

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Edukační program pro ženy s karcinomem prsu

Kateřina Kubíčková

Bakalářská práce

2009

Čestné prohlášení:

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 20. 4. 2009

Kateřina Kubíčková

Poděkování

Velice ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu MUDr. Vladimíru Červinkovi za jeho pomoc a trpělivost při vytváření mé bakalářské práce. Dále naší vedoucí ročníku paní Mgr. Beránkové za její vstřícnost. A mé rodině za trpělivost a pomoc během mého studia.

Souhrn a klíčová slova

Anotace:

Moje bakalářská práce je zaměřena na téma Edukační program pro ženy s karcinomem prsu. V teoretické části se zabývám nejen prevencí karcinomu, rizikovými faktory, typy ložisek, léčbou, ale především edukací pacientek po operaci. V části edukace jsem se zaměřila na její využití, tvorbu a plánování edukačního programu, který je podrobně popsán v praktické části. Ta je tvořena dotazníkem se zaměřením na informovanost žen o edukaci, vlivu karcinomu prsu na jejich osobní život a omezení běžných denních aktivit. Odpovědi z dotazníku jsou zpracovány a využity pro tvorbu edukačního programu, který bude využit v praxi.

Klíčová slova:

Karcinom prsu, nádor, léčba, edukace, edukační plán, program

Title:

Educational program for women with breast carcinoma.

Annotation:

My bachelor thesis is focused on the Educational program for women with breast carcinoma. In theoretical part I am concentrating on prevention of cancer, risk factors, types of tumors, treatment, but also on education of patients after operation. In the educational part I have focused on use of education itself, output and planning of educational program which is described in practical part. It consists of a questionnaires focusing on the awareness of women's education, the impact of breast cancer in their personal lives and limits for daily activities. Responses from the questionnaire are processed and used for the production of educational program, which will be used in practice.

Key words:

Breast carcinoma, tumor, treatment, education, educational plan, program

Přílohy vázané v práci:

Samovyšetření prsu, edukační program, rehabilitační cviky, dotazník

Úvod.....	9
Cíle.....	10
I. Teoretická část.....	11
1 Základní informace o karcinomu prsu	11
1.1 Rizika vzniku	11
1.1.1 Fyziologické změny	12
1.1.2 Patologické změny	12
1.1.2.1 Benigní epitelové nádory	13
1.1.2.2 Maligní epitelové nádory	13
1.2 Diagnostika nádoru	15
1.2.1 Samovyšetření prsu	16
1.2.2 Palpační vyšetření odborným lékařem.....	16
1.2.3 Mamografický screening	16
1.2.4 Ultrazvukové vyšetření	17
1.2.5 Magnetická rezonance	17
2 Nejnovější trendy v léčbě ca prsu	18
2.1 Kurativní (adjuvantní) léčba	18
2.2 Neadjuvantní léčba	19
2.2.1 Chemoterapie	19
2.2.2 Hormonální terapie	19
2.2.3 Radioterapie	20
2.3 Paliativní/sanační postupy	20
2.4 Chirurgická léčba	21
2.4.1 Tumorektomie (lumpektomie).....	21
2.4.2 Chirurgické postupy – Parciální mastektomie	21
2.4.3 Totální mastektomie	21
2.4.3 Biopsie sentinelové uzliny	22
3 Vedlejší poléčebné účinky	23
3.1 Vedlejší účinky cytostatické léčby	23
3.2 Vedlejší účinky radiační léčby.....	24
3.3 Nežádoucí účinky hormonální a biologické léčby.....	25
3.4 Vedlejší účinky chirurgické léčby	25

4 Edukace pacientů	26
4.1 Edukační formy a metody.....	28
4.2 Edukační program a jeho tvorba.....	29
4.2.1 Edukační proces.....	29
4.2.2 Edukační plán	31
4.2.3 Vlastní realizace edukačního plánu	31
4.3 Dotace edukačních programů	32
4.4 Zaměření Edukačního programu pro ženy s karcinomem prsu	34
4.4.1 Náplň edukačního programu.....	35
4.4.2 Edukační program – provedení	36
II Empirická část	38
5. Výzkumné záměry	38
6. Metodologie výzkumu	39
7. Vyhodnocení dotazníků	40
8. Diskuze – vyhodnocení výzkumných záměrů edukačního programu	63
Závěr	65
Soupis bibliografických citací	66
Seznam příloh	68

Úvod

Karcinom prsu je jednou z nejčastějších příčin úmrtí žen nejen v České Republice, ale také po celém světě. Je velkou obavou pro ženu každého věku. Mnohé ženy často přicházejí na pravidelné prohlídky k lékaři, až v pozdních fázích rakoviny. Tato choroba může postihnout jakoukoli ženu v mém okolí, rodině anebo dokonce i mne samotnou. Vzhledem k tomuto faktu jsem se zajímala o toto téma a zaměřila jsem se na pojem edukace žen po prodělaném karcinomu prsu.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak dalece jsou ženy v České republice seznámeny se svou diagnózou, kým jsou informovány o prevenci vzniku karcinomu prsu, kdo jim poskytuje informace před a po operaci, od koho se těmto ženám dostává pomoci v těžkých chvílích a na koho by se obrátily se svými problémy po operaci. Edukace těchto žen je velice důležitá a často jim pomůže k návratu do běžného života. Dále bych chtěla poukázat na problematiku žen po proděláním karcinomu prsu, jako jsou zaměstnání, sport, osobní život, volný čas, hygiena apod. To vše mohou být strasti žen po operaci prsu.

V teoretické části bakalářské práce popisují základní informace vztahujících se k onemocnění žen karcinomem prsu. Tyto informace jsou podrobně popsány v první části a obsahují vše podstatné o tomto onemocnění, rizikových faktorech, diagnostických metodách, nových léčebných trendech, ale také o jejich vedlejších poléčebných účincích. Dále se zabývám podstatou edukace a tvorbou edukačního programu na základě získaných informací z vytvořeného dotazníku.

Edukační program prozatím nebyl vyzkoušen v praxi, ale velice ráda bych poskytla tento námět pro diplomovou práci v budoucnu. Věřím, že po jeho aplikaci a dalším vyhodnocování výsledků dosáhneme vyšší péče v oblasti žen po prodělaném onemocnění karcinomem prsu.

Cíle

Tato práce je zaměřena především na edukaci žen po prodělaném onemocnění karcinomu prsu. Většina průzkumů v České republice a ve světě je zaměřována především na prevenci tohoto onemocnění. Vzhledem k tomuto faktu jsem formulovala své cíle takto:

Hlavním cílem je zjistit, zda jsou ženy vhodně a včas informovány před provedením operačního výkonu, a v jakých oblastech jsou nejčastěji edukovány po provedeném zákroku. Zda ženy navštěvují „poradenské kluby pro ženy s prodělaným onemocněním karcinomu prsu“. Dále, ve kterých oblastech ženy potřebují psychologickou podporu a od koho. A také vytvoření podkladů pro edukační program zaměřující se na pomoc ženám s karcinomem prsu a vyrovnání se s běžnými denními problémy vzniklé po zákroku.

I Teoretická část

1 Základní informace o karcinomu prsu

Karcinom prsu je jedním z nejčastějších nádorových onemocnění ženské populace. Karcinom prsu se nejčastěji objevuje u žen vyššího věku, a to okolo 40 – 44 let. Z posledních výzkumů se odhaduje, že v roce 2007 bylo shledáno 178 480 nově vzniklých případů invazivního karcinomu prsu, dále 62 030 nových případů karcinomu prsu in situ. Tento vývoj má snižující se tendenci vzhledem zlepšení v oblasti prevence. (14) Bohužel je v posledních 28 letech je patrný přesun incidence do mladších věkových kategorií okolo 25 – 29 let. (1)

Nádorem je myšlen nekontrolovatelný růst geneticky změněných buněk. Takto rakovinotvorné buňky se dělí mnohem rychleji než buňky zdravé a poškozují epiteliální tkáň prsu. Tento proces je často nazýván jako takzvaná „*hyperplazie*“. Pokud se takto poškozené buňky začnou dělit uvnitř prsního ductu a nešíří se do okolí, tento karcinom je nazván jako „*intraduktální karcinom in situ*“. Většinou jsou zobrazeny pomocí mamografie jako mikrokalcifikace (sole kalcia objevující se v odumřelých buňkách).

Pokud nedojde k včasnému odhalení takto změněných buněk, dochází k prorůstání rakovinných buněk do okolní tkáně, které nazýváme jako *invazivní* neboli *duktální*. Tento typ se vyskytuje až v 70 – 80%. Takto změněné buňky, které jsou uloženy v blízkosti lymfatických uzlin (pod žebry, podpaží) se mohou šířit do okolních orgánů a tkání. Tento proces je nazýván jako *metastazování*, tehdy se jedná o postupné šíření rakovinných buněk do ostatních částí těla.

1.1 Rizika vzniku

Rizikem vzniku karcinomu prsu jsou vnější a vnitřní vlivy, které u cca 70% žen diagnostikovaných pro rakovinu prsu nejsou v jejich anamnéze přítomny. Podstatný vliv má na zdraví žen především pohlaví a věk, který ovlivňuje produkci pohlavních hormonů (estradiolu, estrogenu, progesteronu, prolaktinu). Neméně podstatnou roli hraje rodinná anamnéza. Především výskyt karcinomu u přímých příbuzných (1. linie – matka, dcera) a nepřímých příbuzných (2. linie – babička, teta) tento fakt podstatně zvyšuje potenci vzniku karcinomu. V některých případech proto mluvíme o genetickém karcinomu typu BRCA1 (lokalizace na 17. chromozomu v pozici 17q21, zárodečná mutace je spojena až s 50%

rizikem vývoje karcinomu prsu do 50 let života) a BRCA2 (tumor-supresorický gen, jehož mutace je spojena manifestací karcinomu prsu časném věku). (1)

Dalšími potenciálními riziky jsou především regionální rozdíly ve smyslu životního stylu, návycích (kouření, alkohol, drogy, atd.) výživy, životosprávy a životního prostředí v různých oblastech světa.

1.1.1 Fyziologické změny

U každé ženy během života dohází k určitým změnám v prsní tkáni. První změny (jedná se o změny fyziologické), které se objevují při dospívání, jsou ve většině případů změny strukturální. Tyto změny často probíhají bez větších problémů a jsou spojovány s příchodem první menstruace (menarche). Během menstruačních fází (především luteální) dochází často ke zduření prsní žlázy až její bolestivosti a citlivosti na dotyk. Další změny jsou pozorovány především v těhotenství, a to vlivem laktace těsně po porodu. Výrazné změny můžeme pozorovat u žen v období menopauzy, především výraznou atrofii prsní tkáně. V tomto období jsou ženy nejvíce ohroženy vznikem patologických změn vlivem snížené produkce hormonů (Estrogen, Progesteron).

1.1.2 Patologické změny:

Do této skupiny řadíme: **Mastitidy**, které jsou řazeny do skupiny zánětlivých změn prsní tkáně. Jsou spojovány s městnáním hnisu a tvorbou abscesů. Nejčastěji se vyskytuje tzv. *Puerperální mastitis*, která vzniká ascendentní infekcí při kojení a to především s výskytem stafylokoků v oblasti nosohltanu novorozence. Dále hovoříme o *mastitidách chronických nehnisavých*, kde se jedná o rezidua po proběhlé mastitidě akutní. *Nespecifické granulózní mastitidy* jsou typické u žen užívajících kontraceptiva a žen po proběhlém těhotenství. *Specifické mastitidy* (tzv. tuberkulózní) se vyskytují vzácně, ačkoli jsou často pozorovány v rozvojových zemích a u pacientů s AIDS. Ve většině případů se jedná o infekci sekundární zanesenou retrogradně z lymfatických uzlin (1).

Komplex patologických změn, při kterém se kombinuje výskyt cyst a fibrotických ložisek je nazýván jako **fibrocystická choroba prsu**. Velice často imituje nádorové onemocnění, a to jak mamograficky, tak i palpačně.

Cysty mohou být mikro a makroskopických rozměrů (jejich hranice je 3mm) s obsahem čiré, zkalené či krvavé tekutiny. Nález cyst je velice častý u žen mladšího věku. Je nutné tyto změny sledovat a podrobit ženu kontrolním vyšetřením.

Dále sem řadíme *epiteliózu*, při které dochází k intraduktální proliferaci (hyperplazie). Při kombinaci hyperplazie epitelové, myoepitelové a stromální hovoříme o tzv. *Adenóze*. Jsou často děleny na adenózy prosté fibroidní (zmnožení žlázek a ductů vlivem hormonů), sklerotizující, u kterých je diferenciálním znakem zachovaná lobulární úprava. V takto změněných ložiscích se často setkáváme s lobulárním a ductálním karcinomem in situ.

Mikroglandulární adenóza je charakteristická pro nálezy drobných mikrotubulů s nepravidelnou distribucí ve vazivu a tukové tkáni. *Duktální adenóza* je typická pro nahromadění vývodů, které nekončí v lobulech, ale šíří se dále do tkáně. *Radiální jizvou* označujeme změny makroskopicky a mamograficky napodobující karcinom in situ hvězdicového tvaru.

1.1.2.1 Benigní epitelové nádory

Tvoří velkou skupinu změn, jako jsou: *Papilom*, který je typický pro stromkovitě až prstovitě větvené léze, které vznikají proliferací epitelu. Jsou různě velké a makroskopicky i mamograficky viditelné. *Centrální papilom* se vyskytuje ve velkých a středních vývodech, mlékovodech a subareolární oblasti, kde může kalcifikovat. *Periferní papilom* postihuje často velké vývody, které mají tendenci recidivy. *Juvenilní papilomatóza* se vyskytuje především u mladých dívek kolem 20let. Pozorovány jsou změny typické pro přítomnost makroskopických cyst a papilomů. Tyto změny se netýkají pouze prsní tkáně, ale také bradavky a jsou nazývány jako *papilární adenomy bradavky*. *Tubulární adenomy* mají perikanalikulární formu fibroadenomů.

Atypické hyperplazie (duktální a lobulární) byly popsány jako proliferace ductálního epitelu, která nemá všechny rysy ductálního karcinomu in situ. Tyto změny zvyšují až 4krát potenciální riziko vzniku karcinomu prsu a u žen s pozitivní rodinnou anamnézou až 10krát. U prvního typu se jedná o nálezy spojeny s hyperplazií a vývodů s rysy karcinomu. U typu lobulárního pozorujeme změny podobné lobulárnímu karcinomů in situ, kde nejsou splněna kritéria malignace (v oblasti kvantity a kvality).

1.1.2.2 Maligní epitelové nádory

Dělíme je na: invazivní (infiltrující) a neinvazivní (in situ). Mezi **neinvazivní karcinomy** řadíme: ductální karcinom in situ a lobulární karcinom in situ.

Duktální karcinom in situ (DCIS) podle posledních výzkumů se vyskytuje ve 30% případů multicentricky a v 10% bilaterálně (1). Většinou tento typ neprojevuje známky invaze

do okolní tkáně, pro objasnění růstu nádorových buněk v ductu se dělí do několika skupin. Solidní typ je typický výskytem větších buněk kubického tvaru s přítomností solidních nekrotizací. *Komedonový karcinom* je typický pro nekrotickou a kalcifikovanou tkáň. Dále bych zde připomněla pouze názvy některých dalších typů, jako jsou: kribriformní, papilární, mikropapilární, apokrinní, acinózní intraduktální karcinom.

Lobulární karcinom in situ (LCIS) se vyskytuje po předchozích ložiscích jiných patologií v prsu. Nejčastěji se objevuje u žen v období perimenopauzi okolo 30% bilaterálně a 50-70% multicentricky. Nádorové buňky se vyskytují v terminálních duktech, které jsou vyplněny kulatými buňkami s hlenovou substancí. Lze prokázat metodou S-100 protein (1).

Mezi **Invazivní karcinomy** řadíme: ductální invazivní karcinom, lobulární invazivní karcinom prsu a vzácně se vyskytující papilární karcinom.

Duktální invazivní karcinom je typický hvězdicovitě uspořádaným ložiskem, které je ve většině případů velice špatně ohraničeno. Jednotlivé buňky tohoto typu prorůstají do okolní tukové a vazivové tkáně a vedou k horší prognóze onemocnění. Někdy však mohou být ohraničeny tzv. pseudokapsulí, která může zkreslovat výsledky vyšetření a zaměnit karcinom invazivní za karcinom in situ, proto je důležité důkladné vyšetření o kterém se budu zmiňovat v následující kapitole.

Invazivní lobulární karcinom, který je typický pro výskyt menších, které mají podobné rysy jako lobulární karcinom in situ. Nádorové buňky rostou samostatně nebo v řadách mezi kolagenní vazivo. *Mucinózní karcinom* se vyskytuje velmi zřídka a ve vyšších věkových skupinách (nad 50let). Tento nádor roste velmi pomalu, tvoří ho hlenová hmota a má o něco lepší prognózu než předešlý zmíněný typ. Naproti tomu *Medulární karcinom* se vyskytuje častěji u žen mladšího věku (do 35 let). Příznivou prognózu má tehdy, pokud nepřesáhne velikost 3cm v průměru. Buňky jsou málo diferencované a ve většině případů nereagují na endokrinní terapii. Tento typ karcinomu je většinou dobře ohraničen a nejeví známky infiltrace do okolní tkáně. Buňky jsou podobné rostoucím buňkám syncycia s vysokým obsahem keratinů (AE1, AE3, CAM 5.2). (1)

Papilární karcinom tvoří vzácnou formu a vyskytují se raritně, a to v postmenopauze. Složením se podobá intraduktálnímu karcinomu, který se vyskytuje v cystických lezích, menších vývodech a formě solidních ložisek s mikrokalcifikacemi. Jejich diagnostika je velmi obtížná.

Dalším raritně se vyskytujícím karcinomem je *Tubulární karcinom*, který se vyskytuje po dvacátém roce. Je tvořen diferencovanými žlázkami nebo tubuly, které jsou vystlány pouze jednou řadou epitelových buněk.

Na závěr této kapitoly se zmíním o *Pagetově chorobě* bradavky, která se projevuje patologickou změnou bradavky ve smyslu přítomnosti velkých světlých buněk nebo skupin mezi epitelovými buňkami epidermis bradavky. Samostatně se prakticky nevyskytuje, většinou je spojován s výskytem *Duktálního karcinomu in situ* nebo karcinomu lobulárního. Původ těchto buněk však není dodnes přesně objasněn.

K dalším méně častým či raritně se vyskytujícím patologickým změnám řadíme např. fibroadenomy, karcinosarkomy, hamartomy, acinózní a fibrózní nádory a maligní lymfomy. K rozlišení typu a agresivitě nádoru slouží podrobná diagnostika, která nás vede ke specifikování a individualizaci léčebného postupu.

1.2 Diagnostika nádorového ložiska

Karcinom se vyvíjí z extrémně malých buněk, jejichž změna trvá v některých případech i desítky let nebo do doby, kdy jsou zjištěny samovyšetřením, palpačním vyšetřením gynekologa či mamografickým screeningem.

Příznaky mohou být celkové, tehdy mluvíme o únavě, subdepresy, bolesti krční a hrudní páteře, subfebrilie, flebotrombóze. Mezi lokální (místní příznaky) se často řadí deformita bradavky či její vpáčení. Dále krvácení nebo sekrece z mlékovodu, změna barvy a teploty kůže, její vtahování a hmatná rezistence v prsu nebo axile (podpaží).

Časná detekce dává naději na úspěšnou léčbu, proto je nesmírně důležité aby ženy byly schopny samy rozpoznat varovné příznaky. Takovýchto znalostí a chování lidí je možné dosáhnout důslednou zdravotní výchovou a edukací lékařů a sester primární lékařské péče. (7)

Mezi nejčastější metody diagnostiky karcinomu prsu patří: samovyšetření prsu, palpační vyšetření gynekologem či odborným lékařem, mamografický screening, ultrazvukové vyšetření. (11)

Ve své práci dále zmiňuji některé další vyšetřovací metody, které mají své pozitivní využití pro včasnou diagnostiku a možnost rychlejší a dokonalejší léčby.

1.2.1 Samovyšetření prsu

Jde o jednoduchou neinvazivní a velice efektivní metodu v diagnostice karcinomu prsu. Samovyšetření prsu by se mělo pro ženu stát jakousi denní rutinou, kterou poznává své tělo a

může zaznamenat jakoukoli i sebemenší změnu. Samovyšetření se provádí 1 x za měsíc 1 až 2 dny po menstruaci, ve stoje a vleže. Provádí se pomocí pozorování, a to naproti zrcadlu s horními končetinami na bocích, a poté paže pomalu zvedáme nad hlavu a pozorujeme sebemenší viditelné změny. Dalším krokem je postupné prozkoumání obou prsů krouživými pohyby od zevních kvadrantů po bradavky. Ty vyšetřujeme jako poslední a soustředíme se především na jejich vzhled a sekreci.

