené rehabilitace celého interprofesního týmu, se zdůrazněním role ergoterapeuta, u pacientek po karcinomu prsu a nutnosti časného řešení návratu do zaměstnání, především na základě poznatků ze zahraniční literatury, kde je rehabilitační péče u onkologicky nemocných pacientů mnohem běžnější a na mnohem vyšší úrovni než v České republice.

Tato diplomová práce se tedy snaží zjistit a poukázat na současný stav v oblasti rehabilitace a návratu do zaměstnání žen s karcinomem prsu. Proto je v teoretické části uveden podrobný popis toho, co je karcinom prsu, jaká je jeho epidemiologie,

etiopatogeneze, jak se diagnostikuje a také jak se léčí. Důležitá je oblast prevence, díky které je v dnešní době vyšší míra časného zachytu onemocnění a tím i vyšší míra přeživších. Stěžejní částí je pak popis rehabilitační péče, která by měla zahrnovat fyzioterapii, psychologii, intervenci sociálního pracovníka a v neposlední řadě také ergoterapii. Součástí ergoterapeutické intervence by měla být snaha o celkové zlepšení kvality života a u žen v produktivním věku také řešení jejich situace a návratu do zaměstnání, případně doporučení pro absolvování předpracovní nebo pracovní rehabilitace.

Teoretická část navazuje na praktickou, kdy je kvantitativní typ výzkumu veden pomocí dotazníkového šetření. Cílem je zjistit, jaký má vliv operativní řešení karcinomu prsu žen v produktivním věku na návrat k původní profesi. Závěry by měly vést k poukázání na nutnost dalšího podrobnějšího zkoumání této oblasti a možnosti zařadit do rehabilitačního procesu u žen po karcinomu prsu ergoterapeutickou intervencí.

K sepsání tohoto tématu mě vedly především osobní důvody a přítomnost karcinomu prsu u blízké osoby v rodině. Měla jsem možnost být u zásadních milníků v léčbě a zpozřdálí sledovat léčebný a rehabilitační proces a kriticky je hodnotit. Osobní motivací tedy bylo to, aby práce svým sepsáním přispěla k odborné diskuzi na toto téma a aby se následně odborníci začali více zajímat o oblast návratu žen po karcinomu prsu do zaměstnání a možnostmi ergoterapeutické intervence.

I. TEORETICKÁ ČÁST

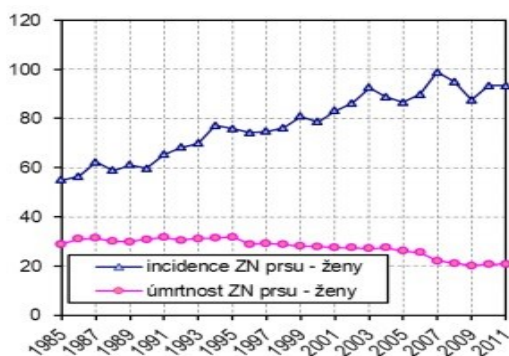
1. Karcinom prsu

Karcinom prsu – tímto termínem bývají nazývány různé formy zhoubných nádorů, které vznikají z epiteliálních buněk prsní žlázy. Různé typy karcinomu prsu se rozlišují především podle klinického nálezu, nálezem na rentgenu, biologickými vlastnostmi a samotnou aktivitou nádoru. Různé typy zhoubných nádorů prsu mají společné to, že infiltrují zhoubnými buňkami prsní žlázu, prorůstají do okolních struktur a mohou tvořit metastázy (Adam, Vaníček, Vorlíček 2004).

Karcinom prsu je závažným, ale velmi často léčitelným onemocněním, je ovšem potřeba zahájit léčebný proces včas, tzn., co nejdříve po zjištění a potvrzení diagnózy (Hladíková, 2009). Vznik karcinomu prsu je podmíněn vzájemnou interakcí vlivu okolního prostředí a genetiky, je to tedy komplexní multifaktoriální onemocnění (Petruželka, 2012).

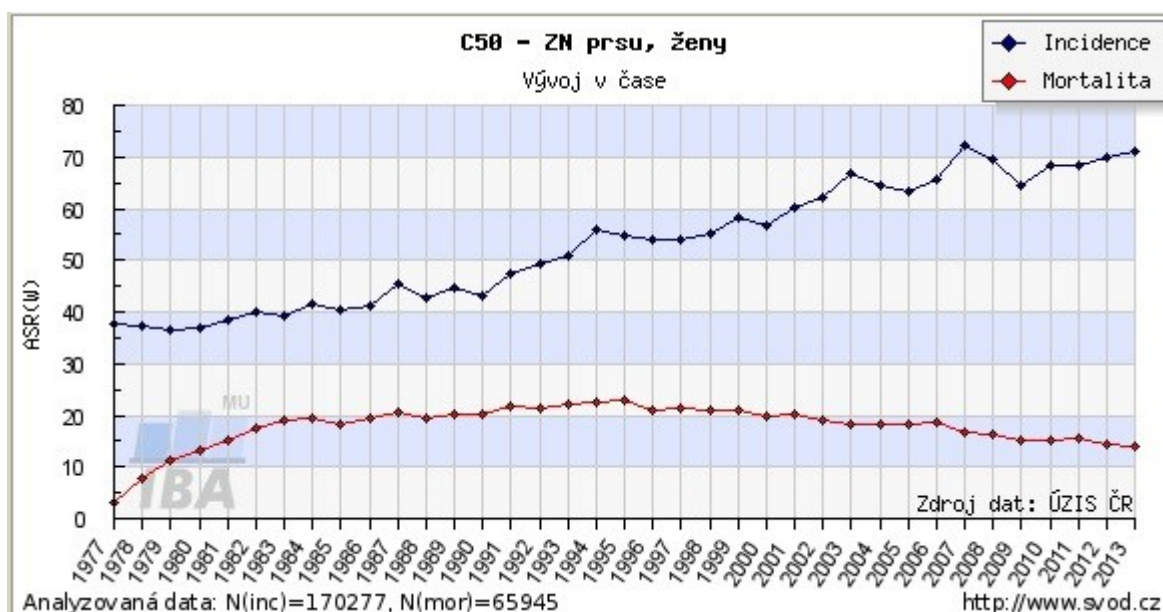
1. 1. Epidemiologie

Karcinom prsu představuje nejčastější onkologické onemocnění, které je diagnostikováno u žen v ČR, a jeho incidence dlouhodobě stále stoupá. Mortalita na zhoubné nádory prsu v ČR v letech 2001–2011 poklesla o 9 %, přestože incidence ve stejném období vzrostla o téměř 23 %. Díky dobré screeningové péči přibývá diagnostikovaných onemocnění v raném stadiu (přes 75 % případů karcinomu prsu je diagnostikováno v stadiu I a II) a zároveň se prodlužuje i délka celkového přežití. Je tedy zřejmé, že počet žen s dlouhodobým přežitím karcinomu prsu se stále zvyšuje (Holoubková et al., 2015).



(Holoubková et al., 2015).

Nejnovější statistiky, které jsou dostupné na internetu, jsou z roku 2013. Jak už bylo zmíněno v úvodu, v roce 2013 dosáhl počet nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen počtu 7140, což představuje více než 133 nádorů na 100 000 žen. Ve stejném roce zemřelo na karcinom prsu 1845 žen, což představuje téměř 35 úmrtí na 100 000 žen. Zhruba 52 % žen, kterým byl diagnostikován nádor prsu, se nacházelo ve věkovém rozpětí 20-64 let (Dušek et al, 2015).



„Celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu u běžné ženy v naší populaci se pohybuje okolo 8-10%“ (Coufal, Fait, 2011, str. 337). Riziko vzniku karcinomu prsu je celoživotní, není vyhrazeno pouze určitou věkovou kategorií a je třeba na to myslet.

1. 2. Etiopatogeneze

Příčiny vzniku karcinomu prsu nejsou prozatím známy, známy jsou pouze některé rizikové faktory, které ovšem nelze ovlivnit (Büchler, Kořán, 2009).

Dle Coufala a Faita (2011) se rizikové faktory dělí na hlavní a vedlejší (lze je částečně ovlivnit):

- Hlavní rizikové faktory: věk – s přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost karcinomu prsu; dědičnost – familiární nebo hereditární výskyt; výskyt premaligních lézí – nutno okamžitě vysadit jakoukoli hormonální léčbu, výskyt samotného karcinomu prsu - hrozí riziko lokální recidivy.
- Vedlejší rizikové faktory: vliv hormonů – delší expozice estrogenu; dietní faktory – zvýšený příjem alkoholu a tuků; vlivy prostředí – ionizující záření před 40. rokem života.

1. 3. Diagnostika

Hladíková (2009) uvádí, že pokud nepotvrdíme, že proces v prsu a mléčné žláze není benigní, měli bychom primárně přistupovat ke všem procesům jako by byly maligní.

1. 3. 1. Klinické příznaky

Abrahámová (2009) ve své knize uvádí, že rakovina prsu není onemocněním, které by bylo zpočátku bolestivé a způsobovalo by nějaké jiné obtíže. K zaznamenaným změnám dochází až při postupu nemoci do dalších stádií.

Vzhledem k tomu, jak vzrůstá úroveň a snižuje se věk prvního mamografického vyšetření a obecně s rostoucím povědomím o prevenci karcinomu prsu, tvoří velký podíl diagnostikovaných případů karcinomy bez klinických projevů. Jedním z nejčastějších a nejnámějších klinických projevů je hmatná bulka v prsu, která je zjistitelná pohmatem. Ostatní příznaky se vyskytují jen velmi zřídka či při zanedbané prevenci (Coufal, Fait, 2011).

Dle Skovajsové (2012) mohou být dalšími příznaky zarudnutí prsu (bývá často zaměňováno za pouhý zánět prsu), bolest prsu či paže, na první pohled může být viditelná nepravidelnost bradavky, dále může docházet k výtoku z bradavky nebo rozšíření žilní pleteně.

1. 3. 2. Lokalizace karcinomu prsu

Níže uvádím anatomické sublokalizace karcinomu prsu dle Sobina a Wittekinda (2010):

- Bradavka (C50.0)
- Centrální část (C50.1)
- Horní vnitřní kvadrant (C50.2)
- Dolní vnitřní kvadrant (C50.3)
- Horní zevní kvadrant (C50.4)
- Dolní zevní kvadrant (C50.5)
- Axilární výběžek (C50.6)

Nejčastější výskyt karcinomu je potom horním zevním kvadrantu a centrální části prsu (Adam et al, 2004).

1. 3. 3. Neinvazivní vyšetření

Mamografie

Mamografické vyšetření je vyšetření měkkým rentgenovým zářením. Toto vyšetření by mělo přímo navazovat na klinické vyšetření. Jedná se o jednu z nejspolehlivějších metod. Např. magnetická rezonance je senzitivnější, ale na rozdíl od mamografu nezachycuje lymfatické uzliny (Hladíková, 2009).

Kontraindikací mamografie nejsou ani prsní implantáty. Lze totiž snímkovat celý prs, obzvláště v tom případě, že je celý implantát pod žlázou (Coufal, Fait, 2011).

Duktografie

Vyšetření se provádí po aplikaci kontrastní látky do rozšířeného mlékovodu. Výsledkem vyšetření je zobrazení rentgenového snímku s kontrastní látkou. Vyšetření duktografií se využívá při sekreci z bradavky (Coufal, Fait, 2011).

Výpočetní tomografie

Nevyužívá se jako primární vyšetřovací metoda, obzvláště proto, že dochází k značné radiační zátěži. Slouží pouze k učení vztahu mezi nádorem a hrudní stěnou (zdali nádor prorůstá či nikoliv) (Strnad, 2014).

Ultrasonografie

Ultrasonografie je společně s mamografií screeningovou, spíše ovšem doplňkovou, zobrazovací metodou. Využijeme ji u žen gravidních, kojících či u žen pod 40 let věku. V diagnostice se využívá impulzu, který trvá 1-100 ms a nazýváme to impulzní sonografií (Hladíková, 2009).

PET scan (pozitronová emisní tomografie)

Využívá se po již proběhlé primární léčbě, pro její kontrolu. Nevyužívá se jako diagnostická metoda, hledají se vzdálené metastázy (Strnad, 2014).

Magnetická rezonance

Magnetická rezonance se využívá jako metoda doplňková. Jak bylo zmíněno již výše, je sice vysoce senzitivní, ale nezobrazuje uzliny, nelze ji tedy využívat srovnatelně s mamografem nebo ultrasonografem (Coufal, Fait, 2011).

Tomosyntéza – 3D zobrazení

Jedná se o novou zobrazovací, trojrozměrnou techniku, která se využívá především díky zvýšené senzitivitě screeningového vyšetření. Přístroj vytváří velké množství snímků, které následně přetváří do 3D zobrazení, při velmi malé radiační zátěži (Strnad, 2014)

1. 3. 4. Invazivní vyšetření

Cytologie

„Její užití je omezeno na případy krvavé či sangvinolentní sekrece z bradavky (tzv. otisková cytologie). V případech solidních či cystických formací v prsu je používána metoda punkční cytologie tenkou jehlou (FNBA – fine needle breast breast aspiration)“ (Strnad, 2014).

Punkční biopsie, Core cut biopsie (CCB)

Používá se u naprosté většiny lézí prsu a patří mezi nejčastější metody v této oblasti. Slouží k získání validních diagnóz (96-99%) (Hladíková, 2009).

Otevřená chirurgická biopsie

Od této metody se již téměř ustoupilo, vzhledem ke kvalitě a možnostech zobrazovacích metod. Lze ji využít např. v případě morbus Paget, které není viditelné na mamodiagnostickém vyšetření (Adam et al, 2004).

1. 3. 5. Rozsah onemocnění dle TNM systému

Jako nejsilnější prognostický faktor se považuje posouzení a klasifikování tumoru pomocí TNM a závisí na něm následná strategie léčby onemocnění. TNM znamená tumor – nodus – metastasis (Coufal, Fait 2011).

„TNM systém slouží k posouzení rozsahu primárního nádoru a uzlinových či vzdálených metastáz. Je výtečným nástrojem pro univerzální a jednostrannou diagnózu a komunikaci“ (Coufal, Fait, 2011, str. 99).

Strnad (2014) uvádí 3 typy doby klasifikování dle TNM:

- cTNM – předléčebná klasifikace
- pTNM – pooperační klasifikace
- yTNM – hodnocení po využití jakékoliv protinádorové léčby

Popis hodnocení velikosti tumoru, regionálních mízních uzlin a vzdálených metastáz, které uvádím níže, je převzato z Klasifikace TNM zhoubných nádorů dle Sobina (2010). V původním dokumentu je popsáno více dopodrobna, já jsem vybrala pouze základní kategorie pro představu:

Velikost tumoru - T

T – primární nádor

TX – primární nádor nelze hodnotit

T0 - bez známek primárního nádoru

Tis – karcinom in situ

T1 – nádor do 2 cm v největším rozměru

T2 – nádor větší než 2 cm, ne však více než 5 cm v největším rozměru

T3 – nádor větší než 5 cm v největším rozměru

T4 – nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do stěny hrudní a/nebo do kůže

Regionální mízní uzliny – N

NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit (např. již dříve odstraněné)

N0 – regionální mízní uzliny bez metastáz

N1 – metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách) I. a II. etáže

N2 – metastázy ve stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách) I. a II. etáže, které jsou klinicky fixované; nebo metastázy klinicky zřejmé v stejnostranné vnitřní mamární uzlině (uzlinách), bez přítomnosti klinicky evidentních metastáz v axilárních mízních uzlinách

N3 – metastázy ve stejnostranné infraklavikulární mízní uzlině (uzlinách) (III. etáž) s nebo bez postižení I. a II. etáže axilárních mízních uzlin; nebo metastázy klinicky zřejmé ve stejnostranné vnitřní mamární mízní uzlině (uzlinách) s klinicky evidentními metastázami

v I. a II. etáži axilárních mízních uzlin; nebo metastázy ve stejnostranné supraklavikulární mízní uzlině (uzlinách), s nebo bez postižení axilárních či vnitřních mamárních mízních uzlin

Vzdálené metastázy – M

MX – vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 - bez vzdálených metastáz

M1 – vzdálené metastázy

Kategorie M1 mohou být dále specifikovány označením: plicní (PUL), kostní (OSS), jaterní (HEP), mozkové (BRA), uzlinové (LYM), kostní dřeně (MAR), pleurální (PLE), peritoneální (PER), nadledvinové (ADR), kožní (SKI), jiné (OTH)

1. 3. 6. Stádia onemocnění

Benigní léze

Strnad (2014) uvádí několik typů benigních lézí:

- Cysty – dilatované žlázoové struktury s vlastní epitelovou výstelkou obsahující tekutinu, která vzniká spojením lobulárních jednotek
- Proliferace epitelu – běžné hyperplazie
- Sklerozující adenóza – radiální jizva
- Papilomy, fibroadenomy, adenomy
- Hamartomy
- Fibrózně cystické mastopatie

Maligní léze

Rozdělení maligních lézí dle Klasifikace TNM zhoubných nádorů dle Sobina (2010).:

Stadium 0 - diagnostikována přítomnost karcinomu in situ = neinvazivního (Abrahámová, 2009)

Stadium 0 Tis N0 M0

Stadium I – časné stádium invazivního karcinomu, nesmí být diagnostikovány lymfatické uzliny v podpaždí (Abrahámová, 2009)

- Míra pětiletého přežití 92 - 99% (Strnad, 2014).

Stadium IA	T1	N0	M0
------------	----	----	----

Stadium IB	T0, T1	N1	M0
------------	--------	----	----

Stadium II – pětiletá míra přežití je 84 - 90% (Strnad, 2014).

Stadium IIA	TO,T1	N1	M0
-------------	-------	----	----

	T2	N0	M0
--	----	----	----

Stadium IIB	T2	N1	M0
-------------	----	----	----

	T3	N0	M0
--	----	----	----

Stadium III – rozdělení kategorií dle postižení uzlin (Abrahámová, 2009)

- Pětiletá míra přežití je méně než 80 %, desetiletá míra přežití potom 20 %, postižení lymfatických uzlin v 65 % případů (Strnad, 2014).

Stadium IIIA	TO, T1, T2	N2	M0
--------------	------------	----	----

	T3	N1, N2	M0
--	----	--------	----

Stadium IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
--------------	----	------------	----

Stadium IIIC	jakékoliv T	N3	M0
--------------	-------------	----	----

Stadium IV	jakékoliv T	jakékoliv N	M0
------------	-------------	-------------	----

1. 4. Terapie

„Karcinom prsu je považován za systémové onemocnění. Je vysoce citlivý na chemoterapii, hormonální léčbu a na některé nově vyvinuté preparáty spadající do skupiny tzv. biologické léčby. Systémová terapie se uplatňuje v adjuvantním, neoadjuvantním, ale i paliativním podání“ (Coufal, Fait, 2011, str. 109).

Coufal a Fait (2011) uvádí dva přístupy v léčbě karcinomu prsu:

- Lokálně – regionální – tento přístup zahrnuje léčbu pomocí chirurgie a radioterapie

- Celkovou (systémovou) – tento přístup může zahrnovat chemoterapii, hormonální léčbu nebo také léčbu biologickou

1. 4. 1. Chirurgická léčba

V dřívějších dobách byla chirurgická léčba jedinou možnou variantou. Dnes je stále zařazena mezi metody základní, ale samozřejmě není metodou jedinou (Hladíková, 2009).

Chirurgické výkony u operabilního karcinomu prsu dle Abrahámové (2009):

- Radikální amputace prsu (radikální mastektomie) – odstranění kůže prsu včetně bradavky a dvorce a veškeré tkáně prsu vcelku; odstranění velkého i malého prsního svalu; odstranění podpažních lymfatických uzlin
 - Indikace – zcela upuštěno pro přílišnou radikalitu
- Modifikovaná radikální mastektomie - odstranění kůže prsu včetně bradavky a dvorce a veškeré tkáně prsu; odstranění malého prsního svalu; odstranění podpažních lymfatických uzlin
 - Indikace u nádorů u rozsahu větším než 2 cm
- Totální mastektomie – odstranění kůže prsu včetně bradavky; odstranění dvorce a veškeré tkáně prsu
 - Indikace u některých počínajících (in situ) rakovinných nádorů a profylaktické operace u nositelek genetické mutace
- Subkutánní mastektomie – odstranění žláznaté tkáně prsu; zachování kůže a komplexu bradavka – dvorec
 - Indikace – zcela upuštěno pro riziko ponechání reziduí části mamární tkáně a retroareolárních duktů
- Mastektomie šetřící kůži – odstranění tkáně prsu vcelku včetně komplexu bradavka-dvorec; přístup z areolární incize
 - Indikace u některých počínajících (in situ) rakovinných nádorů a profylaktické operace u nositelek genetické mutace
- Kvadrantektomie, segmentální mastektomie + axilární disekce – odstranění kůže a pod ní ležící prsní tkáně obklopující nádor s nádorem samým; resekce se provádí nejméně 2 cm od okraje nádoru; u axilární disekce se jedná o operaci a vynětí podpažních uzlin

- Indikace u nádorů mezi 2,5 – 3 cm
- Lumpektomie, tumorektomie, široká excize + axilární disekce – odstranění prsní tkáně obklopující nádor s nádorem samým; resekce se provádí nejméně 1 cm od okraje nádoru; u axilární disekce se jedná o operaci a vynětí podpažních uzlin
 - Indikace u nádorů u průměru do 2 cm
- Lumpektomie, tumorektomie, široká excize, kvadrantektomie, bez axilární disekce – jako předchozí dva výkony, ale bez axilární disekce
 - Indikace u nezhoubných nádorů a některých předrakovinných stavů

1. 4. 2. Radioterapeutická léčba

„Hlavním cílem léčby zářením je aplikace maximální dávky záření do přesně vymezeného cílového objemu a současně i minimální postižení zdravých tkání“ (Coufal, Fait, 2011, str. 313).

Radioterapeutická léčba se využívá po chirurgických operacích k zabránění návratu nádorového bujení. Tento typ léčby lze v některých případech zařadit i bez návaznosti na chirurgickou operaci a to v momentě, kdy nádor nelze odstranit chirurgicky. Jedna terapie trvá maximálně čtyři minuty a typicky se podává asi v 25 dávkách po dobu pěti týdnů (Büchler, Kořán, 2009)

Nejčastější komplikací je erytém na kůži prsu (jedná se o zčervenání kůže podobné spáleninám od slunce). Kůže bývá velmi suchá, je potřeba provádět lokální aplikace mastí (pantenol, kalciová mast, atd.) (Coufal, Fait, 2011).

1. 4. 3. Chemoterapeutická léčba

Chemoterapeutická léčba probíhá pomocí cytostatik, u nichž byl prokázán protinádorový účinek (Abrahámová, 2009). V léčbě různých typů karcinomu prsu se chemoterapeutická léčba využívá proto, že karcinomy jsou senzitivní na širokou škálu cytostatik (Coufal, Fait, 2011).

Nežádoucí účinky u chemoterapeutické léčby jsou: poškození vlasových kořínků vedoucí k vypadávání vlasů, poškození sliznic, které vede k aftům a průjmům (Büchler, Kořán, 2009).

1. 4. 4. Hormonální léčba

Některé z karcinomů prsu k svému růstu potřebují ženské pohlavní hormony – estrogeny. V hormonální léčbě jde o efekt snížení či vymizení účinku těchto hormonů a tím k zastavení růstu nádorových buněk (Büchler, Kořán, 2009).

Coufal (2011) uvádí 4 mechanismy a možnosti eliminace účinků estrogenů:

- Ablativní – žlázy produkující příslušný hormon se vyřadí z funkce (ovaria)
- Kompetitivní – kompetice o vazebné místo na estrogenové receptory buňky
- Inhibiční – blokáda biosyntézy estrogenů
- Aditivní – podávání farmakologických dávek gestagenů, androgenů i estrogenů

Hormonální terapie se často volí v paliativní péči u hormonálně senzitivních nádorů v pokročilém stádiu (Hladíková, 2009).

Nežádoucí účinky jsou většinou totožné s příznaky menopauzy – návaly horka, bolesti hlavy, anebo osteoporóza (Büchler, Kořán, 2009).

1. 4. 5. Biologická léčba

Jako biologickou léčbu, můžeme označit ten typ léčby, kde dochází k podání látek biologické povahy. V dnešní době jde o podávání monoklonálních látek (Coufal, Fait, 2011).

Biologická léčba je oproti ostatním druhům léčby výrazně finančně náročná, přesto je u některých konkrétních typů karcinomu prsu (hostitelky znaku Her-2) plně hrazena. Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky jsou uvedena konkrétní onkologická centra, kde tento typ léčby probíhá (Abrahámová, 2009).

Mezi nežádoucí účinky patří například alergické reakce, ale nedochází k vypadávání vlasů nebo zvracení (Büchler, Kořán, 2009).

1. 4. 6. Následky léčby

Většina následků byla uvedena u jednotlivých druhů léčby. Dovolím si ale ještě na konci této kapitoly uvést souhrn možných komplexních následků léčby karcinomu prsu.

Jedná se velmi často o potíže, které zasáhnou lidskou mysl a je potřeba vyhledat odbornou pomoc. Největší oporou by ale měla být rodina, přátelé, zkrátka někdo, komu se pacientka může se svou diagnózou svěřit a ví, že jí nabídne pomocnou ruku a vyslechnou ji. Rozhodně by se svým problémem neměla uzavírat sama do sebe (Abrahámová, 2009). Únava, bolest, nespavost, deprese, úzkost a strach z recidivy, mají vliv na všední denní činnosti, zvládání dovedností a sociální role a funkce a tedy ovlivňují kvalitu života (Chopra, Kamal, 2012)

Deprese

Při sdělení své diagnózy ženy dostávají různé reakce z okolí. Většina pocítuje, že tím, že se svěřily, dostávají větší podporu a pomoc. Více než polovina z žen cítí, že mají bližší vztah s těmi, kterým se svěřily (Kennedy, 2007). Deprese ale přesto postihuje asi 1/3 pacientek. V období od 6 měsíců od operace, ale ve většině případů deprese vymizí. Pokud se deprese objeví, určitě je potřeba vyhledat odbornou psychologickou pomoc (Büchler, Kořán, 2009).

Únava

Zvýšenou hladinu únavy, především při chemoterapeutické léčbě, pocítuje téměř každá pacientka. Nejedná se o klasickou únavu z vyčerpání. Tato únava je hlubší a trvá obvykle delší dobu. Problém sám vymizí většinou rok po ukončení léčby, ale může trvat i delší dobu (Büchler, Kořán, 2009).

