

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Valerie Sochorová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Prožívání radioterapeutické léčby u pacientek s karcinomem prsu

Bakalářská práce

2022

Valerie Sochorová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Valerie Sochorová**
Osobní číslo: **Z19437**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Radiologický asistent**
Téma práce: **Prožívání radioterapeutické léčby u pacientek s karcinomem prsu**
Téma práce anglicky: **Experiencing radiotherapy treatment by patients with breast cancer**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-2055-0.
2. BEDNARÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 227 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. ČOUFAL, Oldřich a Vuk FAIT. 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9.
4. DOSTÁLOVÁ, Olga. 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 166 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
5. ROZTOČIL, Aleš a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**

Termín odevzdání bakalářské práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

LS.

Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 14. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Prožívání radioterapeutické léčby u pacientek s karcinomem prsu 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28.4. 2022

Valerie Sochorová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla především poděkovat mému vedoucímu práce panu Mgr. et Mgr. Michalovi Kopeckému za trpělivost, konzultace, které mi po celou dobu psaní závěrečné práce poskytoval a jeho cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem sedmi respondentkám, které se mnou podstoupily rozhovor, sdílely se mnou svůj příběh a přispěly tak k dokončení průzkumné části této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, která mě v průběhu celého studia podporovala.

ANOTACE

Bakalářská práce se zaměřuje na prožívání radioterapeutické léčby u pacientek s karcinomem prsu. Jednotlivé kapitoly teoretické části věnující se karcinomu prsu se konkrétněji zabývají jeho charakteristikou, diagnostickými metodami a léčbou. Vedle toho vymezují stručně termín kvality života a v jednotlivých podkapitolách prožívání onkologicky nemocného, omezení životních potřeb, psychické obtíže a důležitost sociální opory. Byly akcentovány také prvky krizové intervence spolu se základy komunikace a aktivního naslouchání. Interpretovány byly také výsledky zahraničních průzkumů na podobné téma, které byly nadále využity pro porovnání v diskuzi. Průzkumná část je zpracována smíšeným typem průzkumu. Pro sběr dat byla zvolena kvalitativní forma, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Interpretace dat nese prvky kvantitativního průzkumu, protože dochází k výčtu kódů použitých pro kvantifikaci. Cílem pro průzkumnou část bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje radioterapeutická léčba život pacientek. Druhým cílem bylo zjistit vhodné způsoby péče a komunikace ze strany lékaře a při provádění radioterapeutické léčby ze strany radiologických asistentů.

KLÍČOVÁ SLOVA

karcinom prsu, komunikace, léčba, prožívání, radioterapie

TITLE

Experiencing radiotherapy treatment by patients with breast cancer

ANNOTATION

The bachelor thesis focuses on the experience of radiotherapy treatment by patients with breast cancer. The individual chapters of the theoretical part devoted to breast cancer describe the characteristics, diagnostic methods and treatment of breast cancer. In addition, I briefly define the term quality of life and the experience of the cancer patient, the reduction of life needs, mental health problems and the importance of social support in the individual subchapters. Elements of crisis intervention were also emphasized, along with the basics of communication and active listening. The results of foreign research on a similar topic were also

interpreted and used for comparison in the discussion. The survey part is processed by a mixed type of survey. A qualitative form was chosen for data collection, specifically a semi-structured interview. The interpretation of the data carries elements of quantitative research because of the enumeration of the codes used for quantification. The aim of the research part was to find out to what extent the radiotherapeutic treatment of the patient's life. The second goal was to find out the appropriate ways of care and communication by the doctor and in the implementation of radiotherapy treatment by radiology assistants.