Pro časnou diagnostiku ve většině případů bohužel nemá velký význam. Většinou se jedná o nález již rakovinnou změněné tkáně velké několik centimetrů. Náhled správného provedení (viz. příloha A).

1.2.2 Palpační vyšetření odborným lékařem

Toto vyšetření je založeno na základě samovyšetření prsu. Lékař vyšetřuje každý kvadrant a bradavku zvlášť vleže a stoje. Jakýkoli klinický patologický nález je z hlediska karcinomu známkou pozdní diagnózy. Přesto má toto vyšetření význam, který vede lékaře k diagnostické mamografii.

1.2.3 Mamografický screening

Jde o organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí časného zachytu zhoubných nádorů prsu a provádění preventivních vyšetření u populace žen, které nepociťují žádné přímé známky přítomnosti nádorového onemocnění prsu. (11) Mamografie je rozdělena na diagnostickou a preventivní. V případě diagnostickém, jde o vyšetření žen nad 45 let se symptomy onemocnění prsu a to v jednom až dvouletých intervalech. U výrazně rizikových žen (nosičky genu BRCA 1,2) je možné provedení již ve věku 30 let (v některých případech dříve) s doplněním o ultrazvukové vyšetření. Toto vyšetření je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, bez ohledu na četnost vyšetření.

Mamografický screening v ČR je hrazen z prostředků zdravotního pojištění podle právních předpisů, zejména podle novely vyhlášky 183/2000 Sb. (dříve 56/1997 Sb.). Preventivní mamografické vyšetření se provádí v ČR u žen ve věku od 45 let do věku 69 let v pravidelných dvouletých intervalech. Podmínkou hrazení tohoto vyšetření zdravotními pojišťovny je odeslání pacientky praktickým lékařem nebo gynekologem v zájmu zajištění co nejvyšší účasti žen určeného věku a komplexního přístupu k preventivní péči. (7)

Proto je screeningové vyšetření poskytováno všem ženám České republiky bez ohledu na jejich socio-ekonomický status.

Úhrada mamografického či ultrazvukového vyšetření ženou je tehdy, pokud je žena mladší 45 let a vyšetření chce podstoupit z vlastní vůle. Anebo v případě, kdy žena žádá podstoupit kontrolní mamografické vyšetření v jiném akreditovaném zařízení, v době kratší než doporučené screeningovým programem.

Vzhledem k časnému zachytu patologických změn a jejich časné léčbě klesá mortalita žen. Dále dochází k redukci ablačních (radikálnějších) operací a naopak zvýšení podílu operací zachovávajících prs. Dalším uplatněním je širší využití cílených operací na lymfatických uzlinách, které později umožňují drenáž horní končetiny a redukci aplikací a intenzity cytotoxické chemoterapie. (11)

1.2.4 Ultrazvukové vyšetření

Pro svoji neinvazivnost je prováděno u mladších žen (do 40 let) a také u mužů. U žen starších je doplňkovou metodou pro rentgenové vyšetření. Tato dvě vyšetření (mamografie a UZ prsu) jsou velice podstatnými vyšetřeními a nenahraditelnými diagnostickými metodami v oblasti ca prsu.

1.2.5 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance prsu (MR mamografie). V současné době je metoda doporučována pro pravidelné sledování velmi rizikových mladých žen (s pozitivitou genu BRCA1,2). Má schopnost zjistit relativně malé nádory, vícečetné a monitorovat úspěšnost léčby. Problémem je vyšší cena vyšetření, nutnost podávat do žíly kontrastní látku a také nižší specifita (je vyšší podíl falešně pozitivních případů).

Metodologie screeningu rakoviny může začínat jednoduchým pozorováním, laboratorními testy a rentgenovými vyšetřeními a končit složitými vyšetřeními, která již potvrdila svou účinnost pro včasné zjištění určitých druhů rakoviny. Aby tyto screeningové programy byly efektivní, musí na ně navazovat kvalitní léčba. (16)

2 Nejnovější trendy v léčbě ca prsu

Zlepšit kvalitu života pacientek je primárním cílem léčby. Fyzická a emocionální zátěž, kterou na ně nemoc působí, bývá značná a je často násobená vedlejšími účinky léčby.

Bohužel i přes vynaložené úsilí v oblasti prevence a následovné péči je procento mortality pacientek stále vysoké. Léčba nemoci je v dnešní době multimodální.

Chirurgická terapie využívá spíše konzervativních postupů a radikální výkony nemají v dnešní době opodstatnění. Nejnovější trendy v terapii vyžadují úzkou spolupráci s lékaři jiných oborů: radiodiagnostiky, nukleární medicíny, radioterapie a cytostatické léčby. Současným trendem je snaha minimalizace chirurgického výkonu, s výrazným snížením morbidit (nemocnosti), mortality (úmrtnosti) a dosažení optimálního kosmetického efektu. Z hlediska pokročilosti a závažnosti onemocnění je postupováno v léčbě pomocí: kurativních výkonů (adjuvantních), neadjuvantních a paliativně-sanačních. Tento postup se však liší u všech žen a je velice individualizován. Zvažuje se vše od velikosti léze, věku pacientky a vlastností nádoru.

V oblasti poskytování vhodné péče bychom se také měly zaměřit na kvalitu zdraví a kvalitu poskytované péče. Ta může být přesně definována a přesně měřitelná, ale existuje mnoho různých pohledů na kvalitu, které je třeba zvážit.

Jak popisuje M. Huwit, 1999, s. 79 „Pacienti mají sklon hodnotit péči z jejich pohledu a reagují na jejich individuální potřeby. Mohou očekávat kvalitní přístup, možnost výběru služeb, lékařů a léčebných postupů, které zvyšují jejich schopnost uzdravení a návratu do běžného života. Lékaři často vidí kvalitu péče z profesionálního hlediska a v oblasti výkonů se snaží optimalizovat poskytovanou péči pro lepší výsledky ve prospěch zdraví pacientů. Z hlediska ochrany zdraví, by měla být zohledňována kvalita péče především v oblasti primární péče, účinné prevenci a snižování nemocnosti a úmrtnosti“. (5)

Kvalita péče je většinou hodnocena dle WHO a její výsledky jsou statisticky zaznamenávány a hodnoceny.

2.1 Kurativní (adjuvantní) léčba

Je prováděna při léčbě časného karcinomu prsu (DCIS a stadia I a II), které jsou omezeny na prs a regionální uzliny. Léčba je zahajována bezprostředně po stanovení klinické diagnózy (primárně). Cílem je odstranění celého patologického ložiska a získání materiálu pro přesnou histologickou klasifikaci nádoru a definitivní stanovení pT a pN stagingu. (3)

2.2 Neadjuvantní léčba

Zahrnuje takové léčebné postupy (chemoterapie, hormonální léčba, radioterapie), které zlepšují lokální podmínky pro operaci na prsu nebo uzlinách. Především u větších nádorových ložisek (stadia II a III), inflamatorních karcinomů (T4d) a klinicky patrných uzlinových paketů. Umožňuje chirurgický výkon s příznivějším kosmetickým výsledkem a snadnou axilární disekcí. Velice často jsou tyto postupy využívány u případů, kdy rakovina není vyléčitelná. Snaha zajistit kvalitní život pacientce pomocí těchto postupů zajišťuje kvalitní protinádorovou a podpůrnou léčbu, která zahrnuje zvládnání bolesti a únavy.

2.2.1 Chemoterapie

Je v dnešní moderní léčbě často užívanou a vhodnou metodou v boji proti rakovině prsu. Je využívána při léčbě ložisek v časném stádiu, lokálně pokročilých a metastazujících. Mluvíme tedy většinou o systémové léčbě karcinomu. V dnešní době existuje minimálně 40 druhů cytostatik s různou účinností, která je specifická pro nejrůznější typy nádorů. Mají dvojitý účinek, a to cytostatika, která účinkují v průběhu celého cyklu anebo účinkují pouze v některé fázi buněčného cyklu. Veškerá protinádorová cytostatika uplatňují svůj účinek i na tkáň zdravé. (1)

Ačkoli je chemoterapie často obávanou z hlediska celkové únavy, slabosti, nauzei a zvracení, pocení, alopecie (vypadávání vlasů), dokáže u většiny žen zmenšit nádorové ložisko a minimalizovat chirurgický zákrok s jeho následky.

2.2.2 Hormonální léčba

Využívá citlivosti prsní tkáň na ženské hormony (estrogen a progesteron). Důležité je tuto citlivost nejprve zjistit a poté pokračovat v léčbě.

Dělíme ji na tzv. ablativní (odstranění zdroje hormonů – ovariectomie), kompetitivní (podání antiestrogenů – nejčastěji Tamoxifen), inhibiční (podání látek, které blokují tvorbu estrogenů). Systémová léčba záleží především na rozsahu nádoru, načasování (timing) podání cytostatik s možností jejich rezistence. Hormonální léčba může vést ke stejným problémům, s jakými se setkávají ženy v období přechodu (klimakterium, menopauza). Ve sféře duševní jsou to citová nevyrovnanost nebo deprese, z metabolických problémů je třeba zmínit možnost řídnutí kostí (osteoporózy) či zvýšení krevních hodnot cholesterolu. Některé ženy si stěžují na suchost poševní sliznice, což může vést k sexuální dysfunkci.

2.2.3 Radioterapie

Neboli léčba zářením je řazena k léčbě komplexní v období pooperačním, předoperačním (u neoperovatelných nádorů) či paliativním (ozařování metastáz). Využívá vysokoenergetické záření a jeho zdrojem jsou lineární urychlovače nebo izotopové ozařovače. Toto záření nepůsobí pouze na nádorové buňky, ale také na buňky zdravé tkáně v celé ozařované části (kůže, podkoží, svalstvo, případně kosti). Při záření by se měli chránit rizikové orgány (plíce, srdce). Mezi iradiační změny patří poškození časná (erytém, pigmentace), pozdní (atrofie kůže, podkožní fibróza). V dnešní době se využívá méně škodlivého záření než dříve, proto má radioterapie méně škodlivých následků. (1, 2)

2.2.4 Biologická terapie

Spočívá v léčbě biologickými preparáty, které jsou aplikovány v případech, kdy jsou přítomny specifické receptory v nádorové tkáni. Biologický preparát působící na HER 2 receptory zlepšuje léčebné výsledky pouze u cca 20 % žen, jejichž nádorové buňky obsahují na svém povrchu bílkovinu c-erbB-2 (nebo-li HER2/neu).

Úvodní léčba nádoru prsu, chemoterapie, trvá přibližně půl roku, hormonální, biologická léčba pokračuje většinou více let. Při případném pozdějším návratu nemoci se časové relace nedají odhadnout a lékař většinou postupuje dle reakcí nádoru na podávané léky. (17)

2.3 Paliativní/sanační postupy

Jsou využívány při výskytu vzdálených metastáz nebo evidentních uzlinových metastáz mimo axilu. Je často postupem individualizovaným především s posouzením rizika a benefitu pro pacientku. Záměrem je zlepšit kvalitu života např. prevencí exulcerace, případně odstranění již exulcerovaného ložiska. Chirurgické odstranění vzdálených metastatických ložisek je méně často uplatňováno.

Vzhledem k těmto individuálním postupům má pacientka možnost zasahovat a rozhodovat o léčebném procesu. Existuje několik možností léčebných postupů a pacientka by měla zvolit tu, která nejvíce splňuje její očekávání. Nejčastěji postupuje po konzultaci s chirurgem či onkologem.

2.4 Chirurgická léčba

Nejčastěji jsou používány tyto druhy operací:

- **chirurgické výkony na prsu** - tumorektomie (lumpektomie)
 - parciální mastektomie (prs a kůže šetřící výkony)
 - totální (radikální) mastektomie

- **chirurgické výkony na lymfatickém systému axily** - biopsie sentinelové uzliny
- disekce axily
- **sanační výkony**

O těchto výkonech se podrobně zmiňuji v následujících podkapitolách.

2.4.1 Tumorektomie (lumpektomie)

Provádí se u žen s velikostí nádoru do 2 cm, odstranění se provádí resekci tumoru s 1cm lemu zdravé tkáně. Tento zákrok je často prováděn u žen mladších a žen s včasnou diagnostikou nádoru (benigní typy nádorů, prekancerózy).

2.4.2 Chirurgické výkony na prsu – parciální mastektomie

Jde o výkon, jehož cílem je odstranění primárního nádoru (cca 2,5 cm – 3 cm v průměru) s bezpečnostním lemem zdravé tkáně, alespoň 2 cm. Tento zákrok je často nazýván jako kvadrantektomie (odstranění části prsu). Výkon je ve většině případů doplňován adjuvantní radioterapií, jejímž cílem je poloviční snížení až o 30 % rizika vzniku recidivy. Vzhledem ke značnému zmenšení či změně rozsahu patologického ložiska, je vhodnější označení rozsahu parciálního výkonu až po provedené adjuvantní terapii. (1)

Myslím si, že tento operační postup je pro ženy nejméně zatěžující i přes skutečnost vlastního onemocnění. A to především pro dosažitelnost přijatelného kosmetického výsledku společně se zachováním symetrie prsu.

2.4.3 Totální mastektomie

Provádí se u pacientek s nálezem tumoru o velikosti 5cm, kde je důležitý poměr velikosti prsu a nádorového ložiska. Dále u starších pacientek a pacientek s multiomdálnými tumory. Dále u kontraindikovaných provedení parciálních mastektomií, jejich nedostatečné léčbě nebo po zvolení a osobním rozhodnutí samotné pacientky.

Mastektomie šetřící kůži prsu: odstraňuje se celá prsní tkáň s komplexem bradavky a dvorce za přístupu z areolární incize.

Subkutánní mastektomie: zahrnuje odstranění žláznaté části prsu se zachováním kůže a komplexu bradavky a dvorce.

Totální mastektomie: v tomto případě je odstraněna celá prsní žláza včetně kůže a komplexu bradavky, dvorce. Někdy je modifikována a je odstraněn i malý prsní sval, popřípadě podpažní lymfatické cévy. Rozsah totální mastektomie záleží na velikosti

nádorového ložiska a zasažení okolních struktur. Je vhodné tuto operativní léčbu doplnit léčbou adjuvantní a to i u pokročilejších nádorů (T3, N2) především na oblast hrudní stěny či lymfatické uzliny. (1,2)

Zárok je pro většinu žen velice zatěžující jak po stránce fyzické tak především psychické. Proto je ve většině případů doporučeno nošení tzv. epitéz (podprsenkových polštářků) či podstoupení pooperační rekonstrukce prsu. A to buď pomocí náhrady vlastní tkáně, silikonovým implantátem či jejich kombinací. Většinou jsou doporučovány s menším časovým odstupem a při ukončené adjuvantní terapii, která zhoršuje kosmetické výsledky rekonstrukcí. (3)

2.4.3 Biopsie sentinelové uzlin

Má své velké opodstatnění především při prokázaném invazivním nádoru (high-grade), duktálních karcinomů in situ (DCIS). Při negativě sentinelové uzliny je postižení ostatních uzlin nulové, a v tomto případě nebude provedena axilární disekce, s kterou je velice často spojena morbidita (poruchy hybnosti, lymfedém, hypestezie či dysestezie paže). Chirurgický přístup je většinou prováděn pomocí krátkého řezu v axile, proveden je většinou, tak aby bylo možné jeho prodloužení při nutnosti axilární disekce.

Přítomnost sentinelové uzliny prokazujeme pomocí kombinované metody lymfoscintigrafie a modrého barviva (patentní modř). Identifikaci metastáz vyšetřujeme pomocí hematotoxin-enzymu a imuno-histologického vyšetření. Průkaz pozitivitu sentinelové uzliny je tehdy, pokud je v ní prokázáno vychytávání radionuklidu nebo modré zbarvení. Uzlina/y je odesílána na histopatologické vyšetření a při makroskopické suspekci je žádáno o pooperační kryobiopsii s případným doplněním axilární disekce. (3)

Disekce je prováděna většinou buď přímo se současným výkonem na prsu – primárně nebo později – sekundárně při detekci metastáz v axilární sentinelové uzlině. Uzliny jsou disekovány v I a II etáži axily (tj. do úrovně mediálního okraje m. pectoralis minor). Ve většině případů pacientky, které podstoupily disekci axily, zahajují rehabilitaci pod odborným dohledem již od 5. pooperačního dne. Zlepšuje prokrvení, hybnost a předchází jejímu omezení a vzniku lymfedému. Bohužel i vzhledem k tomuto faktu se nelze dlouhodobým pooperačním komplikacím vyhnout. (3)

3 Vedlejší poléčebné účinky

V této kapitole se krátce zmiňuji o nežádoucích účincích, které můžeme pozorovat u každého typu léčby. Míra vedlejších účinků může být širokospektrá a liší se v závislosti na léčbě. Nejčastěji jde o poléčebné vedlejší účinky po podání systémové léčby (cytostatické léčbě), hormonální, radiační a pooperační.

Snášenlivost léčby je vysoce individuální, řada nemocných ji snáší zcela bez komplikací. Tyto pacientky jsou schopni při léčbě vést zcela běžný všední život, včetně pokračování ve svém zaměstnání. (2)

Velký vliv má na pacientky systémová léčba, která má nejvíce vedlejších účinků a i přes veškerou snahu je snížit se stále vyskytují ve velkém procentu. Na ženu působí ve většině případů velice negativně. Tuto skutečnost potvrzuje spousta studií a já se na ni zaměřuji v podaném dotazníku a dále v jeho vyhodnocení. Vedlejší nežádoucí účinky dělíme na účinky bezprostřední, časné a pozdní.

3.1 Vedlejší účinky cytostatické léčby

- ***Bezprostřední nežádoucí účinky***

Jsou ty, které se dostavují v hodinách až dnech po jejich aplikaci. Nejčastěji pozorujeme: nevolnost, zvracení, reakci v místě vpichu, alergické reakce, horečku, zimnici či třesavku.

Vzhledem k těmto velice často se vyskytujícím účinkům je nutné jim předcházet a vyhnout se jim. Při zvracení a nevolnosti je nutné podat antiemetické léky před samotným podáním cytostatik a dále v jejím průběhu. Vhodné je také zvolit správný pitný a stravovací režim, který nebude zatěžovat organismus pacientky.

Reakce v místě vpichu, může být také častým projevem po opakovaných aplikacích cytostatik do žíly. V tomto případě lze pozorovat zarudnutí, otok a bolestivé zduření. Tento problém je vždy nutné konzultovat s odborným lékařem. K tomuto problému se váže alergická reakce, kdy dochází k hypersenzitivitě na podaný lék a někdy může být doprovázena horečkou či zimnicí. V tomto případě je často nutné léčbu okamžitě přerušit a kontaktovat odborného lékaře. V případě horečky a zimnice podáváme léky na doporučení odborného lékaře.

- ***Časné nežádoucí účinky***

Velice časté jsou: leukopenii (úbytek počtu bílých krvinek), trombocytopenie (úbytek počtu červených krvinek), infekce, alopecie (ztráta vlasů), stomatitis (zánět sliznice dutiny ústní), zánět střevní sliznice, průjem/zácpa, poškození kůže, nehtů.

Pro tyto velice často se vyskytující účinky je prováděn pravidelně odběr krve a sledování hodnot bílých a červených krvinek především. Je nutné zdůraznit, že špatná spolupráce, nedodržení termínu odběru nebo jeho úplné opomenutí mohou znamenat ohrožení života pacientky, která je v důsledku poklesu bílých krvinek náchylnější k infekční komplikaci, jež může vést až ke smrti. (2)

V případě alopecie neboli ztrátě vlasů je nutná především psychická podpora pacientek. Myslím si, že pro ženu je tato skutečnost jedna z nejtěžších a pro většinu z nich velice traumatizující. Po ukončení léčby vlasy opět dorůstají, jsou pevnější a vlnité. V průběhu cytostatické terapie mohou pacientky využít moderních paruk, které jsou velice často dostupné po celé ČR.

- ***Pozdní nežádoucí účinky***

Objevují se často po týdnech, až měsících a jsou nejčastěji sledovány jako: úbytek počtu červených krvinek (anemie), poškození jaterní tkáně (parenchymu), poškození plic. Některé se mohou projevit i několik let po cytostatické terapii, jsou jimi: neplodnost (sterilita), druhotná zhoubná onemocnění (sekundární malignity).