Sexuální život

Asi u 90 % žen se sexuální aktivita opět navrátí po ukončení léčby. Mohou mít ale problémy v intimní oblasti především z důvodu změněného tělesného schématu a snížení pohlavních hormonů vede k suchosti pochvy. Důležité je o svých problémech s partnerem mluvit a hledat možná řešení (Büchler, Kořán, 2009).

1. 5. Prevence

V dnešní době se zaměřuje včasný záchyt karcinomu prsu na brzkou detekci a tím dosažení lepšího procenta v efektu léčby. Výskyt karcinomu prsu stoupá, ovšem snižuje se úmrtnost a to především díky preventivním opatřením (Abrahámová, 2009).

1. 5. 1. Možnost včasného záchytu

Konkrétní kroky v prevenci karcinomu prsu by se měly lišit dle toho, zda žena patří do rizikové populace či nikoliv (Coufal, Fait, 2011).

Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární.

- Primární prevence - v primární prevenci jde především o předcházení rizikovým faktorům, kterým se předejít dá. Například: dodržování zdravého životního stylu – tzn. pravidelný pohyb, zdravá a vyvážená strava, udržování optimální tělesné hmotnosti. Zajímavým doporučením je to, že by kojící ženy měly dodržovat hranici 6 měsíců pro prvotní začlenění doplňků výživy k mateřskému mléku (American Institute for Cancer Research, c2007)
- Sekundární prevence - do sekundární prevence patří samovyšetření prsu (které je popsáno v následující kapitole) a pravidelný mamografický screening (Hladíková, 2009).
- Terciární prevence - cílem terciární prevence je včasné odhalení případného relapsu onemocnění (Coufal, Fait, 2011).

1. 5. 2. Screening v České republice

Screening v České republice, tak jak ho známe nyní, tzn. možnost bezplatné návštěvy mamodiagnostického vyšetření každé dva roky nad věkovou hranicí 45 let, funguje oficiálně od roku 2002. Skovajsová (2012) uvádí, že: „dne 9. 9. 2012 byl mamografický screening nádorů prsu schválen Komisí pro včasný záchyt nádorů prsu MZd jako celonárodní program“. *Legislativní podklad je ve vyhlášce MZd ČR č. 101/2002 Sb., známé pod názvem Sazebník výkonů, ve vyhlášce MZd ČR č.372/2002 Sb. a ve Věstníku MZd ČR, částka 11, 2002 – Doporučený standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů prsu v České republice“.*

1. února 2010 nabyla účinnosti vyhláška MZd 2010 o preventivním vyšetřování prsu, která udává kromě již výše zmíněného screeningového programu jednou za dva roky od věkové hranice 45 let, také to, že ženy, které mají pozitivní rodinnou anamnézu na familiární nebo dědičný výskyt karcinomu prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů, nárok na vyšetření (většinou ultrazvukové) již od 15 let věku (Strnad, 2014).

Dále ještě uvedu několik odlišností screeningového programu v ČR dle Skovajsové (2010):

- Screening zkoumá jeden z nejširších věkových intervalů na světě.
- Výsledky mamografu jsou pacientce známy téměř ihned po vyšetření či maximálně v rádech několika dní.
- Pokud se objeví nález, který je potřeba potvrdit ultrazvukovým vyšetřením, pacientka je objednána na nejbližší možný termín, občas i ihned po oznámení výsledků z mamografie. V ostatních zemích může být čekací doba až několik měsíců.
- Souběžně s ultrazvukem je při podezření prováděna i ověřovací biopsie viditelných ložisek.
- Zákonem je dáno, že zařízení, která chtějí provádět screening karcinomu prsu, musí jednou za dva roky absolvovat kontrolu, která případně znovu prodlouží akreditaci zařízení.

V České republice je mamografický screening opravdu na vysoké úrovni. Dokazuje to fakt, že až 40% diagnostikovaných karcinomů je v I. nebo II. stádiu (Hladíková, 2009).

1. 5. 3. Samovyšetření prsu

Nejjednodušší metodou pro včasný záchyt karcinomu prsu je samovyšetření. Jak už z názvu vyplývá, žena si vyšetření provádí sama v domácím prostředí, v nejlepším případě každý měsíc. Dle studií je nejlepší dobou pro vyšetření doba dva až čtyři dny po skončení menstruačního krvácení, tedy v první části menstruačního cyklu. V případě, že žena nemenstruuje, je vhodné zvolit si například k pravidelnému vyšetřování první den v měsíci, pro lepší zapamatování (Abrahámová, 2009).

Prvním krokem, který se může provádět i ve dnech, kdy žena přímo vyšetření neprovádí, je prohlédnutí si prsů v zrcadle s pažemi podél těla, jak zepředu, tak z boku. Žena si všimá nerovností, nesymetrií, zarudnutí (Skovajsová, 2009).

Dalším krokem je vyšetření pohmatem. Provádíme ho pomocí bříšek tří prstů se zvednutou paží krouživými pohyby po celém prsu a v jeho okolí a střídáme tlak v průběhu vyšetření, abychom vyšetřili všechny vrstvy tkáně (Mamma HELP, 2014).

Ten samý postup jako v předchozím odstavci provádíme i vleže na zádech, kde se opět dostaneme do jiných struktur prsní tkáně (Abrahámová, Povýšil, Horák, 2000)

Pokud při samovyšetření narazíme na jakékoliv nepravidelnosti či bulky, je důležité tento nález nepodceňovat a co nejdříve navštívit lékaře (Abrahámová, 2009)

Vzhledem k tomu, že spousta žen neprovádí samovyšetření správně, bylo by vhodné, aby nácvik probíhal také při pravidelné kontrole u gynekologa (Abrahámová, Povýšil, Horák 2000)

Mezi lidmi je mnoho brožurek a na internetu mnoho návodů, jak samovyšetření provádět. Na internetových stránkách www.mammahelp.cz lze stáhnout leták s podrobným popisem samovyšetření nebo například na stránkách www.rucenaprsa.cz lze shlédnout velmi kvalitně zpracované instruktážní video.

1. 6. Karcinom prsu mladých žen

V České republice je každoročně diagnostikováno kolem 100 nových případů karcinomu prsu u žen mladších 35 let (Tesařová, 2012). 11% všech karcinomů prsu je u žen pod 35 let věku, u žen pod 30 let věku je to pak nejčastější karcinom, který způsobuje smrt (Petráková, 2012). Zajímavostí je, že v celosvětovém měřítku je riziko karcinomu prsu u žen ve věku pod 35 let zhruba stejné a pohybuje se kolem 1% (Tesařová, 2012).

Pokud vznikne nemoc před 35. rokem věku, je to velmi nepříznivým faktorem v další prognóze onemocnění, jelikož je dokázána větší metastatická diseminace (Petruželka, 2012). Karcinom prsu je u mladých žen více proliferující a rychleji roste, jelikož růst probíhá pod vlivem vyšší hladiny estrogenů (Žaloudík, 2012).

Důležitý je screening, který v současné době není u této věkové kategorie podchycen a nemoc může probíhat delší dobu bez zásahu lékařů (Petruželka, 2012). Nejčastějším typem nádoru před 40 rokem věku žen s karcinomem prsu je invazivní duktální karcinom. Tyto ženy většinou mají negativně hormonální karcinom, ovšem s vysokým grade (Tesařová, 2012).

S největší pravděpodobností nelze snížit výskyt karcinomu prsu u mladých žen prevencí a omezením rizikových faktorů. Je důležité podporovat kojení v těhotenství a

doporučit samovyšetření pro brzký záchyt, co nejmenšího nádoru a tím i lepší prognózy k vyléčení (Tesařová, 2012).

1. 6. 1. Projekt 35

Projekt vznikl v roce 2005 za spolupráce Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN a Masarykova onkologického ústavu v Brně. Zaměřuje se především na 4 důležité oblasti:

- Zajištění objektivních informací o možnosti vzniku nádoru v nízkém věku, dále se snaží upozornit na důležitost preventivních vyšetření ve specializovaných centrech
- Ženám, které onemocněly, nabízí poradenskou činnost a možnost konzultací s odborníky
- Snaží se sjednotit léčebné postupy a vytváří ženám léčbu individuálně pro ně, včetně kosmetických úprav po chirurgických zákrocích
- Nabízí i onkologům z jiných pracovišť možnost konzultovat léčbu, případně zařadit svoje pacientky do projektu

Cílem projektu jsou následující body:

- Zkvalitnění diagnostických postupů a léčby mladých žen do 35 let věku, možnost léčit se v domácím prostředí, přesto mít přístup k nejlepším léčebným prostředkům
- Sjednocení a aktualizování léčebných postupů
- Vyzvat lékaře z různých odvětví (onkology, radiační onkology, radiology, chirurgy, plastické chirurgy, gynekology, praktické lékaře) ke spolupráci v tomto projektu
- Založení databáze pacientek s karcinomem prsu do 35 let, kvůli získání epidemiologických dat a následnému klinickému výzkumu se zapojením všech českých onkologických pracovišť

Výše zmíněné informace převzaty z internetových stránek projektu 35 www.projekt35.cz.

2. Rehabilitace pacientek po chirurgickém řešení karcinomu prsu

Rehabilitační péče je velmi důležitou součástí léčby karcinomu prsu a nemělo by se na ni zapomínat. Mělo by se začít rehabilitovat ihned, jak to stav pacientky po operačním výkonu dovolí (Kittlerová, Vacek, Hradil, 2004).

Rehabilitační péče (myšleno především fyzioterapie) je hrazena ze zdravotního pojištění. Správným cvičením se předchází či snižuje možnost lymfedému, snižujeme bolestivost hrudní stěny či se snažíme zmírnit případné fantomové bolesti (Büchler, Kořán 2009).

Vzhledem k výše popsaným následkům léčby je důležité se zaměřit především na ty komplikace, které vznikají po chirurgickém řešení karcinomu prsu. Dle cíle a zaměření rehabilitace, dělíme rehabilitaci na fyzioterapeutickou, psychologickou a sociální (ty se přímo netýkají pouze chirurgického řešení, ale souvisí celkově s léčbou onkologických onemocnění) a v neposlední řadě tam také zařadíme i ergoterapeutickou intervenci.

2. 1. Fyzioterapeutická intervence

Jak už bylo zmíněno výše, fyzioterapie by měla začínat ihned, jakmile to stav pacientky po chirurgickém řešení karcinomu prsu dovolí. Jedná se o soustavu cvičení, která předchází zatuhnutí svalstva v přímé blízkosti operace, předchází syndromu zmrzlého ramene a pravidelné cvičení a pohyb také redukuje tvorbu lymfedému (Abrahámová, 2009).

Volbu cviků indikuje fyzioterapeut dle charakteru a rozsahu operace. Pokud rehabilitace probíhá tak jak má, pacientka by měla dosáhnout funkčního stavu jako před operací (Coufal, Fait, 2011).

V prvních dnech po operaci jsou většinou dovoleny pouze pasivní pohyby do maximálních rozsahů a jemné mobilizační techniky v ramenním kloubu na operované straně (Kittlerová, Vacek, Hradil, 2004).

V následujících dnech by se měla cvičit soustava lehkých cviků, které se doporučuje opakovat 3-5krát denně v rozmezí několika minut. Zpočátku je vhodné, aby pacientka cvičení nacvičila se zkušeným fyzioterapeutem, aby je neprováděla špatně a nezpůsobila si tak jiné zdravotní potíže (Coufal, Fait, 2011).

2. 1. 2. Fáze fyzioterapeutického procesu

Zpracováno dle příručky FYZIOTERAPIE PRO ŽENY PO OPERACI PRSU V OBDOBÍ REKONVALESCENCE (Hořčicová, Šimková, 2014).

Období hospitalizace – akutní fáze

Fyzioterapeutická intervence by měla být součástí léčby již od samého počátku. Pacientovy jsou předány informace a pokyny, k chování po chirurgické operaci.

Fyzioterapeut s pacientem provádí edukaci ohledně polohování horní končetiny, nácviku sebeobsluhy (manipulace s dreny při koupání atd.) a ošetření jizvy; nácvik relaxace v oblasti operace; respirační fyzioterapie; prevence vzniku lymfedému – cévní gymnastika; informace o možnostech rekonstrukce prsu (v případě ablace)

Období rekonvalescence – po ukončení léčby chemoterapií, radioterapií

V pooperační fázi pacientka začíná uplatňovat edukaci provedenou fyzioterapeutem po operaci a začíná jednotlivé metody aplikovat.

Provádí polohování do tzv. antalgické polohy (úleva od bolesti), respirační fyzioterapii za spolupráce fyzioterapeuta, relaxace svalů v oblasti operačního zákroku, cévní gymnastika pro prevenci vzniku lymfedému.

V období rekonvalescence je dále důležité: ošetření jizvy, cvičení s pomůckami, např. theraband, pokračování v respirační fyzioterapii a relaxacích.

Fyzioterapeutické postupy v prevenci lymfedému

Jako další komplikace lymfedému se může objevit tzv. růže neboli eryzipel, v tomto případě je nutné poradit se s ošetřujícím lékařem. Jinak se k léčbě lymfedému dají využít například tyto metody:

- Komplexní dekongestivní léčba – manuální mízní drenáž, přístrojová lymfodrenáž, kompresivní bandážování, kompresivní návleky
- Dechová cvičení
- Adekvátní životní styl
- Hygiena kůže
- Balneoterapie

2. 2. Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace a empatický přístup by měly jít ruku v ruce s tím, když pacientka poprvé vstoupí do ordinace lékaře s podezřením na výskyt karcinomu prsu. Přístup onkologů ve většině případů vhodný je, ale chirurgové se často soustředí pouze na operační výkon a mohou působit necitelně, když psychologickému stavu pacientky nevěnují vůbec žádnou pozornost (Hladíková, 2009).

Pacientka, která trpí onkologickým onemocněním, vyžaduje i psychologickou péči a to ve všech fázích léčby, ne jen odborný medicínský přístup zaměřený na léčení obtíží. Důležitá je psychologická péče jak o pacientku samotnou, tak o členy její rodiny (Büchler, Kořán, 2009).

Lékařovou povinností je samozřejmě říci pacientce všechny pozitivní i negativní zprávy, ale pokud možno šetrným způsobem. Lékaři v onkologických centrech by měli být speciálně proškoleni, aby věděly, jak k těmto pacientkám přistupovat. Pokud si onkolog s pacientkou vytvoří kvalitní partnerský vztah, může to oběma usnadnit průběh celého onemocnění. Pacientka navíc nebude mít obavy se mu s něčím svěřit, či ho požádat o radu (Abrahámová, 2009).

Pokud pacientka nebo její rodina cítí, že to sami nezvládají, měli by se rozhodně obrátit na odborníky, tzn. nejlépe psychology působící a zaměřující se na onkologickou péči (Büchler, Kořán 2009).

2. 3. Sociální rehabilitace

Každá nemoc, karcinom prsu nevyjímaje, sebou nese jisté sociální problémy, které mohou vést až k existenční krizi, kvůli omezené možnosti pracovat. Předcházení těmto problémům by mělo být snahou celého interprofesního týmu, především ale sociálních pracovníků (Abrahámová, 2009)

Finanční pomoc pro pacientky s karcinomem prsu dle Büchlera a Kořána (2009):

- Nemocenské dávky – dostávají je ty osoby, které lékař uznal dočasně neschopnými vykonávat zaměstnání
- Invalidní důchod – pokud pracovní neschopnost trvá déle než 1 rok, lze ji prodloužit až na roky 2 nebo zažádat o invalidní důchod

- Lázeňská péče – až 2 roky po skončení léčby lze požádat o plně hrazenou lázeňskou péči u svého onkologa
- Cestovné – v případě, že žena dojíždí vlastním automobilem na jednotlivé procesy v léčném plánu, lze si nechat zpětně proplatit cestovní výdaje. Pojišťovny proplácí částku, která se rovná nákladům na cestu do nejbližšího zdravotnického zařízení
- Další sociální dávky – ve velmi vážném stavu pacientky může rodinný příslušník zažádat o příspěvek při péči o osobu blízkou. Více informací na internetových stránkách Správy sociálního zabezpečení: www.cssz.cz
- Podpora při rekvalifikaci – pokud chce pacientka po ukončení léčby pracovat, ale nezvládá práci na původní pozici, může na Úřadě práce zažádat o zaplacení rekvalifikačního kurzu.

2. 4. Ergoterapie patientek po karcinomu prsu

U patientek po karcinomu prsu, vzhledem ke stále se zvyšující míře přežití, bychom měli brát roli ergoterapeuta jako nezastupitelnou. Ergoterapeut pracuje na zlepšení kvality života (např. při nácviku všedních denních činností) a obecně se snaží, aby pacientky znovu našly smysl života. Dle Cromptona et al. (2004) by se ergoterapeuté měly stát stálými členy rehabilitačních týmů v onkologické péči.

Podle belgické studie (Désiron et al., 2015) by měla být ergoterapeutická intervence u patientek s karcinomem prsu komplexní a zaměřená na pacienta, měla by být zařazena již od počátku rehabilitačního procesu a patřit by tam měly i návštěvy doma a v práci a také zhodnocení míry funkčních schopností potřebných pro vykonávání určité profese.

Základní body ergoterapeutického procesu dle České asociace ergoterapeutů (Jelínková, Krivošíková, 2007):

- Hodnocení

Ergoterapeutický proces je založen na vstupním a průběžných hodnoceních výstupů terapie.

Ergoterapeut společně s osobou, která hledá pomoc, se zaměřují na individuální schopnosti, facilitátory prostředí a na problémy související s prováděním každodenních

aktivit. Hodnocení zahrnuje použití standardizovaných i nestandardizovaných procedur, interview, pozorování v různém prostředí a konzultaci s osobami, které jsou pro klienta či pacienta významné.

- Plánování

Výsledky hodnocení slouží jako podklady pro vytvoření plánu terapie, který zahrnuje jak krátkodobé, tak i dlouhodobé cíle. Plán terapie musí odrážet úroveň funkčních schopností klienta/ pacienta, jeho zvyky, role, preferovaný životní styl a faktory prostředí, v kterém žije.

- Terapie

Terapie se zaměřuje na programy, které jsou zaměřeny na potřeby osoby a jejího prostředí. Program terapie je vytvořen tak, aby umožňoval výkon každodenních úkonů a adaptaci v prostředí, v kterém osoba žije, pracuje a společensky se stýká. Jako příklad lze uvést nácvik dovedností a používání kompenzačních pomůcek, které usnadňují provádění úkonů sebeobsluhy, snižují bariéry prostředí a umožňují participaci. Proces terapie je integrálně spjat s procesem hodnocení.

- Spolupráce

Ergoterapeuti si uvědomují důležitost týmové spolupráce s dalšími odborníky, rodinnými příslušníky, pečovateli a dobrovolníky pro realizaci holistického přístupu uplatňovaného v terapii.

- Dokumentace

Dokumentování závěrů hodnocení a pravidelné zaznamenávání výstupů terapie je nezbytné pro monitorování účinnosti použitých terapeutických postupů a dosažení stanovených cílů terapie. Vedení ucelené a pravdivé dokumentace založené na objektivních zjištěních svědčí o profesionálním přístupu ergoterapeuta.

Mezi základní cíle ergoterapie dle Kitterové et al. (2004) v intervenci u pacientů s rakovinou prsu patří:

- Zajištění maximální pohyblivosti a rozsahu pohybu celé horní končetiny na straně postižení a navrácení síly do svalů pro provádění běžných denních činností
- Práce s bolestí (její snížení či úplné potlačení) a snaha o dosažení stavu psychické pohody
- Edukace ohledně režimových opatření, poradenství, podpora

- Návrat k aktivitám, které pacientky vykonávaly před nemocí (sociální i odpočinkové aktivity)

Dle Klusoňové (2011) ergoterapeut pracuje s pacientkami po karcinomu prsu pomocí těchto terapeutických prostředků:

- **Zaměstnávání** – snaha odpoutat pacientky od myšlenek na nemoc, provádíme především pomocí rukodělných aktivit nebo duševních činností; zaměstnávání se velmi často provádí ve skupině pro lepší vzájemné interakce mezi pacientkami
- **Trénink kognitivních funkcí** – pacientky ztrácí koncentraci kvůli přemýšlení o budoucnosti, může je ovlivňovat bolest nebo nevolnost. Může docházet i k poruchám paměti. Pro zlepšení se využívají především relaxační techniky, kognitivní trénink nebo například muzikoterapie a jóga.
- **Poradenská činnost** – lze využít individuálního přístupu nebo probíhají edukace společně s rodinou. Důležité je neopomenout oblast denního režimu, režimových opatření, kompenzačních pomůcek, zdravého životního stylu či sociálních vazeb a aktivit.
- **Cílená ergoterapie** – využívá se v případě, že dojde ke ztrátě funkce, funkci se snažíme obnovit nebo kompenzovat. Mezi příklady činností můžeme zařadit nácvik pracovních dovedností a zátěže.

Společným cílem terapeuta a pacientky je soběstačnost a samostatnost v úkonech všech denních aktivit. Při splnění tohoto cíle využíváme mechanismus kompenzační, substituční nebo adaptační (hledáme nové způsoby provedení, používáme kompenzační pomůcky nebo zcela upravujeme prostředí). (Klusoňová, 2011).

Cílená ergoterapie

Při cílené ergoterapii se přímo zaměřujeme na problematické struktury a oblasti, kde nalézáme deficit (Krivošíková, 2011).

Nejčastější následky léčby karcinomu prsu jsou snížené rozsahy pohybu v ramenním kloubu, otok/lymfedém horní končetiny, zhoršení jemné motoriky, změna citlivosti na ruce nebo snížená svalová síla (Main, 2005).

Níže jsou uvedeny dvě složky cílené ergoterapie dle Krivošíkové (2011):

- Senzomotorická složka činností – snažíme se ovlivnit fyzické následky na horní končetině a využíváme k tomu následující metody: techniky měkkých tkání, míčková facilitace, senzomotorická stimulace v luštěninách, práce s terapeutickou hmotou, výběr činností nad horizontálou, Mirror therapy. Fockeová (2015) uvádí, že doplňkem pro všechny tyto terapie je závěrečné použití metody kinesiotaingu (pouze u ukončeného procesu léčby, při aktivním onkologickém procesu je lymfotaping kontraindikován) či edukace ohledně polohování horní končetiny.
- Kognitivní složka činností – pomocí ergoterapeutické intervence ovlivňujeme následky v oblasti kognitivních funkcí a zaměřujeme se na pozornost, paměť, koncentraci, orientaci atd.

Ergoterapie zaměstnáváním

Hlavním cílem ergoterapie zaměstnáváním je, aby se jedinec odpoutal myšlenkami od své nemoci či nepříznivého stavu a snažil se udržet kondici, jak fyzickou, tak duševní (Krivošíková, 2011)

Pokud ergoterapeut pracuje s pacientkou v oblasti zaměstnávání, je velmi důležité volit činnosti tak, aby k nim měla alespoň nějaký vztah, tzn., že je důležité dbát v anamnéze na zjištění zájmů a oblíbených aktivit a dle toho volit prostředky terapie (Krivošíková, 2011).

Terapeutickým prostředkem můžou být rukodělné činnosti (práce s papírem či přírodními látkami), společenské hry a pohybové aktivity. (Fockeová, 2015).

Dle Vaníkové (2012) je vhodné zařadit u pacientek po karcinomu prsu např. tyto činnosti:

- nordic walking – dochází ke zlepšení fyzické kondice a zlepšuje se celkový rozsah pohybu v ramenním pletenci. Nordic walking je vhodný vzhledem k rytmickým pohybům, které mohou předcházet vzniku lymfedému
- plavání – dochází ke zvyšování fyzické kondice a k důležitému pohybu v ramenním kloubu, kdy se minimálně udržuje rozsah pohybu, pokud využijeme všechny plavecké způsoby
- jóga – relaxace a možnost soustředit se jen na své tělo

Ergoterapie zaměřená na poradenství

Poradenství v tomto smyslu chápeme jako podávání informací, jak nemocným, tak rodinným příslušníkům, o službách, pomůckách a možnostech např. rehabilitace, na kterou mají nárok (Krivošíková, 2011).

Dle Abrahámové (2009) je důležité také správně vybrat epitézu, výběr by se neměl podcenit, nejedná se pouze o kosmetickou záležitost. Ergoterapeut také může pomoci při vybírání paruky, spíše v oblasti poradenství o možnosti příspěvků či ve sdělení další možnosti zakrytí alopecie (vypadávání vlasů v důsledku chemoterapeutické léčby) např. šátkem.

Režimová opatření dle Coufala a Faita (2011) po propuštění z nemocnice:

Edukace a předání informací ohledně režimových opatření je velmi důležitou součástí práce ergoterapeuta. Pacientkám připomínáme, že nesmějí zapomínat na pokračování v LTV, v délce dle instrukcí fyzioterapeuta. Dále je vhodné, alespoň níže uvedené informace, předávat pacientkám vytištěné jako instrukce na doma.

- *V zaměstnání a domácnosti*
 - dávat si pozor na drobná poranění (např. píchnutí jehlou při šití), ihned dezinfikovat (nebezpečí zanícení vzhledem ke snížené imunitě a tím i delší doba hojení)
 - při domácích pracích raději používat gumové rukavice (aby nedošlo k podráždění citlivé kůže po léčbě)
 - vyhnout se přílišnému chladu, či naopak teplu (opět zvýšená dráždivost pokožky jako následek léčby)
 - na operované straně nenosit žádné šperky nebo hodinky, vzhledem k možnosti vzniku lymfedému
 - pracovat v krátkých intervalech, končetinu příliš nepřetěžovat, často zařazovat pauzu, kterou je možno doplnit polohováním (prevence lymfedému a namožení svalů)
- *Rizika zranění:*
 - neopatrná manipulace s kuchyňským nožem či nedbalost při manipulaci s horkými předměty (konvice, žehlička)

- *Zvýšená opatrnost při:*
 - umývání nádobí v příliš horké vodě (citlivá pokožka po absolvování léčby)
 - obsluha kuchyňských spotřebičů vydávajících přílišné horko (trouba, gril, atd.)
 - zvedání a přenášení těžkých břemen (mohlo by dojít k namožení operované oblasti)
- *Oblékání:*
 - ramínka u podprsenky a gumičky u ponožek by se neměly zařezávat (prevence lymfedému)
- *Kosmetická péče:*
 - Při stříhání nehtů dát pozor na poškození nehtového lůžka, nehty pilovat velmi opatrně (zhoršené hojení i drobných ran)
 - nepoužívat žádné kosmetické přípravky, které mohou vyvolávat alergenní reakce nebo mohou pokožku podráždit
 - vyhýbat se přímému slunečnímu záření (obzvláště vzhledem k ozařovaným částem těla), vynechat na pár měsíců pobyt v sauně
- *Výživa:*
 - udržovat si stálou tělesnou hmotnost a pokusit se dodržovat zásady zdravého, racionálního stravování
- *Dovolená, rekreace:*
 - nepobývat v oblastech se zvýšeným výskytem bodavého hmyzu a nevystavovat se příliš slunečnímu záření v jižních oblastech (nevhodné po absolvované radioterapii)
 - mezi vhodné rekreační sporty patří nordic walking, jóga, plavání, v zimě běžecké lyžování
- *Záliby:*
 - preventivně pracovat s bandáží, pokud není možnost končetinu polohovat
 - při drobných činnostech, pracovat v kratších intervalech, dobře osvětlit pracovní místo, zaujímat odlehčovací polohy

Na pooperačních odděleních bývají různé edukační materiály, níže uvedené informace pochází z VFN v Praze od Mgr. Jaromíry Uhlířové a Bc. Jitky Fricové a slouží především pro praxe studentů ergoterapie, které probíhají v tomto zařízení. Dále uvádím pro představu pár dalších informací, celý manuál je pak součástí příloh (Příloha 1).