KEYWORDS

breast cancer, communication, experience, radiotherapy, treatment

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce	14
Teoretická část	15
2 Charakteristika karcinomu prsu	16
2.1 Druhy nádorů prsu.....	16
2.2 TNM klasifikace.....	17
2.3 Epidemiologie a rizikové faktory.....	17
2.3.1 Stres a nemoc	18
3 Diagnostika karcinomu prsu	19
3.1 Samovyšetření	19
3.2 Klinické vyšetření	19
3.3 Mamografie	19
3.4 Ultrasonografie.....	20
3.5 Magnetická rezonance.....	20
3.6 Histologie	21
3.7 Prevence	21
4 Léčba karcinomu prsu.....	22
4.1 Chirurgická léčba	22
4.2 Chemoterapie	22
4.3 Radioterapie	23
4.3.1 Zevní radioterapie	24
4.3.2 Brachyterapie	24
4.3.3 Nežádoucí účinky záření.....	25
4.4 Hormonální léčba	25
4.5 Biologická léčba.....	25
5 Kvalita života.....	26

5.1	Prožívání onkologicky nemocného pacienta.....	26
5.1.1	Postoje pacienta k nemoci.....	28
5.1.2	Omezení životních potřeb.....	29
5.1.3	Sociální podpora.....	29
5.1.4	Psychické obtíže.....	30
5.1.5	Strategie a taktiky zvládnání nemoci.....	31
6	Prvky krizové intervence.....	32
6.1	Komunikace a aktivní naslouchání.....	32
6.2	Psychoterapie.....	33
7	Průzkumy na podobné téma.....	35
	Průzkumná část.....	38
8	Metodika průzkumné části.....	39
8.1	Sběr dat a organizace průzkumu.....	39
8.2	Charakteristika průzkumného souboru.....	40
8.3	Charakteristika respondentek.....	40
9	Prezentace dat.....	43
10	Diskuze.....	52
10.1	Stanovení nové hypotézy.....	61
10.2	Limity práce.....	62
11	Závěr.....	63
12	Použitá literatura.....	65
13	Přílohy.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Vedlejší účinky (vlastní zpracování)	52
Obrázek 2 - Coping účinků léčby (vlastní zpracování)	54
Obrázek 3 - Pocity (vlastní zpracování)	55
Obrázek 4 - Změny (vlastní zpracování)	56
Obrázek 5 – Existencialismus	61
Tabulka 1 - Hodnocení péče a komunikace s lékařem a RA	58

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AJ	A jiné
ANG	Anglicky
APOD	A podobně
ATD	A tak dále
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
DCIS	Duktální karcinom in situ
ET AL	A kolektiv
GIT	Gastrointestinální trakt
KOL	Kolektiv
LCIS	Lobulární karcinom in situ
MR	Magnetická rezonance
NAPŘ	Například
RA	Radiologický asistent
RT	Radioterapie
RTG	Rentgen, Rentgenové vyšetření
TNM	Mezinárodní klasifikace zhoubných novotvarů
TZV	Takzvaný, takzvaně
USG	Ultrasonografie

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá prožíváním radioterapeutické léčby u pacientek s karcinomem prsu. Téma jsem si vybrala především proto, že mám vlastní zkušenost s prožíváním radioterapie u jednoho člena rodiny. Zaměření na karcinom prsu bylo zvoleno, protože jde o téma velmi aktuální a jedná se o diagnózu s často indikovanou radioterapeutickou léčbou. Od bakalářské práce jsem očekávala jak přínos nových informací, tak určitou osobní nadhodnotu. Díky rozhovorům s respondentkami jsem se dozvěděla, jaké situace a emoce prožívaly v průběhu léčby nádorového onemocnění, které mě jako ženu může také jednou postihnout. Dále mě tvorba této bakalářské práce motivovala k šíření osvěty o prevenci karcinomu prsu v mém okolí.