Pokud dojde k objevení těchto pozdních účinků je nutná konzultace s lékařem. Velice důležité je zaměřit se na neplodnost, která se může objevit i několik let po aplikaci cytostatik. Je doporučeno podstoupit genetické vyšetření a konzultace o možnosti těhotenství s odborníkem v oblasti gynekologie.

3.2 Vedlejší účinky radiační léčby

Radioterapie je obecně snášena velmi dobře, ale není třeba předstírat, že by byla zcela bez vedlejších účinků. (2)

- ***Časné vedlejší účinky***

Projevují se již během samotné radioterapie a ve většině případů odezní několik týdnů po jejím ukončení. V tomto případě mluvíme o zarudnutí kůže (erytém) prsu, který je nejčastějším projevem. Může mít různý stupeň a často se tyto projevy zvyšují v kombinaci s cytostatickou léčbou, kdy může dojít i k poškození hlubších vrstev tkání.

- ***Pozdní vedlejší účinky***

Řadíme mezi ně: změnu zabarvení kůže a zatuhnutí podkožní tkáně. V případě ozařování lymfatických uzlin horní končetiny je někdy možné pozorovat ztuhlost v této oblasti.

Při radioterapii není nutné dodržovat striktní opatření v oblasti opalování, diety, promazávání krémy, fyzickým aktivitám. Doporučuje se nosit pohodlné oblečení, bavlněné prádlo, vyhnout se umělým vláknům, které mohou dráždit pokožku. (6)

3.3 Nežádoucí účinky hormonální a biologické léčby

Zde je třeba zdůraznit, že u těchto způsobů léčby jsou nežádoucí účinky méně časté a vyrovnání se s nimi je méně obtížné než u léčby cytostatické. Ovšem i v těchto případech je nutné na ně brát zřetel a vždy s nimi pacientky seznámit a konzultovat je s lékařem.

3.4 Vedlejší účinky chirurgické léčby

Patří mezi další velice často se vyskytující vedlejší účinky. Zde ve většině případů záleží na typu chirurgického zákroku a jeho provedení. Pokud se jedná o parciální odstranění prsu či pouze menší zákroky (lumpektomi), nepozorujeme zvláštní obtíže. Po provedení totální mastektomie s odstraněním axilárních uzlin je v některých případech možné pozorovat poruchu hybnosti končetiny, otoky, bolestivost.

Bolestivý syndrom se vyskytuje u 4 – 10% žen, které se podrobily operaci prsu. (2) Zde pozorujeme bolestivé zatuhnutí, které se objevuje během několika dní či týdnů po operaci. Tento syndrom vzniká především vlivem podvědomého držení paže v poohnutém postavení přidrženou ke stěně hrudní. V tomto případě je nutné zavést fyzikální rehabilitace, jemné masáže jizvy a cvičení paže (především plavání, po zhojení jizvy).

Lymfedém neboli lymfatický otok na paži operovaného prsu se může objevovat již v časných fázích po operaci, ale také několik let po ní. Četnost výskytu lymfedému po radikální mastektomii je udávána u 25% žen. Je nutné zmínit, že větší výskyt lymfedému je pozorován u 37% žen, a to po provedené operaci s disekcí axily a následnou radiační léčbou. U těchto žen je nutné sledovat postup lymfedému ve většině případů krejčovským metrem v oblasti zápěstí, lokte, nad loktem a pod ramenem. Končetina by měla být ve zvýšené poloze a neměla by být zatěžována. Je nutné dbát na péči o kůži a teprve po této důkladné přípravě můžeme přiložit bandáž.

Vždy je nutná okamžitá rehabilitace pomocí speciálních cviků, provádění bandáží a manuálních lymfodrenáží vedených pod odborným dohledem fyzioterapeuta.

O doporučených cvicích se zmiňuji v následující kapitole (cviky viz Příloha C).

4 Edukace pacientů

„Hlavním cílem edukace je: učit žáka jak žít život rozvíjením mysli a jak vycházet s realitou. Výchova, které je zapotřebí, spočívá v teorii a koncepci. Žák musí být vyučován v oblasti myšlení, porozumění, integrace a osvojování. Musí se naučit vybavit si základní znalosti a vědomosti z minulosti a naučit se novým pomocí jeho vlastního chtění.“

~Ayn Rand

Edukace neboli výchova, v tomto případě pacientů s chronickým onemocněním. Umožňuje přenos informací, které jsou využívány pro zkvalitnění života pacienta a vlastního průběhu choroby. (13) V posledních letech se stává nedílnou součástí ošetrovatelské péče a svým způsobem zvyšuje její kvalitu. Termín edukace vychází z latinského slova – *educere* jehož význam je „vedení ven“ či „vedení vpřed“. Podkladem pro rozvoj edukace a vzdělání se stal vědní obor: **pedagogika**. V Anglosaských zemích (V USA, Velké Británii, Kanadě, Austrálii a také v mezinárodní odborné komunikaci vedené v angličtině) se používá termín *edukační věda* ve smyslu skupiny interdisciplinárních oborů, teoretických a výzkumných, pokrývajících různé stránky edukace (edukační reality).

Edukace je souhrnný pojem pro tradiční výchovu a vzdělávání. Je to pojem jednoslovný, a proto operativnější. Výchova a vzdělávání se navzájem prolínají. Termín edukace je vhodněji používán jako ekvivalent anglického termínu „education“. V Čechách je velice často spojována s výchovou.(4) Jde o zprostředkování vzorců a norem chování, komunikačních rituálů, hygienických návyků apod., jež se uskutečňuje především prostřednictvím rodinné výchovy již od nejranějšího věku dětí Výchova v tomto případě již zmiňovaná edukace je proto důležitá v každém období našeho života. Každý z nás se učí něčemu novému a užitečnému pro náš život.

V této oblasti je velice důležitý pojem edukační reality, která označuje jakýkoli představitelný úsek skutečnosti, ve kterém probíhají edukační procesy. Hrají zde role tyto subjekty: **edukátor**, ten kdo edukaci a podrobné informace zprostředkovává. **Edukant** neboli žák, ten kdo učivo a všechny nové informace poznává a zpracovává ve svůj prospěch.

Má-li být edukace pacienta úspěšná, musí být vyjádřena přístupnou formou, jednoduše, citlivě a pokud možno opakovaně. **Jednoduchosti** je míněna komunikace na takové úrovni, aby jí pacient bez problémů porozuměl. Není vhodné používání cizích termínů, kterým ve

většině případů pacientky nerozumí. Dále je nutné **opakování**, a to při každé formě výchovného působení. (4)

Nejlépe jsou zapamatovatelné informace, které byly sděleny na počátku rozhovoru, a ty, které byly několikrát zopakovány a řečeny s důrazem. Neméně důležitým bodem je citlivost ze strany zdravotnického personálu. Zjištění emocionálního stavu pacientek, jejich celkové duševní úrovně a informovanosti může podstatně zvýšit pravděpodobnost, že naše sdělení pochopí a vstoupí si ho dobře do paměti.

Mezi nejdůležitější kroky edukačního procesu patří:

- zhodnocení informovanosti pacientky
- vysvětlení problému a návrh jeho řešení
- sledování emocionálních reakcí a ověření si, zda pacientka porozuměla
- shrnutí přijatých informací

Velký vliv na edukaci má především edukační prostředí. Je dáno nejen fyzikálními podmínkami (nemocnice, školící místnost, apod.), ale také subjekty a jejich psychosociálními vztahy (rodinné, pracovní, partnerské).

Dle J. Průchy „*Existují velmi rozdílná edukační prostředí lišící se především druhem subjektu (edukantu a edukátoru), které jsou v těchto prostředích účastny.*“ (Průcha, 1997, s. 65)

Pacientky jsou velmi často pod velkým stresem a jejich dosavadní role a postavení se mění. Tato situace je nutí změnit každodenní rituály a učit se novým dovednostem, které jim pomohou v překonávání překážek všedního života. Pokud tomu tak není, může vést k narušení života či trvalým následkům ve smyslu psychického, fyzického strádání či jeho kombinaci. Nemocniční prostředí se stává pro pacienty cizí a často se obávají zeptat o pomoc, kde jsou odkázány především na pomoc sester. Proto si myslím, že by mělo existovat více edukačních sester na takovýchto odděleních, kde by byla jejich péče velice ceněna především v oblasti vcítění se, pomoci a pochopení a vysvětlení nových informací.

Edukační sestra by měla být schopna podat dostatečné informace předcházející operaci, těsně po operaci a podat informace při dlouhodobé péči po operaci, která je velice důležitá. Měla by být schopna vhodně komunikovat a měla by si vytvořit pozitivní vztah k pacientům vzhledem k poskytování a sjednocování nových poznatků pro pacientky.

Před operací je péče většinou zaměřována na edukaci o sebepéči a sebeobsahu, vzhledem k podstatně snížené schopnosti zapamatování způsobené strachem ze samotného zákroku popřípadě užití anestetik. K prohlubování důležitých informací dochází dále několik dnů až týdnů po operaci a po zautomatizování ošetrovatelských úkonů. Pacientku tak naučíme samostatnosti, soběstačnosti a „hladkému“ návratu do běžného života. V edukaci je tedy nutné **plánovat** a zlepšovat vzdělávací zkušenosti určené k usnadnění přijetí nemoci a přesvědčení o zlepšení zdraví. Soubory plánovaných vzdělávacích aktivit, jsou většinou odděleny a liší se od edukace poskytované klinickým pacientům. Tato činnost musí být navrženy tak, aby bylo dosaženo **cílů**, které stanovíme společně s pacientem. Primární zaměření zahrnuje pořízení základních informací, schopností, přesvědčení a postojů, které mají dopad na zdravotní stav a využití ve zdravotní péči. (4)

4.1 Edukační formy a metody

Edukační proces a jeho formy zahrnují veškeré prostředky pro aktivizaci a motivaci pacientky. Pro větší účinnost by měl probíhat **individualizovaně** a to dle potřeb, znalostí a zvláštností každé pacientky. Později probíhá často jako skupinová terapie či „program pro ženy po prodělaném ca prsu“. Podstatné je také vhodné prostředí a dostatek času.

Využíváme několik metod popsaných dle J. Průchy na metody: **verbální** (slovní), kde využíváme metody vysvětlování, přednášky, rozhovoru, písemné práce aj. Dále **názorné** (demonstrační) ukázky, modely, pokusy, prezentace, projekce aj. Zde si musíme uvědomit, že 80% informací člověk vnímá zrakem, 12% sluchem, 5% hmatem a 3 % ostatními smysly. V neposlední řadě **praktické**, kde využíváme manuální činnosti, cviků a jejich provedení pacientkou aj. (10)

Proto je pro nás zdravotníky velice důležité zhodnotit schopnosti a možnosti nejen pacienta, ale také naše osobní znalosti, které musíme před vlastní edukací pacienta načerpat a poté je aplikovat ve srozumitelné formě.

Informace pro pacientky by měly obsahovat: formální podobu (informační) – jedná se o data, fakta, brožury a obecné soubory informací. **Realizované poznatky** – ty, o kterých jsme již pacientky informovaly, zahrnuje složku kognitivní, afektivní, motorickou a zahrnuje také adekvátní odezvy pacientek. (10) **Osvojené poznatky** – mají podobu životních situací, které pacientka využije v různých životních situacích nastávajících po operaci. Jde tzv. o výstupní kvalitu edukovaného jedince, tvoří je vědomosti, dovednosti a schopnosti.

4.2 Edukační program a jeho tvorba

Jedná se o vzdělávací program (educational programme) nejen pro žáky (v tomto případě pacienty), pro zdravotníky (sestry, lékaře), ale také laiky (veřejnost). Jsou velkým zdrojem informací, tvořeny za různými účely. Komplexně vymezují koncepci, cíle, obsah a jiné složky vzdělání. Jsou většinou podporovány a schvalovány Ministerstvem zdravotnictví nebo jinými orgány daného státu, regionu, nemocnice, institutu nebo organizace.

Tyto programy jsou také nazývány tzv. kurikuly, která někteří odborníci vymezují na soustavu učebních plánů a osnov, případně dalších programů vyučování. (10) Frekvence a obsahová náplň těchto programů vždy vychází z aktuálních potřeb pacientek. Hlavním cílem je tedy poskytovat co nejlepší pomoc a oporu onkologicky nemocným.

Typy programů jsou zaměřeny **koncepčně**, to znamená, že máme určitou vizi, o tom jaké informace máme přesně podávat (tzn. dle daných standardů).

Formy:

Projektové formy zahrnují konkrétně plánované postupy a představy k určitým obdobím prodělané nemoci.

Realizační forma obsahuje odprezentování nově naučených poznatků nejčastěji formou sezení.

Rezultátová forma se zabývá tím, co se pacientky naučily (v rámci obsahu informací) pomocí pozitivního feedbacku.

Efektová forma, zde můžeme pozorovat dlouhodobé výsledky v oblasti informovanosti pacientek, které napomáhají ve zvládnání každodenních strastí žen s ca prsu.

4.2.1 Edukační proces

Tvorbě edukačního programu předchází edukační proces, který využívá působení jedince na jedince druhého se snahou zapamatování.

„Edukační proces je jakákoliv činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) nebo se nějaký jiný subjekt učí.“ (Průcha, 1997, s. 69)

V první fázi: Posouzení se snažíme zajistit co nejvíce informací o pacientce. Jedná se především o snahu a ochotu učit se novému, kdy pacientka samostatně vyhledává informace, čte knihy, letáky aktivně se ptá a má zájem o nové informace vzhledem k její nemoci.

Ve druhé fázi: Motivace se zaměřujeme na přesvědčení o důležitosti učení se novému, toto zajišťuje odborný personál (edukační sestra, lékař). V této oblasti pomůže příjemné prostředí, vlídné chování a vedení k samostatnosti. Neméně podstatným faktorem je *socioekonomický*

status pacientky, který může být zápornou překážkou v oblasti získávání nových informací a pomůcek. Podstatnou roli také hraje *styl učení*, který zvolíme. Měly bychom zvolit individuální přístup a pokusit se zapojit do výuky všechny smysly.

Podstatnou roli také hraje *věk* pacientky, který ovlivňuje proces zapamatování si, vnímavost a vybavení naučeného. Tyto schopnosti se liší věkem, které jsou u starších pacientek ovlivněny intelektuálními schopnostmi a psychomotorickými funkcemi. Často můžeme zpozorovat dezorientaci, zmatenost či zpomalené reakce, které ve většině případů mohou znamenat pouze smyslovou vadu (poruchy sluchu, zraku).

Dále *vzdělání*, které má vliv na jejich současné vědomosti a efektivitu edukačních metod. Měli bychom vzít v úvahu také *vlastní názory pacientek* na zdraví, kde se zabýváme především škodlivými návyky. V této oblasti sledujeme především potřeby pacientek o získání nových vědomostí. V tomto případě se můžeme setkat s pozitivním přístupem, kdy se pacientka sama snaží vyhledat informace a aktivně se zapojuje do léčebných postupů. Ale také negativním přístupem, který je často spojován s frustrací, strachem a hněvem. V tomto případě je nutný rozhovor nejen se sestrou, ale také s odborným poradcem v oblasti psychologie (či psychiatrie), se kterým pomůžeme nalézt správné řešení.

Ve třetí fázi: Expoziční se zaměřujeme na zásady stanovené cíly. Postup záleží na stanovených cílech a edukačním tématu. Např. zaměření se na zásady správné péče o jizvu.

Ve čtvrté fázi: Fixační podáváme více informací pomocí letáků, knih, přístupu na internetové stránky. Zde si ženy mohou zopakovat a vštípit již naučené či doplnit chybějící informace.

V páté fázi: Hodnotící se provádí kontrola podaných informací, dotazování, zapisování do formulářů hodnotících edukační program. Více zmiňuji v následujících podkapitolách.

Edukační sestry by měli projít vhodnými školeními, aby byly schopny podat pravdivé a vhodné informace vztahující se k danému problému na určité téma. Měla by mít schopnost vyhodnotit účelnost a možnosti edukačních bariér, které by mohly bránit pochopení podaných informací. Většinou využíváme stanovení edukační diagnózy dle NANDA taxonomie II. (12)

4.2.2 Edukační plán

Navazuje na edukační proces, kde jsme získaly nejpodstatnější informace.

Plán:

- Vhodně strukturovaný, vychází z potřeb pacientek a motivuje je v oblasti edukace.

- Vyžaduje nezbytnou spolupráci sestry a pacientky při prohlubování dosavadních a získávání nových vědomostí.
- Cíle v edukačním plánu sestavujeme společně s pacientkou a zjišťujeme momentální potřeby především ve smyslu dlouhodobé změny životního stylu, společenského postavení a chování.
- Vhodně zvolené informace tzn. obsah učiva, měly by zahrnovat podrobné informace o vlastní chorobě, její příčině, diagnostice, léčbě a jejím vedlejším účinkům.

Do této kategorie spadá vlastní plánování a stanovení předem určených cílů. Např.: měly bychom popsat rehabilitační cviky s cílem zvýšení aktivity pacientky a brzkému návratu do běžného života. Výběru informací a kontaktů či návštěv spolků pro ženy s karcinomem prsu. Využíváme zde také materiálně technické vybavení, které je závislé na rozsahu a charakteru podaného učiva. Jde o demonstrační modely, brožury, prezentace.

Edukační plány jsou různě sestaveny vzhledem k věkovým, profesním, rasovým, kulturním, mravním, jazykovým rozdílům, se kterými se můžeme setkat v běžné praxi. (12)

4.2.3 Vlastní realizace edukačního plánu

Na realizaci plánu se podílí jak sestra (odborný zdravotnický personál) tak pacientka. Nejprve dochází ke stanovení priorit, které vycházejí z dosavadních znalostí a dovedností pacientky. Stanovujeme krátkodobé **cíle**, které se zaměřují na momentální stav pacientky. Dlouhodobé cíle se týkají změny ve smyslu chování, návyků a životního stylu. Cíle edukátora a edukanta by se měly shodovat.

Dále volíme **vhodné učební metody** podle cílové skupiny (dle věku, typu operace, kultury, etniky, profese), které nám pomohou v získávání nových vědomostí. Neexistuje však univerzální metoda, ale postupujeme vždy individuálně. Z posledních výzkumů bylo zjištěno, že je nejčastěji efektivně využíváno metod slovních a demonstračních. V tomto případě využíváme nejen edukačních brožur, knih, prezentací, ale také materiálně technického vybavení (modely). Z tohoto důvodu je velice důležité prostorové zabezpečení. Menší, příjemně vybavená, klidná místnost. Důležité je brát v úvahu stud pacientky především při intimním rozhovoru či nacvičování používání epitéz a jiných pomůcek. Pokud se jedná o edukaci více patientek najednou je potřeba předem zajistit vhodně velkou místnost s dostatkem pomůcek.

Dle J. Průchy edukačním prostředím pedagogové rozumějí okolí, souhrn vnějších podmínek (sociálních, ekonomických, demografických, etnických a jiných). (10)

Při realizaci takto připraveného plánu nelze spoléhat na přesně stanovený postup, vždy je v jeho realizaci možná změna. Potřebujeme především dostatek času, odstranit rušivé elementy a vytvořit optimální prostředí. Mít dostatek učebních a technických pomůcek. Vždy posoudíme aktuální stav pacientky a vhodně ji motivujeme. Využíváme vhodně zvolených slov, opakujeme je a hledíme také na neverbální (mimoslovní) komunikaci. Je vhodné, aby si pacientka dělala během edukace poznámky a důležité informace si zaznamenala.

Kontrola a vyhodnocení procesu edukace může být prováděna v průběhu edukace nebo na jejím konci.

- Slovně
- Názorně
- Písemně

Pro nás edukátory je důležitá dokumentace, která se provádí na úplném závěru a hodnotí proces edukace ze stanovených cílů. Dokumentace nám pomůže zhodnotit nejen schopnosti pacientky, ale také podává dostatečné informace o vhodnosti zvoleného učiva. Dále slouží k autoevaluaci pracoviště v oblasti edukace, k výzkumu, k formulaci standardů pracoviště apod. (12)

4.3 Dotace edukačních programů

V této krátké podkapitole se zaměřuji na dotaci takovýchto programů. Možnost dotace vychází z *metodiky zdravotně vzdělávacích programů ministerstva zdravotnictví*. Je třeba vědět, kde a jakým způsobem zažádat o dotování daných programů na jejich rozvoj. Toto níže vystihuje citace z Metodiky ministerstva zdravotnictví.