- Péče o jizvu – pečujte o nemokvající jizvu po vyndání stehů, důležitým pravidlem je nejdříve provádět tlakové masáže, poté jizvu promašťovat neparfémovanými prostředky
- Prudké pohyby – pokuste se jim vyvarovat, nebezpečí hrozí například při venčení psa či při některých sportech
- Prevence otoku paže – preventivně bandážujte např. při domácích pracích nebo sportech, ukládejte paži do zvýšených poloh (tzn. polohujte), cvičte dle instrukcí fyzioterapeuta tzv. pumpovací cviky a nenoste dlouho ruku svěšenou podél těla. Při větších problémech s otokem navštivte svého lékaře.

Poslední částí, kterou lze doplnit edukaci pacientky je předání slovníčku pojmů, které jsou spojeny s její nemocí. Tento slovníček pojmů je volně dostupný na stránkách organizace MammaHELP a většina pojmů z toho slovníčku je uvedena v přílohách (Příloha 2).

2. 5. Kvalita života

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „vnímání jednotlivců a jejich postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů sociálního prostředí, ve kterém žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a obavám“ (Gregory et al., 2009). Kvalita života je také definována jako pocit osobní pohody, který zahrnuje multidimenzionální pohled včetně fyzických, psychických, sociálních a duchovních domén (Vahdaninia et al., 2008). Determinanty kvality života u žen s rakovinou prsu zahrnují psychosociální faktory, sociodemografické faktory a zdravotní faktory. Pokud probíhá intervence v oblasti kvality života, předpokládá se, že je možná změna v psychosociálních faktorech, zatímco dosažení zlepšení kvality života ve faktorech sociodemografických a zdravotních je obtížné (Mols, 2005; Gaston–Johansson, 2013; Henderson, Clemow, Massion, 2012).

Koncept kvality života je termín, který používají psychologové, filozofové, ekonomové a svůj původ má již ve starověkém Řecku, kde filozof Aristoteles ukazuje souvislost mezi kvalitou života, štěstím a osobními hodnotami (Stavrou et al, 2009).

Při měření kvality života by mělo být zohledňováno mnoho ukazatelů. Mezi nimi např. *funkční schopnost*, která znamená schopnost vykonávat každodenní činnosti a jiné fyzické aktivity, *sociální funkce* pak odráží schopnost jednotlivce komunikovat

s ostatními členy jeho rodiny, přáteli a dalšími lidmi, zatímco *emocionální funkce* odráží míru úzkosti vyvolané vedlejšími účinky léčby (Garratt et al., 2002).

Trend ve zvyšování počtu operací rekonstrukce prsu vede ke zlepšení chirurgických technik, s přihlédnutím nejen ke zvýšené míře přežití, ale hlavně ke kvalitě života pacientů (Malata, McCintosh, Purushotham, 2000). Přežití se dnes pacientkám nejeví jako dostatečné, chtějí zkrátka žít dobrý a kvalitní život (Epplein et al., 2011).

Waldmann et al (2007) zjistili, že pacientky, které přežily karcinom prsu, měly nižší kvalitu života než pacienti bez rakoviny. Výsledky studií naznačují, že vyšší kvalitu života mají ženy, které podstoupily plastickou operaci po úplné mastektomii, než ty, které ne a to především v oblasti duševního zdraví a sociálních vazeb (Gardikiotis et al, 2016). Zeng et al. (2016) zase prokázali, že celková kvalita života byla vyšší u pacientek s karcinomem prsu než u jedinců s problémy v pohybové soustavě.

Almutairi, Minsour a Vinluan (2016) ve své studii zjistili, že některé sociodemografické a klinické charakteristiky, jako je věk, úroveň vzdělání, postavení v zaměstnání, věk v době diagnózy a patologické stádium onemocnění, mají významný vztah ke kvalitě života pacientek s karcinomem prsu. Výsledky studie ukazují, že v prvním roce po léčbě, je několik domén (emoční funkce, kognitivní funkce, únava a bolest) výrazně postiženo u mladších pacientů než u těch starších. 3 roky po léčbě je tento rozdíl již srovnán (Bantema-Joppe et al., 2015). Největší zlepšení hodnot kvality života je obecně pozorováno do jednoho roku po ukončení léčby, po 8 letech už nejsou pozorovány žádné výraznější změny (Bantema-Joppe et al., 2015).

Bez ohledu na čísla a procenta ve statistikách, má vyřčení diagnózy, karcinom prsu, dramatický dopad na život pacienta. Karcinom prsu má vliv na fungování duševního zdraví a pohody, a významně narušuje kvalitu života pacientů. Proto by nemělo být jediným cílem léčby vymýtit karcinom prsu a prodloužení života, ale především zlepšení kvality života po úspěšném boji s nemocí (Perry, Kowalska, Chang, 2007).

Lékaři by měli informovat své pacienty velmi podrobně o různých alternativách léčby a měli by společně dosáhnout shody. Lékaři by se měli sházet například i s rodinnými příslušníky v rámci podpůrných sezení a tím cílit na vyšší kvalitu života, díky které se pak vyřeší budoucí problémy a výsledkem budou příznivé fyzikální, psychologické a sociální dopady (Akca et al., 2014).

2. 5. 1. Hodnocení kvality života

Kvalitu života je obtížné kvantifikovat. Nicméně u pacientek s karcinomem prsu představuje důležitý problém, takže by měl lékař diskutovat s každou pacientkou vlastní představu aktuálního stavu zdraví a probírat obtíže ve všedních denních činnostech (Rowland et al., 2000).

Důležitým kritériem při výběru dotazníku pro měření kvality života je zajistit, aby tyto přístroje měly dobré psychometrické vlastnosti. Většina měřících nástrojů má dobré psychometrické vlastnosti (spolehlivost, platnost), nicméně většina z nich nebyla nikdy testována na citlivost (Chopra, Kamal, 2012).

K dispozici je mnoho nástrojů pro měření kvality života. V přílohách (Příloha 3) je uvedena přehledná tabulka se základními informacemi o dotaznících vztahujících se k měření kvality života u žen s karcinomem prsu. Blíže budou rozepsány pouze informace o dotaznících EORTC QLQ-30 a QLQ-23, jelikož jsou oba přeloženy do českého jazyka. Oba dotazníky jsou ke stažení na internetových stránkách <http://groups.eortc.be/qol/>, v české verzi a jsou uvedeny v plné verzi v přílohách (Příloha 4 a 5).

EORTC QLQ-30 obsahuje 30 otázek, včetně celosvětové stupnice zdraví, pět funkčních škál (fyzikální oblast, role, emoční a kognitivní oblast, sociální fungování), devět možných příznaků (únava, nevolnost/zvracení, bolest, dušnost, nespavost, ztráta chuti k jídlu, zácpa, průjem a finanční potíže (Awad, Denic, El Taji, 2008). Je to dotazník, který slouží obecně k zjišťování kvality života u onkologických pacientů. Škála je většinou 1 – 4 (1-vůbec ne, 4-velmi hodně).

EORTCQLQ-BR23 dotazník byl navržen speciálně pro pacienty s karcinomem prsu. Účastníci označují jednu odpověď ze čtyř alternativ (1-vůbec ne 2-trochu, 3- trochu, 4- velmi hodně) (Demirci et al., 2011). Skládá se z 23 položek, určených pro měření čtyř funkčních stupnic (tělesný vzhled, sexuální funkce, sexuální požitek, pohled do budoucna) a škála čtyř symptomů (vedlejší účinky systémové terapie, příznaky bolesti prsu, příznaky bolesti ramene, vypadávání vlasů) (Awad, Denic, El Taji, 2008).

QLQ-30 a QLQ-23 jsou nástroje důležité pro měření kvality života, ale chybí některé specifické problémy přeživších, jako je strach z recidivy, kompromisu s fyzikálními problémy a psychosociálními problémy (Chopra, Kamal 2012).

2. 6. Předpracovní a pracovní rehabilitace

„Zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou) je proces vyžadující zvláštní podporu široké (laické i odborné) společnosti, a to nejen ve smyslu nabídky úřadu práce v oblasti pracovní rehabilitace (pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) uvedenou v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti), ale také v rámci uceleného a navzájem propojeného systému pomoci osobám se zdravotním postižením (disabilitou) při uplatnění na trhu práce“ (Bienertová, 2013, str. 161).

2. 6. 1. Předpracovní rehabilitace a ergodiagnostika

Předpracovní rehabilitace a ergodiagnostika, jsou dva podobné, přesto rozdílné pojmy, a i proto je někteří odborníci zaměňují.

Metodika PREGnet uvádí tuto definici předpracovní rehabilitace: *„předpracovní rehabilitace řeší již na úrovni rehabilitace ve zdravotnictví diagnostiku a aspekty psycho–senzo–motorického potenciálu (obecné schopnosti pracovat) pro účely návratu klienta/pacienta do zaměstnání či jeho přestupu do procesu pracovní rehabilitace“ (MPSV ČR, 2014).*

Dle Švestkové (Švestková et al.) je předpracovní rehabilitace nedílnou součástí rehabilitačního procesu a měla by zahrnovat všechny rehabilitanty v produktivním věku. Pokud pacient ještě nedosáhl věku, kdy může pobírat starobní důchod, měla by u něj být aplikována předpracovní rehabilitace.

Předpracovní rehabilitace by měla být vždy provedena před rozhodnutím o přidělení invalidního důchodu (Švestková et al.). Ergoterapeut se podílí na předpracovní rehabilitaci (aktivity k tréninku tolerance požadované zátěže, trénink vytrvalosti, nácvik konkrétních pracovních aktivit apod.) a podílí se také na ergodiagnostickém vyšetření (zhodnocení pracovních činností a zbytkového potenciálu pacienta). Ve spolupráci s dalšími odborníky v rehabilitaci doporučuje přijatelné pracovní či studijní začlenění osob se zdravotním postižením (Jelínková, Krivošíková, 2007).

Ve slovníku cizích slov můžeme nalézt pod pojmem ergodiagnostika tuto definici: *„odborné diagnostické posouzení aktuálního resp. zbytkového pracovního potenciálu a*

psychofyzické zatížitelnosti zejména u osob v produktivním věku a v předpracovní rehabilitaci (Kohoutek, R., Ergodiagnostika).“

V knize Ergoterapie (Jelínková et al., 2009) uvádí Šajtarová, že termín ergodiagnostika byl zaveden J. Pfeifferem a rehabilitanta hodnotí po všech stránkách kvůli určení jeho pracovního uplatnění a potenciálu. V doslovném překladu, tento termín, prevocational assessment, znamená předpracovní hodnocení. Ergoterapeut odebrá pacientovi anamnézu (především pracovní), nechává ho se subjektivně se vyjádřit ke svému stavu a funkčnímu omezení a především hodnotí pracovní potenciál pomocí modelových činností.

Z výše uvedeného vyplývá, že jak v předpracovní rehabilitaci tak v ergodiagnostice má ergoterapeut své uplatnění. Je také zcela zřejmý rozdíl v pojmech ergodiagnostika a pracovní rehabilitace, přesto by se nemělo zapomínat, že tyto pojmy spolu úzce souvisí, jelikož v obou případech jde o pomoc s výběrem zaměstnání vzhledem k pracovnímu potenciálu a přáním pacienta.

2. 6. 2. Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitace je soubor specifických opatření státní politiky zaměstnanosti zaměřených vůči osobám se zdravotním postižením s cílem umožnit těmto osobám získat nebo zachovat si vhodné zaměstnání. To pak může usnadnit jejich začlenění nebo opětovný návrat do společnosti“ (MPSV, c2006).

Provádění pracovní rehabilitace stanoví vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené“ (§ 69 odst. 2 zákona o zaměstnanosti č.435/2004).

Dle § 67 a § 69 odst. 1 a 5 zákona (zákon o zaměstnanosti č.435/2004) je pracovní rehabilitace určena osobám se zdravotním postižením (dále v textu jen „OZP“). Skutečnost, že je osoba OZP, musí doložit posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení. Fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce svým ošetřujícím praktickým lékařem nebo ty, které přestaly být invalidní, na základě

doporučení příslušné správy sociálního zabezpečení, které bylo vydáno po kontrolní prohlídce lékařem, se mohou přihlásit k pracovní rehabilitaci.

Na základě § 69 odst. 1, 2 a 7 zákona (zákon o zaměstnanosti č.435/2004) zabezpečuje a hradí pracovní rehabilitaci Krajská pobočka Úřadu práce ČR příslušná místu bydliště OZP vzhledem k podané Žádosti o pracovní rehabilitaci. Úřady práce spolupracují s pracovními rehabilitačními středisky nebo provedení pracovní rehabilitace mohou pověřit jiné fyzické či právnické osoby, spolupracují pak na základě písemné dohody. Náklady na pracovní rehabilitaci platí Krajské pobočky Úřadu práce a řídí se prováděcím právním předpisem vydaným Ministerstvem práce a sociálních věcí a vyhláškou č. 518/2004 Sb., v platném znění.

Úřad práce dle § 69 odst. 4 zákona (zákon o zaměstnanosti č.435/2004) na základě dohody s OZP vytvoří individuální plán pracovní rehabilitace. Při sestavování individuálního plánu je nutno dbát na zdravotní způsobilost OZP, na předchozí zkušenosti a kvalifikaci, na schopnost vykonávat soustavné zaměstnání či jinou výdělečnou činnost. Individuální plán se tvoří na základě a vyjádření odborné pracovní skupiny (dle § 7 odst. 3 zákona, zákon o zaměstnanosti č.435/2004).

Dle § 1 vyhlášky (č. 518/2004 Sb.) obsahuje individuální plán pro OZP předpokládaný cíl pracovní rehabilitace, stanovenou formu pracovní rehabilitace, předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace a v neposlední řadě také termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace.

V § 7 odst. 3 zákona (zákon o zaměstnanosti č.435/2004) je uvedeno, že členy odborné komise jsou zástupci organizací, sdružující zdravotně postižené a zástupci zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50% OZP. Odborné pracovní skupiny jsou vytvářeny Krajskými pobočkami Úřadu práce ČR za účelem posouzení vhodné formy pracovní rehabilitace.

Pracovní rehabilitace dle § 69 odst. 3 zákona (zákon o zaměstnanosti č.435/2004) zahrnuje zejména tyto činnosti: poradenství v oblasti volby povolání, volby zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti; teoretická a praktická příprava na zaměstnání či jinou výdělečnou činnost; aktivity zaměřené na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo změnu povolání; vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

2. 7. Možnosti návratu do zaměstnání

Zaměstnanost, či spíše možnost být zaměstnán, je důležitou oblastí v životě pacientů s rakovinou. Návrat do práce je často spojen s návratem k normálu (Banning, 2011). Práce a návrat do práce jsou pro pacienty, kteří úspěšně zvládli rakovinu prsu, důležitým faktorem kvality života (Tiedtke, 2010). Práce tedy výrazně přispívá ke zvýšení kvality života žen po karcinomu prsu (Main et al., 2005).

2. 7. 1. Obecně o návratu do zaměstnání

Počet výzkumů u onkologických pacientů, které se týkají návratu do práce, se v minulých letech zvýšil především proto, že se zvýšila míra přeživších. Nějakou formu práce jsou schopni vykonávat i pacienti s pokročilým nebo nevléčitelným stádiem nemoci, často se v práci snaží zůstat, dokud je to možné. (De Boer, 1996).

Léčba karcinomu prsu dnes nezahrnuje pouze chirurgickou operaci, ale také další pooperační léčbu jako je ozařování, chemoterapie a další, často podávané v kombinaci (Tiedtke, 2010). Každá z variant léčby může mít významné vedlejší účinky, které mohou ovlivnit schopnost vrátit se do práce (Maunsell et al., 1999).

„Dopad na pracovní schopnost mají nejen funkční postižení následkem maligní choroby, ale také nežádoucí účinky onkologické terapie. Nejčastější dlouhodobé následky onkologických postižení jsou chronická bolest, psychické změny, chronická únava, námahová dušnost, muskuloskeletální změny, narušení funkce končetin, lymfedém, neuropatie, rozsah operačního zákroku včetně závažného estetického postižení“ (Nováková, 2012, str. 73).

Je dobře známo, že chemoterapeutická léčba je agresivní a může mít za následek porušení kognitivních funkcí a to buď porušení, které vymizí nebo trvající až 2 roky po léčbě (Fan et al, 2005). V důsledku omezení v oblasti kognitivních funkcí ženy uvádějí, že zažily problémy se zvládáním pracovních povinností vzhledem k obecnému zpomalení kognitivních procesů, nezvládaly dělat více úkolů najednou, více váhaly při rozhodnutích a připadaly si neschopné kvůli poruchám krátkodobé paměti (Main et al, 2005). U mnoha žen se objevovala nadměrná únava, úbytek kognitivních funkcí a fyzická slabost, což se stalo hlavními důvody pro odkládání návratu do pracovního procesu (Bradley, Bednarek, Neumark, 2002).

Odhady ukazují, že až 50 % pacientek s karcinomem prsu přiznaly určitý finanční tlak, který je vedl k rychlému návratu do práce nebo k pokračování v práci i přes oznámení diagnózy (Main et al, 2005). Karcinom prsu je nutné léčit a ženy se obávají, že během toho, co budou mít volno kvůli průběhu léčby, změní se osobní a profesní vztahy na pracovišti a jejich návrat bude obtížnější. Důležitá je první reakce zaměstnavatele, jelikož už to je bráno, jako prvotní podpora při následném návratu do zaměstnání (Tidetke, 2010). Ve studii z USA některé Hispánské ženy zase uvedly, že ze strachu ze ztráty zaměstnání neabsolvovaly některé léčebné cykly (Ashing-Giwa, 2004).

Odborníci se shodují, že proces návratu do práce by měl začít systematicky od okamžiku, kdy je pacient přijat, měl by mířit na obnovení schopností, aktivity a měl by zahrnovat i participaci. Včasná intervence by se měla skládat z informování pacienta a všech zúčastněných stran o konečném cíli léčby a rehabilitace. Výhradně jde o obnovení sociální ne profesní účasti ve společnosti (Desirón et al., 2015). Časný zásah, znamená brzy po stanovení diagnózy nebo v počátku léčby a je nejvhodnějším, protože čím delší je doba trvání pracovní neschopnosti, tím obtížnější návrat do zaměstnání je (Tamminga et al, 2013).

Schopnost pracovat závisí na vztahu mezi fyzickými, psychickými a sociálními zdroji jednotlivce a požadavky na pracovišti (Ilmarinen, 2009). Návratu do zaměstnání může pomoci určitá emocionální nebo praktická podpora v zaměstnání a určitá flexibilita práce, který umožňuje se vrátit do práce, plánovat svoji práci a vybírat si konkrétní činnosti, které zvládne (Tiedtke, 2010). Většina pacientů potvrdila, že s návratem do práce jim pomohli přímo zaměstnavatelé (Kennedy et al, 2007). Není neobvyklé, že pacienti s rakovinou pokračují v práci i po stanovení diagnózy, i když se mohou rozhodnout ke snížení nebo přizpůsobení své pracovní doby vzhledem k obtížím souvisejícím s léčbou (Short, Vasey, Tunceli, 2005).

Rakovina a její léčba způsobily velmi nepříjemné pocity, které ženy pociťovaly především několik prvních týdnů po návratu do práce. Ženy znepokojoval jejich fyzický vzhled a pocit, že kolegové zírají na jejich tělo, to byl samozřejmě především pocit těch žen, které absolvovaly ablaci prsu. Méně z nich bylo poté znepokojeno vypadanými vlasy či nošením paruky (Maunsell et al, 1999). Ženy se bály, že budou méně kompetentní při plnění svých povinností ve srovnání se stavem před nemocí. Tyto obavy ženy stresovaly a nutily je pracovat tvrději než před onemocněním. Bály se, že zklamou své

zaměstnavatele, kolegy a ztratí práci (Kennedy et al., 2007). Upravená pracovní doba, změněné povinnosti nebo jiné formy úpravy pracovního prostředí můžou podpořit proces reintegrace. Pro některé ženy je důležité zůstat profesně aktivní, jelikož jim to nabízí sociální a emocionální podporu. (Tiedtke, 2010).

Ženy se cítily podporovány, pokud především v prvních měsících po návratu byli kolegové vstřícní a občas pomohli s dokončením některých pracovních úkolů (Kennedy et al., 2007) Naopak některé ženy pocitovaly diskriminaci po návratu do pracovního procesu. Vadily jim dotazy kolegů, zraňující poznámky nebo změněné vztahy s kolegy. Toto vnímání zážitků, které se dají popsat jako diskriminace, pak brání ženám k dřívějšímu návratu nebo k tomu, aby v pracovním procesu i nadále zůstaly (Ashing-Giwa, 2004).

Po diagnostikování karcinomu prsu se stala práce v životech žen méně důležitou, změnilo se její vnímání, oceňují ji méně než dříve. Motivace a priority se v průběhu doby měnily a některé ženy se soustředily více na jiné cíle. Celkově tedy přehodnotily význam práce ve svém životě (Kennedy et al., 2007). Stále chybí přesvědčivé informace o tom, jak ovlivňuje prostředí kolem žen jejich návrat do práce. Také je těžké rozhodnout, s kým a kdy by měly ženy komunikovat a rozhodovat o jejich návratu do práce (Tiedtke, 2010).

2. 7. 2. Lékaři a návrat do zaměstnání

Úlohou lékařů by měla být dobrá komunikace s pacientkami, které přežily rakovinu a probrat s nimi jejich připravenost na návrat do pracovního procesu a měli by jim pomoci řešit jejich následky, které mohou znemožňovat návrat do práce, pomocí další lékařské péče nebo jiné komplexní služby, jakou může být pobyt v rehabilitačním centru (Main et al, 2005).

Jen velmi málo žen ale diskutovalo o svém návratu do práce s lékařem. Je důležité řešit například to, že hrozí riziko infekce v pracovním prostředí, ale většina patientek neví nebo si nejsou jisté, jestli se na lékaře s těmito dotazy mohou obrátit. Firemní lékaři zase naopak řeší pouze délku pracovní neschopnosti a spíše následují přání pacienta, než že by řešily jeho skutečné možnosti. Jen pár ženám byla dána konkrétní rada k návratu do práce, ovšem většina z nich by uvítala více informací, aby jim tyto informace pomohly s rozhodováním o návratu do práce. Patientky si ovšem uvědomují, že pozice lékařů je

složitá, jelikož každý jednatlivec reaguje na léčbu jinak a je náročné udělit obecné pokyny (Kennedy et al., 2007; Maunsell et al., 1999).

Ženy obecně dostávají velmi málo informací o možnostech návratu do práce. Dále se musí vypořádat se svým změněným fyzickým vzhledem a i nadále pracovat a tím, že mohou přijít o zaměstnání. Individuální potřeby žen se samozřejmě liší (Tiedtke, 2010).

V ojedinělých případech pak může onkolog ženy povzbudit k návratu do práce, pokud si myslí, že tento návrat pomůže k rychlejší úzdravě (Main et al., 2005; Bradley, Bednarek, 2002).

2. 7. 3. Ergoterapeutická intervence při návratu do zaměstnání

Vzhledem k závěrům, které proběhly v oblasti výzkumu onkologicky nemocných pacientů a jejich návratu do zaměstnání můžeme soudit, že poskytování pracovní rehabilitace se ukazuje jako efektivní způsob pro jednodušší způsob návratu do práce (Palmer, 2012).

Podle názorů odborníků z výzkumu Desiróna et al. (2015), je proces návratu do práce neodmyslitelnou součástí rehabilitace pacientek již před dokončením léčby rakoviny prsu a měl by jim být nabídnut jako nedílná součást zdravotní péče. Také naznačují, že ergoterapeuté mohou být přínosní v celém procesu od přechodu ze společenského statusu pacientek, které rakovinu prsu přežily až po obnovení účasti na pracovním trhu. Odborníci z oblasti onkologie mají také jasno, jak by vše mělo probíhat:

1. Ergoterapeut by měl být součástí integrovaného, komplexního a pacientovi přizpůsobeném přístupu, v právním a společenském prostředí, které podporuje návrat do práce.
2. Služby ergoterapeuta by měly být zakotveny v interprofesním pojetí péče, která bude hrazena zdravotní pojišťovnou a bude zahrnovat také psychologickou péči.
3. Ergoterapeut by měl mít možnost pracovat s pacientem již ve velmi rané fázi onemocnění, v nejlepším případě již po odchodu z práce.
4. Stanovení cílů procesu návratu do práce se zaměřuje především na schopnosti pacienta a napojení na pacientovu celkovou kvalitu života.

5. Proces návratu do práce musí zahrnovat návštěvu pracovního prostředí ergoterapeutem, pozorování pacienta při práci a kontakt se všemi zúčastněnými stranami.

Kompetencí ergoterapeuta by neměla být jen návštěva pracovního prostředí a jeho úpravy, ale také obnovení schopností potřebných k provádění profese. Specifickou oblastí zájmu ergoterapeuta je detekovat a řešit problémy, které brání pacientům v činnostech, které musí provádět v pracovním prostředí (Desirón et al., 2015).