Statistiky uvádí incidenci a úmrtnost tohoto onemocnění, ale žádná z nich neuvádí, jaké emoce prožívají ženy, které onemocní karcinomem prsu. Mnohdy se musejí vypořádávat kromě samotné nemoci i s tělesnými změnami např. v důsledku ablačního operačního výkonu. Pro zajištění co nejdelšího přežití a co nejlepší kvality života byl zaveden mamografický screening, díky kterému se daří snižovat výskyt pokročilých nádorů. O léčebném postupu rozhoduje řada odborníků, mezi které spadá např. radiodiagnostik, chirurg, klinický onkolog, radiační onkolog a další. Koncem minulého a začátkem tohoto století došlo k pokroku v radiační léčbě, především v oblasti protonové terapie, biologické léčbě a imunoterapii. Díky těmto okolnostem se daří zlepšovat kvalitu života a dobu přežití i u pacientek s pokročilejšími stádii onemocnění (Abrahámová, 2019, s. 15).

Práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. U karcinomu prsu stejně jako u všech onkologických onemocnění je klíčová včasná diagnostika, a proto je část práce věnována diagnostickým a následně léčebným metodám. Karcinom prsu ovlivňuje všechny oblasti ženského života, tudíž se dále zabývám termínem kvalita života spolu s podkapitolami o prožívání onkologicky nemocného, psychických obtíží a důležitosti sociální opory. Zmíněny jsou také prvky krizové intervence a základy komunikace a aktivního naslouchání pro představení základních poznatků vedoucích ke zlepšení péče ze strany lékařů a zdravotníků.

Průzkumná část práce je zpracována metodou kvantitativně-kvalitativního (smíšeného) průzkumu. Byly vytyčeny 2 hlavní cíle a 5 průzkumných otázek. Prvním cílem průzkumné části bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje radioterapeutická léčba život pacientek s karcinomem prsu. Druhým cílem bylo zjistit vhodné způsoby péče a komunikace s pacientkami ze strany lékaře a při provádění radioterapeutické léčby ze strany radiologických asistentů.

Prožívání pacientek je totiž ovlivňováno kromě osobnosti jedince, spoluprací lékaře s ostatními zdravotníky a následnou komunikací s pacienty. Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který mi nejlépe umožnil porozumět situaci a emocím každé respondentky. Prezentace dat nese prvky kvantitativního průzkumu, protože v některých případech dochází k výčtu kódů použitých pro kvantifikaci. Do průzkumu bylo zapojeno celkem 7 respondentek. Podmínkou pro zahrnutí do výzkumu bylo podstoupení radioterapeutické léčby, doba od jejího ukončení maximálně 1 rok a být matkou dítěte či dětí.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem pro teoretickou část je vytvoření teoretického základu a sumarizace poznatků z oblasti diagnostiky, léčby karcinomu prsu, komunikace a péče při terapii.

Hlavní cíle pro průzkumnou část jsou dva. Prvním je zjištění, do jaké míry ovlivňuje radioterapeutická léčba život pacientek s karcinomem prsu. Druhým cílem je zjistit, vhodné způsoby péče a komunikace s pacientkami ze strany lékaře a při provádění radioterapeutické léčby ze strany radiologických asistentů.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce se věnuje karcinomu prsu, jeho charakteristice, diagnostice a léčbě. Jednotlivé podkapitoly se zabývají nejčastěji se vyskytujícími druhy karcinomu prsu, TNM klasifikací nádorů, epidemiologií a rizikovými faktory. Mezi diagnostickými metodami je popsána především mamografie, ultrasonografie, klinické vyšetření, samovyšetření, magnetická rezonance a histologie. Navazujícím tématem jsou léčebné metody karcinomu prsu, od chirurgické léčby, chemoterapie, biologickou a hormonální léčbu a podrobněji je rozepsána léčba radioterapií.

Další část práce je věnována termínu kvalita života, který je doprovázen tématy o prožívání onkologického pacienta, postojích k nemoci, omezení životních potřeb, potřebě sociální podpory a psychických obtížích. Předposlední kapitola je zaměřena na krizi a prvky krizové intervence spolu s podkapitolou o komunikaci a aktivním naslouchání ze strany lékařů a zdravotníků. Závěrem je stručně popsána metoda psychoterapie.