V souladu s usnesením vlády č. 631 ze dne 11. června 2007 o „Hlavních oblastech státní dotační politiky vůči nestátním neziskovým organizacím pro rok 2008“ vyhláší podmínky pro vypracování a registraci žádostí o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu (dále jen „dotace“) na realizaci projektu v roce 2008 v rámci dotačního řízení k programu Zdravotnické vzdělávací programy (dále jen dotační řízení k programu ZVP-VZV/3). Současně určuje postup poskytování a vypořádání dotací. (8)

Tyto dotace jsou poskytovány nejen na programy a projekty se zaměřením na prevenci ve zdravotnictví a zdravotnický personál, ale také na přednáškové a ediční programy, které jsou založeny na všeobecně uznávaných vědeckých poznatcích.

Osvětové zdravotnické činnosti, rozšíření dostupnosti informací o vzdělávání a pro vzdělávání formou kongresů, konferencí, seminářů, cyklů přednášek i jednotlivých přednášek

a besed. Projekty mají obsahovat konkrétní témata, včetně jmen lektorů a rozpočet dle přiložené tabulky. Je nepřípustné hradit z prostředků dotace náklady spojené se zahraniční cestou účastníka, cestou zahraničního lektora na akci, na pohoštění účastníků akce, na mzdy funkcionářů a zaměstnanců sdružení, kteří se na akci podílejí, dary, zahraniční cesty a jazykovou výuku.

V případě, že je dotace poskytnuta na konferenci nebo seminář, musí příjemce na akci i v doprovodných materiálech zřetelným způsobem uvést, že se pořádá za podpory Ministerstva zdravotnictví. Nejpozději do jednoho měsíce po skončení akce musí příjemce dotace předat odboru vzdělávání a vědy (dále jen „odbor VZV/3“) ministerstva zprávu o průběhu akce s počtem účastníků a fotodokumentací. Dotace nesmí přesáhnout 70% celkových nákladů. K jakýmkoliv změnám v projektu, tj. obsahu či čerpání jednotlivých položek, je vždy nezbytný předchozí písemný souhlas poskytovatele. (8)

Organizace, které mohou podat žádost do dotačního řízení ministerstva k dotačnímu programu ZVP-VZV/3, jsou:

1) Nestátní neziskové organizace:

- Občanská sdružení

Zřizované podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.

- Obecně prospěšné společnosti

Zřizované podle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- Účelová zařízení církví

- Zřizované podle zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech).

2) Příspěvkové organizace v rámci kapitoly zdravotnictví.

3) Organizační složky státu v rámci kapitoly zdravotnictví.

4) Organizace v působnosti územních orgánů (organizace v působnosti krajských, městských a obecních úřadů).

5) Ostatní nestátní organizace, tj. právnické a fyzické osoby vyvíjející podnikatelskou činnost podle zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů, založeným nebo zřízeným k poskytování zdravotních, kulturních, vzdělávacích a sociálních služeb a k poskytování sociálně právní ochrany dětí.

6) Organizace v působnosti jiných resortů než MZ ČR (např. veřejné vysoké školy).

Podmínkou je sídlo žadatele na území České republiky.

Podklady k vyplnění žádosti pro poskytování dotací a průběžné informace vztahující se k průběhu dotačního řízení a jeho výsledky budou zveřejněny na webových stránkách ministerstva: www.mzcr.cz v sekci Pro odbornou veřejnost/ Programy a dotace. O výsledku dotačního řízení budou úspěšní i neúspěšní žadatelé informováni dopisem ředitele/ředitelkou odboru vzdělávání a vědy. Ministerstvo poskytuje dotace formou Rozhodnutí na příslušný rozpočtový rok, ve kterém stanoví písemně podmínky poskytnutí dotace jednotlivým žadatelům. Každý žadatel je povinen podmínky v rozhodnutí při použití finančních prostředků dodržet. (8)

4.4 Zaměření edukačního programu pro ženy s karcinomem prsu

Tento edukační program je tvořen pro ženy, které zasáhla tato nemoc a prochází těžkým obdobím. Záměrem je pomoci jim nejen v krátké době po operaci, ale především dlouhodobě ve smyslu pozitivního návratu do běžného života. Program je vytvořen pro ženy jakéhokoli věku, po operaci prsu (parciální či radikální). Do programu se mohou zapojit nejen pacientky, jejich blízcí, ale také zdravotnický personál (zdravotní sestry, lékaři). Využívá nejnovějších výsledků, výzkumů a poznatků z praxe. V rámci tohoto programu jsou ženám poskytnuty nejen informace o prevenci, poznání příznaků, léčby, ale především na péči po operaci a přístup žen k změnám po nich. Program nabízí také odborné konzultace a úzkou spolupráci s odborníky (onkology, chirurgy, psychology, fyzioterapeuty, dietology, atd.) Ženy by se měly naučit poznat samy sebe, naučit se žít s tímto handicapem, znát vhodné pomůcky a rehabilitační cviky, lymfodrenáže, masáže, péči o jizvu, epitézy, posílit sebevědomí a vztahy.

Program by měl probíhat alespoň jedenkrát týdně ve vyhrazeném dni, čase a prostředí pro jeho nejvyšší účinnost poskytovaný proškolenou sestrou (někdy společně s lékařem dle tématu). Myslím si, že by bylo také vhodné využít bezplatné 24h linky, kde by byly poskytovány informace o programu a řešení drobnějších problémů. Tento program by měl být prezentován na internetových stránkách pro širokou veřejnost se základními informacemi

(vytvořen až na základě osvědčení programu). Do tohoto programu by bylo vhodné zapojit co nejvíce Českých nemocnic a na základě vyhodnocování výsledků provádět školení edukačních sester a zaznamenávat statistické údaje.

4.4.1 Náplň edukačního programu

Pro většinu žen je probuzení se po operaci velkým otazníkem. „Co bude dál“? I přesto, že jsou pacientky často připravovány na operační výkon, který je v některých případech méně či více radikální, mají strach z toho, co po ní nastane. Informace, které předcházejí tomuto problému, dostávají pacientky většinou pod velkým stresem a ve strachu ze samotné operace. Proto mohou být „cenné“ informace opomenuty či pochopeny jinak než by tomu mělo být. Návuk vhodných kroků pro sebezpečí v prvních dnech, by měly být **opakovány** a zdůrazňovány ihned po provedené operaci. Jedná se tedy o reedukaci již vysvětlených postupů.

Cílevědomě pacientky **motivujeme** ke spolupráci. Klademe důraz na intimitu a zachování příjemného a vlídného prostředí. Pro většinu těchto žen je operace velkým zlomem v jejich životě. Jak již bylo zmíněno, mění se jejich společenské role a vztahy. V některých případech můžeme pozorovat problémy v oblasti denních činností, s hybností končetiny, otoky a bolestivostí na operované straně. Vzhledem k dnešní moderní terapii se ženy mnohem dříve uzdravují a těmto problémům je předcházeno. Ve většině případů se objevuje stres a deprese snižuje se jejich sebevědomí a pocit ženskosti někdy až dochází až k sexuální dysfunkci. Proto je velice důležitá psychologická podpora. Měli bychom často spolupracovat se specialisty v tomto oboru, rodinou a jejich blízkými, pro utužení či dokonce zlepšení současných vztahů a vztahů budoucích.

Podle posledních výzkumů je nejvíce žen velice ovlivněno po psychické stránce těsně po operaci. Jsou ovlivněny typem operace a volbou následovné léčby (chemoterapie, radioterapie, hormonální terapie). V této fázi bychom se měli zaměřit především na tlumení bolesti, nauzey, zvracení, únavě, alopecii, péči o ránu a pokožku, ale také návuků běžných denních aktivit. Toto vše je však „běh na dlouhou trať“ a někdy může trvat velice dlouho, než se žena vypořádá s těmito změnami. Vzhledem k tomuto faktu si myslím, že vytvoření a aplikování edukačního programu pro tyto ženy je velice účelné a pomůže jim k návratu do běžného života.

4.4.2 Edukační program – provedení

➤ Zaměření

Ženy po léčbě karcinomu prsu (po provedené parciální či radikální operaci prsu), zdravotnický personál (edukační sestry). *Stanovení cílové skupiny.*

➤ **Cíl edukačního programu:**

Poskytnutí nových a dostatečných informací pro potencionální ženy, praktický nácvik a vštípení si nových poznatků, naučení se vyrovnávat s touto chorobou, znalost rehabilitačních cviků, nácvik běžných denních situací a umění se vyrovnat s nimi. Poskytnutí kontaktů na odborníky a specialisty, dostatek brožur a odkazů pro vyhledání dalších zdrojů informací a zlepšení komunikace s okolím, povzbuzení pacientek a zvýšení jejich sebevědomí, naučení se samostatnosti a získání zpět soc. postavení., aktivní participace a demonstrace. Sdružování a organizování společenských akcí pro pacientky společně se specialisty ve svých oborech.

Stanovení cílů edukace.

➤ **Časové rozmezí:**

1 – 2 hod, alespoň jedenkrát týdně

➤ **Prostorové rozvržení:**

Menší místnost pro max. 10 – 15 pacientek, příjemné a vybavené prostředí, nejlépe v blízkosti nemocničního zařízení. Kompletní vybavení místnosti (židle, stůl, tabule, nástěnka, psací potřeby a papíry). *Stanovení prostředí.*

➤ **Počet pacientek a kritéria:**

Max 10 – 15 pacientek na jednu edukační hodinu bez specifikace a zaměření na věk, rasu a zvyky a sociální postavení.

➤ **Jazyk:**

Edukace je podána v Českém jazyce, možnost speciálních lekcí pro cizince v jazyce anglickém po společné dohodě a zájmu.

➤ **Pomůcky:**

Edukační letáky s informacemi (brožury, knihy), praktické pomůcky, audiovizuální pomůcky (DVD přehrávač, DVD s rehabilitačními cviky, diktafon pro možnost nahrávek a efektivní feedback).

➤ **Sebereflexe:**

Klientky vyjádří své vlastní pocity a dojmy na počátku edukačního programu, během něj a na jeho konci. Zde je nutné klást otázky a provést feedback, jedná se o spokojenost klientek, dostatek poskytnutých informací a nácviku podstatných cviků pro zahájení při návratu k běžným denním činnostem. Pokud pozorujeme pocity nejistoty, obav nebo dokonce

nedůvěry je nutné se zaměřit na reedukaci, která nám pomůže pozitivně zhodnotit edukační hodinu či doplnit nedostatky.

➤ **Zhodnocení:**

Klientky by měly být schopny zhodnotit své vlastní pocity, měly by být jistější, schopny zhodnotit své silné a slabé stránky, především v oblasti sebevědomí, seberealizace, trpělivosti a vůle. Hodnocení je prováděno jak edukátorem, tak pacientkou.

Důležité je vše zaznamenat a vycházet z těchto poznatků, průběžně provádět různé výzkumy v této oblasti a vycházet z nich v praxi a tvorbě dalších edukačních programů. Postupné zaměření na nemocnice v ČR a aplikování tohoto programu.

Pro feedback z provedené edukace jsem vytvořila hodnotící formulář, který by měl sloužit edukačním sestřám pro zhodnocení provedené edukace. Jde pouze o návrh a je pouze orientační. Slouží k vyhodnocení výsledků spokojenosti a informovanosti žen v této oblasti (viz. Příloha D).

II Empirická část bakalářské práce

5. Výzkumné záměry bakalářské práce:

Výzkumné záměry jsem specifikovala dle vybraného tématu a oblasti zaměření.

- 1) Výzkumný záměr – předpokládám, že ženy se o edukaci aktivně zajímají a jsou ve většině případů před operací vhodně poučeny. Tyto ženy budou nejčastěji informovány lékařem specialistou. (VZ1).
- 2) Výzkumný záměr – myslím si, že více než $\frac{1}{2}$ žen po operaci nedochází na cvičební rehabilitaci, i přes to, že většina o ní byla poučena. (VZ2).
- 3) Výzkumný záměr – myslím si, že u většiny žen došlo po provedené operaci prsu k narušení partnerského vztahu. Předpokládám, že více než $\frac{1}{3}$ z nich hledá pomoc a psychickou podporu v rodině a návštěvu psychologa či psychiatra využívají minimálně (VZ3).
- 4) Výzkumný záměr – Myslím si, že více než $\frac{1}{2}$ žen bude starší věku 45let, po provedení mastektomie a umí používat epitézu (VZ4).
- 5) Výzkumný záměr – většina žen se bude chtít informovat po provedené operaci prostřednictvím informací od odborníků (mamolog, onkolog) méně v přednáškových klubech pro ženy s karcinomem prsu. Předpokládám, že většina odpovídajících má středoškolské vzdělání a pochází z okresních měst (VZ5).

6. Metodologie výzkum

V mé bakalářské práci jsem využila výzkumu, který mi pomohl získat potřebné informace v pooperační problematice žen s karcinomem prsu. Slouží dále jako podklad k vypracování edukačního programu.

Jedná se o práci teoreticko – výzkumnou, kde je teoretická část tvořena všeobecnými informacemi a část výzkumná je tvořena dotazníkem. Na začátku jsem stanovila cíle a také výzkumné záměry, které z větší části tvoří otázky v dotazníku zaměřeny na význam edukace a její využití. I přesto, že dotazník není široce rozsáhlý, zahrnuje alespoň nejpodstatnější informace, jako podklad k edukačnímu programu.

Dotazníky byly zcela anonymní. Byly částečně rozdány a částečně rozeslány ženám z mamologické poradny MUDr. Červinky, kde tento výzkum probíhal. V období od listopadu 2007 až do března roku 2008 bylo rozdáno 60 dotazníků, vráceno jich bylo 50 (což tvoří 83,3%).

Využila jsem metod uzavřených otázek dichotomických, na které respondentky odpovídaly pouze jednou odpovědí (kladnou či zápornou). Dále polyfonických výběrových a výčtových (na které odpovídaly z výběru více variant). Použila jsem také otázky polyfonické stupnicové, kde respondentky uváděly pořadí odpovědí. Další otázky byly typu polozavřených, a to filtračních, kontrolních a identifikačních.

Dotazník je zařazen na konci bakalářské práce v přílohách (viz. Příloha C). Odpovědi jsou zpracovány v programu Microsoft Excel a vloženy do grafů a tabulek (četnost n_i , a relativní četnost f_i) s procentuelním vyjádřením. Diskuze a celkové hodnocení je uvedeno v závěrečné části práce.

Použité zkratky v empirické části:

n_i - symbol pro vyjádření absolutní četnosti

f_i - symbol pro vyjádření relativní četnosti

7. Vyhodnocení dotazníků

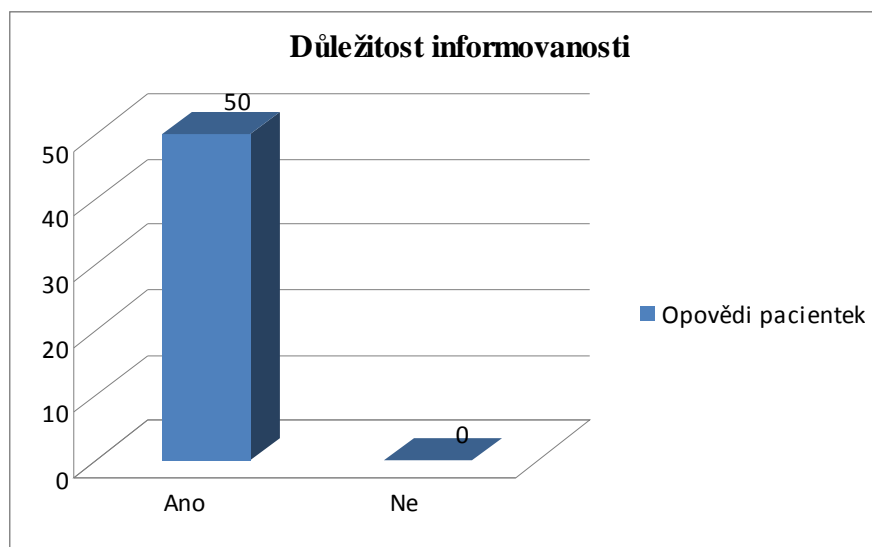
Otázka č. 1 Považujete informovanost o pooperační péči a léčbě žen s ca prsu za důležitou?

a) ano

b) ne

Tab. 1 Důležitost informovanosti

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	50	100
b)	0	0
Suma (Σ)	50	100



Obr. 1 Graf - Důležitost infromovanosti

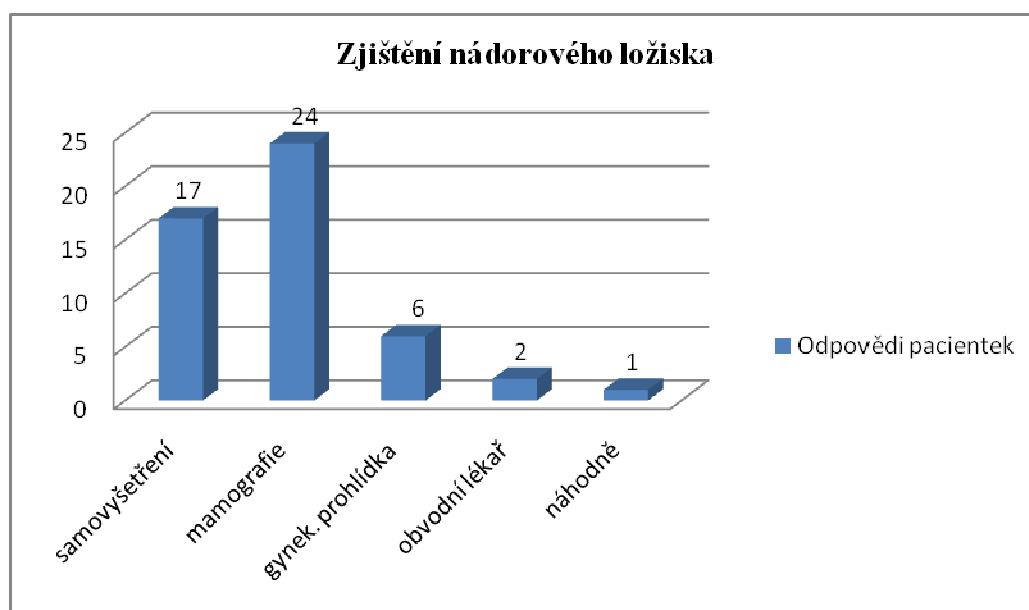
- V této otázce, odpověděly všechny ženy v počtu 50, tedy 100% jednotně a považují informovanost za důležitou. Zde se potvrdil můj první výzkumný záměr. Patientky se zajímají o edukaci a aktivně vyhledávají informace.

Otázka č. 2 Jakým způsobem Vám byl nádor prsu zjištěn?

- a) samovyšetřením
- b) mamografií
- c) na gynekologické prohlídce
- d) obvodním lékařem
- e) náhodně

Tab. 2 Zjištění nádorového ložiska

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	17	34
b)	24	48
c)	6	12
d)	2	4
e)	1	2
Suma (Σ)	50	100



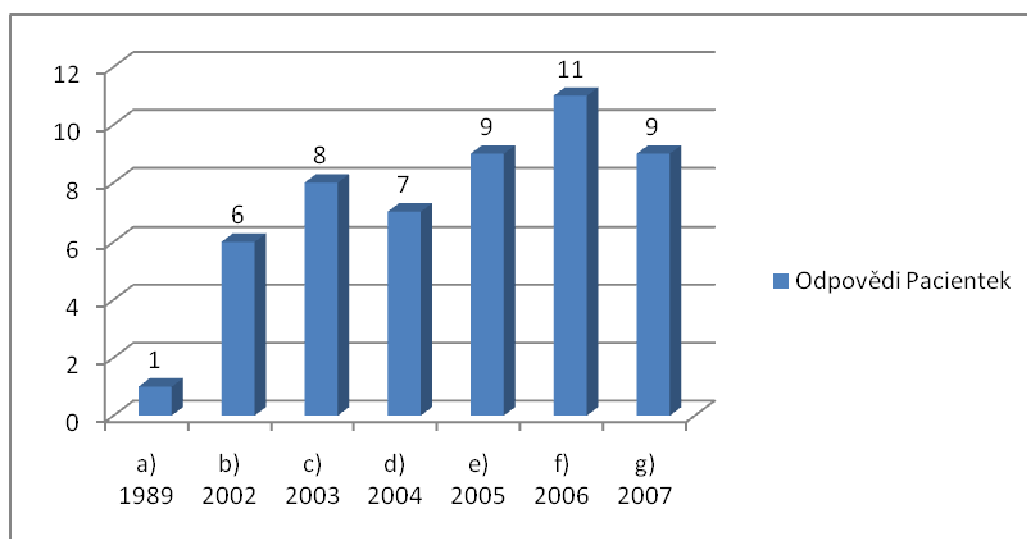
Obr. 2 Graf – Zjištění nádorového ložiska

- Mamografie byla vyhodnocena, jako nejčastější způsob zjištění nádoru prsu u 24 žen což tvoří 48% z celkového počtu odpovědí. Dalším významným prvkem v oblasti zjištění nádorového ložiska bylo samovyšetření prsu a to u 17 žen, které tvoří 34% z celkového počtu. Z této otázky je patrné, že mamografie a samovyšetření patří k nejspolehlivějším preventivním opatřením a díky těmto metodám se incidence a morálníta žen snižuje.