Poslední důležitou částí, která ovšem není pouze v kompetencích ergoterapeuta, je stanovení cíle pro terapeutický zásah, je ale pouze na něm, aby společně s pacientem vymýšlel strategie, jak stanoveného cíle dosáhnout. Společně s pacientem zodpovídá jeho potřeby a cíl určují ve vzájemné kooperaci (Desirón et al., 2015). Odborníci také zdůrazňují, že cíle musí být spojeny s celkovou kvalitou života, proto je opravdu důležité, aby se pacient jejich vymezení účastnil (Cohn, Coster, 2014)

Ergoterapeuté pomáhají pacientům, aby byli schopni pracovat a měli možnost návratu do svého původního zaměstnání, ovšem v mnoha zemích tato služba zatím není dostupná pro pacienty s rakovinou (Desirón et al, 2008, Tiedtke et al, 2012). Často jsou tedy pacienti s rakovinou ponecháni svému osudu a musí s těmito výzvami vypořádat sami (McKay, 2012).

Motivace pro návrat, důvody proč se nevrátit, přechod do pracovního procesu

Z výzkumu ze Švédska dle Lilliehorn et al. (2013), ve kterém bylo zkoumáno 56 žen a jejich proces návratu do práce vyplývají důvody a motivace proč se do práce nevrátit, proč se do práce vrátit a také jak probíhá přechod do pracovního procesu.

Mezi nejčastější důvody proč se do práce prozatím nevrátit, které ženy z již zmíněné studie jmenovaly a které se řadí do 4 subkategorií, patří: *jsem příliš slabá na návrat do práce, moje pracovní místo mě od návratu zpět do práce odrazuje, nemoc je příležitostí k prozatímnímu přerušení pracovního procesu, ztratila jsem chuť a odhodlání pracovat.*

- *Jsem příliš slabá na návrat do práce* – ženy, které odpověděly tímto způsobem, se nejdříve chtěly vyrovnat s následky léčby a teprve poté být konfrontovány se stresujícím prostředím v práci.

- *Moje pracovní místo mě od návratu zpět do práce odrazuje* – tento důvod vyplývá z toho, že pracoviště bylo problematické již před nástupem na začátek léčby. Zahrnuje to nepříjemnou atmosféru mezi kolegy, náročné organizační a pracovní úkoly a nedostatek sociálního kontaktu mezi kolegy.
- *Nemoc je příležitostí k prozatímnímu přerušení pracovního procesu* – ženy uváděly, že si vědomě udělaly delší pauzu před návratem do pracovního procesu. Důvody byly odlišné, ale většinou tuto možnost braly jako způsob, jak si legálně udělat odpočinek od nutnosti fungovat v pracovním procesu.
- *Ztratila jsem chuť a odhodlání pracovat* – ženy, v již zmíněných dílčích kategoriích a důvodech proč se do práce nevrátit, se přesto vrátit nějakým způsobem chtěly. Ovšem ženy, které by se vzhledem ke svému odpovědím daly zařadit do této subkategorie, odpovídaly, že nemohly najít a sebrat potřebné síly k mobilizaci svých schopností pro návrat do pracovního procesu.

Naopak motivací pro návrat je: *zaměstnání dává strukturu mému běžnému dni a chybí mi moje pracovní pozice.*

- *Zaměstnání dává strukturu mému běžnému dni* – zde bylo vidět, jak je pro ženy práce důležitá a to z toho pohledu, že jim dává určitou dávku rutiny, struktury a kontinuity pro každodenní život.
- *Chybí mi moje pracovní pozice* – na rozdíl od předchozí subkategorie, tato odráží skutečné hodnoty, které pro ženy jejich pracovní pozice má.

Některé z žen, samozřejmě ne všechny, vstoupily opět do pracovního procesu již v průběhu léčby nebo těsně po jejím ukončení. Neusilovaly totiž o to, aby jim práce přinesla novou perspektivu do života. Málo z těchto žen mělo pocit, že by před nemocí trávily v práci mnoho hodin, i přesto, že tomu tak bylo. Je to z toho důvodu, že tyto ženy braly práci jako opravdu velmi důležitou součást svého života a kladly na sebe vysoké požadavky ve svých pracovních rolích (Lilliehorn et al, 2013).

Důležité informace vztahující se k dočasné pracovní neschopnosti a nemocenské

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, udává, že nemocenské náleží pojištěncům od 15. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti. Do 15. kalendářního dne, vyjma prvních 3 dní, poskytuje zaměstnavatel zaměstnanci náhradu mzdy.

Podpůrčí doba, dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, trvá nejdéle 380 dní ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo, pokud není zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění stanoveno jinak. (Slivková, ČSSZ). V momentě, kdy skončí podpůrčí doba, může zaměstnanec podat žádost na Okresní správu sociálního zabezpečení (dále OSSZ) a požádat o její prodloužení. Pokud OSSZ jeho žádosti vyhoví, celková doba, kterou stráví na nemocenské, může být maximálně 730 dní (380+350). Pokud OSSZ žádosti nevyhoví, doporučuje se, aby zaměstnanec požádal o invalidní důchod v místě příslušné OSSZ, kde bude lékařem vyšetřen (Houda, 2010).

„Výše nemocenského za kalendářní den činí po celou dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo 60 % redukováného denního vyměřovacího základu“ (Slivková, ČSSZ). Vyměřovací základ se stanovuje z posledních 12 měsíců, z hrubé mzdy. Více informací lze nalézt například na www.socialni-davky-2014.eu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3. Cíl práce a hypotézy

3. 1. Cíl práce

Cílem diplomové práce a výzkumu bylo zjistit, jaký má vliv operativní řešení karcinomu prsu žen v produktivním věku na návrat k původní profesi.

3. 2. Hypotézy

V diplomové práci byly po konzultaci se statistikem stanoveny tři hypotézy:

- *U žen po karcinomu prsu, je návrat na stejnou pracovní pozici nezávislý na typu zaměstnání*
- *Délka doby od operace do nástupu do zaměstnání je nezávislá na věku ženy po karcinomu prsu*
- *Návrat na stejnou pracovní pozici u žen po karcinomu prsu není statisticky významně závislý na typu operace*

4. Metodologie

4. 1. Typ výzkumu

V diplomové práci bylo hlavní snahou oslovit co nejvíce žen v cílové skupině, která byla určena. Proto nebylo vhodné volit kvalitativní výzkum, ve kterém by byly vedeny s jednotlivými ženami např. individuální rozhovory. Byl tedy vybrán typ výzkumu kvantitativní.

„Kvantitativní výzkum není nic jiného než testování hypotéz. Staví na dedukci: za východisko má teorii, na jejímž základě vytvoří hypotézy o tom, jaké vztahy mezi proměnnými by měly existovat, nasbírání data a hypotézy potvrdí či vyvrátí“ (Disman, 2000, str. 76).

4. 2. Technika sběru dat

Technikou sběru dat, která byla v popisovaném výzkumu využita, byl dotazník.

„Dotazník je baterie otázek, na něž respondent odpovídá buď formou jednoduchých odpovědí typu „ano“, „ne“, resp. „nevím“, případně jako soubor otázek, k nimž je vždy přiřazena sada možných odpovědí, z nichž si dotazovaný vybírá pro sebe nejpříjemnější alternativu“ (Pelikán, 1998, str. 104).

Dotazník byl využit proto, že bylo potřeba obsáhnout, co nejvíce možných respondentů. Dotazník je ideální technika sběru dat pro tyto účely.

„Podstatou dotazníku je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, kterého dotazujícího zajímají“ (Pelikán, 1998, str. 104).

Dotazník byl strukturován tak, aby byla získána všechna potřebná data. Vzhledem k obsáhnutí všech možných odpovědí, byly zvoleny otázky uzavřené i polouzavřené (nabídka možnosti jiné a ruční vypsání odpovědi, která vystihuje přesnou odpověď na otázku). Důležitou částí dotazníku byly otázky, které dle kritérií vyřadily respondentky z výzkumu. Jsou to otázky týkající se věku, pohlaví, ukončení léčby, návratu do zaměstnání a doby návratu do zaměstnání, typ operace. Dále jsou v dotazníku otázky týkající se následků léčby, zaměstnání, rehabilitační a následné péče, kvality života. Před

rozesláním konečné verze byl proveden pokusný sběr dat, aby došlo k zjištění, zdali je dotazník dobře sestavený.

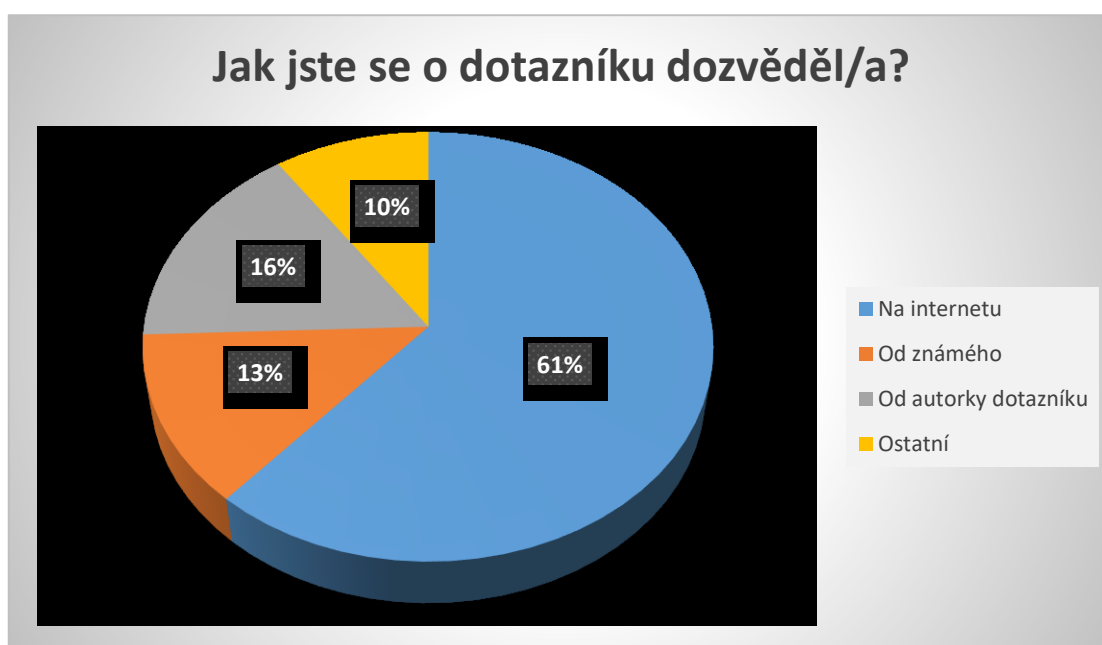
„Dotazník se obvykle skládá ze tří částí. Vstupní část se skládá z hlavičky (název a adresa instituce, která zadává dotazník a (nebo) jména autora/autorů dotazníku). Vstupní část dále vysvětluje cíle dotazníku. Obvykle zdůrazňuje i význam respondentových odpovědí při řešení dané problematiky“ (Gavora, 2000).

„Druhá část obsahuje vlastní otázky. Seřazení otázek nebývá vždy tematické, tj. pořadí jednotlivých otázek neodpovídá logice. Toto pořadí se ruší z psychologických důvodů. Obvykle na prvních místech bývají otázky lehčí a přitažlivější. Je to proto, abychom respondenta neodradili. Uprostřed bývají otázky těžší a méně zajímavé. Ke konci jsou umístěny otázky, které mají důvěrnější charakter. Na konec bývají zařazeny faktografické otázky“ (Gavora, 2000).

„Na konci dotazníku bývá poděkování respondentovi za spolupráci“ (Gavora, 2000).

Dotazník s názvem: Návrat žen do pracovního procesu po rakovině prsu, je pro představu uveden v přílohách (Příloha 6) diplomové práce. Byl distribuován pomocí internetu. Na grafu, který je uveden níže, můžete vidět, že 61% respondentek se o dotazníku dozvědělo na internetu, 16 % přímo od autorky dotazníku, 13% od známého a 10% uvedlo kategorii *ostatní*. V kategorii *ostatní* často uváděly respondentky odpověď Facebook a nebo, že se o něm dozvěděly od organizací, ve kterých se sdružují.

Graf 1. Jak jste se o dotazníku dozvěděl/a?



Obecné shrnutí sběru dat lze popsat takto: začátkem prosince 2016 došlo k vytvoření konečné verze dotazníku a k jeho pretestu před rozesláním. Během prosince 2016 osloveny první organizace sdružující ženy po karcinomu prsu a jejich přispěním byl dotazník rozeslán do spousty míst po České republice. Dále umístění na internet, na emimino.cz a další. Během února 2017 došlo ke sdílení na sociální síti Facebook, veřejně na stránky sdružující ženy po karcinomu prsu, tak do soukromých skupin, které tyto ženy sdružují. Sběr dat byl ukončen koncem února 2017, aby byl dostatek času na jejich konečné zpracování.

4. 3. Výzkumný soubor

Způsobem výběru výzkumného vzorku, který byl využit v diplomové práci, byl záměrný výběr.

„Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání“ (Gavora, 2000).

Cílovou populací, která byla zkoumána v diplomové práci, byly ženy v produktivním věku po operativním řešení karcinomu prsu, které se již navrátily do pracovního procesu.

„Předmětem výzkumu jsou jevy (osoby, věci, procesy). Obvykle se nazývají subjekty výzkumu. Všichni lidé, o kterých chce výzkum získat informace, tvoří základní soubor (populaci)“ (Gavora, 2000).

Kritéria výběru:

- ženy
- produktivní věk - *„produktivní věk se volí tak, aby co nejlépe vystihoval potenciál ekonomicky aktivních. Dnes se obvykle za produktivní věk považuje interval 20 – 64 dokončených let“ (Dvořáková, Smrčka, 2011, str. 55).*
- prodělaná operace karcinomu prsu – pacientka nejdéle pět let po chirurgickém řešení karcinomu prsu (z důvodu aktuálního pohledu na tuto problematiku)
- návrat do zaměstnání (pro zjištění, za jak dlouho se ženy vrací)

Kritéria pro vyloučení:

- muži
- školní a důchodový věk – školní věk = 0-19 let, důchodový věk = 65 let a více
- karcinom prsu řešen pouze radiologickou, biologickou nebo chemoterapeutickou léčbou
- stále v procesu léčby, invalidní či starobní důchod, návrat déle než 5 let od počátku léčby

Dotazníky byly distribuovány mezi ženy, které jsou sdružovány v různých podpůrných skupinách po celé České republice. Bylo využito dnešních možností a otevřenosti internetu a dotazníky byly rozeslány pomocí sociální sítě (Facebook), dále do skupin sdružujících ženy po karcinomu prsu a stránky, které se tomuto tématu věnují. Dotazník byl také rozeslán pomocí emailu do organizací po celé České republice, které sdružují pacientky po karcinomu prsu (např. Mamma HELP, atd.).

Celkový počet vyplněných dotazníků byl 301, z toho bylo pouze 10 vyplněno v papírové verzi. Naprostá většina byla tedy vyplněna pomocí aplikace Google Disk na internetu. Vzhledem k přísně nastaveným kritériím, se během prvních čtyř otázek (určení pohlaví, věku, ukončení x neukončení léčby, doba od ukončení léčby) z výzkumu vyřadilo 89 respondentů (tzn., byli přesměrováni až na úplný konec dotazníku). Dalších 6 respondentů se vyřadilo kvůli neabsolvování chirurgické léčby. A poslední úbytek byl zaznamenán při otázce o návratu do práce a to 38. Respondentů, kteří se dostali v dotazníku až ke stěžejním otázkám o zaměstnání, bylo 68. Pokud se respondenti prozatím nevrátili do pracovního procesu, byli přesměrováni na otázky týkající se kvality života, kde se opět počet odpovědí zvedl na 106. Ovšem ve výsledcích je zahrnuto pouze 68 žen, které prošly všemi kritérii. V poslední otázce, která se týká toho, jak se respondenti o dotazníku dozvěděli, byl opět počet odpovědí 301, jelikož na tuto otázku byli přesměrováni všichni respondenti, kteří se dotazník rozhodli vyplnit.

4. 3. 1. Popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor se skládá z 68 respondentek s ukončenou léčbou karcinomu prsu. Věkové rozložení žen, bylo dle definice produktivního věku, 20 – 64 let. Nejvíce

respondentek, 26, bylo ve věkovém rozmezí 41 – 50 let a nejméně, pouze 1 respondentka, ve věkovém rozmezí 61 – 64 let. Kritériem výzkumu bylo absolvování chirurgické operace. Nejčastějším typem operace, který respondentky podstoupily, a to ve 39 případech, byla lumpektomie, ablaci prsu podstoupilo 15 respondentek a nejméně pak, 14 respondentek, absolvovalo částečnou mastektomii prsu. Respondentky, které byly zařazeny do výzkumu, musely mít splněno kritérium návratu do pracovního procesu. 49 respondentek se vrátilo na stejnou pracovní pozici, 11 respondentek zcela změnilo zaměstnání, 8 respondentek pouze změnilo pracovní pozici. V níže uvedené tabulce lze vidět, z jakých krajů ČR respondentky pocházely. 10 respondentek pocházelo z hlavního města Prahy, pouze 1 respondentka byla z kraje Vysočina.

Tabulka 1. *Kraj*

Kraj	Počet respondentů
Ústecký	4
Hlavní město Praha	10
Jihočeský	5
Jihomoravský	8
Karlovarský	2
Královéhradecký	6
Liberecký	2
Moravskoslezský	3
Olomoucký	3
Pardubický	3
Plzeňský	7
Středočeský	8
Vysočina	1
Zlínský	6
Celkem	68

4. 4. Metody analýzy dat

Zpracování dat bylo provedeno po konzultaci a za pomoci statistika. Ke zpracování dat z výzkumu byla využita deskriptivní (popisná) statistika. Dle Walkera (2013) se deskriptivní statistika týká řady čísel, která následně sumarizuje. Sumarizace a zobrazení získaných dat bylo provedeno pomocí programu Microsoft Office Excel. Byly využity tabulky, kde jsou obecně shrnuty výsledky výzkumu. Ke grafickému vyjádření získaných dat, výsledků a jejich následné prezentaci byly využity koláčové a pruhové grafy.

Statistik navrhl a provedl zpracování dat vztahujících se k potvrzení platnosti hypotéz, provedl testování pomocí chí-kvadrátu, což je metoda matematické shody, která umožňuje testovat, zdali má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti (Anděl, 1985). a testoval také podle neparametrického Spermanova koeficientu korelace, který udává statistickou závislost (korelaci) mezi dvěma veličinami (Anděl, 1985).

5. Výsledky

V kapitole výsledky jsou k nalezení výsledky z dotazníkového šetření. Výsledky jsou vztáhnuty k výsledkům 68 žen, které splnily všechna kritéria pro přijetí do výzkumu. Výsledky z jednotlivých otázek jsou sloučeny do několika oblastí, které spolu souvisí: typ léčby a následné komplikace, rehabilitace a následná péče, oblast kvality života a nakonec samozřejmě oblast zaměstnání, což je stěžejní část výzkumu.

5. 1. Typ léčby a následné komplikace

Výsledky oblasti, která se zabývá typem léčby a následných komplikací, ukazují, jak spolu souvisí typ operace a následky, fyzické a další. Dále jsou graficky zobrazeny a popsány výsledky jednotlivých otázek pro lepší přehlednost.

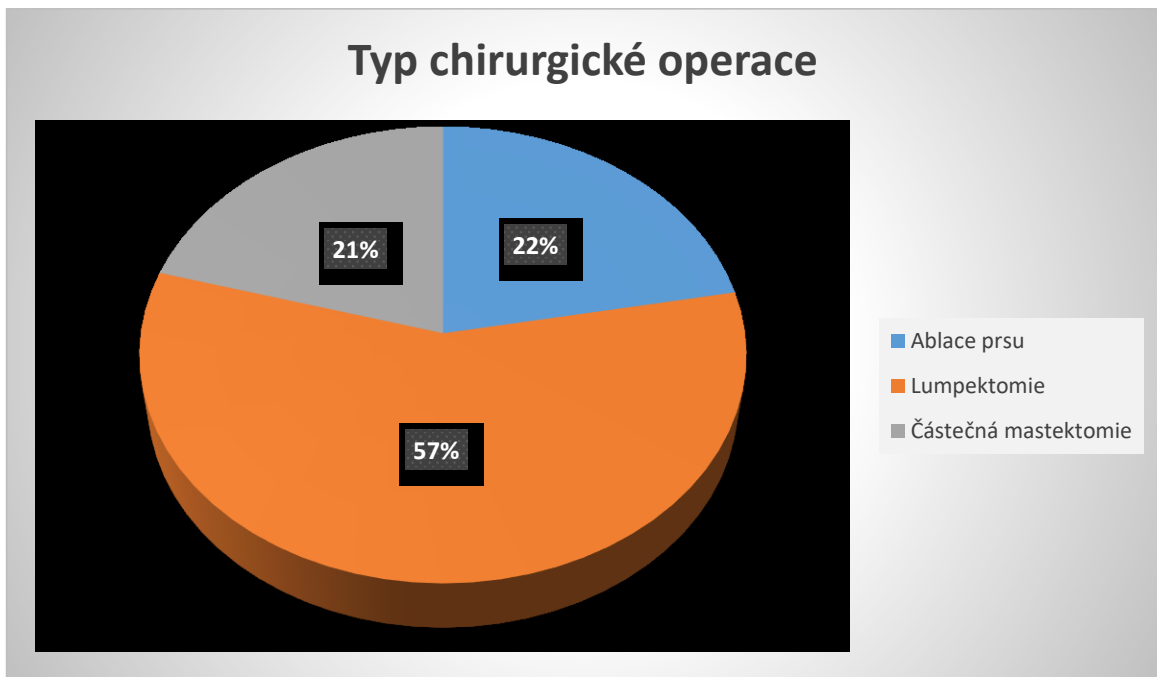
Jaký typ chirurgické operace jste prodělala?

Tabulka 1. *Typ chirurgické operace*

Typ chirurgické operace	Počet respondentů
Lumpektomie	39
Částečná mastektomie	14
Ablace prsu	15
Celkem	68

Nejčastějším typem operace, který respondentky podstoupily, byla lumpektomie, ve 39 případech (57%), ablaci prsu podstoupily respondentky v 15 případech (22%) a nejméně pak, a to ve 14 případech (21%), absolvovaly respondentky částečnou mastektomii.

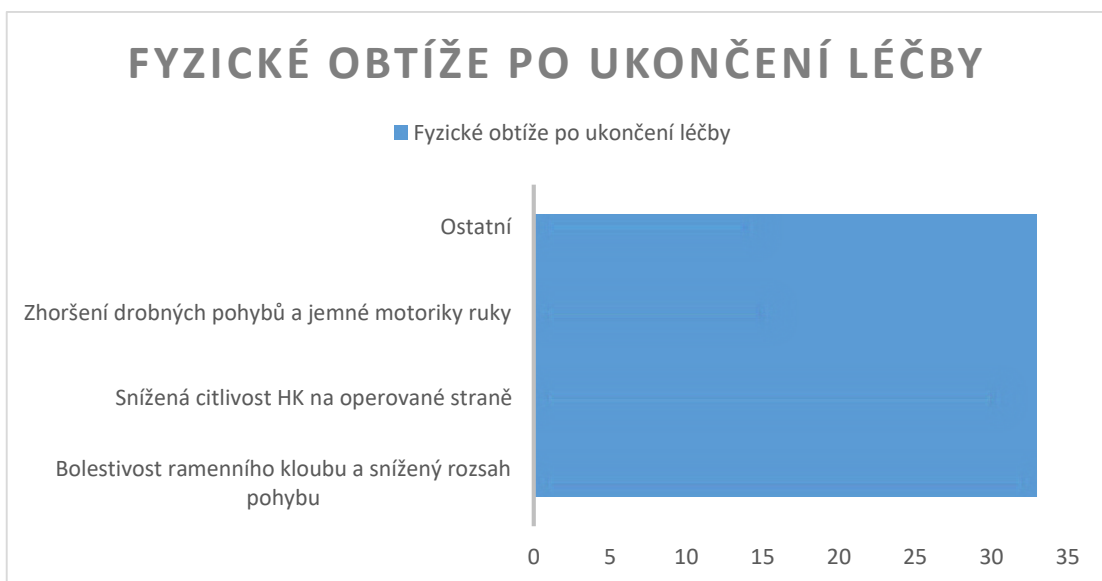
Graf 1. Typ chirurgické operace



Jaké jste měla fyzické obtíže po ukončení léčby? (více možných odpovědí)

Vzhledem k typu otázky, kdy je více možných odpovědí, bylo potřeba zvolit jiný typ grafického zpracování výsledků. Byl využit pruhový graf pro lepší přehlednost výsledků.

Graf 2. Fyzické obtíže po ukončení léčby



Tabulka 2. *Fyzické obtíže po ukončení léčby*

Fyzické obtíže po ukončení léčby	Počet respondentů
Bolestivost ramenního kloubu a snížený rozsah pohybu	33
Snížená citlivost HK na operované straně	31
Zhoršení drobných pohybů a jemné motoriky ruky	16
Ostatní	15

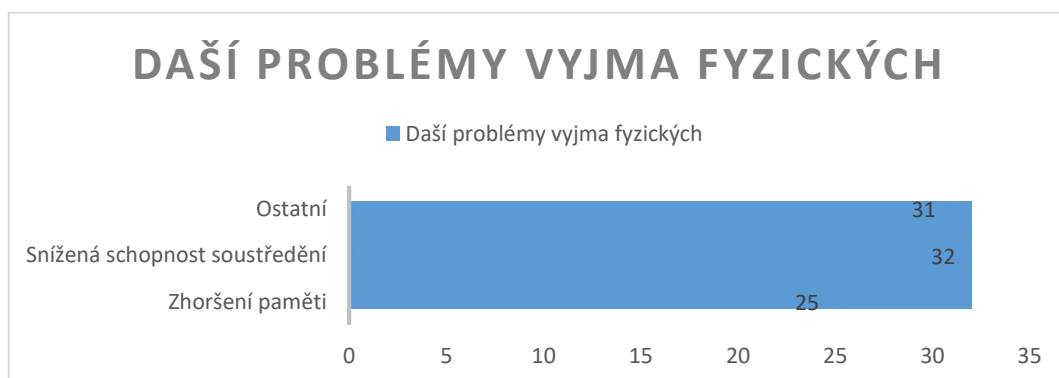
Nejvíce respondentek uvedlo jako fyzické obtíže po ukončení léčby bolestivost ramenního kloubu a snížený rozsah pohybu, tato odpověď se objevila ve 33 případech. Nejméně z nich, 15 respondentek, se zařadilo do kategorie *ostatní*.

Do kategorie *ostatní* respondentky nejčastěji psaly, že je omezoval lymfédem horní končetiny a otok prsu, brnění končetin (dolní i horní končetiny) a také bolest kloubů dolní končetiny, necitlivost na dolních končetinách.

Došlo u Vás i k nějakým jiným problémům vyjma fyzických? (více možných odpovědí)

Vzhledem k typu otázky, kdy je více možných odpovědí, bylo potřeba zvolit jiný typ grafického zpracování výsledků. Byl využit pruhový graf pro lepší přehlednost výsledků.

Graf 3. *Další potíže vyjma fyzických*



Tabulka 3. *Další problémy vyjma fyzických*

Další problémy vyjma fyzických	Počet respondentů
Zhoršení paměti	25
Snížená schopnost soustředění	32
Ostatní	31

Nejvíce respondentky uváděly snížení schopnosti soustředění, 32 odpovědí, dále *ostatní*, 32 odpovědí a nejméně pak zhoršení paměti, 25 odpovědí.

V kategorii *ostatní*, respondentky často uváděly únavu, dále psychické problémy a deprese, celkovou zpomalenost a ovlivnění kognitivních funkcí a v neposlední řadě a zcela nejčastěji uváděly, že je žádné další problémy neomezovaly.

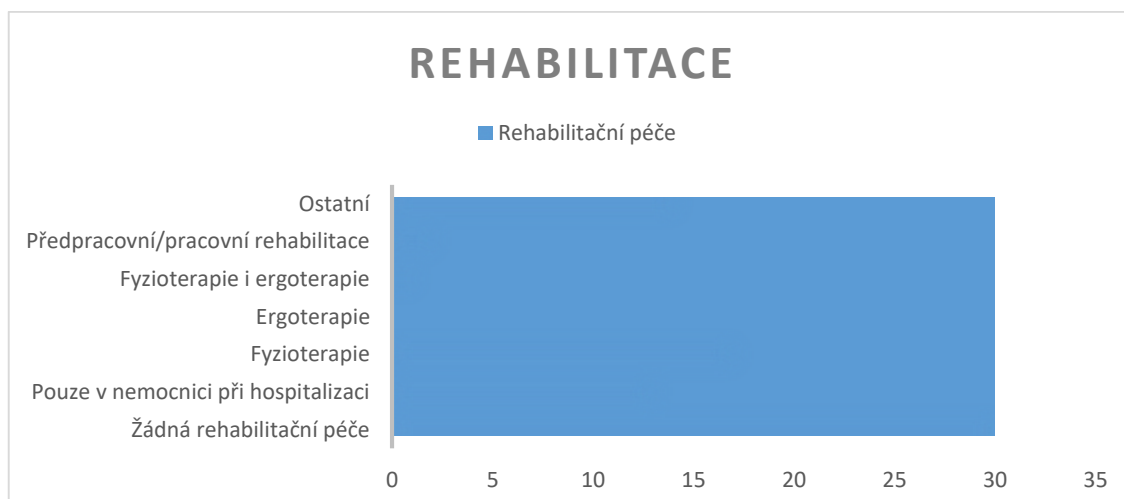
5. 2. Rehabilitace a následné možnosti intervence

Výsledky oblasti, která se zabývá typem rehabilitace a možnostmi následných intervencí různých odborníků (lékaři, sociální pracovníci, ergoterapeuté), ukazují, v jakých oblastech jsou intervence odborníků dostatečné a kde by se případně daly zlepšit, jak v oblasti rehabilitace, tak přímo v oblasti zaměstnání a návratu do zaměstnání. Dále jsou graficky zobrazeny a popsány výsledky jednotlivých otázek pro lepší přehlednost.

Absolvovala jste nějakou rehabilitační péči? (více možných odpovědí)

Vzhledem k typu otázky, kdy je více možných odpovědí, bylo potřeba zvolit jiný typ grafického zpracování výsledků. Byl využit pruhový graf pro lepší přehlednost výsledků.

Graf 1. *Rehabilitace*



Tabulka 1. *Rehabilitace*

Rehabilitace	Počet respondentek
Žádná	30
Pouze v nemocnici při hospitalizaci	13
Fyzioterapie	17
Ergoterapie	0
Fyzioterapie i ergoterapie	1
Předpracovní/pracovní rehabilitace	2
Ostatní	14

Nejčastěji respondentky uváděly možnost, že neabsolvovaly žádnou rehabilitaci, 30 odpovědí. V 17 případech absolvovaly fyzioterapii, ve 14 případech uvedly ostatní, ve 13 případech absolvovaly pouze fyzioterapii v nemocnici při hospitalizaci, ve 2 případech předpracovní/pracovní rehabilitaci a 1 respondentka absolvovala kombinaci ergoterapie a fyzioterapie. Ani jedna respondentka neuvedla, že by v rámci rehabilitační intervence absolvovala pouze ergoterapii.

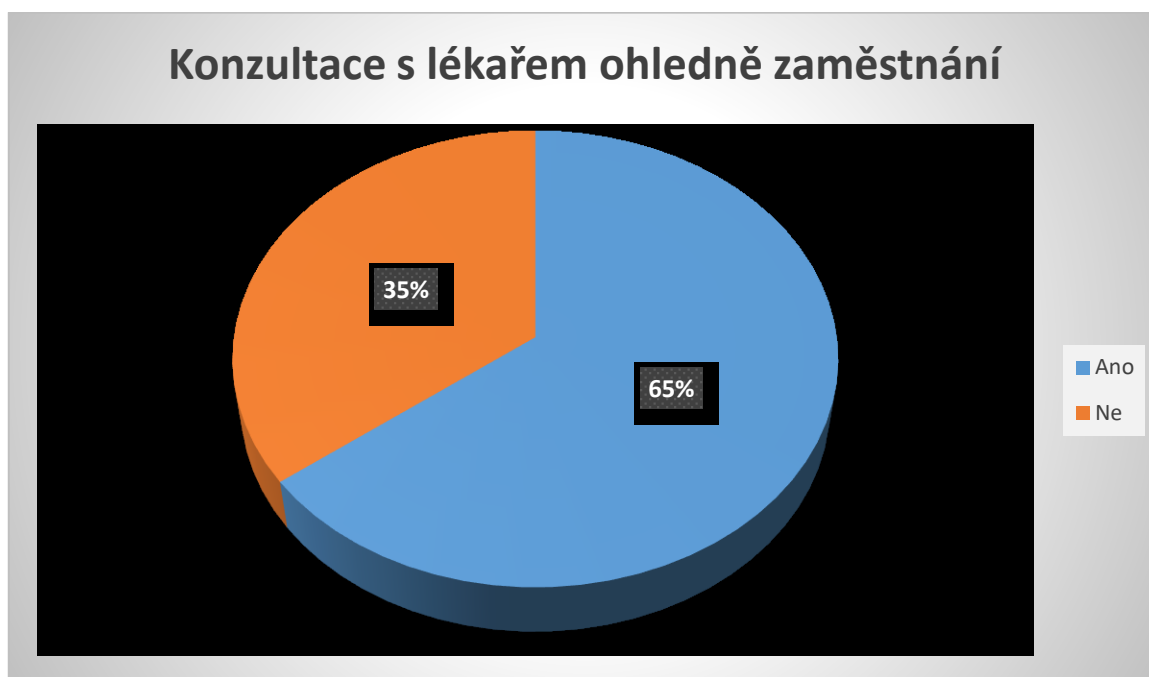
V kategorii *ostatní* respondentky nejčastěji odpovídaly, že jako další rehabilitační péči absolvovaly lázeňskou péči. Další častou odpovědí bylo to, že respondentky absolvovaly nějakou formu lymfoterapie (ruční nebo přístrojová).

Konzultoval s Vámi lékař možnosti návratu do pracovního procesu?

Tabulka 2. *Konzultace s lékařem ohledně zaměstnání*

Konzultace s lékařem ohledně zaměstnání	Počet respondentů
Ano	44
Ne	24
Celkem	68

Graf 2. Konzultace s lékařem ohledně zaměstnání



Z výsledků vyplývá, že 35% lékařů s pacientkami nekonzultuje návrat do zaměstnání, 65% lékařů návrat do zaměstnání s pacientkami návrat do zaměstnání konzultuje.

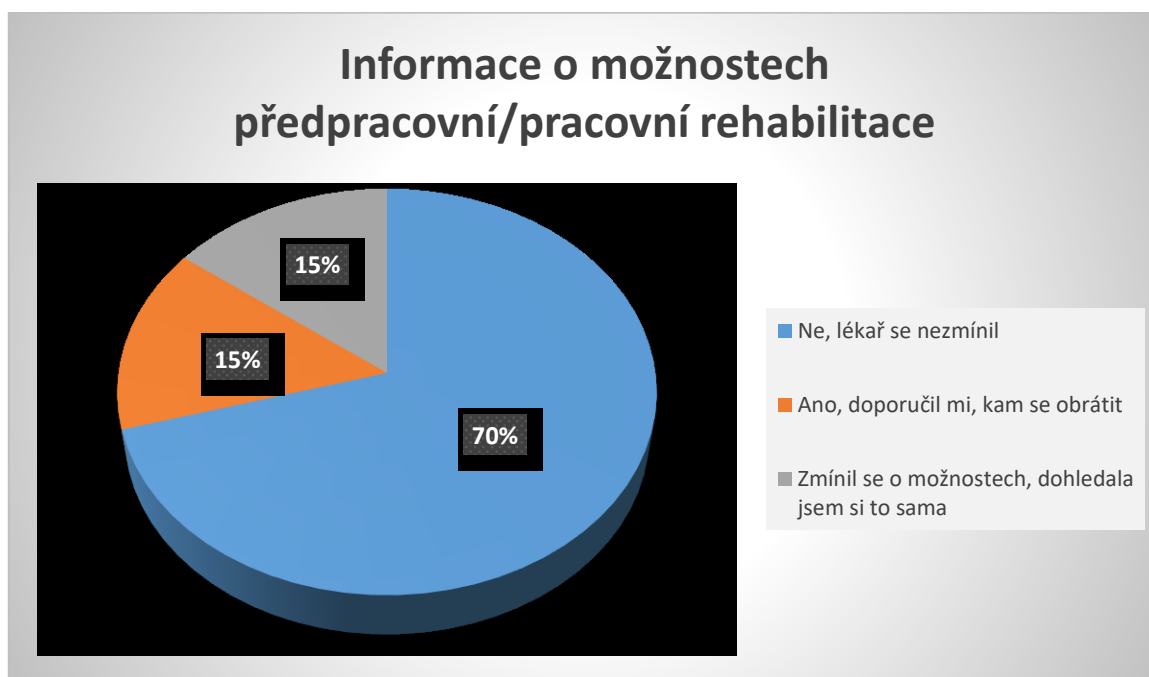
Pokud s Vámi lékař konzultoval možnosti návratu do práce, nabídl Vám informace k nějaké formě předpracovní/pracovní rehabilitace?.

Tabulka 3. Informace o možnostech předpracovní/pracovní rehabilitace

Informace o možnostech předpracovní/pracovní rehabilitace	Počet respondentů
Ne, lékař se nezmínil	48
Ano, doporučil mi, kam se obrátit	10
Zmínil se o možnostech, dohledala jsem si to sama	10
Celkem	68

Nejvíce respondentky uvedly, že s nimi lékař možnosti předpracovní/pracovní rehabilitace nekonzultoval, 48 odpovědí (70%), Nejméně odpovědí bylo v kategorii, kde lékař konkrétně uvedl, kam se respondentky mohou obrátit a také, že se pouze zmínil o možnostech předpracovní/pracovní rehabilitace, to v 10 případech (15%).

Graf 3. Informace o možnostech předpracovní/pracovní rehabilitace



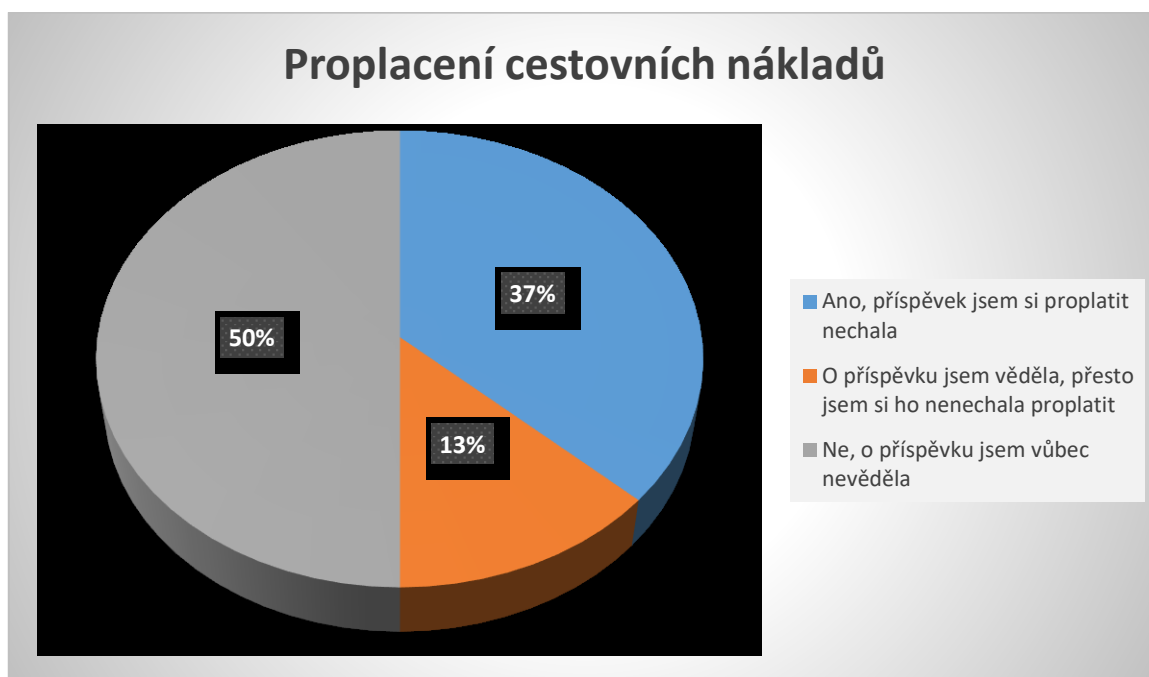
Pokud jste dojížděla na chemoterapeutickou léčbu vlastním automobilem, nechala jste si zpětně proplatit náhradu cestovních nákladů?

Tabulka 4. *Proplacení cestovních nákladů*

Proplacení cestovních nákladů	Počet respondentů
Ano, příspěvek jsem si proplatit nechala	25
O příspěvku jsem věděla, přesto jsem si ho nenechala proplatit	9
Ne, o příspěvku jsem vůbec nevěděla	34
Celkem	68

V této otázce respondenty nejčastěji uvedly odpověď, že o příspěvku vůbec nevěděly a to v 34 případech (50%). Ve 25 případech si ženy příspěvek proplatit nechaly (37%). Nejméně častou odpovědí pak byla ta, že o příspěvku pacientky věděly, ale vědomě si ho nenechaly proplatit. Tato odpověď se objevila v 9 případech (13%).

Graf 4. *Proplacení cestovních nákladů*



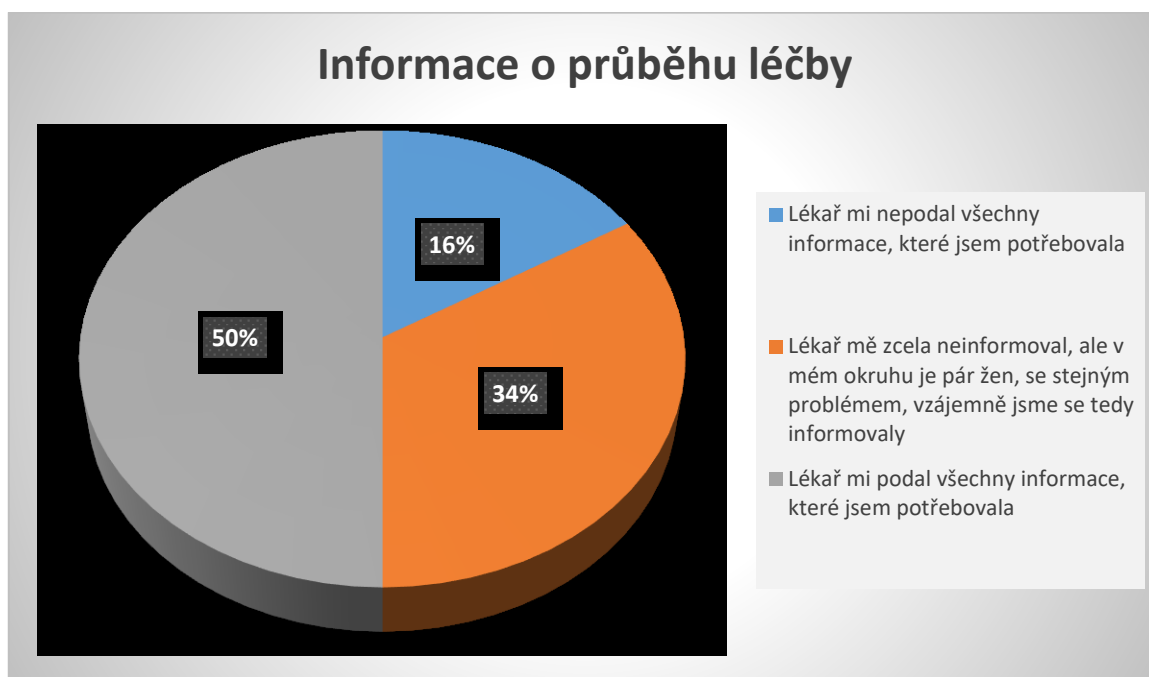
Všechny potřebné informace o průběhu léčby (včetně rehabilitační péče, následků onemocnění, atd.), jste se dozvěděla od ošetřujícího lékaře?

Tabulka 5. *Informace o průběhu léčby*

Informace o průběhu léčby	Počet respondentů
Lékař mi nepodal všechny informace, které jsem potřebovala	11
Lékař mě zcela neinformoval, ale v mém okruhu je pár žen, se stejným problémem, vzájemně jsme se tedy informovaly	23
Lékař mi podal všechny informace, které jsem potřebovala	34
Celkem	68

34 respondentek (50%) odpovědělo, že dostaly všechny informace přímo od lékaře. 23 respondentek (34%) nebylo plně informováno a radily se s ženami se stejným problémem. Naopak 11 respondentek (16%) od lékaře všechny potřebné informace neobdrželo a muselo si je dohledávat někde jinde.

Graf 5. Informace o průběhu léčby



5. 3. Oblast kvality života

Výsledky oblasti, která se zabývá kvalitou života po karcinomu prsu, ukazují, jak jsou respondentky spokojeny se současnou kvalitou života a zdali se účastní akcí a sdružují se v organizacích, které sdružují pacientky po karcinomu prsu. Dále jsou graficky zobrazeny a popsány výsledky jednotlivých otázek pro lepší přehlednost.

Jak jste spokojena se svojí současnou kvalitou života?

Tabulka 1. *Spokojenost s kvalitou života*

Spokojenost s kvalitou života	Počet respondentů
Můj život je stejně kvalitní, jako před onemocněním	20
Snažím se prožívat svůj život stejně, ale následky onemocnění jsou pro mě omezující	40
Snažím se prožívat svůj život stejně, ale následky onemocnění jsou pro mě velmi omezující	2
Kvalita života se nedá srovnávat se stavem před onemocněním	6
Celkem	68

40 respondentek (59%) odpovědělo, že se svůj život snaží prožívat stejně kvalitně, ale ne vždy se jim to daří, následky onemocnění jsou pro ně omezující. 20 respondentek (29%) má stejně kvalitní život jako před onemocněním. 6 respondentek (9%) uvedlo, že se jejich život nedá srovnávat s životem před onemocněním. Nejméně respondentek, 2 (3%), pak uvedlo, že se snaží prožívat svůj život stejně, ale následky onemocnění jsou pro ně velmi omezující.

Graf 1. *Spokojenost s kvalitou života*



Navštěvovala jste/navštěvujete organizace a zájmová sdružení žen se stejnou onkologickou diagnózou nebo obecně organizace sdružující onkologicky nemocné pacienty?

Tabulka 2. *Členství v organizacích*

Členství v organizacích	Počet respondentů
Účastním se akcí Mamma HELPu	8
Navštěvuji Ústecký Arcus	0
Přemýšlela jsem o setkávání s lidmi s podobnou diagnózou, ale zatím jsem to neuskutečnila	21

Členství v organizacích	Počet respondentů
Nemám zájem absolvovat tato setkání	21
Ostatní	18
Celkem	68

Nejčastější počet odpovědí, 21 (31%), byl ve dvou kategoriích, a to v kategorii, že přemýšlely o tom, že by se s lidmi s podobným osudem setkávaly, ale zatím to neuskutečnily a že nemají zájem o tato setkání, počet odpovědí byl shodný. 18 respondentek (26%) uvedlo odpověď *ostatní*. 8 respondentek (12%) uvedlo, že se účastní akcí MammaHELPU. Žádná respondentka neodpověděla, že navštěvuje Ústecký Arcus.

V kategorii *ostatní* bylo velmi častou odpovědí sdružení pacientek Bellis young and cancer a další významný počet odpovědí v této kategorii byla příslušnost a aktivita ve facebookových skupinách, které sdružují pacienty po karcinomu jakéhokoliv typu.

Graf 2. Členství v organizacích



5. 4. Oblast zaměstnání

Výsledky oblasti, která se zabývá zaměstnáním, ukazují, v jakých oborech ženy pracují, jestli se vrátily na stejnou pracovní pozici nebo musely změnit zaměstnání, a jak nyní své povinnosti v zaměstnání zvládají. Dále jsou graficky zobrazeny a popsány výsledky jednotlivých otázek pro lepší přehlednost.

Vrátila jste se na stejnou pracovní pozici?

Tabulka 1. *Návrat na stejnou pracovní pozici*

Návrat na stejnou pracovní pozici	Počet respondentů
Ano	49
Ne, změnila jsem pracovní pozici	8
Ne, změnila jsem zaměstnání	11
Celkem	68

Nejčastěji respondentky uvedly, že se vrátily na stejnou pozici a to v 49 případech (84%). V 11 případech (14%) změnily zaměstnání. Nejméně často pak odpověděly, že pouze změnily pracovní pozici ve stejné firmě a těchto respondentek bylo 8 (2%).

Graf 1. *Návrat na stejnou pracovní pozici*



Jste zaměstnaná nebo jste živnostník?

Tabulka 2. *Zaměstnanec nebo živnostník?*

Zaměstnanec nebo živnostník?	Počet respondentů
Zaměstnanec	62
Živnostník	6
Celkem	68

Graf 2. *Zaměstnanec nebo živnostník?*



Z výsledků vyplývá, že 62 respondentek (91%) pracuje jako zaměstnankyně, 6 z nich (9%) jsou živnostnicemi.

Manuální nebo administrativní pracovní pozice?

Tabulka 3. *Typ pracovní pozice*

Typ pracovní pozice	Počet respondentů
Manuální pozice	23
Administrativní pozice	41
Ostatní	4
Celkem	68

Nejčastěji respondentky odpovídaly, že pracují na administrativní pozici a to v 41 případech (60%). Ve 23 případech (34%) pracují na manuální pozici. Pouze 4 respondentky (6%) pak odpověděly pomocí možnosti *ostatní*.

Nejčastější odpovědí v kategorii *ostatní* byla odpověď, že respondentky mají pracovní pozici, na které kombinují manuální a administrativní typ práce (3 ze 4 případů).

Graf 3. *Typ pracovní pozice*



V jakém oboru pracujete?

Tabulka 4. *Pracovní obor*

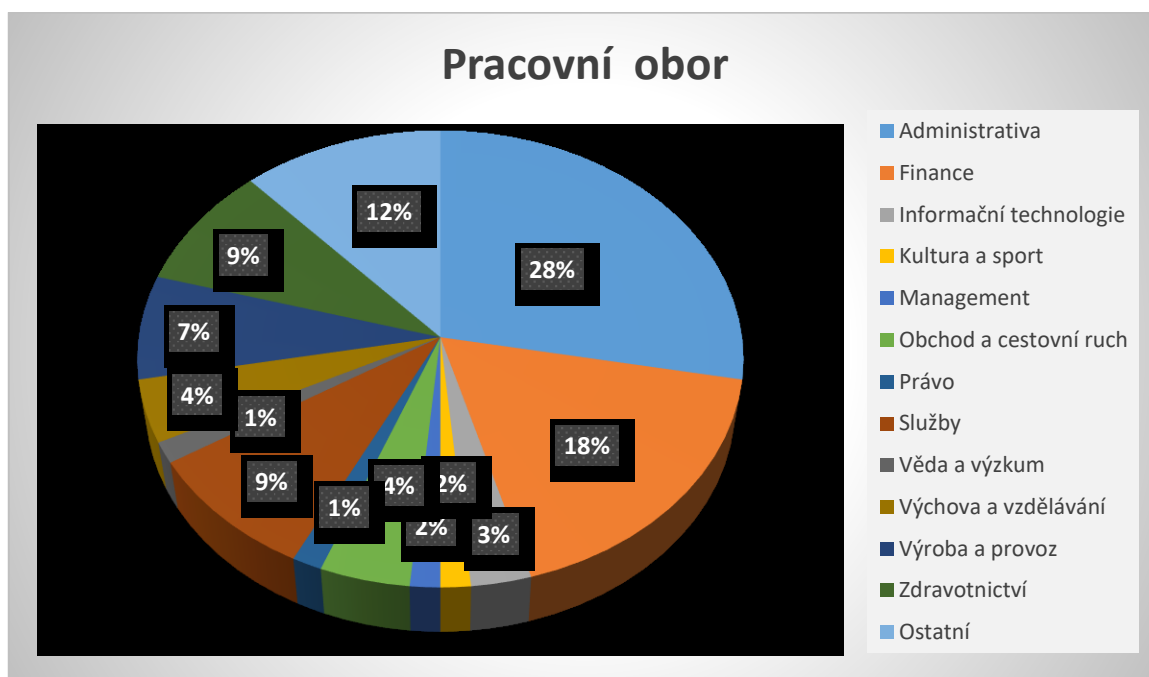
Pracovní obor	Počet respondentů
Administrativa	19
Doprava	0
Finance	12
Informační technologie	2
Kultura a sport	1
Management	1
Obchod a cestovní ruch	3
Obrana a ochrana	0

Pracovní obor	Počet respondentů
Právo	1
Služby	6
Stavebnictví	0
Věda a výzkum	1
Výchova a vzdělávání	3
Výroba a provoz	5
Zdravotnictví	6
Zemědělství a lesnictví	0
Ostatní	8
Celkem	68

Nejvíce respondentek pracuje v oblasti administrativy a to 19 (28%), 12 (18%) pracuje v oblasti financí, 8 (12%) uvedlo odpověď ostatní, 6 (9%) v oblasti služeb a 6 (9%) v oblasti zdravotnictví. 5 (7%) uvedlo obor výroba a provoz, 3 (4%) výchova a vzdělávání, 3 (4%) obchod a cestovní ruch, 2 (3%) informační technologie, 1 (2%) management, 1 (2%) kultura a sport, 1% právo a 1% věda a výzkum. Žádná respondentka nepracuje v oblasti dopravy, obrany a ochrany, stavebnictví, zemědělství a lesnictví.