Otázka č. 3 Kdy Vám byl nádor prsu zjištěn?

Tab. 3 Rok zjištění nádoru

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	1	2
b)	6	12
c)	8	16
d)	7	14
e)	9	18
f)	11	22
g)	9	18
Suma (Σ)	50	100



Obr. 3 Graf – Rok zjištění nádoru

- Tato otázka přímo nesouvisí s edukací pacientek, ale z jejich výsledků je patrné, v kterém roce se pacientky podstoupily operační léčbu. Nejvíce odpovídajících v počtu 11 žen, které tvoří 22% z celkového počtu, byl karcinom prsu zjištěn v roce 2006, tudíž většina žen odpovídajících na tento dotazník je 2 roky a déle po operaci. 9 žen z celkového počtu, tedy 18%, podstoupilo zákrok před jedním rokem.

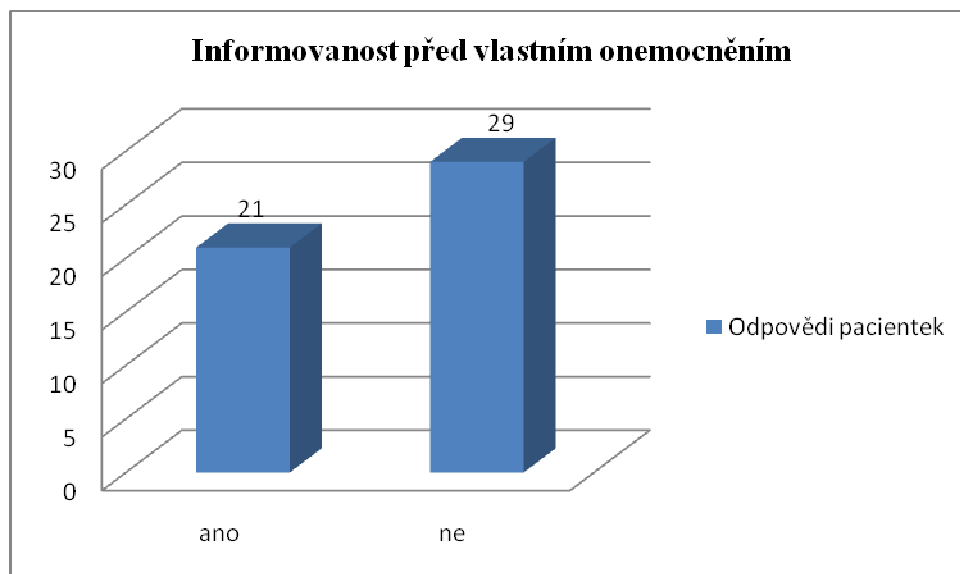
Otázka č. 4 Měla jste před Vaším onemocněním dostatek informací o nádorových onemocněních prsu?

a) ano

b) ne

Tab. 4 Informovanost před vlastním onemocněním

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	21	42
b)	29	58
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 4 Graf - Informovanosti před vlastním onemocněním

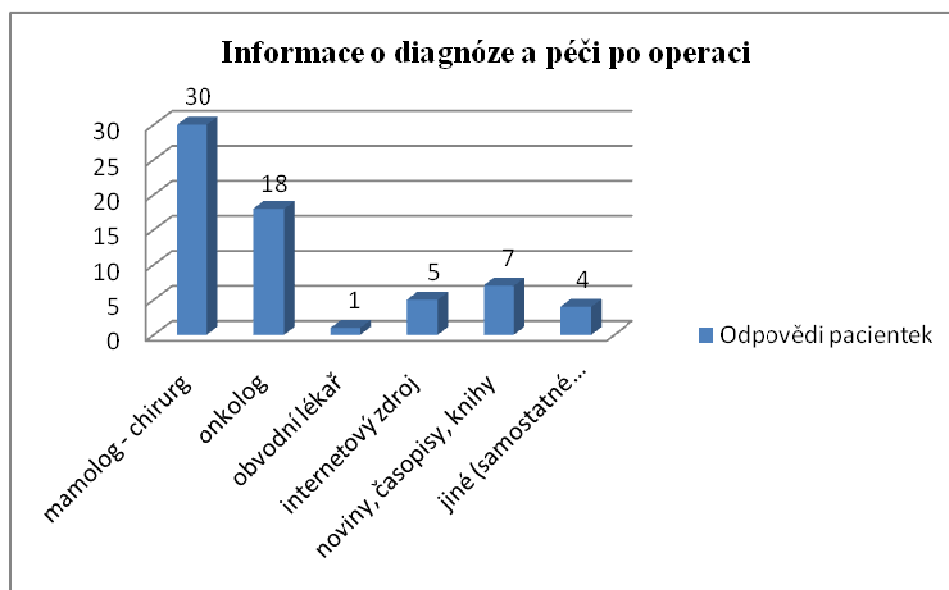
- 29 žen, tedy 58% odpovědělo, že před vzniklým onemocněním nemělo dostatek informací o karcinomu prsu. I přes tento fakt je patrné, že prevence žen v této oblasti je stále více důležitá. 21 žen odpovědělo kladně a tvoří 42% z celkového počtu.

Otázka č. 5 Kým Vám byly podány informace o diagnóze a následonné péči po operaci?

- a) mamolog – chirurg
 b) onkolog
 c) obvodní lékař
 d) internetový zdroj
 e) noviny, časopisy, knihy
 f) jiné (samostatné vyhledávání)

Tab. 5 Informace o diagnóze a péči po operaci

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	23	46
b)	14	28
c)	1	2
d)	4	8
e)	6	12
f)	2	4
Suma (Σ)	50	100



Obr. 5 Graf – Informace o diagnóze a péči po operaci

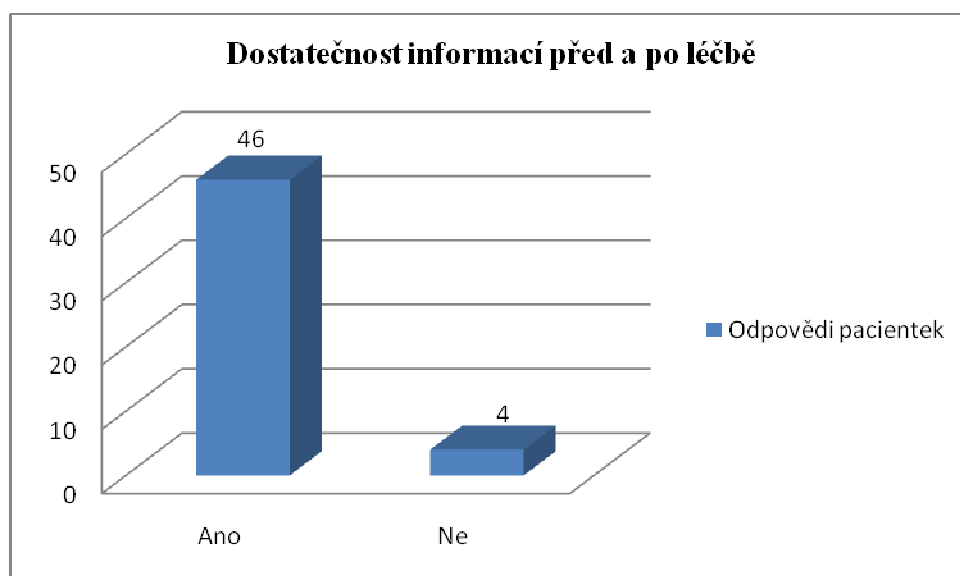
- 23 žen, tedy 46% žen bylo informováno před operací mamologem – chirurgem, který jim podal dostatek informací před operací. 14-ti ženám, neboli 28% z celkového počtu tyto informace poskytl onkolog. Zde je patrné, že 74% žen je nejčastěji informováno před zákrokem lékaři specialisty. Jiné se informovaly samy prostřednictvím knih, časopisů, internetu v počtu 12%.

Otázka č. 6 Myslíte, že Vám byly před operací poskytnuty dostatečné informace o očekávané léčbě a po operaci o následovné léčbě?

- a) ano
- b) ne

Tab. 6 Dostatečnost informací před a po léčbě

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	46	92 %
b)	4	8 %
Suma (Σ)	50	100%

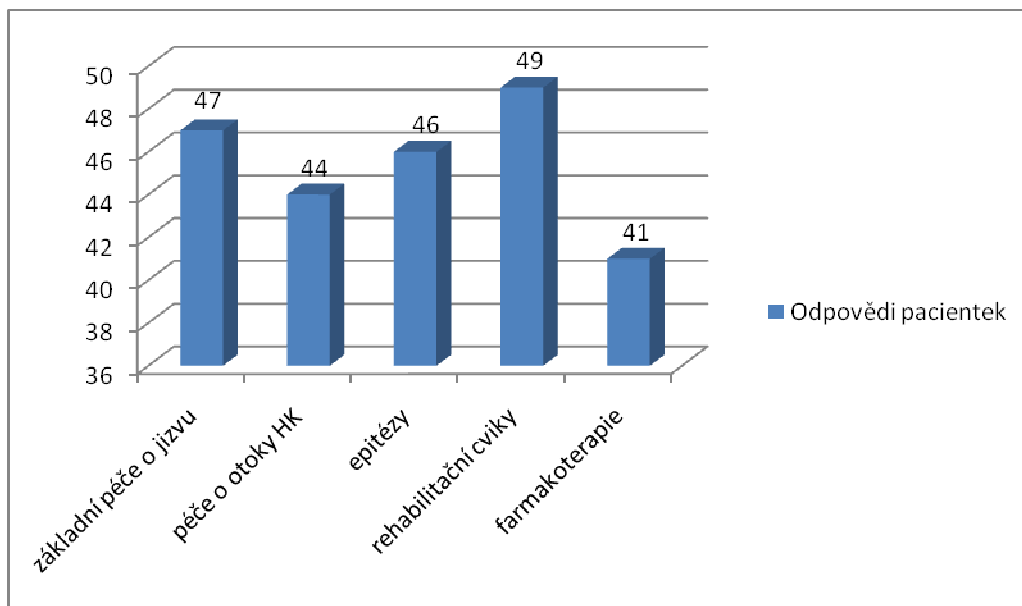


Obr. 6 Graf – Dostatečnost informací před a po léčbě

- Nejpočetnější skupina žen odpověděla kladně, a to v 92 %, zde je patrné, že informace podané před samotným zákrokem jsou velmi dostačující a pacientky je vnímají pozitivně. 4 ženy, tedy 8% z celkového počtu odpovědělo o poskytnutí dostatečných informací po operaci záporně, tato je ovšem relevantní vzhledem k tomu, že informace jsou poskytovány každé pacientce.

Otázka č. 7 Pokud Ano, ve kterých oblastech jste byla poučena (zakroužkujte ty, o kterých jste byla poučena)?

- a) základní péče o jizvu
- b) péče o otoky HK
- c) epitézy
- d) rehabilitační cviky
- e) farmakoterapie

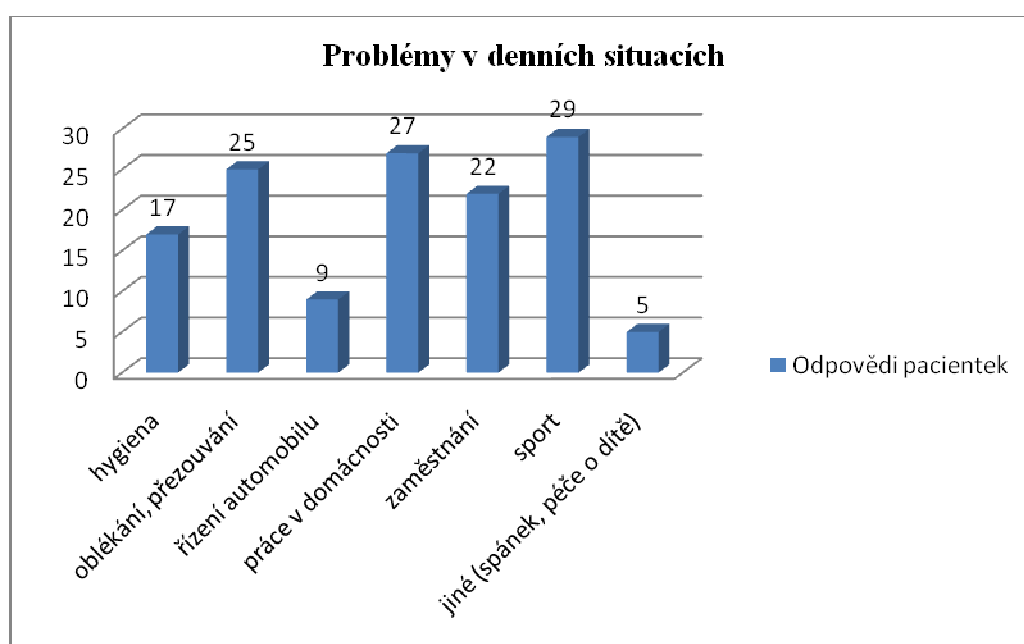


Obr. 7 Graf – Oblastí poučení

- Nejvyšší počet žen byl poučen v oblasti rehabilitačních cviků – tuto skutečnost potvrdilo 49 odpovědí všech žen. Další nejpočetnější oblastí byla základní péče o jizvu – zde odpovědělo 47 žen. Ostatní odpovědi byly vyhodnoceny počtem 44 u péče o otoky, epitézy 46 a nejméně bylo 41 odpovědí v oblasti farmakoterapie.
- Je patrné, že ženy byly ve většině případů poučeny téměř ve všech směrech.

Otázka č. 8 Při kterých běžných denních situacích Vám nastaly problémy (zakroužkujte všechna odpovídající)?

- a) hygiena
- b) oblékání, přezouvání
- c) řízení automobilu
- d) péče v domácnosti
- e) zaměstnání
- f) sport
- g) jiné (spánek, péče o dítě, apod.)



Obr. 8 Graf – Problémy v denních situacích

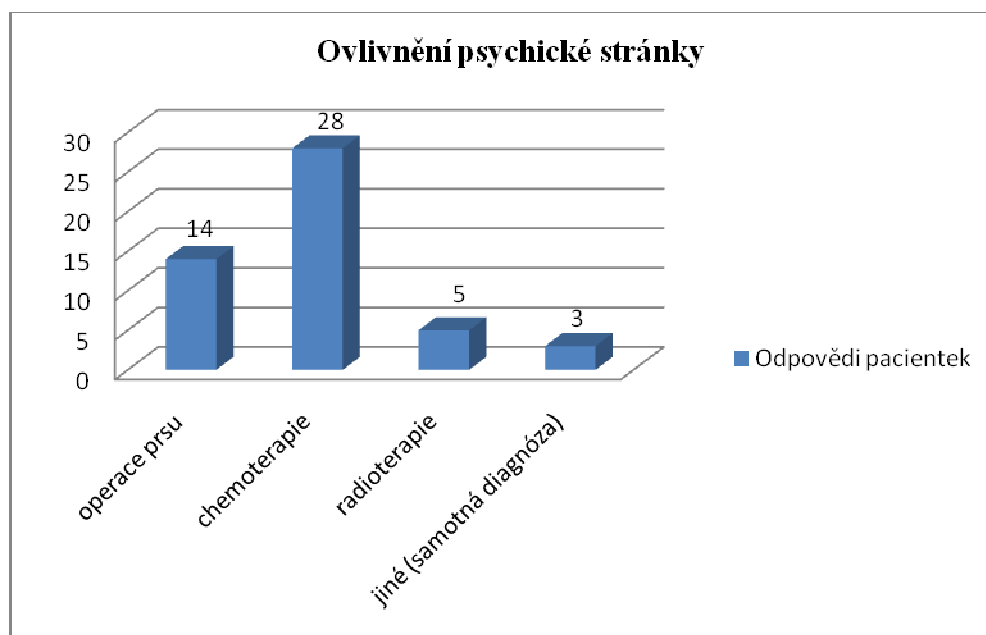
- U 29 žen nastaly problémy v oblasti sportu, 27 žen shledalo problémy v oblasti péče o domácnost a 25 žen v oblasti oblékání, přezouvání atd. V dalších denních situacích ženy shledaly v počtu 22 odpovědí problém při zaměstnání, 17 odpovědí v hygieně, 9 odpovědí z oblasti řízení automobilu a jiné (spánek, péče o dítě, apod.) v počtu 5 odpovědí.
- Proto bychom se při tvorbě edukačního programu měly zaměřit především na ty oblasti, ve kterých byly ženy poučeny nejméně.

Otázka č. 9 Který z následujících postupů Vás nejvíce ovlivnil po psychické stránce?

- a) operace prsu
- b) chemoterapie
- c) radioterapie
- d) jiné (samotná diagnóza)

Tab. 9 Ovlivnění psychické stránky

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	14	28
b)	28	56
c)	5	10
d)	3	6
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 9 Graf – Ovlivnění psychické stránky

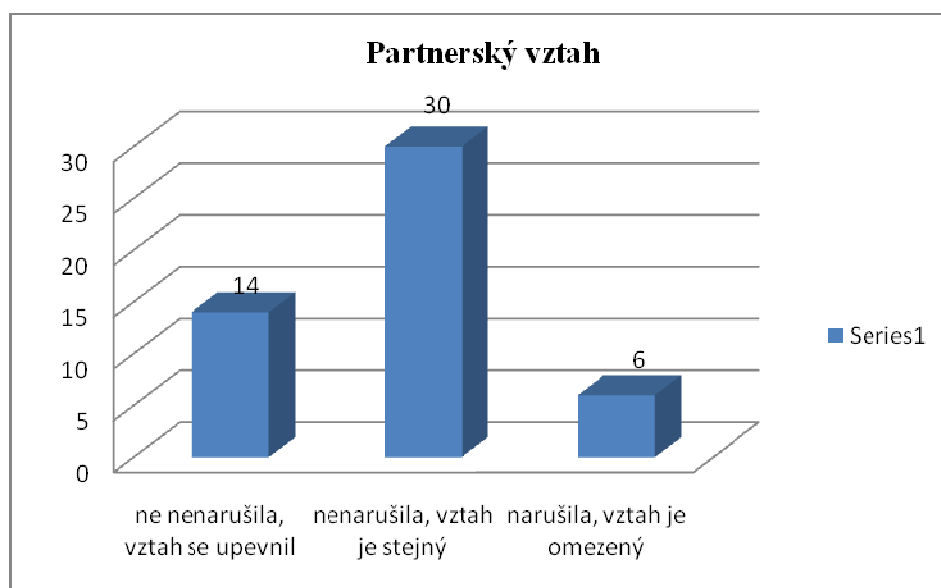
- 56% žen bylo nejvíce ovlivněno po psychické stránce především při chemoterapeutické léčbě. Vlastní operací prsu bylo ovlivněno 14 žen, které tvoří 28% žen. Radioterapií bylo ovlivněno 5 žen, které tvoří 10% z celkového počtu. Zbytek žen v počtu 3 odpovědí, které tvoří 6%, odpovědělo na jiné (samotnou diagnózu). Proto bychom měly ženy podporovat ve všech oblastech léčby.

Otázka č. 10 Narušila operace Váš osobní partnerský život (či vztah v rodině)?