V kategorii *ostatní* respondentky uváděly práci ve školství, marketingu a průzkum trhu, odpadovém hospodářství, jazykových korekturách, redakci a výuka cizího jazyka, firmě s léčivými prostředky, gastronomii, na farmě a v elektrovýrobě.

Graf 4. Pracovní obor



Co se týče pracovních povinností a zátěže...

Tabulka 5. Pracovní povinnosti a zátěž

Pracovní povinnosti a zátěž	Počet respondentů
Zvládám své úkoly a povinnosti stejně jako před onemocněním	38
Své úkoly a povinnosti zvládám s obtížemi	29
Nezvládám plnit své úkoly a povinnosti, zátěž je na mě příliš vysoká	1
Celkem	68

Nejvíce respondentek, 38 (56%), uvedlo, že své úkoly zvládají stejně jako před onemocněním. 29 respondentek (43%) své úkoly a povinnosti zvládají s obtížemi. 1 respondentka (1%) uvedla, že nezvládá plnit své pracovní povinnosti, že je na ní zátěž příliš vysoká.

Graf 5. Pracovní povinnosti a zátěž



5. 5. Zhodnocení výsledků vzhledem k hypotézám

Pro vyhodnocení výsledků vzhledem k hypotézám bylo nutné vzít v úvahu a vyhodnotit jednotlivé dotazníky zvlášť. Ovšem pouze ty dotazníky, v kterých ženy odpovídaly v sekci zaměstnání. Celkový počet těchto dotazníků byl 68. Bylo nutné vyhodnotit informace o věku, typu léčby, typu chirurgické operace, doby návratu do pracovního procesu a informacích o zaměstnání (zda se vracely na stejnou pracovní pozici a zda vykonávají manuální nebo administrativní typ práce).

5. 5. 1. Zhodnocení výsledků vzhledem k 1. hypotéze

Hypotéza číslo 1.

U žen po karcinomu prsu, je návrat na stejnou pracovní pozici nezávislý na typu zaměstnání.

Předpokladem bylo, že ženy, které vykonávají manuální práci, spíše změní pracovní pozici nebo zaměstnání, než že by se k původní profesi vrátily.

Níže uvádím pro lepší přehlednost graf, jaké je procentuální zastoupení respondentek v oblasti manuální a administrativní práce.

Graf 1. *Manuální x administrativní pracovní pozice*



Tabulka 1. *Porovnání typu pracovní pozice a jejího vlivu na návrat do zaměstnání*

Typ pracovní pozice	Stejná pracovní pozice	Změna pracovní pozice	Změna zaměstnání	Celkem
Manuální	14 (61%)	3 (13%)	6 (26%)	23
Administrativní	32 (78%)	4 (10%)	5 (12%)	41

V tabulce můžeme vidět, četnost jednotlivých respondentek a procentuální zastoupení u jednotlivých odpovědích z celkového počtu odpovědí.

U manuálního typu práce se 61% respondentek vrací na stejnou pozici, 13% pouze mění pracovní pozici a 26% z nich mění zaměstnání. U administrativního typu práce pak 78% po návratu do pracovního procesu zůstává na stejné pracovní pozici, 10% mění pracovní pozici a 12% mění zaměstnání.

Ke statistickému zpracování se ovšem využijí data pouze 64 žen (pouze ty, které uvedly administrativní nebo manuální pracovní pozici). Data 64 žen se sloučila do jedné tabulky a vyhodnotila testem chí-kvadrát.

Práce	Stejná pozice		Celkem
	ano	ne	
Manuální	14	9	23
Administrativní	32	9	41
Celkem	46	18	64

Závěrem lze říci, že se neprokázalo, že by návrat na stejnou pracovní pozici po operaci prsu statisticky významně, na zvolené hladině významnosti 0,05, závisel na typu práce (manuální, administrativní). Jinými slovy lze poukázat na to, že u manuálního typu práce se na stejnou pracovní pozici vrací 60,9% žen a u administrativního typu práce se na stejnou pracovní pozici vrací 78% žen, jedná se o statisticky nevýznamný rozdíl ($p = 0,142$).

5. 5. 2. Zhodnocení výsledků vzhledem ke 2. hypotéze

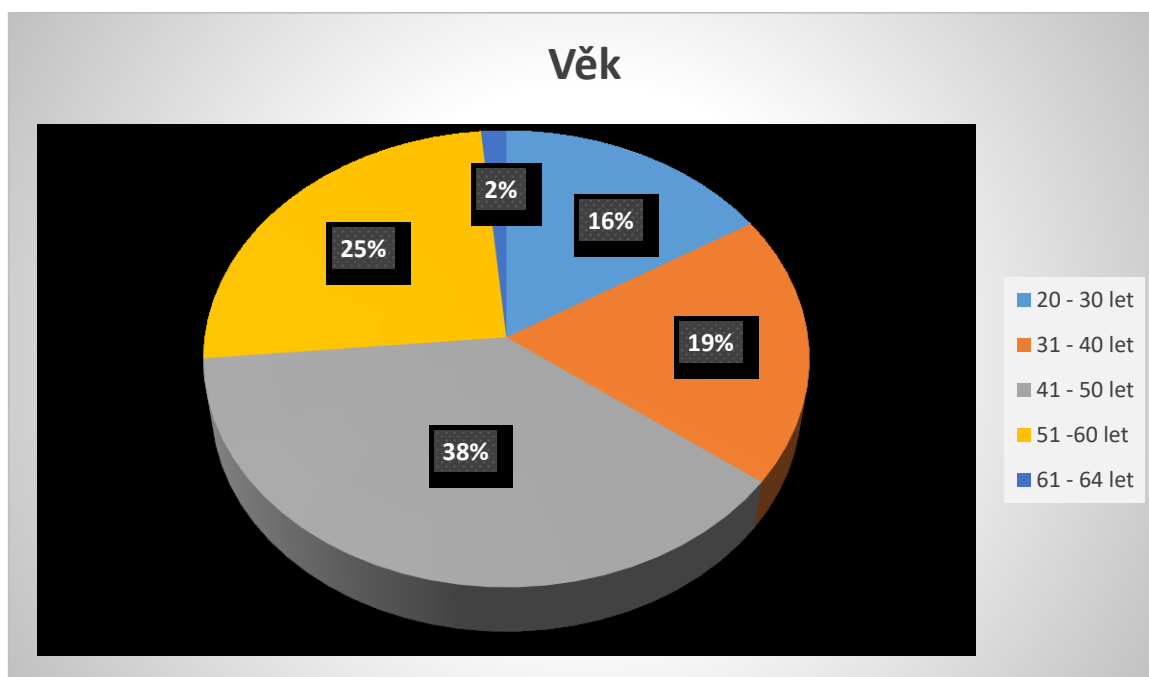
Hypotéza číslo 2.

Délka doby od operace do nástupu do zaměstnání je nezávislá na věku ženy po karcinomu prsu

Předpokladem bylo, že pokud žena onemocní karcinomem prsu ve vyšším věku, doba návratu do zaměstnání se prodlužuje, i pokud nebereme v potaz rozsah chirurgického zákroku a ostatních typů léčby.

V grafu a tabulce, které jsou uvedeny níže, můžete vidět věkové rozložení 68 respondentek.

Graf 1. *Věk*



Tabulka 1. *Věk*

Věk	Počet respondentek
20 – 30 let	11
31 – 40 let	13
41 – 50 let	26
51 – 60 let	17
61 – 64 let	1
Celkem	68

Nejvíce respondentek, 26, je ve věkovém rozmezí 41 – 50 let a nejméně (nejspíše vzhledem k malému rozmezí intervalu), pouze 1 respondentka, ve věkovém rozmezí 61 – 64 let.

V níže uvedených tabulkách je možné si přehledně prohlédnout doba návratu do pracovního procesu u jednotlivých věkových kategorií.

Tabulka 2. *Doba návratu do zaměstnání vzhledem k věku 1*

Doba návratu	20 – 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let
Do 6 měsíců	3 (27%)	3 (23%)	7 (27%)
Do 1 roku	7 (64%)	5 (39%)	9 (35%)

Doba návratu	20 – 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let
Do 2 let	1 (9%)	3 (23%)	9 (35%)
Do 5 let	0	2 (15%)	1 (3%)
Celkem	11	13	26

Tabulka 3. *Doba návratu do zaměstnání vzhledem k věku 2*

Doba návratu	51-60 let	61 – 64 let
Do 6 měsíců	4 (23%)	0
Do 1 roku	10 (59%)	0
Do 2 let	2 (12%)	1 (100%)
Do 5 let	1 (6%)	0
Celkem	17	1

V tabulkách můžeme vidět, že nejvíce žen se do pracovního procesu vrátí do 1 roku od zahájení léčby (věkové rozmezí 20 – 30 let, 31 – 40 let, 41 – 50 let, 51 – 60 let). Jinak to máme u věkového rozmezí 61 – 64 let a to vzhledem k tomu, že v této kategorii odpověděla pouze jedna žena, může být tento výsledek neprůkazný. Ta uvedla, že se vrátila do pracovního procesu do 2 let od zahájení léčby. Nejméně žen ve všech věkových kategoriích pak uvedlo, že se vrátilo do pracovního procesu 2 – 5 let od zahájení léčby.

Ke statistickému zpracování se využilo dat všech 68 respondentek, které se výzkumu zúčastnily. K testování byl využit neparametrický Spearmanův koeficient korelace. Výsledná hodnota pravděpodobnosti je $p = 0,040$, statisticky nevýznamné. Pro testování by bylo lepší mít data nekategorizovaná, to znamená přesný věk a přesná doba od operace do nástupu do zaměstnání.

Závěrem lze říci, že se neprokázalo, že by věk žen a doba od operace k nástupu do zaměstnání spolu statisticky významně korelovaly.

5. 5. 3. Zhodnocení výsledků vzhledem k 3. hypotéze

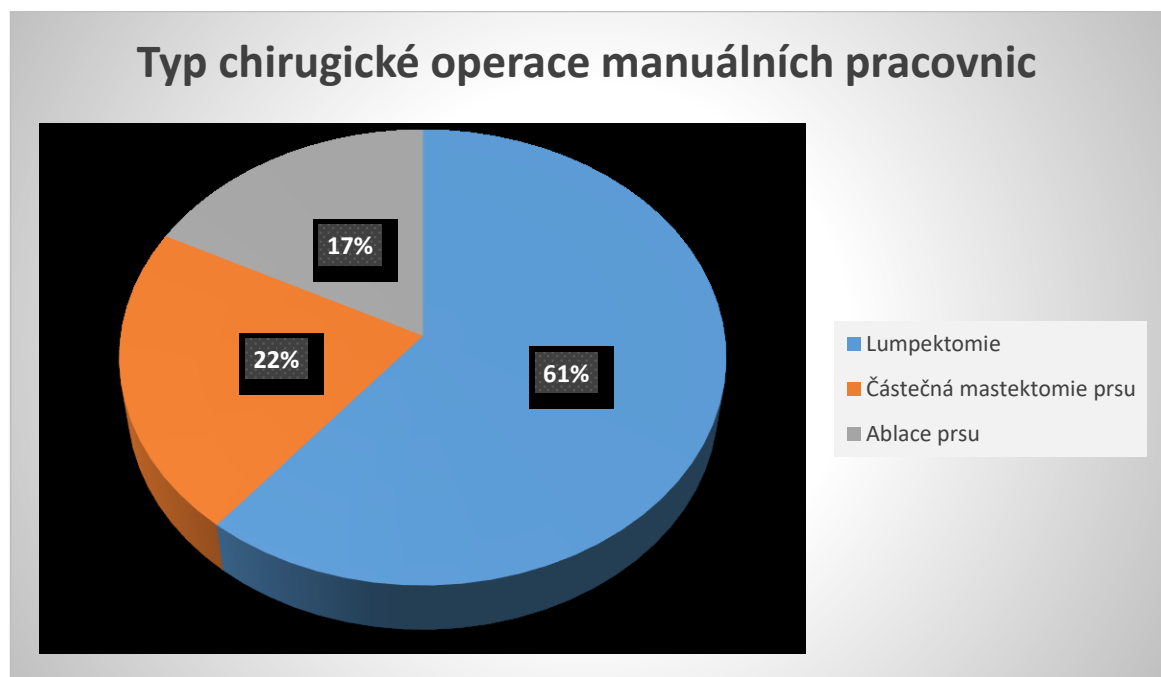
Hypotéza číslo 3.

Návrat na stejnou pracovní pozici u žen po karcinomu prsu není statisticky významně závislý na typu operace

Předpokladem bylo, že pokud ženy vykonávají manuální práci a prodělají ablaci prsu, je u nich vyšší pravděpodobnost, že budou muset změnit pracovní pozici.

Byla využita data, která se týkala typu chirurgické operace, konkrétně u respondentek, které vykonávají manuální práci (23 respondentek). Níže je uveden graf pro lepší přehlednost získaných dat.

Graf 1. *Typ chirurgické operace manuálních pracovníc*



Tabulka 1. *Manuální pracovní pozice*

Typ operace	Návrat na stejnou pracovní pozici			Celkem
	Stejná pr. poz.	Jiná pr. poz,	Změna zaměš.	
Lumpektomie	9	1	4	14
Částečná mast.	1	2	5	5
Ablace	4	0	0	4
Celkem	14	3	6	23

V tabulce lze vidět, že ženy po ablaci prsu, v tomto výzkumném vzorku, se vrátily na stejnou pracovní pozici (4 respondentky). Ženy po částečné mastektomii prsu spíše mění pracovní pozici (2 respondentky), a nebo zaměstnání (2 respondentky), než že by se vracely na stejnou pracovní pozici. Ženy po lumpektomii, překvapivě ve 4 případech, zcela změnily zaměstnání, v 1 případě pouze změna pracovní pozice, a 9 respondentek se vrátilo na stejnou pracovní pozici.

Ke statistickému zpracování je třeba sloučit data do jedné tabulky a vyhodnotit je testem chí-kvadrát.

Práce	Stejná pozice		Celkem
	Ano	Ne	
Lumpektomie	9	5	14
Částečná mast.	1	4	5
Ablace	4	0	4
Celkem	14	9	23

Závěrem lze říci, že na hladině závislosti 0,05 je návrat na stejnou pracovní pozici statisticky významně závislý na typu operace ($p=0.046$). Při lumpektomii se na stejnou pozici vrací 64,3% žen, při částečné mastektomii 20% žen a při ablaci 100% žen.

6. Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký má vliv operativní řešení karcinomu prsu žen v produktivním věku na návrat k původní profesi. Celkový počet respondentů byl 301, z toho 233 respondentů neprošlo vstupními kritérii, 68 respondentů tedy bylo zařazeno do výzkumu.

6. 1. Diskuse k výsledkům

Hypotéza č. 1.: *U žen po karcinomu prsu, je návrat na stejnou pracovní pozici nezávislý na typu zaměstnání.*

Předpokladem bylo, že ženy, které vykonávají manuální práci, spíše změní pracovní pozici nebo zaměstnání, než že by se k původní profesi vrátily.

Z výsledků 64 respondentek (4 respondentky vyřazeny, jelikož uvedly odpověď ostatní u otázky, jaký vykonávají typ práce) vyplývá, že návrat na stejnou pracovní pozici je statisticky nezávislý na typu pracovní pozice (zvolená hladina významnosti 0,05). U administrativního typu práce se na stejnou pracovní pozici vrací 78% žen, u žen s manuálním typem práce se vrací na stejnou 60,9% z nich. Přesto, že výsledek je rozdílný, není to statisticky významný rozdíl ($p=0,142$).

Tento statisticky nevýznamný rozdíl, může být způsoben tím, že nebyl v dotazníku více specifikován typ manuální práce. Manuální typ práce může vyžadovat různé typy fyzické aktivity. Může se jednat o velmi drobné pohyby a nutnost velmi vysoké úrovně jemné motoriky. Manipulace s drobnými předměty, většími břemeny, rukodělné výtvarné činnosti, práce ve zdravotnictví, obsluha v gastronomii či práce ve skladu, na zahradě, úklid prostor, atd. Úplná specifikace typu manuální práce by mohla být významným faktorem při návratu do práce a případné změně zaměstnání či pracovní pozice.

Hypotéza číslo 2.: *Délka doby od operace do nástupu do zaměstnání je nezávislá na věku ženy po karcinomu prsu*

Předpokladem bylo, že pokud žena onemocní karcinomem prsu ve vyšším věku, doba návratu do zaměstnání se prodlužuje, i pokud nebereme v potaz rozsah chirurgického zákroku a ostatních typů léčby.

Z výsledků vyplývá, že se neprokázalo, že by věk žen a doba od operace k nástupu do zaměstnání spolu statisticky významně korelovaly ($p=0,746$). Především pro statistické zhodnocení této hypotézy by bylo vhodnější mít data týkající se věku nekategorizovaná, to by znamenalo vědět přesný věk a přesnou dobu od operace do opětovného návratu do zaměstnání.

Nejvíce žen (ve 4 věkových kategoriích z 5) se vrací do pracovního procesu do 1 roku od zahájení léčby. Pouze ve věkovém intervalu 61-64 let byla odpověď jiná a to z toho důvodu, že odpověděla pouze jedna žena a výsledek není dostatečně reprezentativní. Brouknight, Bradley a Luo (2006) uvádí, že více než 80 % pacientek se vrátí do pracovního procesu do 18 měsíců po stanovení diagnózy. Z tohoto výzkumu vyplývá, že až 70% žen se vrací do pracovního procesu do 1 roku léčby od počátku léčby a dalších 24 % žen se vrací mezi 1. a 2. rokem léčby, což tvrzení studie Brouknighta, Bradleyho a Loua v podstatě potvrzuje.

Fakt, že se ženy navrací do pracovního procesu do jednoho roku od počátku léčby, může být způsoben tím, že po roční podpůrné době lze dočasnou pracovní neschopnost prodloužit, ale pro mnoho žen je jednodušší vrátit se zpět do zaměstnání či o prodloužení až na 2 roky vůbec nevědí. Nováková (2012) pak uvádí, že především u těžce pracujících žen je vhodnější je po konci jednorocní podpůrné doby uznat jako invalidní. Po dalším roce až půl roce je ve většině případů zdravotní stav stabilizován a může dojít až k odznamenání invalidity. „Z posudkového hlediska je nutné vyhodnotit funkční postižení a vedlejší následky léčby – bolest, hybnost v ramenním kloubu, lymfedém, depresivní stavy. Pracovní potenciál je faktor dynamický – může se měnit v čase a v závislosti na léčbě, na stabilizaci zdravotního stavu a také na adaptaci posuzované na výslednou míru funkčního omezení a jeho dopad na další pracovní zařazení“. (Nováková, 2012, str. 76).

Vzhledem k tomu, že riziko odchodu do invalidního důchodu trvá i v průběhu let, rehabilitační zásahy a úpravy pracovišť pro pomoc pacientům s rakovinou prsu v návratu do pracovního procesu by také měly mít dlouhodobou perspektivu pomoci pacientům zůstat plnohodnotnou pracovní silou (Hauglann et al., 2012).

Hypotéza číslo 3.: *Návrat na stejnou pracovní pozici u žen po karcinomu prsu není statisticky významně závislý na typu operace*

Předpokladem bylo, že pokud ženy vykonávají manuální práci a prodělají ablaci prsu, je u nich vyšší pravděpodobnost, že budou muset změnit pracovní pozici.

Z výsledků vyplývá, že pokud si určíme hladinu závislosti 0,05, je návrat na stejnou pracovní pozici statisticky závislý na typu operace ($p=0,046$). Při lumpektomii se na stejnou pozici vrací 64,3% žen, při částečné mastektomii 20% žen a při ablaci 100% žen.

Oproti očekávání se ve výzkumném vzorku navrátilo 100% žen s ablací prsu s manuálním typem práce do pracovního procesu. Výsledky studie z Dánska ukazují, že není žádné zvýšené riziko pro odchod do brzkého invalidního důchodu při mastektomii v porovnání s lumpektomií (Damkj et al., 2011). Předpokladem bylo, že větší operační zásah přinese jistá omezení, která omezí návrat na stejnou pracovní pozici a vykonávání stejné manuální práce. Tento výsledek opět může vyplývat a souviset s konkrétním typem manuální práce, jak již bylo zmíněno výše. Hauglann et al. (2012) naopak zjistily, že pacientky, které podstoupily mastektomii byly vystaveny vyššímu riziku odchodu do invalidního důchodu než pacientky, které podstoupily prso zachovávající operaci. Je vidět, že i v jiných studiích a jsou předpoklady a výsledky rozdílné a bylo by vhodné v dalších studiích tuto oblast více prozkoumat.

K dalším důležitým výsledkům výzkumu patří data, která ukazují, jaké jsou nedostatky v informovanosti žen v procesu léčby karcinomu prsu. Pouze 34 respondentek (50%) odpovědělo, že dostaly všechny potřebné informace o průběhu léčby a problémy s ní spojenými od svého ošetřujícího lékaře. Dalších 34 respondentek si muselo dohledávat informace na internetu nebo sbírat informace od ostatních žen, které také prošly nebo procházejí léčbou karcinomu prsu. K informacím, které by měl předávat ošetřující lékař, by měly patřit i informace o možnostech rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie a jiné). 30 respondentek uvedlo, že neabsolvovalo vůbec žádnou formu rehabilitace a žádná z respondentek neabsolvovala ergoterapeutickou intervenci. Pokud se podíváme na komplikace, které pacientky po karcinomu prsu postihují (snížení rozsahu pohybu, snížená citlivost, zhoršená úroveň jemné motoriky a kognitivních funkcí), je vidět, jak je důležitá rehabilitační intervence, přesto se jí až polovině pacientek nedostává. Přimo od ošetřujícího lékaře, by měly pacientky dostat např. i informace o možnostech proplacení cestovních nákladů, pokud pacientky dojíždí na léčbu vlastním dopravním prostředkem. 34 respondentek (50%) uvedlo, že o příspěvku vůbec nevěděly. Vzhledem k tomu, že jsou ženy při léčbě na nemocenské a některé z nich mohou být ve finančních problémech, právě kvůli léčbě a nemožnosti chodit do zaměstnání, tato informace by jim

mohla velmi pomoci. Nemusely by se tak brzy vracet do pracovního procesu a mohly by se plně zrehabilitovat.

Pokud se zaměříme na informace od ošetřujícího lékaře a vztáhneme je k zaměstnání a návratu do pracovního procesu, je důležité, aby lékaři s pacientkami konzultovali návrat do pracovního procesu a případně znali možnosti, které mohou pacientkám doporučit v rámci předpracovní/pracovní rehabilitace. Z výzkumu vyplynulo, že 44 respondentek (65%) nekonzultovalo s lékařem možnosti návratu do zaměstnání a dobu, kdy by byl návrat z pohledu lékaře ideální. Lze ale vyzdvihnout fakt, že 20 respondentek (30%) dostalo informace, že existují formy předpracovní/pracovní nebo přímo dostaly doporučení, kam se mohou obrátit. Dá se tedy říct, že je vše na dobré cestě, jelikož o předpracovní/pracovní rehabilitaci ne vždy ví i všichni odborníci z oblasti rehabilitace. Ovšem 48 respondentek (78%) od lékaře nedostalo informace o možnostech předpracovní/pracovní rehabilitace, což je stále vysoké procento.

V oblasti kvality života se pacientkám s rakovinou prsu stále nevěnuje dostatek prostoru, i přesto, že především psychologové v této oblasti provádí poměrně dost výzkumů a snaží se na oblast kvality života u onkologických pacientů poukázat. Z výzkumu vyplývá, že 40 respondentek (59%) se snaží prožívat svůj život stejně kvalitně jako před onemocněním, ale následky léčby jsou pro ně velmi omezující a 20 respondentek (29%) uvedlo, že prožívá svůj život stejně jako před onemocněním. Je samozřejmě zcela jasné, že se život po léčbě karcinomu prsu je odlišný od života před onemocněním, ovšem je důležité snažit se zajistit, co nejvyšší úroveň kvality života u pacientek po karcinomu prsu.

6. 2. Diskuse k metodologii

Jako jeden z významných metodologických nedostatků je třeba vyzdvihnout fakt, že byl výzkumný vzorek vybírán na základě záměrného výběru a došlo tedy k nereprezentativnosti výzkumného vzorku. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly distribuovány jen do určitých organizací a skupin žen, které se sdružují například na sociálních sítích, je nutno k tomuto přihlídnout při hodnocení výsledků výzkumu. Nereprezentativnost výzkumného vzorku je také dána nízkým počtem, 68 respondentek.

Do výzkumu nemohly být zařazeny ženy, které se nepohybují v prostředí sociálních sítí a internetu (nemusí například vlastnit počítač nebo ho neumí používat a

tím pádem měly velmi omezené možnosti toho, jak se mohly k online dotazníku dostat) nebo nejsou členkami organizací, které sdružují ženy po karcinomu prsu. Dále byly vyřazeny i respondentky, které se vyskytují v oblastech České republiky, kde nejsou tak rozšířené organizace, které sdružují ženy po karcinomu prsu, a tím pádem neměly možnost dotazník vyplnit.

Vzhledem ke kvantitativnímu typu výzkumu, využití metody sběru dat pomocí dotazníku a několika nedostatkům při tvorbě dotazníku, nebyla sebrána všechna potřebná data, i přesto, že byl proveden pretest dotazníku, který měl chyby při tvorbě odhalit. Přesto mohou být výsledky např. ovlivněny tím, že některé respondentky ve výběru možnosti nenašly vhodnou odpověď, nebyla možnost otevřené odpovědi a ony si musely vybrat odpověď, která přímo nepopisovala jejich situaci.