- a) ne, nenarušila, vztah se upevnil
- b) nenarušila, vztah je stejný
- c) narušila, vztah je omezený

Tab. 10 Partnerský vztah

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	14	28
b)	30	60
c)	6	12
Suma (Σ)	50	100



Obr. 10 Graf – Partnerský vztah

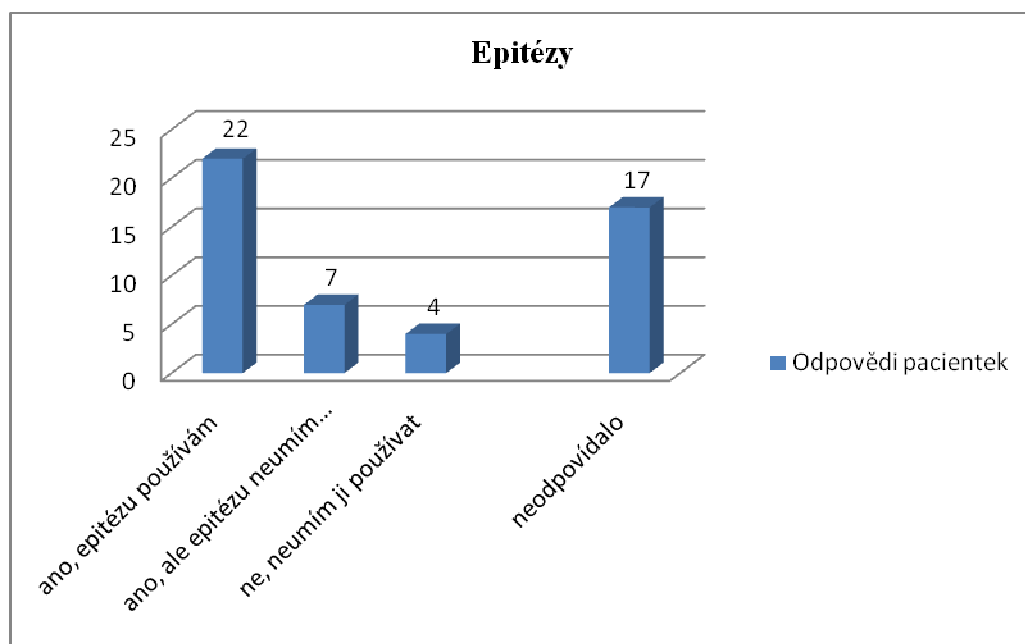
- V oblasti vztahů (rodinných, osobních) se u 60% žen vztahy nenarušily či zůstaly stejné, zde odpovědělo 30 pacientek z celkového počtu. U 28 % žen se vztahy dokonce upevnilly a posílily. 12% žen odpovědělo, že vztahy byly narušeny nebo omezeny, tato odpověď tvoří pouze malou skupinu.
- Předpokládala jsem v této oblasti, že u více jak 50% žen byly rodinné či osobní vztahy narušeny. Tato odpověď je velice pozitivní ve smyslu podpory ze strany partnera.

Otázka č. 11 Víte, co to jsou epitézy a jak je používat (odpovídají pacientky po kompletním odstranění prsu)?

- a) ano, epitézu používám
- b) ano, ale epitézu neumím používat
- c) ne, neumím ji používat

Tab. 11 Epitézy

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	22	44
b)	7	14
c)	4	8
d)	17	34
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 11 Graf – Epitézy

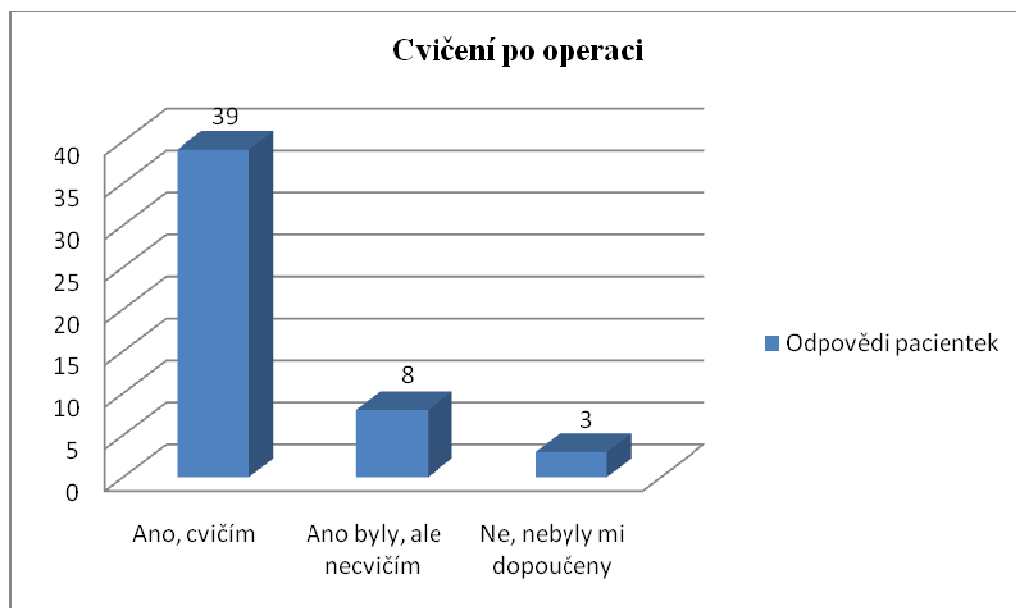
- 44% z celkového počtu žen ví, co jsou to epitézy a používá ji. 14% z nich ví o možnosti použití epitézy, ale nepoužívají ji. 8% z nich odpovědělo, že epitézu neznají a používat ji neumí.
- Vzhledem k tomuto výsledku je patrné, že 34% žen podstoupilo parciální mastektomii či jiné menší zákroky. 66% žen podstoupilo mastektomii radikální.

Otázka č. 12 Byly Vám doporučeny po provedené operaci cviky pro rozcvičování ramene?

- a) ano, cvičím
- b) ano byly, ale necvičím
- c) ne, nebyly mi doporučeny

Tab. 12 Cvičení po operaci

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	39	78
b)	8	16
c)	3	6
Suma (Σ)	50	100



Obr. 12 Graf – Cvičení po operaci

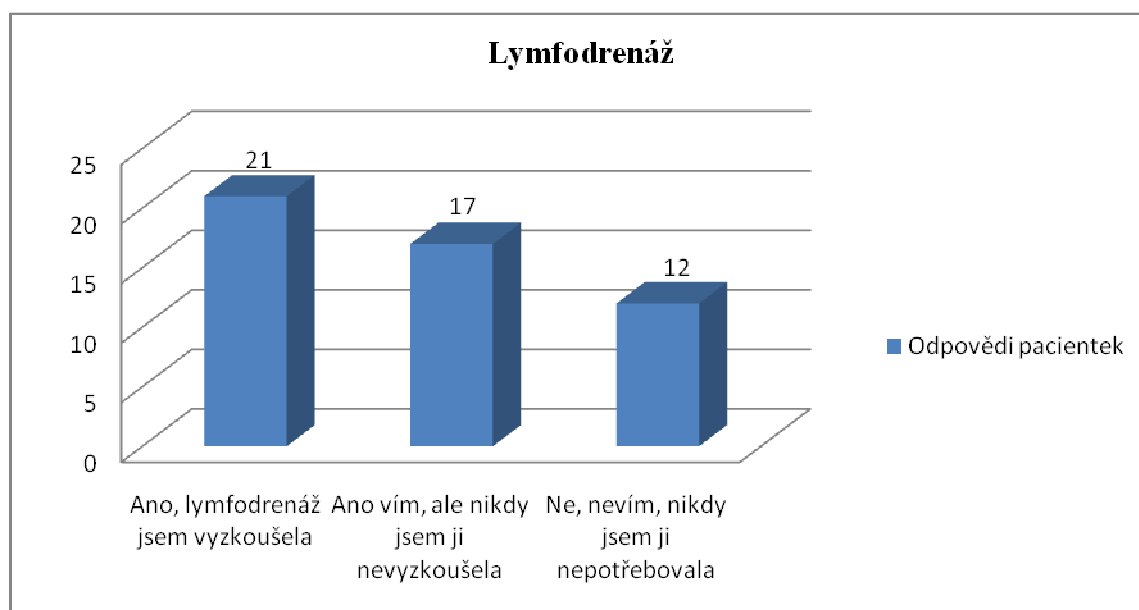
- 78% žen bylo vhodně poučeno o rehabilitačních cvicích ramene předcházející edému horní končetiny. U 12% pacientky byly poučeny, ale pravidelně necvičí. 10% žen odpovědělo, že jim cviky nebyly doporučeny a necvičí.

Otázka č. 13 Víte co je to lymfodrenáž a za jakým účelem se používá?

- a) ano, lymfodrenáž jsem vyzkoušela
- b) ano vím, ale nikdy jsem ji nevyzkoušela
- c) ne, nevím, nikdy jsem ji nepotřebovala

Tab. 13 Lymfodrenáže

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	21	42
b)	17	34
c)	12	24
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 13 Graf – Lymfodrenáže

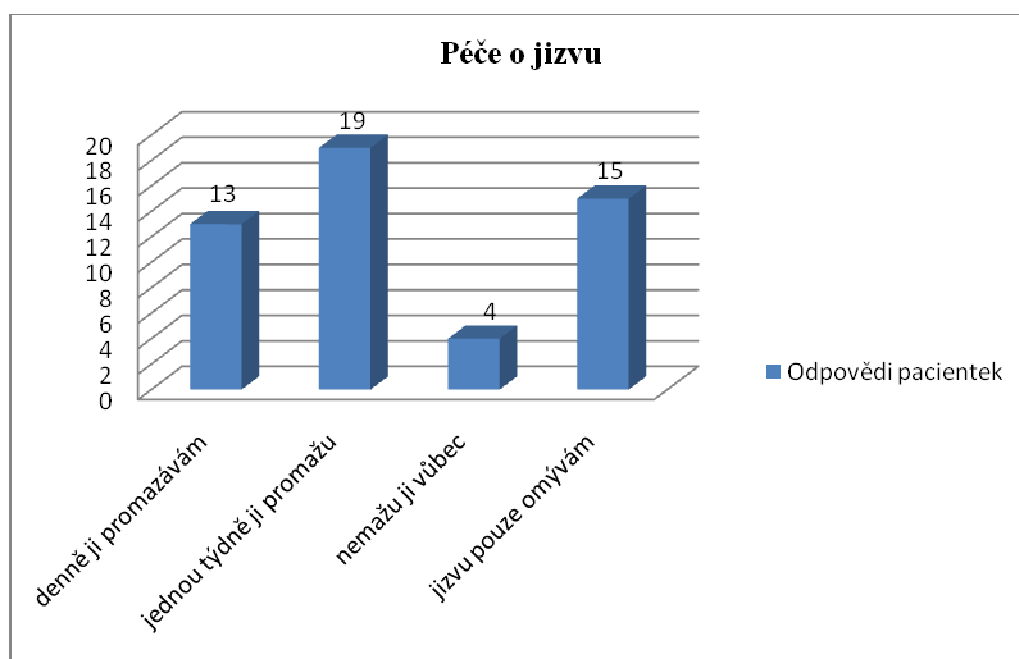
- Odpovědělo 21 žen, tedy 42%, že je informováno o možnostech a využití lymfodrenáže, kterou samy vyzkoušely. Zde je patrný počet žen, které podstoupily disekci axily, v počtu 21. Na tomto základě lymfodrenáž podstoupily.
- 17 žen, tedy 34% je o lymfodrenážích informováno, ale nevyzkoušely ji a 24% žen o lymfodrenážích neví a nikdy ji nevyzkoušely. Myslím si, že by měla být edukace zaměřena také na tuto oblast.

Otázka č. 14 Jakým způsobem pečujete o jizvu?

- a) denně ji promazávám
- b) jednou týdně ji promaže
- c) nemažu ji vůbec
- d) jizvu pouze omývám

Tab. 14 Péče o jizvu

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	13	26
b)	19	38
c)	4	8
d)	15	30
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 14 Graf – Péče o jizvu

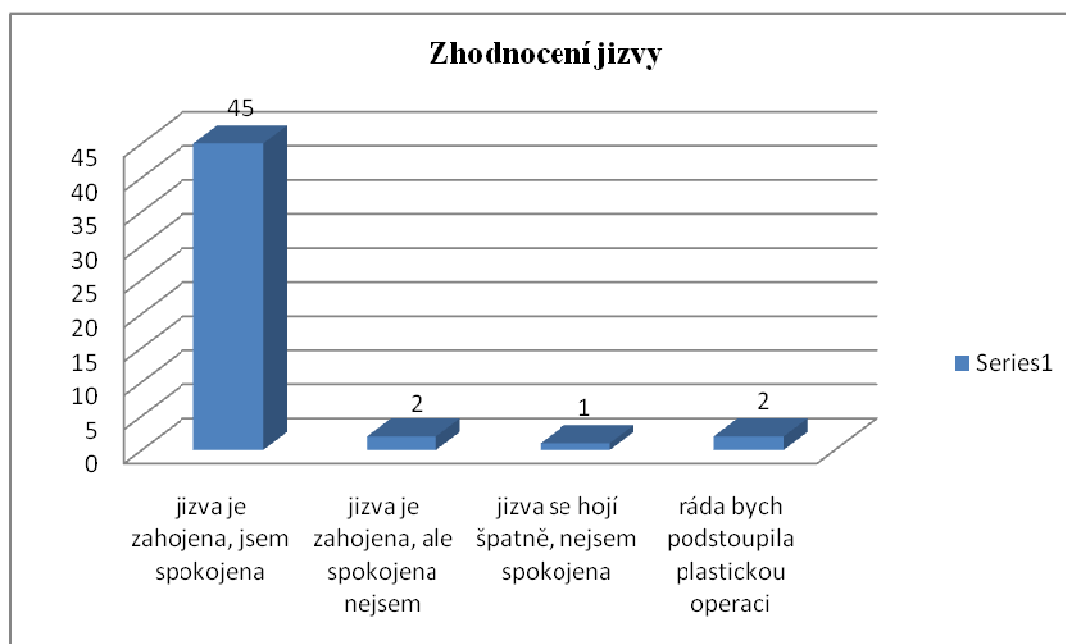
- Nejvíce odpovědí v počtu 19 žen, tedy 38% jizvu jednou týdně promazává. 15 žen, tedy 30% z nich jizvu pouze omývá. Na promazávání jizvy denně odpovědělo 13 žen, což tvoří 26% žen a 4 ženy, tedy 8% z nich nemaže jizvu vůbec.

Otázka č. 15 Jak hodnotíte vzhled Vaší jizvy?

- a) jizva je zahojena, jsem spokojena
- b) jizva je částečně zahojena, spokojena nejsem
- c) jizva se hojí špatně, nejsem spokojena
- d) ráda bych podstoupila plastickou operaci

Tab. 15 Zhodnocení jizvy

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	45	90
b)	2	4
c)	1	2
d)	2	4
Suma (Σ)	50	100%

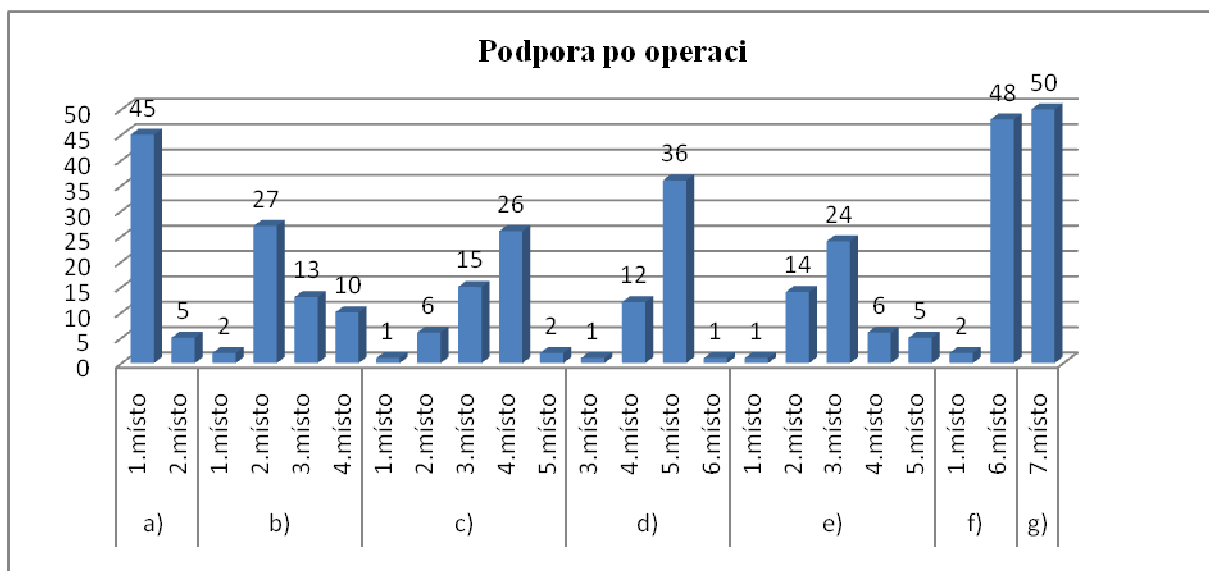


Obr. 15 Graf - Zhodnocení jizvy

- Většina odpovídajících žen v počtu 45, tedy 90% odpovídalo kladně a se vzhledem své jizvy jsou spokojeny.
- Tato otázka je velice relativní, a to především vzhledem k subjektivním pocitům pacientek a jejich vlastního pohledu.

Otázka č. 16 Kdo Vás po operaci nejvíce podporuje (stanovte pořadí od 1–7, přičemž 1 je nejvyšší hodnota)?

- a) rodina
- b) lékař mamologické poradny – chirurg
- c) onkolog
- d) praktický lékař, zdravotní sestra
- e) kamarád/ kamarádka
- f) nikdo, s tímto problémem se snažím vyrovnat sama
- g) jiné



Obr. 16 Graf – Podpora po operaci

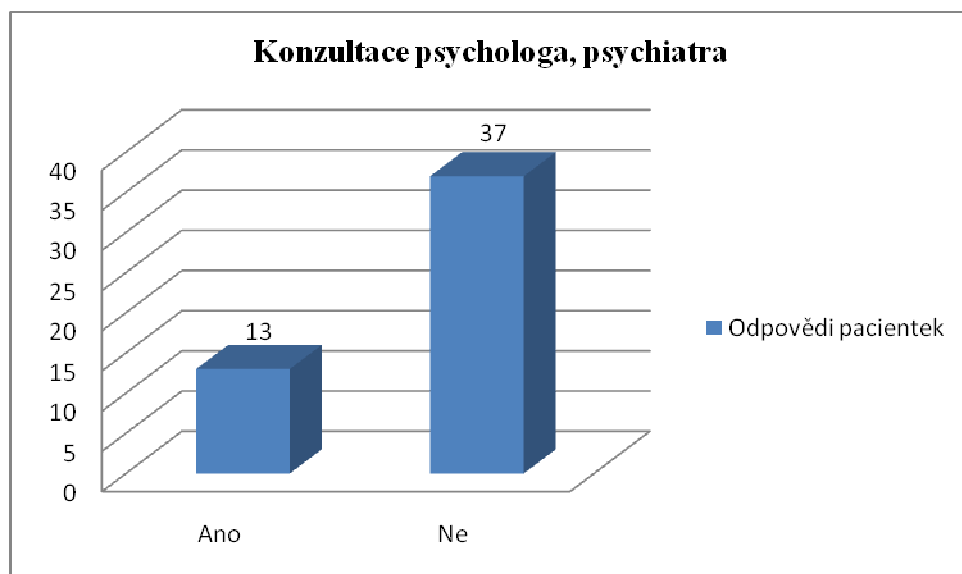
- V této otázce ženy hodnotily a bodovaly odpovědi, podle toho, kdo je nejvíce podporuje po operaci. Nejvyšší hodnota byla 1, nejnižší hodnota byla 7. Největší podporu ženy vidí v rodině, která se umístila na 1. místě v celkovém hodnocení s počtem 45 odpovědí (jako 1. místo).
- Na druhém místě ženy nejvíce podporuje mamologický lékař – chirurg s 27 odpověďmi (hodnoceno jako 2. místo)
- Na třetím místě byl zvolen kamarád či kamarádka s celkovým počtem 36 odpovědí (jako 3. místo). Ostatní odpovědi byly velice vyrovnány a nejméně body byla hodnocena odpověď - vyrovnání se s tímto onemocněním sama.

Otázka č. 17 Využila jste konzultace psychologa, psychiatra?