Významným nedostatkem dotazníku, který nepostřehli respondenti, ale byl zjištěn při statistickém zpracování, bylo to, že na část dotazníku, která se týkala kvality života, odpovídaly i respondentky, které nesplnily poslední kritérium a to návrat do pracovního procesu. Výsledky těchto žen se do výsledků nedaly zahrnout, jelikož nebyly zahrnuty do výzkumného vzorku a tím pádem bylo nutno projít jednotlivé dotazníky a odpovědi výše zmíněných žen vyškrtnout.

Pro lepší přehlednost a především pro možnost lepšího statistického zpracování, mělo být využito lepšího rozdělení věkových kategorií. Věkové kategorie se dle literatury, dají rozdělovat různými způsoby. Např. na *časnou dospělost*, která je v rozmezí 20-30 let, dále na *střední dospělost* do 45 let a *pozdní dospělost* do 65 let (Langmeier, Krejčíková, 2006). Podobné rozdělení uvádí Machová (2008), která vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace pro rozdělení dospělosti, a to na období *plné dospělosti* 18-30 let, *mladého věku* 30-45 let, *středního věku* 45-60 let, *stárnutí* 60-75 let, *starého věku* 75-90 let a *stařecké* nad 90 let. Ani jedno z těchto dělení ovšem nevystihuje potřeby dělení věkových kategorií, které by pomohly přesněji určit věk respondentek, než tomu bylo. Ideální variantou by bylo do příštích výzkumů zařadit možnost otevřené otázky v dotazníku, kdy respondentka uvede svůj konkrétní věk.

6. 3. Implikace výsledků pro praxi a další výzkum

Výsledky tohoto výzkumu jistě přinesly zajímavé poznatky, ovšem vzhledem k nereprezentativnosti výzkumného vzorku nelze výsledky vztáhnout k celé populaci žen po karcinomu prsu.

K lepším výsledkům v této diplomové práci by bylo lepší využít vícefaktorovou analýzu, kde se zohledňuje vliv věku, typu operace, nežádoucích faktorů, typ léčby, dominance horní končetiny a strany, která byla operovaná a samozřejmě konkrétní typ práce na návrat do zaměstnání. Tyto údaje ovšem nelze z tohoto dotazníku získat, proto je to spíše doporučením do budoucích výzkumů.

Pro další výzkumy je doporučením, vzhledem ke zkušenostem s kvantitativním výzkumem v této práci, doporučení výzkumu kvalitativního. Kvalitativní výzkum, jak se může zdát, trvá delší dobu, ovšem jeho obrovskou výhodou je to, že se dostane do větší hloubky daného problému.

Přínosem této práce je rozhodně opětovné potvrzení toho, že by onkologická oblast léčby potřebovala více rehabilitačních odborníků. Konkrétně u karcinomu prsu můžeme vidět problémy v oblasti kognitivních funkcí, jemné motoriky a nedostatky ve vědomostech o režimových opatřeních po operaci karcinomu prsu. Z výsledků tohoto výzkumu jasně vyplývá nutnost přítomnosti ergoterapeutů v onkologických centrech a nutnosti zavést specializovaná rehabilitační oddělení v těchto centrech.

Některá centra se o nabídku rehabilitace méně či více úspěšně pokoušejí. Pokud se například podíváme na nabídku Masarykova onkologického ústavu v Brně, nalezneme tam pouze možnost (vztaženo k rehabilitaci), sociální péče, psychologické péče, půjčovnu zdravotnických pomůcek a výtvarnou dílnu s relaxační místností, kde pracují studenti psychologie, výtvarné výchovy a arteterapie. Ovšem fyzioterapie či ergoterapie v nabídce není. V Proton therapy centru v Praze nenalezneme nabídku rehabilitace přímo v centru. Za to v nemocnici Na Pleši, která se specializuje na onkologické pacienty, je možnost pobytu se zaměřením rehabilitaci. Ovšem i zde chybí ergoterapeut. Pokud nejsou rehabilitační odborníci v takto velkých centrech, nemůžeme jejich přítomnost očekávat v menších nemocnicích a na menších odděleních.

Rakovina prsu je hlavním zdravotním problémem současné populace, s fyzickým, ale i psychologickým dopadem. Mohou vznikat deprese, zvýšená úzkost, rozpaky, dokonce i sebevražedné myšlenky, což velmi snižuje kvalitu života (Stavrou et al., 2009).

Doporučením pro další výzkumy je tedy i podrobněji prozkoumat oblast kvality života, která může souviset například s již zmíněnou špatnou úrovní rehabilitační péče či obtížemi v návratu do pracovního procesu.

7. Závěr

Prevalence karcinomu prsu se v nedávných letech celosvětově zvýšila a to především v důsledku zlepšení diagnostických postupů a léčby. Přibližně 40 % nových nádorů je nalezeno v ekonomicky aktivní populaci, kde většina z nich očekává uzdravení a jsou motivováni k opětovnému návratu do práce (Menhert, De Boer, Feuerstein, 2013). Proto bylo cílem diplomové práce zjistit, jaký má vliv operativní řešení karcinomu prsu žen v produktivním věku na návrat k původní profesi.

Výsledky se opírají o dotazníky 68 respondentek, které prošly vstupními kritérii, ukazují, že není statisticky významný rozdíl v návratu do práce, pokud žena pracuje manuálně nebo vykonává administrativní pozici. Dále se neprokázalo, že by věk žen a doba od operace k nástupu do práce spolu statisticky výrazně koreloval. A v neposlední řadě z výzkumu vyplývá, že při částečném chirurgickém zásahu na operovaném prsu se na stejnou pracovní pozici vrací menší procento žen než při úplné ablaci prsu.

Dalším důležitým poznatkem je fakt, že asi polovina žen, neabsolvovala v průběhu léčby žádnou formu intervence od jakéhokoliv rehabilitačního pracovníka. I přes absenci potíží, by žena měla obdržet alespoň základní informace o režimových opatřeních, např. pro předcházení lymfedému. Respondentky také nebyly spokojeny s úrovní a objemem informací, které dostávaly od svého ošetřujícího lékaře. Polovina žen např. vůbec nevěděla, že mají nárok na proplacení cestovních nákladů, pokud na chemoterapeutickou léčbu dojíždí vlastním dopravním prostředkem. Lékař s nimi až v třetině případů také vůbec nekonzultoval návrat do zaměstnání a s tím související možnost absolvování předpracovní nebo pracovní rehabilitace. Důležité je také zjištění, že pouze třetina žen se vrátila v kvalitě života na stejnou úroveň jako před onemocněním. S tím může souviset i například nemožnost návratu do zaměstnání, vzhledem k tíži postižení, jelikož mnohdy je návrat do zaměstnání, znakem toho, že se život ženy po karcinomu prsu vrací do „normálu“.

Výše uvedené domény jsou typické pro práci ergoterapeuta, ať už je to oblast režimových opatření, zaměstnání či kvality života. Respondentky v dotazníku často uváděly problémy ve fyzické oblasti či v oblasti kognitivních funkcí, při jejichž řešení by intervence rehabilitačního odborníka, spíše přímo ergoterapeuta, byla velmi přínosná.

Nejen vzhledem k návratu do zaměstnání, ale i ke zvyšování kvality života žen po karcinomu prsu se ukazuje více než potřebné, aby se ženy po karcinomu prsu dostaly k odborníkům v této oblasti. Je potřeba častěji otevírat diskusi nad tímto problémem v odborných i laických kruzích, aby se povědomí o nutnosti i následné péče o onkologické pacienty dostalo mezi co největší počet lidí. Na nás, odbornících, je už pak provádění dalších a dalších výzkumů, pro hmatatelné důkazy o tom, co vyplývá z naší každodenní praxe. A to je především nutnost rehabilitační intervence u osob s disabilitou.

8. Literatura

1. ABRAHÁMOVÁ, J., C. POVÝŠIL a J. HORÁK, 2000. *Atlas nádorů prsu*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9771-0.
2. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha: Grada, 2009. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.
3. 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.
4. ALMUTAIRI, K.M., E.A. MANSOUR a J.M. VINLUAN. A cross-sectional assessment of quality of life of breast cancer patients in Saudi Arabia. *Public Health* [online]. 2016, 136, 117-125 [cit. 2017-03-29]. ISSN 00333506. DOI: 10.1016/j.puhe.2016.03.008.
5. AKCA, Mustafa, et al. Impact of Surgery Type on Quality of Life in Breast Cancer Patients. *The Journal of Breast Health* [online]. 2014-10-2, 10(4), 222-228 [cit. 2017-03-29]. ISSN 13060945. DOI: 10.5152/tjbh.2014.1919.
6. ANDĚL, Jiří. *Matematická statistika*. Praha: SNTL - Nakladatelství technické literatury, 1985.
7. ASHING-GIWA, et al. Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology* [online]. 2004, 13(6), 408-428 [cit. 2017-03-15]. ISSN 1057-9249. DOI: 10.1002/pon.750.
8. AWAD, M.A., S. DENIC, H. EL TAJI. Validation of the European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaires for Arabic-speaking populations. *Ann N Y Acad Sci.* [online]. 2008, 11(38), pp. 146–154, [cit. 2017-03-17]. DOI: 10.1196/annals.1414.021.
9. BANNING, M. Employment and breast cancer: a meta-ethnography. *European Journal of Cancer Care* [online]. 2011, 20(6), 708-719 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2011.01291.x. ISSN 09615423.
10. BANTEMA - JOPPE, E, et al. The impact of age on changes in quality of life among breast cancer survivors treated with breast-conserving surgery and radiotherapy. *British*

Journal of Cancer [online]. 2015, 4(112), p636-643, [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1038/bjc.2014.632

11. BIENERTOVÁ, J. Pracovní rehabilitace – metodika Iserhagen Work Systém (IWS). *Rehabil. fyz. Lék.* [online]. 2013, 20(3), 161-167. [cit. 2017-03-31]. ISSN: 1211-2658.

12. BOJINOVIC-RODIC, Dragana, et al. Upper extremity function and quality of life in patients with breast cancer related lymphedema. *Vojnosanitetski pregled* [online]. 2016, 73(9), 825-830 [cit. 2017-03-28]. DOI: 10.2298/VSP150208075B. ISSN 0042-8450.

13. BRADLEY, Cathy J. a Heather L. BEDNAREK. Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology* [online]. 2002, 11(3), 188-198 [cit. 2017-03-15]. ISSN 1057-9249. DOI: 10.1002/pon.544.

14. BRADLEY, C., BEDNAREK, H. L., NEUMARK, D. Breast cancer survival, work and earnings. *Journal of Health Economics*. 2002, 21(5), 757-779. ISSN: 0167-6296

15. BROUKNIGHT, R. R, BRADLEY, C. J., LUO, Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2006, 24 (3), 345 – 53. DOI: 10.1200/JCO.2004.00.4929

16. BÜCHLER, Tomáš a Martin, KOŘÁN. *Karcinom prsu. Průvodce pro pacienty – diagnóza a léčba*. Praha: Aliance žen s rakovinou prsu o. p. s., 2009.

17. COHN, E. S. a COSTER W. Unpacking our theoretical reasoning. In: *Willard and Spackan's Occupational Therapy, Unit IX occupational Performance Theories of Practice*, 12th ed., 2014, 477– 493. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer/Lippincott/William & Wilkins. ISBN: 9781451110807

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

19. CROMPTON, Simon et al. *Occupational therapy intervention in cancer. Guidance for professionals, managers and decision-maker*. London: College of Occupational Therapists Ltd, 2004. ISBN: 0-9546491-1-7.

20. ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. Dostupný z : https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.9.2016.PDF

21. DAMKJÆ, L. H., et al.. Breast cancer and early retirement: Associations with disease characteristics, treatment, comorbidity, social position and participation in a six-day rehabilitation course in a register-based study in Denmark. *Acta Oncologica* [online]. 2011, **50**(2), 274-281 [cit. 2017-02-04]. ISSN 0284-186x. DOI: 10.3109/0284186X.2010.531048.
22. DE BOER, Angela G. E. M. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 1996, (9) [cit. 2017-03-24]. ISSN 13616137. DOI: 10.1002/14651858.CD007569.pub3.
23. DEMIRCI, S., et al.. Validation of the Turkish versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 modules in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.*, [online]. 2011, 12, [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21875283>
24. DÉSION, H., et al. Occupational therapy for breast cancer survivors: improving QOL by return-to-work assistance. *The 16th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008, 135-136.
25. DÉSION, et al. 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 [cit. 2016-05-23]. DOI: 10.1111/ecc.12209. ISSN 09615423.
26. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
27. DUŠEK, Ladislav, et al.: *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno 2005. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. ISSN 1802-8861.
28. DVOŘÁKOVÁ, Zuzana a Luboš SMRČKA. *Finanční vzdělávání pro střední školy: se sbírkou řešených příkladů na CD*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011, 312 s. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-008-9
29. EPPLEIN, M., et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J Clin Oncol.* [online]. 2011, 29, 406–12, [cit. 2017-03-17]. DOI: 10.1200/JCO.2010.30.6951
30. FAN, Helen G. Mar., et al.. Fatigue, Menopausal Symptoms, and Cognitive Function in Women After Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: 1- and 2-Year Follow-Up of

a Prospective Controlled Study. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 2005, **23**(31), 8025-8032 [cit. 2017-03-15]. ISSN 0732-183x. DOI: 10.1200/JCO.2005.01.6550.

31. FOCKEOVÁ, Erika. Využití ergoterapie u klientky po operaci prsu. Ústí nad Labem, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Petra Pecharová.

32. *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective: a project of World Cancer Research Fund International*. Washington, D.C.: American Institute for Cancer Research, c2007. ISBN 978-0-9722522-2-5.

33. GARDIKIOTIS, J., et al. Socio-Epidemiological Points of View Regarding Quality Of Life in Patients With and Without Breast Reconstruction after Mastectomy for Cancer. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala* [online]. 2016, 13(52), p92-104 [cit. 2017-03-5]. ISSN: 1584-5397

34. GARRATT, A., et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* [online]. 2002, 324 [cit. 2017-03-15]. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>

35. GASTON-JOHANSSON, F., FALL-DICKSON. JM., NANDA. JP. Long-term effect of the selfmanagement comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psychooncology*. 2013, 22, 530–9 [cit. 2017-02-04]. DOI: 10.1002/pon.3031

36. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

37. GREGORY, Derek et al. *The Dictionary of human geography*. 5th edition. Oxford: B. Blackwell, 2009.

38. HAUGLANN, Beate, et al. A cohort study of permanently reduced work ability in breast cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship* [online]. 2012, **6**(3), 345-356 [cit. 2017-02-04]. ISSN 1932-2259. DOI: 10.1007/s11764-012-0215-0.

39. HENDERSON, VP., CLEMOW, L., MASSION, AO. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Tr*. 2012, 131, 99–109 [cit. 2017-02-07]. DOI: 10.1007/s10549-011-1738-1.

40. HLADÍKOVÁ, Zuzana. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2268-8.
41. HOLOUBKOVÁ, Eva, et al. Methods of Assessing Quality of Life in Women with Breast Cancer – Overview and Basic Characteristics. *Klinická onkologie*. 2015, **28**(5). DOI: 10.14735/amko2015332. ISSN 0862495x.
42. HOŘČICOVÁ, T. a P. ŠIMKOVÁ. *Fyzioterapie pro ženy po operaci prsu v období rekonvalescence*. Ústí nad Labem: Fakulta zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem, 2014.
43. HOUDA, Přemysl. Jak dlouho můžeme být na nemocenské? In. *ceskatelevize.cz* [online]. 1. 12. 2010 [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/ekonomika/1300475-jak-dlouho-muzeme-byt-na-nemocenske>
44. CHOPRA, Ishveen a Khalid M KAMAL. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2012, 10(1), 14- [cit. 2017-03-29]. ISSN 1477-7525. DOI: 10.1186/1477-7525-10-14.
45. ILMARINEN. J. Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2009, 35(1). ISSN: 0355-3140
46. JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie*[online]. ČAE, 2007, [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
47. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
48. KENNEDY, F.,et al. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*[online]. 2007, 16(1), 17-25 [cit. 2017-01-25]. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x. ISSN: 0961-5423.
49. KITTLEROVÁ, Olga, Jan VACEK a Vítězslav HRADIL. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-725-4485-3

50. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
51. KOHOUTEK, R. Ergodiagnostika. ABZ Slovník cizích slov.[online]. [cit.2017-03-31]. Dostupné z: <http://slovník-cizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=ergodiagnostika>.
52. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
53. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
54. LILLIEHORN, S., et al. Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2013, 27(2), 267-274 [cit. 2017-01-25]. ISSN 02839318. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01026.x
55. MAIN, Deborah. S., et al. A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology* [online]. 2005, 14(11), 992-1004 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1002/pon.913. ISSN 1057-9249.
56. MACHOVÁ, Jitka. Biologie člověka pro učitele. Praha: Karolinum, 2008, s. 178-239. ISBN 978-80-7184-867-7.
57. MALATA, C.M., MCINTOSH, S.A., PURUSHOTHAM, A.D. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *British Journal of Surgery* [online]. 2000, 87, 1455–1472, [cit. 2017-04-2]. DOI: 10.1053/ejso.1999.0681
58. Mamma HELP: *pomáháme ženám s rakovinou prsu a jejich rodinám* [online]. ©1999-2014 [cit. 2017-04-2]. Dostupné z: <http://www.mammahelp.cz/>
59. MAUNSELL, E., et al. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho – Oncology*. 1999, 8(6), 467-473 [cit. 2017-01-25]. ISSN: 1057-9249
60. MCKAY, Georgina. Return to Work and Cancer: The Australian Experience. *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. 2013, 23(1), 93-105 [cit. 2016-05-24]. ISSN 10530487. DOI: 10.1007/s10926-012-9386-9.

61. MEHNERT, Anja, Angela DE BOER a Michael FEUERSTEIN. Employment challenges for cancer survivors. *Cancer* [online]. 2013, **119**, 2151-2159 [cit. 2016-05-23]. ISSN 0008543x. DOI: 10.1002/cncr.28067.
62. MOLS, F., et al. Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care* [online]. 2005, **41**(17), 2613-2619 [cit. 2017-01-25]. DOI: 10.1016/j.ejca.2005.05.017. ISSN: 0959-8049.
63. MPSV ČR [Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky]. Metodika standardů ergodiagnostiky pro účely hodnocení pracovního potenciálu OZP. In: Metodické materiály k pracovní rehabilitaci v ČR. Praha: MPSV ČR, Vydáno v rámci projektu PREGnet; CZ.1.04/2.2.00/11.00008, 2014. 80 s
64. NOVÁKOVÁ, Lucie. Karcinom prsu v posudkovém lékařství. *Revision & Assessment Medicine*. 2012, **15**(2), 72 - 79. ISSN 1214-3170.
65. PALMER, Keith. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology* [online]. 2012, **51**(2), 230-242 [cit. 2016-05-24]. ISSN 14620324. DOI: 10.1093/rheumatology/ker086.
66. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998, 270 s. ISBN 80-718-4569-8.
67. PERRY, S., T. KOWALSKA, C. CHANG. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, accessibility and utilization. *Health Qual Life Outcome* [online]. 2007, **5**(4), pp. 1–12, [cit. 2017-3-15]. DOI: 10.1186/1477-7525-5-24
68. PETRÁKOVÁ, Katarína. Rozhodovací proces v léčbě mladých žen s karcinomem prsu. *Lékařské listy, odborná příloha zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta Zdravotnictví a Medicína, 2012.
69. PETRUŽELKA, Luboš. Kontroverze v diagnostice a léčbě karcinomu prsu u mladých žen. *Lékařské listy, odborná příloha zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta Zdravotnictví a Medicína, 2012.
70. *Rehabilitace osob se zdravotním postižením*. [online]. c2006, poslední revize 3. 6. 2001, [cit. 2017-3-31]. Dostupné z: <http://www.noviny-mpsv.cz/print.php?id=2006>

71. ROWLAND, J.H., et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*[online]. 2000, 92(17), 1422-1429, [cit. 2017-03-15]. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/92.17.1422>
72. SHORT, Pamela Farley, Joseph J. VASEY a Kaan TUNCELI. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer* [online]. 2005, 103(6), 1292-1301 [cit. 2017-03-15]. ISSN 0008-543x. DOI: 10.1002/cncr.20912.
73. SLIVKOVÁ, Zuzana. Podpůrčí doba pro poskytování nemocenského. In: *cssz.cz*. 11. 2004 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-11-2004-clanek-3.htm>
74. SOBIN, L. H. a Christian WITTEKIND. *TNM - klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. ISBN 978-80-904259-6-5.
75. STRNAD, Pavel. *Nemoci prsu v každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-390-9.
76. SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *Screening nádorů prsu v České republice*. Praha: Maxdorf, 2012. Ambulantní gynekologie. ISBN 978-80-7345-310-7.
77. SKOVAJSOVÁ, Miroslava. *O rakovině prsu beze strachu*. Praha: Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2184-5.
78. STAVROU, D., et al. Quality of Life After Breast Cancer Surgery With or Without Reconstruction. *EPlasty* [online]. 2009, 9(18), [cit. 2017-01-25]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691644/>
79. ŠVESTKOVÁ, O. Ergoterapie. *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*. 2015 22(1), 38-44. ISSN: 12112658.
80. TAMMINGA, S.J., et al. . Effectiveness of a Hospital-Based Work Support Intervention for Female Cancer Patients – A Multi-Centre Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 2013, 8(5): e63271. DOI: 10.1371/journal.pone.0063271
81. TESAŘOVÁ, Petra. *Lékařské listy, odborná příloha zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta Zdravotnictví a Medicína, 2012.

82. TIEDTKE, Corine. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology* [online]. 2010, **19**(7), 677-683 [cit. 2017-01-25]. DOI: 10.1002/pon.1633. ISSN 10579249.
83. TIEDTKE, Corine, et al. Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. *BMC Public Health* [online]. 2012, **12**(1), 538- [cit. 2016-05-23]. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/1471-2458-12-538.
84. VANÍKOVÁ, Kateřina. Vliv operace prsu na pohybový systém. Praha, 2012. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Doc. PaedDr. Dagmar Pavlů, CSc
85. VAHDANINIA, M. et al.. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow up study. *BMC Cancer* [online]. 2008, **8**(5) [cit. 2017-03-23]. DOI: 10.1186/1471-2407-8-330
86. WALDMANN, A., et al. The OVIS study: Health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30 and -BR23 in German female patients with breast cancer from Schleswig-Holstein. *Quality of Life Research* [online]. 2007, **16**, pp. 767–776, [cit. 2016-05-23]. DOI: 10.1186/1471-2407-8-311
87. WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
88. ZENG, Y.P.,A.S.K. CHENG, M., FEUERSTEIN. Cognitive limitations at work among employed breast cancer survivors in China Rehabilitation Nursing (under review). 2016. DOI: 10.1002/rnj.279
89. ŽALOUDÍK, Jan. Co o mladých ženách s karcinomem prsu vypovídají populační registry? *Lékařské listy, odborná příloha zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta Zdravotnictví a Medicína, 2012.

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 – Manuál využívaný ve Všeobecné fakultní nemocnici

Příloha 2 – Slovníček pojmů

Příloha 3 - Breast cancer-specific HRQoL questionnaires

Příloha 4 - EORTC QLQ-C30, česká verze

Příloha 5 - EORTC QLQ - BR23, česká verze

Příloha 6 - Návrat žen do pracovního procesu po rakovině prsu

Ženám po chirurgickém výkonu na prsu s odstraněním lymfatických uzlin v podpaží

Po operaci šetřete paži na operované straně:

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 dlouhé žehlení, na jednostranné práce, věšení prádla, mytí oken a nadměrné psaní na počítači.

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.

Péče o jizvu

Po odstranění stehů je potřeba pečovat o zhojenou suchou nemokvající jizvu

- 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.

Otok horní končetiny

Při odstranění lymfatických uzlin v podpaží je riziko vzniku otoku horní končetiny, tzv. lymfedému. Proto se doporučuje:

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

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.

Přes den ukládejte paži co nejčastěji do zvýšené polohy (do úrovně ramene a výše), např. na opěradlo křesla, na stůl podloženou polštářem. 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 2 – Slovníček pojmů

Volně dostupný seznam některých hesel/pojmů vztahujících se ke karcinomu prsu převzaté ze stránek organizace MammaHelp.cz:

- Ablace – chirurgické odstranění prsu
- Adjuvantní léčba – zajišťovací léčba po operaci k zamezení dalšího šíření nádoru do organismu
- Alopecie – ztráta vlasů
- Antiestrogeny – látky brzdící tvorbu vlastního estrogenu a váží namísto něj hormonové receptory
- Axilární – podpažní
- Benigní – nezhoubný útvar, neproniká do okolních tkání ani se nešíří do jiných částí těla
- Biologická léčba - Léčba, jejímž cílem je podporovat a obnovit funkci imunitního (obraného) systému organismu v boji s nádorovým onemocněním. Synonymy pro tuto léčbu jsou imunoterapie, bioterapie nebo léčba modulátory biologické odpovědi (BRMT).
- Biopsie - Odběr malého kousku tkáně k mikroskopickému vyšetření a posouzení charakteru postižení nádorem
- Core-cut biopsie - Jedna z metod biopsie, biopsie silnou jehlou. Vyžaduje místní umrtvení a trvá asi půl hodiny. Lékař jehlu do prsu zavede pomocí mechanismu s pružinkou, který se podobá pistoli. Při tomto typu biopsie lze odebrat kompaktní tkáň.
- CT vyšetření - Computerová tomografie. Podrobné rentgenové vyšetření různých oblastí těla, výsledný obraz se zpracovává na počítači.
- CVC, port - Centrální venózní katetr, který připomíná kanylu. Je umístěn ve velké krevní žíle, obvykle na krku nebo pod klíční kostí.
- Cysta – dutina ohraničená pouzdrem, vyplněná tekutinou
- Cytologie - Nauka o stavbě a funkci buněk. Typ buněk v nátěru pomáhá v diagnostice tumoru nebo prekancerózních změn
- Cytostatika - Léky užívané k léčbě zhoubných nádorů. Potlačují růst nádorových buněk a jejich tkání. Často se podávají v kombinacích a cyklech, mezi nimiž jsou různě dlouhé přestávky.