- a) Ano
- b) ne

Tab. 17 Konzultace psychologa, psychiatra

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	13	26
b)	37	74
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 17 Graf – Konzultace psychologa, psychiatra

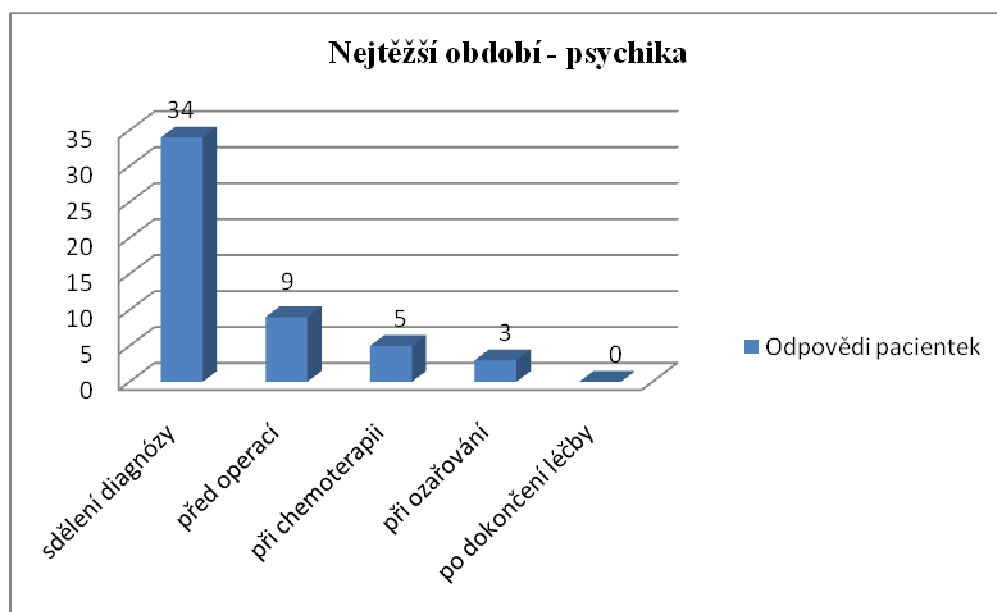
- Na tuto otázku odpovědělo pozitivně 13 žen, tedy 26% z celkového počtu a pomoc psychologa či psychiatra vyhledala.
- 37 žen, tedy 74% nevyužívá návštěv psychologa, psychiatra. Zde je patrné, že psychologickou podporu hledají v rodině, blízkých či jiných odborníků (mamolog, onkolog).

Otázka č. 18, Které období pro Vás bylo nejtěžší z psychického hlediska?

- a) sdělení diagnózy
- b) před operací
- c) při chemoterapii
- d) při ozařování
- e) po dokončení léčby

Tab. 18 Nejtěžší období – psychika

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	34	68
b)	9	18
c)	5	10
d)	3	6
e)	0	0
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 18 Graf - Nejtěžší období - psychika

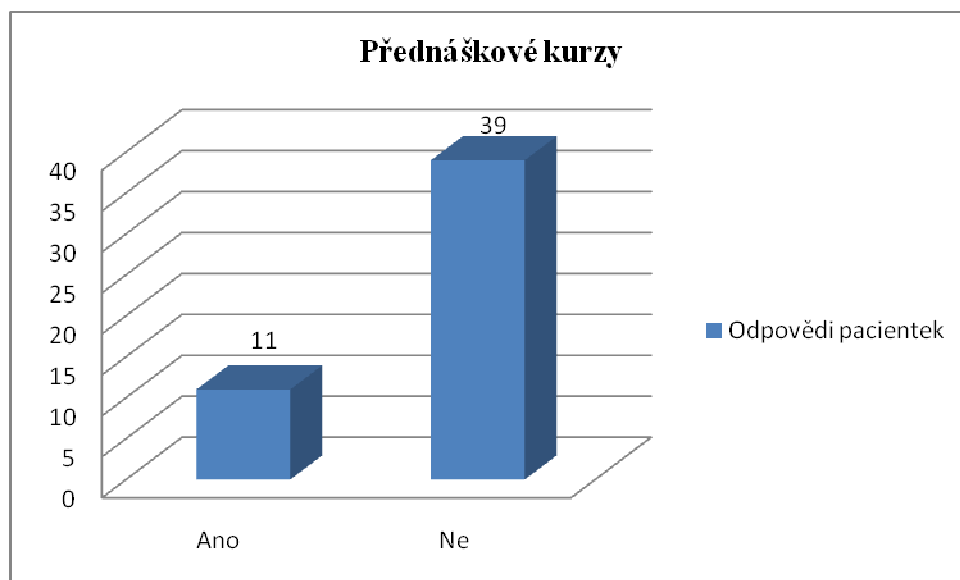
- Pro většinu odpovídajících žen bylo nejtěžším obdobím samotné sdělení diagnózy, a to v 68%, tedy pro 34 žen. V počtu 9 žen, tedy 18% bylo nejvíce ovlivněno před operací a 5 žen, tedy 10% z nich při chemoterapii. Je patrné, že psychologická podpora musí být již od samého počátku onemocnění.

Otázka č. 19 Navštěvujete přednáškové kurzy pro ženy po operaci prsu (s karcinomem prsu)?

- a) ano
- b) ne

Tab. 19 Přednáškové kurzy

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	11	22
b)	39	78
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 19 Graf – Přednáškové kurzy

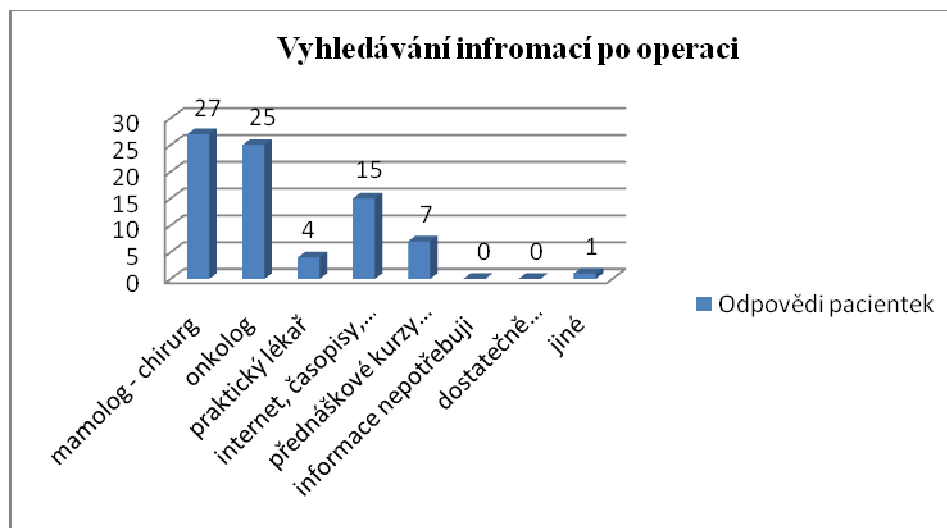
- V této otázce jsem se dozvěděla, že pouze 11 žen z celkového počtu tedy 22% navštěvuje přednáškové kurzy. Bohužel více než 1/2 žen, tedy 39 odpovídajících, které tvoří 78% nenavštěvuje přednáškové kurzy po operaci prsu.

Otázka č. 20 Pokud budete chtít získat více informací, kde je budete hledat?

- | | |
|------------------------------|---|
| a) mamolog – chirurg | e) přednáškové kurzy pro ženy s ca prsu |
| b) onkolog | f) informace nepotřebuji |
| c) obvodní lékař | g) jsem dostatečně informována |
| d) internet, časopisy, knihy | h) jiné |

Tab. 20 Vyhledávání informací po operaci

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	27	54
b)	25	50
c)	4	8
d)	15	30
e)	7	14
f)	0	0
g)	0	0
h)	1	2
Suma (Σ)	79 odpovědí	100%



Obr. 20 Graf – Vyhledávání informací po operaci

- Největší počet žen v počtu 27, tedy 54% odpovědělo, že další informace budou získávat od myologického 54% či onkologického lékaře 50% všech opovědí.
- Dále největší počet odpověděl, že informace budou hledat v oblasti internetu, knih, časopisů a to v 30%. Některé ženy na přednáškových kurzech či u praktického lékaře.

Otázka č. 21 Kolik je Vám let?

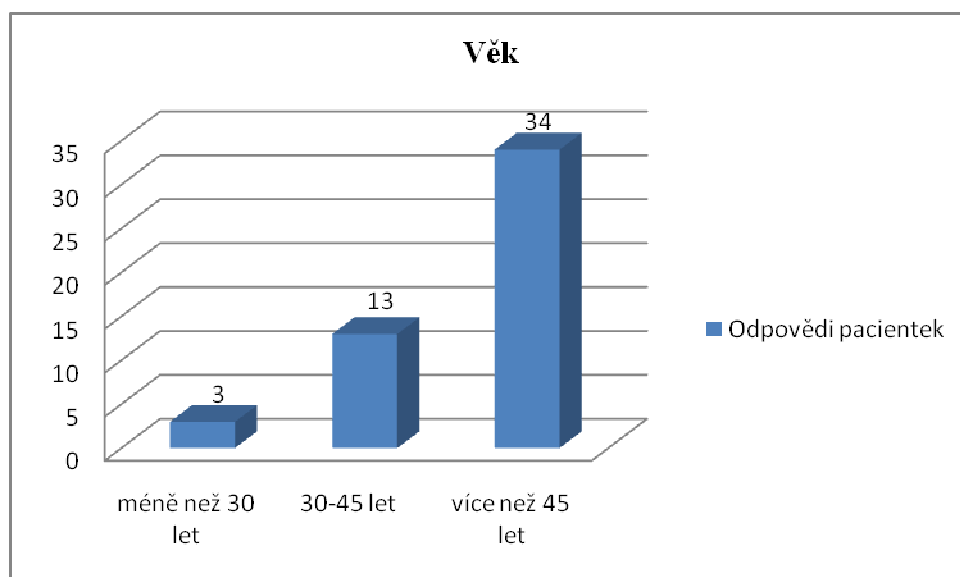
a) méně než 30 let

b) 30–45 let

c) více než 45 let

Tab. 21 Věk

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	3	6
b)	13	26
c)	34	68
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 21 Graf -Věk

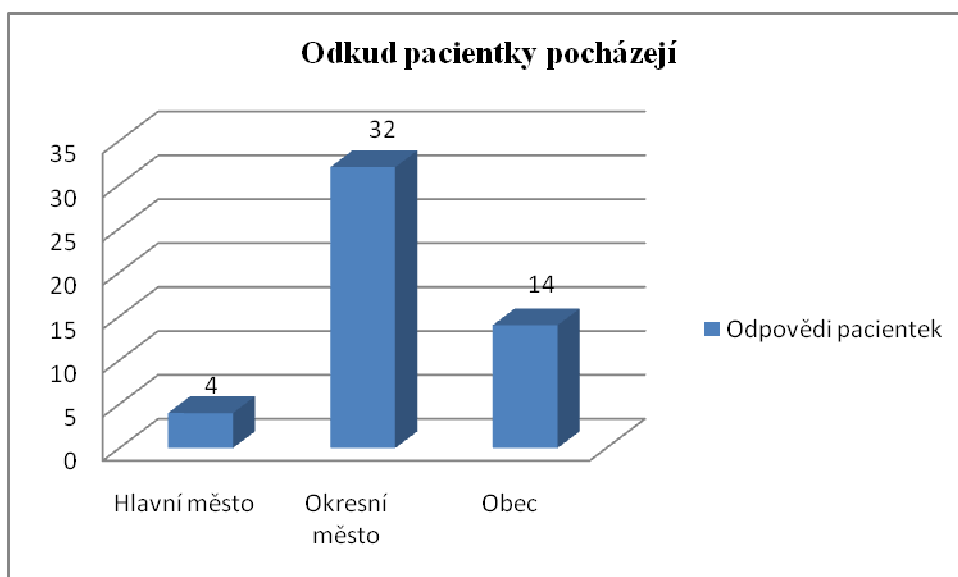
- Většina odpovídajících žen v počtu 34, tedy 68% na tyto dotazníky bylo 45 let a starší. 13 žen, tedy 26% z nich spadaly do skupiny 30–45 let. A pouze 3 ženy, tedy 6% z nich bylo mladší 30 let. Zde je patrné, že incidence u mladších věkových skupin stoupá.

Otázka č. 22 Odkud pocházíte?

- a) hlavní město
- b) okresní město
- c) obec

Tab. 22 Odkud pacientky pocházejí

Odpověď	n_i	f_i (%)
a)	4	8
b)	32	64
c)	14	28
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 22 Graf – Odkud pacientky pocházejí

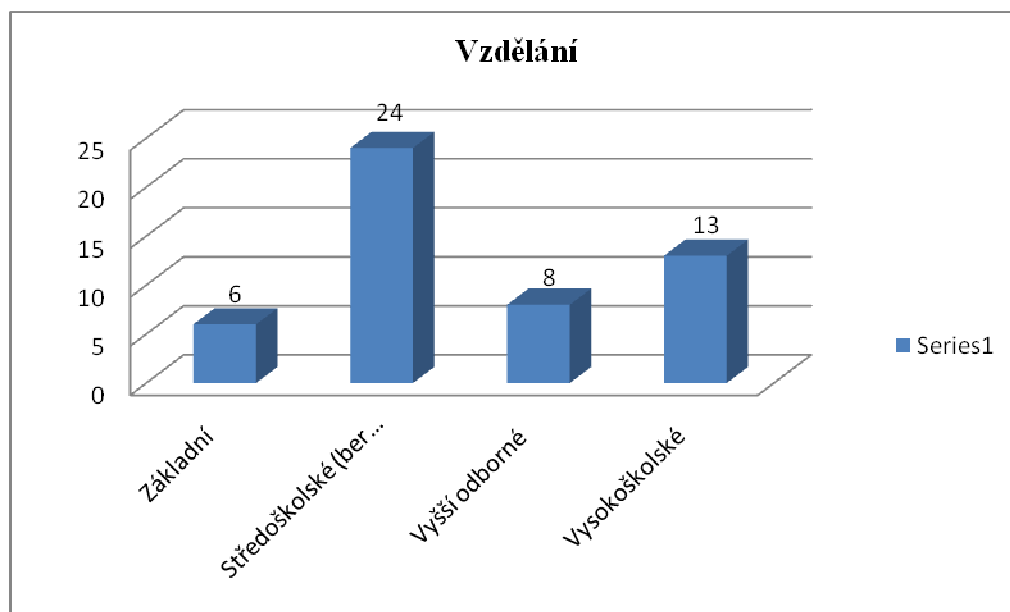
- V 64% odpovídajících žen, tedy 32 z celkového počtu pochází z okresního města. Dále 14 odpovídajících z obce a 4 ženy, tedy 8% žen z hlavního města.

Otázka č. 23 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské (bez maturity/ s maturitou)
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

Tab. 23 Vzdělání

Odpověď	Četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
a)	6	12
b)	24	48
c)	8	16
d)	13	26
Suma (Σ)	50	100%



Obr. 23 Graf – Vzdělání

- Největší počet žen 24, tedy 48% odpovídajících má středoškolské vzdělání. 13 žen, tedy 26% žen má vzdělání vysokoškolské. Vyšší odborné vzdělání následuje s počtem odpovědí 8, tedy 16%. A základní vzdělání má 6 žen, což je 12% odpovídajících.

8 Diskuze

Vyhodnocení výzkumných záměrů provádím pomocí odpovědí a vypracovaných výsledků uvedených v grafech a tabulkách.

VZ1 – Předpokládám, že ženy se o edukaci aktivně zajímají a jsou ve většině případů před operací vhodně poučeny. Tyto ženy budou nejčastěji informovány lékařem specialistou.

Tento výzkumný záměr vychází z odpovědí na otázky č. 1, 4, 5, 6.

V oblasti zájmu pacientek o edukaci bylo zjištěno, že většina z nich se aktivně zajímá o edukaci a 100% odpovídajících žen ji považuje za důležitou (viz. Obr. 1 Graf – Důležitost informovanosti) ovšem informovanost žen před vlastním onemocněním byla dostatečná a 29 žen, tedy 58% neznalo podstatné informace vztahující se ke karcinomu prsu.

Ženy byly o diagnóze a pooperační péči poučeny v 60% chirurgem – mamologem. V 36% jim byly poskytnuty informace onkologem (viz. Obr. 5 Graf – Dostatečnost informací před a po léčbě). Zde je patrný rozdíl s ostatními evropskými státy, kde jsou informace o pooperační péči poskytovány pacientkám edukačními sestrami.

Tento výzkumný záměr se v první části nepotvrdil, ovšem ve druhé části potvrzen byl.

VZ 2 – Myslím si, že více než 1/2 žen po operaci nedochází na cvičební rehabilitaci, i přes to, že většina o ní byla poučena.

V oblasti pooperační rehabilitace vycházím z otázky č. 7, 12.

Zde jsem ověřovala informovanost žen o rehabilitaci v rámci léčby, kde potvrdilo tuto skutečnost 47 žen. Provedla jsem kontrolní otázku v oblasti provádění cviků, kde 39 žen, tedy 78% žen toto potvrzují. O rehabilitačních cvicích byly poučeny a zároveň je pravidelně provádějí. Tyto odpovědi tvoří více než 1/2.

Výzkumný záměr v tomto případě nebyl potvrzen.

VZ 3 – Myslím si, že u většiny žen došlo po provedené operaci prsu k narušení partnerského vztahu. Předpokládám, že více než 1/3 z nich hledá pomoc a psychickou podporu v rodině a návštěvu psychologa či psychiatra využívají minimálně.

Tento záměr vychází z otázek s č. 10, 16, 17

V této oblasti jsem se dozvěděla velice překvapivý výsledek v oblasti partnerských vtaů. Na otázku č. 10 vztahující se k otázce osobních vtaů, nejpočetněji odpovědělo 60% žen, že

se jejich vztah nezměnil a operace ho nijak nenarušila. A dokonce v 28% ženy popsaly, že se jejich vztah upevnil. Toto je velice pozitivní výsledek především v oblasti psychiky ženy.

V návaznosti na předchozí zmínku odpovědělo 25 žen, tedy 50%, že podporu po psychické stránce hledají nejčastěji v rodině (viz. Obr. 16 Graf – Podpora po operaci). Naproti tomu návštěvu u psychologa či psychiatra potvrdilo pouze 26% žen.

Výzkumný záměr nebyl v první části potvrzen, jeho druhá část potvrzena byla.

VZ 4 – Myslím si, že více než ½ žen bude starší věku 45let, po provedení mastektomie a umí používat epitézu.

Odpověď na tento výzkumný záměr vychází z otázek č. 11, 21.

Největší počet žen odpovídajících na dotazník mé práce odpovídaly v 68% ženy starší 45 let. Zde je patrné, že tato skupina žen tvoří stále nejrizikovější skupinu. Chtěla bych podotknout fakt, že 6% žen bylo mladší než 30 let, proto je důležitá prevence také v této oblasti.

Mastektomii podstoupilo 66% dotazovaných žen. Tento fakt vychází z otázky č. 11, která je zaměřena na využití a znalost pojmu „epitéza“. 22 žen z celkového počtu žen s provedenou mastektomií, které tvoří počet 33 žen, ví co je to epitéza a aktivně ji používají.

Tento výzkumný záměr byl potvrzen.

VZ 5 – Většina žen se bude chtít informovat po provedené operaci prostřednictvím informací od odborníků (mamolog, onkolog) méně v přednáškových klubech pro ženy s karcinomem prsu. Předpokládám, že většina odpovídajících má středoškolské vzdělání a pochází z okresních měst.

Odpovědi pro tento výzkumný záměr vycházejí z otázek č. 19, 20, 23.

Pro získávání informací od lékaře chirurga – mamologa odpovědělo 27 žen, což je 54%, pro lékaře onkologa 25 žen, tedy 50% z celkového počtu odpovědí (viz. Obr. 20 Graf – Vyhledávání informací po operaci). Na přednáškách či v klubech pro ženy odpovědělo pouze 7 žen z celkového počtu, tedy 14%. Tento fakt potvrzuje výsledek z otázky č. 19, která je zaměřena na návštěvnost žen přednáškových kurzů pro ženy s karcinomem prsu. Zde odpovědělo kladně pouze 11 žen, tedy 22%. Proto je nutná tvorba edukačních programů pro ženy s tímto onemocněním a snažit se tyto ženy sdružovat a pomáhat s běžnými pooperačními problémy (somatickými, praktickými, psychologickými, sociálními, apod.)

Středoškolské vzdělání odpovídajících má 24 žen, tedy 48%. Největší počet z nich pochází z okresních měst a to v 64% z celkového počtu.

Tento výzkumný záměr byl potvrzen.

Závěr

Smyslem této práce bylo poukázat na důležitost a opodstatnění tvorby edukačních programů pro ženy s karcinomem prsu. Toto téma je velice obsáhlé, a proto jsem se snažila alespoň nastínit tuto problematiku a stručně ji shrnout. Zaměřila jsem se na nejvýznamnější informace zahrnující podstatu karcinomu prsu, diagnostiku, léčbu a vedlejší účinky. V další části jsem se soustředila na oblast edukace. Zde jsem se snažila vystihnout hlavní význam edukace, tvorbu a její uplatnění, kde jsem na závěr vytvořila hodnotící formulář, který by se mohl stát v budoucnu podkladem pro vyhodnocování práce edukačních sester. Zatím je to pouze koncepční verze a pro jeho širší využití by bylo nutné detailnější vypracování.