- Digitální mamograf - Přístroj, který je schopen daleko přesněji diagnostikovat novotvary, než klasické RTG přístroje
- Duktální karcinom - Zhoubný nádor vycházející z buněk mlékovodů
- Edém – otok
- Emeze – zvracení
- Epitéza - Prsní náhrada (protéza). Nejčastěji silikonová náhrada prsu, která se vkládá do kapsičky speciálně k tomu uzpůsobené podprsenky.
- Estrogeny – ženské, pohlavní hormony
- Excize – chirurgické odstranění části orgánu nebo nádoru
- Frakce – část, například jedno léčebné sezení v celém cyklu radioterapie
- Grading - Mikroskopické určení stupně diferencovanosti (vyzrálosti) nádoru. Označuje se písmenem G, jedná se o důležitý prognostický a prediktivní údaj.
- Histologie – vyšetření tkáně pod mikroskopem
- Hormonální terapie - Používá se k léčbě rakoviny v kombinaci s dalšími léčebnými postupy
- Hyperplazie – zmnožení buněk
- Chemoterapie - Léčba pomocí protinádorových léků. Podává se ústy nebo nitrožilně.
- Imunitní systém - Zahrnuje orgány a četné specializované buňky, jejichž úkolem je chránit organismus před infekcemi, jinými nemocemi nebo cizorodými látkami
- Imunohistochemie - Speciální vyšetření tkáně po odběru, které upřesňuje chování nádoru
- Incidence - Četnost onemocnění. Uvádí se počet nově diagnostikovaných na 100 000 obyvatel ročně.
- Incize - Naříznutí, chirurgické otevření kůže, chorobného ložiska
- In situ - Nádor, který postihuje výchozí orgán, nemá schopnost metastázovat. Počáteční stádium zhoubného bujení, které ještě netvoří metastázy.
- Invazivní – zhoubný, schopný metastázovat
- Kalcifikace - Zvápenatělá ložiska v tkáni, která mohou, ale nemusí být známkou zhoubného onemocnění
- Karcinogeny – Látky, které mohou vyvolat rakovinu

- Karcinom – Zhoubný nádor, v němž se buňky nekontrolovaně množí. Může pronikat do okolních struktur a šířit se do jiných orgánů těla krevním proudem nebo lymfatickými cestami.
- Kurativní léčba – léčba se záměrem dosáhnout úplného vyléčení
- Kvadrantektomie – chirurgické odstranění pouze čtvrtiny prsu
- Lobulární karcinom – zhoubný nádor vycházející z výstelky lalůčků v prsu
- Lokální léčba - Ovlivňuje pouze vlastní nádor a přilehlou okolní tkáň
- Lymfa - Světle žlutá čirá tekutina obsahující lymfocyty, protilátky a další výživné látky. Cirkuluje v těle ve vlastním řečišti
- Lymfatická drenáž - Způsob omezení nebo odstranění lymfatického městnání a otoku
- Lymfatické uzliny - Malé uzlíky ve tvaru fazole, které jsou rozmístěny v průběhu lymfatických cév a slouží k přechovávání buněk imunitního systému. Zachycují bakterie nebo nádorové buňky. Nazýváme je také lymfatické žlázy.
- Lymfatický systém - Tkáň a orgány, které vytváří a přechovávají buňky, které se podílejí na procesech obranyschopnosti organismu
- Lymfedém - Otok vzniklý městnáním lymfatického systému
- Lymfogenní metastáza – metastáza, která se rozšířila mízní cestou
- Lymfom - Každé zduření lymfatické uzliny, zhoubné i nezhoubné
- Maligní – zhoubný
- Mamma – prs
- Mammografie - Rentgenologické vyšetření prsu, zobrazující prsní žlázu. Je to zatím jediná metoda schopná odhalit nádor v době, kdy ještě není hmatný a neprojevuje se žádnými klinickými příznaky.
- Mammogram – snímek z mammografu
- Mammotom – přístroj pro vakuovou biopsii
- Mastektomie - Chirurgické odstranění prsu
- Mastopatie – nezhoubná choroba mléčné žlázy
- Metastáza - Dceřinné ložisko zhoubného nádoru, které vzniká šířením nádorových buněk přímým prorůstáním, krevním oběhem nebo lymfatickou cestou.
- Mikrokalcifikace - Drobné vápenaté usazeniny, které jsou patrné na mammografickém snímku. Jsou projevem změny chování buněk žlázy, mohou ukazovat na počínající nádor.

- Morbidita - Nemocnost (poměr počtu nemocných jedinců vůči počtu všech obyvatel)
- Mortalita - Úmrtnost (počet úmrtí na určitou diagnózu na 100 000 obyvatel ročně)
- Magnetická rezonance - Vyšetřovací metoda na přesné zobrazení orgánů a tkání, rozlišuje jednotlivé druhy tkáně podle jejich reakce na silné magnetické pole. Výsledně se zobrazí trojrozměrný obraz.
- Nauzea - Nepříjemný pocit před zvracením (nucení na zvracení)
- Nežádoucí účinky - Problémy spojené s aplikací protinádorové léčby, způsobené poškozením zdravých buněk. Mezi běžné nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, celková slabost, pokles množství krvinek, ztráta vlasů a zánět v dutině ústní.
- Neutropenie - Nedostatek určité skupiny bílých krvinek (neutrofilů) může vzniknout jako komplikace onkologické léčby – chemoterapie.
- Onkogen – gen, který způsobí nebo usnadní vznik nádoru
- Onkolog – lékař, který se specializuje na léčbu rakoviny
- Onkologie – medicínský obor, který se zabývá léčbou rakoviny
- Palpace- pohmat, pohmatové vyšetření
- Paliativní léčba - Celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.
- Patolog - Lékař, který se zabývá diagnostikou nemocí na podkladě vyšetření buněk a tkání pomocí mikroskopu
- Patologický – chorobný
- Predispozice - Vrozená nebo získaná, sklon nebo náchylnost k chorobám
- Prevence – předcházení nemocí
- Prekanceróza – stav, který vede ke vzniku nádoru
- Prevalence – demografický ukazatel, poměr počtu nemocných k počtu obyvatel
- Progesteron – ženský pohlavní hormon
- Prognóza - Pravděpodobný vývoj onemocnění, šance nemocného na uzdravení
- Proliferace – růst a dělení buněk

- Punkce - Získání tekutiny nebo tkáně nabodnutím a nasátím do stříkačky (nebo zkumavky)
- Radiofarmaka - Léčiva, která obsahují radionuklidy. Používají se při některých zobrazovacích metodách (PET, scintigrafie) nebo v terapii.
- Radioterapie - Léčba pomocí paprsků s vysokou energií, které ničí rakovinné buňky
- Recidiva, relaps - Znovuobjevení se nemoci a příznaků choroby tam, kde už byla provedena léčba
- Rekonstrukce prsu - Vymodelování prsu po jeho kompletním nebo částečném odstranění
- Remise - Vymizení příznaků choroby, ústup. Může být dočasná nebo trvalá.
- Rezistence – pojmenování pro hmatnou bulku
- Rizikový faktor – zvyšuje pravděpodobnost vzniku rakoviny
- Samovyšetření prsu – preventivní metoda. Hraje důležitou roli v časné diagnostice.
- Scintigrafie - Diagnostická metoda používaná v nukleární medicíně, založená na zoražení lidských orgánů, např. kostí, pomocí radioaktivních látek.
- Staging – určení stadia nádoru
- Sonograf – přístroj na zobrazení orgánů pomocí ultrazvuku
- Sonografie, ultrasonografie – ultrazvukové vyšetření
- Systémová léčba - Léčba pronikající do krevního oběhu a ovlivňující buňky v celém organismu
- Terminální stadium nemoci - Stadium nemoci, které již nelze vyléčit
- Tumor – nádor
- Ultrazvukové vyšetření - Provádí se pomocí ultrazvukových vln vysílaných speciální sondou, které pronikají tkání a na obrazovce vytvářejí výsledný obraz zkoumaných orgánů.
- USG, ultrasonografie - Vyšetření ultrazvukem, sonografie, sono
- Vakuová biopsie - Vysoce spolehlivá metoda, při které se do odběrové jehly nasává vzorek podtlakem. Její přednost v porovnání s jinými technikami spočívá v tom, že lze z jednoho vpichu odebrat větší počet vysoce kvalitních vzorků. Vyšetření se provádí ambulantně v místní anestezii a odběr tkáně speciální jehlou je řízen obvykle pomocí ultrazvukové sondy.

- Zhoubný nádor - Tkáňový růst bez ohledu na potřeby vlastního organismu. Může pronikat do okolních struktur a šířit se do těla krví nebo lymfatickými (mízními) cestami.

Příloha 3 - Breast cancer-specific HRQoL questionnaires

Breast cancer-specific HRQoL questionnaires

Questionnaire	Description	No of items	Domains	Validity and Reliability Construct v.	Internal consistency *	Test-retest reliability *	Examples of trials where quest. identified an effect
Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire (BCQ)	Developed as an outcome measure in clinical trials of adjuvant chemotherapy	30	<ul style="list-style-type: none"> Consequences of hair loss Emotional dysfunction Physical symptoms Trouble/inconvenience Fatigue Nausea Positive well-being 	<p>In 418 patients with Stage II cancer ^{1,2} - correlations with SF-36 physical (0.58) and mental (0.60), Spitzer (0.62), Karnofsky (0.46). Discriminated patients grouped by treatment status; no such difference was identified by the SF-36 or Spitzer.</p> <p>In 164 patients with lymph-node positive breast cancer ² - predicted early treatment discontinuation even after accounting for age and chemotherapy-related side effects</p>		Mean change score in stable patients = -0.183 (n=184)	3,4
EORTCQLQ-BR23	Designed to supplement the EORTC core measure, the QLQ-C30.	23	<ul style="list-style-type: none"> therapy side effects arm symptoms breast symptoms body image sexual functioning sexual enjoyment upset by hair loss future perspective 	In 496 Dutch, Spanish and US patients with Stages I-IV ⁴ - discriminated patients grouped by disease stage, previous surgery, performance status, and treatment modality; responsive to performance status and treatment-induced change	0.46-0.94		7,9
FACT-B	Includes the FACT core measure, the FACT-G.	37	<p>FACT-G -</p> <ul style="list-style-type: none"> physical wellbeing (PWB) emotional wellbeing (EWB) social/family wellbeing (SWB) functional wellbeing (FWB) <p>Breast cancer subscale (BCS)</p> <ul style="list-style-type: none"> symptoms body image bothered by hair loss 	<p>⁸ In 295 patients with Stages I-IV breast cancer ¹⁰ - All subscales and FACT-G, FACT-B and TOI discriminated patients grouped by patient-rated performance status and were associated with POMS scores; all scores except SWB and EWB discriminated patients grouped by clinician-rated performance status; and PWB, EWB, FWB, FACT-G, FACT-B and TOI discriminated patients grouped by extent of disease.</p> <p>In 47 patients with advanced breast cancer ¹⁰ - PWB, FWB, FACT-B, BCS and TOI were responsive to change in performance status; these subscales and EWB and FACT-G were also responsive to changes in FLIC scores.</p>	0.63-0.86	0.85-0.89	11-13
FACT-B cont.			<ul style="list-style-type: none"> worry about effect of stress on illness worry about members of family also getting breast cancer bothered by weight change <p>Scoring - FACT-B= FACT-G+BCS Trials Outcome Index (TOI)=PWB+FWB+BCS</p>	<p>In 306 patients with primary or advanced breast cancer on hormone therapy - PWB, SWB, FACT-B and BCS discriminated between patients grouped by treatment (tamoxifen vs anastrozole vs megestrol acetate vs adjuvant tamoxifen vs chemo ablation vs no endocrine treatment); groups were variously discriminated by individual symptoms of an additional 18 item ¹¹ endocrine symptom subscale (FACT-ES); FACT-G, FACT-B, BCS and TOI scores discriminated patients who were disease free and those with advanced disease; the ES subscale was responsive to increase in symptoms of patients during endocrine therapy and reductions in patients on HRT.</p> <p>In 297 patients undergoing sentinel node guided axillary therapy and 29 patients attending a lymphoedema clinic ¹⁴ - SWB, BCS, FACT-B scores and an additional 4-item scale for assessing arm symptoms discriminated pre-operative vs lymphoedema clinic patients; arm symptoms, FACT-G, FACT-B, FACT-B+4 and TOI scores were responsive to change from pre- to 4 weeks post-surgery; arm symptoms and TOI were also responsive to differences 4 weeks to 12 weeks post-surgery.</p> <p>A minimal clinically important difference (MCID) has been defined as 7-8 points on total FACT-B score, 2-3 points on the BCS, and 5-6 points on the TOI ¹⁵</p> <p>Analysis using item response theory suggested adequate cultural equivalence in item functioning between US and Austrian samples.¹⁶</p>	0.63-0.95	0.62-0.88	
International Breast Cancer Study Group - Quality of Life Core Form (IBCSG-QLC)	Developed as an outcome measure for adjuvant trials	10	<ul style="list-style-type: none"> physical well-being mood perceived social support copng subjective health estimation side-effects (tiredness, appetite, nausea / vomiting, hot flushes, restrictions in arm movement) 	The IBSG-QLC has not been validated as a whole. However, each item was selected on the basis of association with performance status, tumour response, survival time and various validated measures in previous research (e.g. ¹⁷⁻¹⁹). See ²⁰ for a summary.			
Quality of Life Instrument - Breast Cancer Patient Version http://www.cityofhope.org/nrc/pdf/Quality%20of%20Life%20Breast%20Cancer%20Patient.pdf	A version of the City of Hope QOL Cancer Survivor questionnaire that includes issues of concern specific to breast cancer, including fear of recurrence, fertility issues, and concern over breast cancer in female relatives	46	<ul style="list-style-type: none"> Physical wellbeing Psychological wellbeing Social concerns Spiritual wellbeing 	Explored via qualitative interviews with 21 survivors. ²¹			

Příloha 4 - EORTC QLQ-C30, česká verze

Dostupné z: <http://groups.eortc.be/qol/>

CZECH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Zajímáme se o některé věci, které se týkají Vás a Vašeho zdraví. Odpovězte prosím na všechny otázky tak, že zakroužkujete ten údaj, který Vám nejlépe odpovídá. Neexistují žádné "správné" nebo "nesprávné" odpovědi. Informace, které poskytnete, zůstanou přísně důvěrné.

Uveďte prosím své iniciály:

Vaše datum narození (den, měsíc, rok):

Dnešní datum (den, měsíc, rok):

31

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
1. Máte nějaké potíže při vykonávání namáhavějších činností jako je nošení těžké nákupní tašky nebo kufru?	1	2	3	4
2. Míváte potíže při <u>dlouhé</u> procházce?	1	2	3	4
3. Míváte potíže při <u>krátké</u> procházce venku?	1	2	3	4
4. Musíte setrvat na lůžku nebo v křesle během dne?	1	2	3	4
5. Potřebujete pomoc při jídle, oblékání, mytí nebo při používání záchodu?	1	2	3	4
Během minulého týdne:				
6. Byl/a jste omezen/a ve své práci nebo při výkonu jiných každodenních činností?	1	2	3	4
7. Byl/a jste omezen/a v provádění svých koníčků nebo jiných činností ve volném čase?	1	2	3	4
8. Nedostávalo se Vám dechu?	1	2	3	4
9. Měl/a jste bolesti?	1	2	3	4
10. Potřeboval/a jste si odpočinout?	1	2	3	4
11. Měl/a jste potíže se spaním?	1	2	3	4
12. Cítil/a jste se slabý/á?	1	2	3	4
13. Chyběla Vám chuť k jídlu?	1	2	3	4
14. Měl/a jste žaludeční potíže?	1	2	3	4
15. Zvracel/a jste?	1	2	3	4
16. Měl/a jste zácpu?	1	2	3	4

Prosím, přejděte na následující stranu

Během minulého týdne:		Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
17.	Měl/a jste příjem?	1	2	3	4
18.	Byl/a jste unaven/a?	1	2	3	4
19.	Narušovala bolest Vaše každodenní aktivity?	1	2	3	4
20.	Měl/a jste obtíže soustředit se na takové věci jako je čtení novin nebo sledování televize?	1	2	3	4
21.	Čtil/a jste napětí?	1	2	3	4
22.	Čtil/a jste obavy?	1	2	3	4
23.	Čtil/a jste podráždění?	1	2	3	4
24.	Čtil/a jste se být deprimován/a?	1	2	3	4
25.	Měl/a jste potíže zapamatovat si věci?	1	2	3	4
26.	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vašeho <u>rodinného</u> života?	1	2	3	4
27.	Zasahovala Vaše fyzická kondice nebo léčba do Vaší <u>společenské</u> aktivity?	1	2	3	4
28.	Způsobila Vám Vaše fyzická kondice nebo léčba finanční obtíže?	1	2	3	4

U následujících otázek prosím zakroužkujte v rozmezí od 1 do 7 tu odpověď, která se pro Vás nejlépe hodí

29. Jak byste ohodnotil/a svoje celkové zážitek v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatné

Vynikající

30. Jak byste ohodnotil/a svoji celkovou kvalitu života v průběhu minulého týdne?

1 2 3 4 5 6 7

Velmi špatná

Vynikající

Příloha 5 - EORTC QLQ - BR23, česká verze

Dostupné z: <http://groups.eortc.be/qol/>

CZECH



EORTC QLQ - BR23

Pacienti někdy uvádějí, že mají následující příznaky nebo problémy. Označte, prosím, v jakém rozsahu se tyto příznaky nebo problémy vyskytovaly u Vás v průběhu minulého týdne.

Během minulého týdne:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
31. Měla jste sucho v ústech?	1	2	3	4
32. Chutnalo Vám jídlo a pití jinak, než obvykle?	1	2	3	4
33. Měla jste bolavé, podrážděné nebo slzící oči?	1	2	3	4
34. Vypadávaly Vám vlasy?	1	2	3	4
35. Na tuto otázku odpovězte pouze, pokud jste ztrácela vlasy: byla jste ztrátou vlasů rozrušená?	1	2	3	4
36. Cítila jste se nemocná nebo Vám nebylo dobře?	1	2	3	4
37. Měla jste návaly horka?	1	2	3	4
38. Bolela Vás hlava?	1	2	3	4
39. Cítila jste se v důsledku své nemoci nebo léčby fyzicky méně přitažlivá?	1	2	3	4
40. Cítila jste se v důsledku své nemoci nebo léčby méně žensky?	1	2	3	4
41. Bylo pro Vás nepříjemné vidět se nahá?	1	2	3	4
42. Byla jste nespokojená se svým tělem?	1	2	3	4
43. Měla jste obavy o své zdraví do budoucnosti?	1	2	3	4
Během minulých <u>čtyř</u> týdnů:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
44. Do jaké míry jste měla zájem o sex?	1	2	3	4
45. Do jaké míry jste byla sexuálně aktivní? (s pohlavním stykem, nebo bez něj.)	1	2	3	4
46. Na tuto otázku odpovězte pouze v případě, že jste byla sexuálně aktivní: do jaké míry Vás sex uspokojoval?	1	2	3	4

Prosím, přejděte na následující stranu

Během minulého týdne:	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi hodně
47. Bolela Vás paže nebo rameno?	1	2	3	4
48. Měla jste oteklou paži nebo ruku?	1	2	3	4
49. Bylo pro Vás obtížné zvednout paži nebo jí pohybovat do stran?	1	2	3	4
50. Měla jste bolesti v oblasti postiženého prsu?	1	2	3	4
51. Byla oblast postiženého prsu oteklá?	1	2	3	4
52. Byla oblast postiženého prsu zvýšeně citlivá?	1	2	3	4
53. Měla jste problémy s pokožkou v oblasti postiženého prsu (např. svědění, suchost, loupání kůže)?	1	2	3	4

Příloha 6 - Návrat žen do pracovního procesu po rakovině prsu

Dobrý den,

věnujte, prosím, několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

Odpovědi z dotazníku budou naprosto anonymní a slouží mi pouze k tomu, abych mohla úspěšně dokončit studium na 1.LF UK, navazující magisterský obor Ergoterapie a vytvořit závěrečnou diplomovou práci na téma: Určení stupně disability (invalidizace) žen po operaci prsu v produktivním věku a jejich možnosti návratu k původní profesi z pohledu ergoterapie.

Mockrát Vám děkuji za Váš čas a Vaše pravdivé odpovědi!

Bc. Erika Fockeová, studentka NMgr. ergoterapie na 1LF UK.

1. Jste žena nebo muž

- Žena
- Muž (prosím, nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

2. Jaký je váš věk?

- Do 19 let včetně (prosím, nepokračujte ve vyplňování dotazníku)
- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61-64 let
- 65 let a více (prosím, nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

3. Máte ukončenou léčbu karcinomu prsu?

- Ano
- Ne, stále jsem ve fázi léčby (prosím, nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

4. Jak dlouho jste po ukončení léčby?
- 0-6 měsíců
 - 6 měsíců – 12 měsíců
 - 1 rok – 2 roky
 - 2 roky – 5 let
 - Více jak 5 let
5. Jaký typ léčby jste absolvovala? (více možných odpovědí)
- Chirurgické řešení
 - Chemoterapie
 - Radioterapie
 - Biologická léčba
 - Jiná? _____
6. Jaký typ chirurgické operace jste prodělala?
- Nebyla jsem na chirurgické operaci
 - Lumpektomie (vynětí nádoru z prsu i s bezpečným lemem zdravé tkáně
 - Částečná mastektomie prsu, parciální výkon
 - Ablace prsu, totální mastektomie
7. Jaké jste měla fyzické obtíže po ukončení léčby? (více možných odpovědí)
- Bolestivost ramenního kloubu a omezený rozsah pohybu na operované straně těla
 - Snížená citlivost na horní končetině na operované straně těla
 - Zhoršení drobných pohybů a jemné motoriky ruky na operované straně těla
 - Jiné _____
8. Došlo u vás i k nějakým jiným problémům, vyjma fyzických? (více možných odpovědí)
- Zhoršení paměti
 - Snížená schopnost soustředění
 - Jiné _____

9. Absolvovala jste nějakou rehabilitační péči? (více možných odpovědí)
- Ne, žádnou rehabilitační péči jsem neabsolvovala
 - Pouze v nemocnici mě navštívil fyzioterapeut
 - Docházela jsem na fyzioterapii
 - Docházela jsem na ergoterapii
 - Docházela jsem na fyzioterapii i ergoterapii
 - Absolvovala jsem nějakou formu předpracovní/pracovní rehabilitace
 - Docházela jsem k jinému rehabilitačnímu pracovníkovi, k jakému?
-
10. Konzultoval s Vámi lékař možnosti návratu do pracovního procesu?
- Ano, s lékařem jsem konzultovala možnosti návratu
 - Ne, lékař se mnou moje možnosti nekonzultoval
11. Pokud s Vámi lékař konzultoval možnosti návratu do práce, nabídl Vám informace k nějaké formě pracovní/předpracovní rehabilitace?
- Ne, o ničem se nezmínil
 - Ano, doporučil mi, abych se obrátila na určité organizace/zařízení
 - Zmínil se o tom, ale nebyl schopný mi podat přesnější informace, ty jsem si vyhledala samostatně
12. Za jak dlouho po tom, co jste odešla z práce, jste se opět vrátila do pracovního procesu?
- Do 6 měsíců
 - Do 1 roku
 - Do 2 let
 - Do 5 let
 - Stále jsem se nevrátila do pracovního procesu (přeskočte, prosím, až k otázce 18)
 - Pobírám invalidní důchod (přeskočte, prosím, až k otázce 18)
 - Jsem ve starobním důchodu (přeskočte, prosím, až k otázce 18)
13. Vrátila jste se na stejnou pracovní pozici?
- Ano
 - Ne, musela jsem změnit pracovní pozici
 - Ne, úplně jsem změnila zaměstnání

14. Jste zaměstnaná nebo jste živnostník?

- Mám zaměstnavatele
- Pracuji sama na sebe, jsem živnostník

15. Manuální nebo administrativní pracovní pozice?

- Manuální
- Administrativní
- Jiné _____

16. V jakém oboru pracujete?

- Administrativa
- Doprava
- Finance
- Informační technologie
- Kultura a sport
- Management
- Obchod a cestovní ruch
- Obrana a ochrana
- Právo
- Služby
- Stavebnictví
- Věda a výzkum
- Výchova a vzdělávání
- Výroba a provoz
- Zdravotnictví
- Zemědělství a lesnictví

17. Co se týče mých pracovních povinností a zátěže ...

- Zvládám své úkoly a povinnosti stejně jako před onemocněním
- Své úkoly a povinnosti zvládám s obtížemi
- Nevládám plnit své úkoly a povinnosti, zátěž je na mě příliš vysoká

18. Jak jste spokojena se svou současnou kvalitou života?

- Můj život je stejně kvalitní, jako před onemocněním
- Snažím se prožívat svůj život stejně, ale následky onemocnění jsou pro mě omezující
- Snažím se prožívat svůj život stejně, ale následky onemocnění jsou pro mě velmi omezující
- Kvalita života se nedá srovnávat se stavem před onemocněním

19. Navštěvovala jste/navštěvujete organizace a zájmová sdružení žen se stejnou onkologickou diagnózou nebo obecně organizace sdružující onkologicky nemocné pacienty?

- Účastním se akcí Mamma HELPu
- Navštěvuji Ústecký Arcus
- Přemýšlela jsem o setkávání s lidmi s podobnou diagnózou, ale zatím jsem to neuskutečnila
- Nemám zájem absolvovat tato setkání
- Navštěvuji akce jiné organizace, jaké? _____

20. Pokud jste dojížděla na chemoterapeutickou léčbu vlastním automobilem, nechala jste si zpětně proplatit náhradu cestovních nákladů?

- Ano, příspěvek jsem si proplatit nechala.
- O příspěvku jsem věděla, přesto jsem si ho nenechala proplatit.
- Ne, o příspěvku jsem vůbec nevěděla.

21. Všechny potřebné informace o průběhu léčby (včetně rehabilitační péče, následků onemocnění, atd.), jste se dozvěděla od ošetřujícího lékaře?

- Ne, lékař mi nepodal všechny informace, které jsem potřebovala
- Ne, ale v mém okruhu je pár žen, se stejným problémem, vzájemně jsme se informovaly
- Ano, lékař mi podal všechny informace, které jsem potřebovala

22. Z jakého kraje jste?

- Ústecký
- Hlavní město Praha
- Jihočeský
- Jihomoravský
- Karlovarský
- Královéhradecký
- Liberecký
- Moravskoslezský
- Olomoucký
- Pardubický
- Plzeňský
- Středočeský
- Vysočina
- Zlínský

23. Jak jste se o dotazníku dozvěděl/a?

- Na internetu
- Od známého
- Od autorky dotazníku
- Jiné _____

Ještě jednou děkuji za vyplnění dotazníku! Bc. Erika Fockeová