V oblasti výzkumu jsem se zaměřila na otázky vycházející z cílů a výzkumných záměrů práce. Tento výzkum mi přinesl spoustu nových informací a některé výsledky mne velice překvapily. Velice mne potěšilo, že se ženy aktivně informují a vyhledávají vše podstatné týkající se jejich nemoci. Nejčastěji jsou jim primární informace podávány lékaři (mamologem či onkologem). Proto je důležité poukázat i na důležitost spolupráce lékaře a sestry. Avšak v porovnání s ostatními evropskými státy, kde edukaci provádějí edukační sestry je důležité proškolení a tvorbu edukačních programů pro její využití také v České republice.

Jednoznačným překvapením pro mne tvoří oblast partnerských vztahů, kde jsem předpokládala jejich narušení či rozvrat. Výsledky však tuto skutečnost nepotvrdily a dokonce předčily mé očekávání. U více než poloviny žen se partnerské vztahy nezměnily vůbec a u některých se dokonce vztahy posílily. Největší podporu ženy vidí ve své rodině, a proto si v tomto ohledu myslím, že zapojování rodiny a partnerů do této oblasti je velice důležitým faktorem.

Pokud bych měla shrnout celkové výsledky mé práce je patrné, že ženy se o edukaci aktivně zajímají, ovšem dostatečné informace před operací a dlouhodobé informace po operaci by měly být po určité době opakovány a kontrolovány.

Menším zklamáním pro mne byl poznatek, že méně než polovina dotazovaných žen nenavštěvuje přednáškové kurzy pro ženy s karcinomem prsu. Proto si myslím si, že pokud bude v budoucnu navržen program, do kterého budou ženy zapojovány záhy po operaci, oblast jejich znalostí bude mnohem širší a budou se, tak moci aktivně zapojovat do běžného života rychleji.

Věřím, že tato práce může v mnohém nastínit problematiku tvorby a využití edukačního programu a stát se tak podkladem pro jeho tvorbu.

Seznam bibliografických citací

1. ABRAHÁMOVÁ, J.; POVÍŠIL, C.; HORÁK, J. a kol. *Atlas nádorů prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-771-0.
2. ABRAHÁMOVÁ J. *Co byste měly vědět o rakovině prsu*. 1.vyd., Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3063-9.
3. COUFAL, O.; FAIT, V.; VRTĚLOVÁ, P.; GABRIELOVÁ, L.; CHRENKO, V. *Chirurgická léčba karcinomu prsu v MOÚ*, Odborný časopis – Rozhledy v chirurgii, 2007, roč. 86, č. 10, str. 540-545.
4. DIATES, V. *Education for Patients and Clients*. Publisher : Routledge, UK., 1999, page 5-7. ISBN 978-0-415-14850-4.
5. HEVIT, M.; SIMONE, J. *Ensuring quality cancer care*. Publisher : National Academy press, Washington D.C., 1999, Page 79-78, ISBN 0-309-06480-5.
6. HUSSAINOVÁ, M. *Praktický rádce pro ženy po operaci rakoviny prsu*. 4. vyd. Erika, 1993. ISBN 80-85612-26-7.
7. KOMÁREK, L.; RÁŽOVÁ, J.; KERNOVÁ, V.; KODL, M. *Podpora zdraví a zdravotní politika v prevenci nádorových onemocnění*, 1.vyd, Geoprint Praha 2002, ISBN 80-7071-205-8.
8. Ministerstvo zdravotnictví, sekce zdravotní péče, *Metodika pro žadatele o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu na realizaci zdravotnických vzdělávacích projektů pro rok 2008*, Dotační program Ministerstva Zdravotnictví, Praha 2007. (11)
9. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 1. vydání Praha : Portál, s. r. o., 1997. ISBN 80-7178-170-3.

10. PRŮCHA, J. *Přehled Pedagogiky – Úvod do studia oboru*, Portál 2000, str. 15. ISBN 80-7178-399-4.
11. STRNAD, P. *Včasný záchyt a management onemocnění prsu: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*, Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005, 1.vyd., ISBN 80-869-9804-6.
12. ŠPIDUROVÁ, L.; TOMANOVÁ, D.; KUDLOVÁ, P.; HALMO, R. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
13. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdof 2007, 7.vyd., ISBN 987-80-7345-130-1.
14. BANDI, P.; BOONE, M.; BRINTON, L. *Breast cancer facts and figures 2007-2008* [online]. American Cancer Society [cit. 24.2.2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf>>.
15. DUŠEK L., MUŽÍK J., KUBÁSEK M., KOPTÍKOVÁ J., *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita 2005, [cit. 23.02.2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.svod.cz>>.
16. Masarykův Onkologický Ústav, *Pařížská charta proti rakovině*, [online]. Masarykův onkologický ústav 2008, [cit.15.3.2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.mou.cz/cz/parizska-charta-proti-rakovine/>>
17. PETRUŽELKA, Luboš. *Chraňte svá prsa* [online]. Praha : Onkologická klinika VFN a 1. LF UK, 2008 [cit. 26.11.2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.projekt35.cz>>.

Seznam příloh:

Příloha A – Samovyšetření prsu	69
Příloha B – Dotazník	70
Příloha C – Rehabilitační cviky	75
Příloha D – Hodnotící formulář	78
Příloha E – Slovník pojmů	79

Příloha A

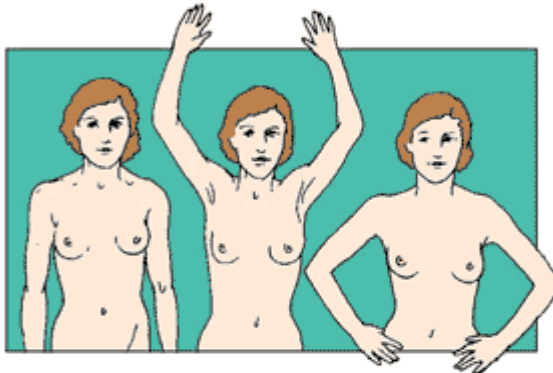
Samovyšetření prsu

Breast Self-Exam

1. Examine your breasts in the shower.



2. Examine your breasts in the mirror with your arms down, up, and on your hips.



3. Stand and press your fingers on your breast, working around the breast in a circular direction.



4. Lie down and repeat step 3.



5. Squeeze your nipples to check for discharge. Check under the nipple last.



Příloha B

Dobrý den,

jsem studentkou Univerzity Pardubice, oboru Porodní asistentka. Cílem tohoto dotazníku je zjistit kvalitu edukace (informovanosti o léčbě karcinomu prsu a následné léčbě) u pacientek po operaci s nádorovým onemocněním prsu.

Tento dotazník je anonymní. Vybrané odpovědi prosím kroužkujte propisovací tužkou či fixem. Za vyplnění a navrácení dotazníku Vám předem velice děkuji!

1) Považujete informovanost o pooperační péči a léčbě žen s ca prsu za důležitou?

- a) ano
- b) ne

2) Jakým způsobem Vám byl nádor prsu zjištěn?

- a) samovyšetřováním prsu
- b) mamologickým screeningem (rentgenové vyšetření prsu)
- c) gynekologem při pravidelné prohlídce
- d) jiným lékařem (obvodní lékař,...)
- e) náhodně, při jiném vyšetření

3) Kdy Vám byl nádor prsu zjištěn?

prosím, napište měsíc a rok:

4) Měla jste před Vaším onemocněním dostatek informací o nádorových onemocněních prsu?

- a) ano
- b) ne

5) Kým, Vám byly podány informace o diagnóze a následovné péči po operaci?

- a) lékař mamologické poradny – chirurg
- b) lékař – onkolog
- c) obvodní lékař
- d) internetový zdroj
- e) noviny či časopisy, brožury, knihy

f) jiné

6) Myslíte, že Vám byly před operací poskytnuty dostatečné informace o očekávané léčbě a po operaci o následné léčbě?

- a) ano
- b) ne

7) Pokud ano, ve kterých oblastech jste byla poučena (zakroužkujte ty, o kterých jste byla poučena)?

- a) základní péče o jizvu
- b) péče při otocích horní končetiny
- c) používání epitéz (podprsenkových vycpávek – odpovídají pacientky po kompletním odstranění prsu
- d) rehabilitační cviky pro rozcvičování ramene
- e) užívání léků proti bolesti a její léčbě

8) Při kterých běžných denních situacích Vám nastaly problémy (zakroužkujte všechna odpovídající)?

- a) hygiena (čištění zubů, sprchování/koupele, sušení, úprava vlasů)
- b) oblékání, přezouvání
- c) řízení automobilu
- d) práce v domácnosti (úklid, vaření, žehlení, nákupy)
- e) zaměstnání
- f) sport (jízda na kole, lyžování, bruslení,...), zájmy
- g) jiné.....

9) Který z následujících postupů Vás nejvíce ovlivnil po psychické stránce?

- a) operace prsu
- b) chemoterapie
- c) radioterapie
- d) jiné

10) Narušila operace Váš osobní partnerský vztah (či vztah v rodině)?

- a) ne nenarušila, naopak vztah se upevnil
- b) nenarušila, vztah je pořád stejný
- c) narušila, vztah/y je/jsou omezený/é nebo žádný/é

11) Víte, co jsou to epitézy a jak je používat (odpovídají pacientky po kompletním odstranění prsu)?

- a) ano, epitézu používám
- b) ano, ale epitézu neumím používat
- c) ne, neumím ji použít

12) Byly Vám doporučeny po provedené operaci cviky pro rozcvičování ramene?

- a) ano, cvičím
- b) ano, byly, ale necvičím
- c) ne, nebyly mi doporučeny

13) Víte, co je to lymfodrenáž a za jakým účelem se používá?

- a) ano vím, lymfodrenáž jsem vyzkoušela
- b) ano vím, ale nikdy jsem lymfodrenáž nevyzkoušela
- c) ne, nevím, nikdy jsem lymfodrenáž nepotřebovala

14) Jakým způsobem pečujete o jizvu?

- a) denně promazávám mastným krémem či nesoleným sádlem
- b) jednou týdně jizvu promažu
- c) nemažu jizvu vůbec
- d) jizvu pouze omývám

15) Jak hodnotíte vzhled Vaší jizvy?

- a) jizva je zahojená a jsem spokojena
- b) jizva je zahojena, ale spokojena nejsem
- c) jizva se hojí špatně, nejsem spokojena
- d) ráda bych podstoupila plastickou korekci

16) Kdo Vás po operaci nejvíce podporuje (stanovte prosím pořadí od 1 – 7, přičemž 1 je nejvyšší hodnota)?

- a) rodina
- b) lékař mamologické poradny – chirurg
- c) onkolog
- d) praktický lékař, zdravotní sestra
- e) kamarád/kamarádka
- f) nikdo, s tímto problémem se snažím vyrovnat sama
- g) jiná odpověď

17) Využila jste konzultace psychologa, psychiatra?

- a) ano
- b) ne

18) Které období pro vás bylo nejobtížnější z psychického hlediska?

- a) při sdělení diagnózy
- b) před operací
- c) při chemoterapii
- d) při ozáření
- e) po dokončení léčby

19) Navštěvujete přednáškové kurzy pro ženy po operaci prsu (s karcinomem prsu)?

- a) ano
- b) ne

20) Pokud budete chtít získat více informací, kde je budete hledat?

- a) lékař mamologické poradny – chirurg
- b) onkolog
- c) praktický lékař
- d) internet, noviny, časopisy, knihy
- e) přednáškové kurzy pro ženy s prodělaným karcinomem prsu
- f) informace nepotřebuji
- g) myslím, že jsem dostatečně informována
- h) jiné

21) Kolik je Vám let?

- a) méně než 30 let
- b) 30 – 45 let
- c) více než 45 let

22) Odkud pocházíte?

- a) hlavní město
- b) okresní město
- c) obec

23) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

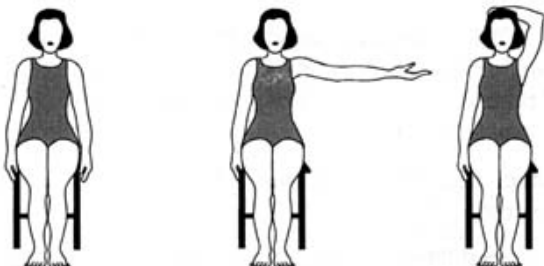
- a) základní
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

Příloha C

Doporučené rehabilitační cviky po operaci prsu

Cvik č. 1

Posaďte se vzpřímeně na stoličku. Uchopte rukou na neoperované straně sedadlo. Upažte paži na operované straně dlaní vzhůru a velkým obloukem se snažte uchopit ucho na opačné straně. Paži zpětným obloukem vraťte zpět. Cvik opakujte šestkrát. Mezi každým cvičením si odpočiňte.



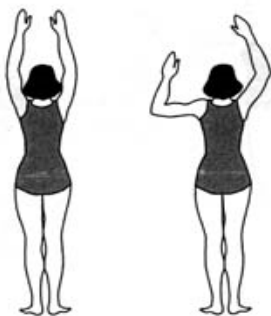
Cvik č. 2

Postavte se rozkročmo s napnutými koleny, vztyčenou hlavou a ruce si spojte před tělem. Spojené ruce předpažte a vztyčte nad hlavu a stále spojené položte za hlavu. Spojené ruce vraťte opačným cvikem zpět před tělo. Přidávejte postupně počet cviků do šesti opakování. Mezi cviky si odpočiňte.



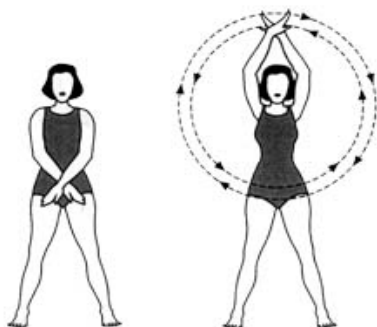
Cvik č. 3

Postavte se obličejem proti stěně. Ohněte paže v loktech a opřete se dlaněmi ve výši ramen o stěnu. Posunujte paže po stěně vzhůru do rozpažení. Pomalu posuňte ruce po stěně zpět. Nechte ruce spuštěné. Odpočiňte si. Hlavu můžete opřít o stěnu. Opakujte šestkrát.



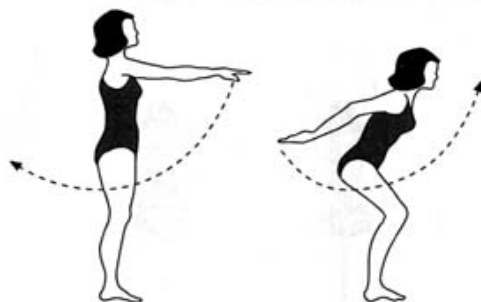
Cvik č. 4

Ve vzpřímeném postoji překřížte paže před tělem. Vysuňte ramena vpřed. Oběma pažemi kroužíte před tělem v protisměru pomalými a rychlými pohyby. Kroužíte zprvu zvolna a později můžete zrychlovat. Zpomalte a odpočiňte si.



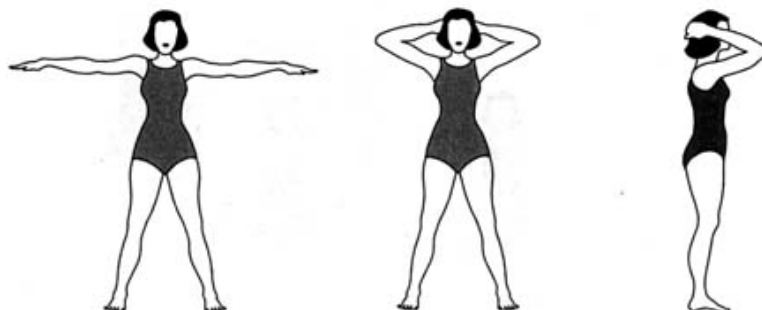
Cvik č. 5

Začněte vestoje se svěšenými pažemi. Švihejte pažemi vpřed a vzad až do výše ramen v mírném předklonu s mírně pokrčenými koleny. Opakujte opět šestkrát.



Cvik č. 6

Ve stoji rozkročmo upažte do výše ramen. Pokrčte paže v loktech a spojte si ruce za hlavou. Tlačte paže lokty vpřed a zpět. Rozpojte ruce a upažte. Ruce dejte opět za hlavu a lokty s rameny tlačte vpřed. Provedete šestkrát. Uvolníte paže a upažením připažte. Mezi cviky si můžete udělat klidovou pauzu.



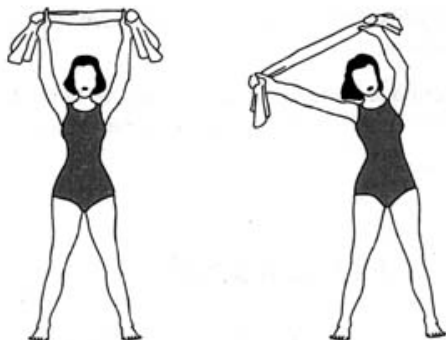
Cvik č. 7

Stojíte zpříma s roznoženýma nohama. Upažíte, zdvihnete ramena a kroužíte pažemi v malých a postupně se zvětšujících kruzích. Kruhy opět zmenšujete. Po ukončení kroužení připažíte a paže necháte volně viset. Cvičíte cvik tak dlouho, abyste se nevysílila.



Cvik č. 8

V základním vzpřímeném postoji rozkročmo vzpažíte a v rozpažených rukou asi 60 až 80 cm od sebe držíte ručník. Ukláníte se s rukama nad hlavou v horní polovině těla na obě strany. Cvik opakujte šestkrát.



Příloha D

Hodnotící formulář

Téma edukačního programu:

Datum:

Délka:

Počet účastníků:

Jiní účastníci (doprovod, odborníci):

Zhodnocení informovanosti zúčastněných žen:

Klasifikace		výborná	dobrá	vyhovující	nevyhovující
Oblast karcinomu prsu:	Co je to tumor? Co je to chemoterapie? Co je to epitéza? Co je to edém? Co je to lymfodrenáž?				

Aktivita a zapojení v průběhu edukace: aktivní pasivní

Počet:

Dotazy v oblasti:

Osobní život (vztahy, intimita, rodičovská role):

Hygiena:

Volný čas (sport, odpočinek, spánek):

Oblékání:

Zaměstnání (směnný provoz, řízení automobilu):

Jiné:

Vlastní zhodnocení edukace:

Hodnocení pacientek:

Celkové zhodnocení a návrh na další téma:

Příloha E

Slovník pojmů

Anestezie: znecitlivění.

Benigní: nezhoubný útvar, neproniká do okolních tkání ani se nešíří do jiných částí těla.

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.

Diagnóza: rozpoznání a určení choroby.

Epitéza: prsní náhrada.

Estrogeny: ženské pohlavní hormony, které se tvoří ve vaječnicích.

Excize: chirurgické odstranění části orgánu nebo nádoru.

Exulcerace: zředovatění, vznik vředu. Např. kožního nádoru

Incidence: počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období. I. je obvykle dávana do poměru k velikosti exponované populace ve studovaném období, např. jako roční incidence nově hlášených zhoubných nádorů na 10 000 obyvatel ČR.

Klimakterium: přechod k menopauze.

Lymfatická drenáž – lymfodrenáž: způsob omezení nebo odstranění lymfatického městnání a otoku, pomocí tlakové masáže.

Lymfatické uzliny: malé uzlíky, které jsou rozmístěny v průběhu lymfatických cév a slouží k přechovávání buněk imunitního systému. Zachycují bakterie nebo nádorové buňky.

Lymfedém: otok vzniklý městnáním lymfatického systému.

Maligní: zhoubný.

Menopauza: ukončení pravidelného menstruačního krvácení u žen v přechodu klimakteriu.

Metastáza: ložisko zhoubného nádoru, které vzniká šířením nádorových buněk přímým prorůstáním, krevním oběhem nebo lymfatickou cestou.

Morbidita: nemocnost

Mortalita: úmrtnost

Onkolog: lékař, který se specializuje na léčbu rakoviny.

Prekanceróza: stadium abnormálních změn ve tkáni, které může přejít v karcinom.

Prognóza: pravděpodobný vývoj onemocnění, šance nemocného na uzdravení.

Staging: testy a vyšetření, které slouží k posouzení rozsahu choroby a jejímu zařazení do určitého stádia.

Tumor: nádor – bujení tkáně.