Teoretická část je zakončena kapitolou „Průzkumy na podobné téma“ do které bylo zařazeno 13 zahraničních průzkumů s podobnou problematikou a byly interpretovány jejich výsledky.

2 CHARAKTERISTIKA KARCINOMU PRSU

Nejčastěji vyskytujícím se zhoubným nádorem u žen je karcinom prsu. Svými důsledky ovlivňuje všechny oblasti ženského života, vyvolává emoce nejen u konkrétní nemocné ženy ale neméně u její rodiny a jejího okolí. Tím se stává celospolečenským problémem. Díky organizovanému screeningu a novým možnostem onkologické léčby, se daří prodlužovat život nemocných v dobré kvalitě i přes zvyšující se počet případů. U každé pacientky je nutný individuální přístup, jelikož pod názvem karcinom prsu se schovává řada různých druhů nádorů, které spojuje pouze prvotní nález v prsu. Liší se svou genetickou výbavou, biologickou charakteristikou a klinickým průběhem, a proto je třeba všechny tyto vlastnosti znát, aby mohl být stanoven správný postup léčby (Abrahámová, 2019, s. 13; Tesařová, 2011, s. 8).

2.1 Druhy nádorů prsu

Rozlišujeme několik druhů zhoubných (maligních) nádorů s odlišnými vlastnostmi, ale jedním z jejich společných znaků je nekontrolovatelný růst buněk. Tyto buňky pak dohromady tvoří nádor, jehož růst je nejdříve pomalý a na jednom místě (neinvasivní), ale poté může prorůst do okolních orgánů a tkání a tím je ničit. Zhoubné buňky se dostávají přes mizní systém do mizních (lymfatických) uzlin, kde mohou vzniknout lymfatické metastázy, nedojde-li k jejich zničení obranným systémem organismu (Abrahámová, 2019, s. 21).

Atypická duktální hyperplazie spadá pod prekancerózy prsu, u které dochází k bujení duktálního epitelu. Tyto buňky jsou uspořádané rovnoměrně a mají stejný tvar s vejčítým až kulatým jádrem. Buňky se mohou nacházet v mikropapilách, trsech nebo arkádách. Relativní riziko vzniku invazivní léze je lehce zvýšené, přibližně 4,0 (Roztočil a kol., 2011, s. 380).

Mezi **neinvasivní karcinomy** patří duktální karcinom in situ (DCIS), tvořený z epiteliálních buněk mlékovodů neboli duktů. Mezi klinické příznaky DCIS patří výtok z bradavky, alterace¹ bradavky nebo ho lze detekovat pomocí palpačního vyšetření. Na mamografickém snímku se zobrazí jako mikrokalcifikace. Dále do této skupiny spadá lobulární karcinom in situ (LCIS), který je tvořen z epiteliálních buněk mamárních lobulů. LCIS nemá žádné klinické příznaky a na mamografickém snímku se většinou neprojeví. Výjimku tvoří mikrokalcifikace nebo případy s centrální nekrózou. LCIS je proto ve většině případů náhodně objeven při probatorní excizi² jiné patologické léze prsu (Roztočil a kol., 2011, s. 380; Vorlíček et al., 2012, s. 348).

¹ Změna/poškození nemocí

² Odstranění malé části ložiska pro histologické vyšetření

Zvláštní formou duktálního karcinomu in situ je Pagetův karcinom prsní bradavky, kdy nádorové buňky prostoupí z ductů do epidermis³ areoly⁴ (Hynková, Šlampa, 2012, s. 154).

Nejčastějším **invazivním nádorem** je duktální karcinom (z mlékovodů), který tvoří asi 70 % případů. Objevuje se u žen po 40. roce života. Projevuje se jako solidní tvrdá rezistence nepravidelných hvězdicovitých okrajů a makroskopicky jako šedobílá rezistence se žlutavými pruhy. Další skupinou je lobulární karcinom (z mléčných lalůčků) který činí 10-20 %. Na mamografickém snímku je špatně detekovatelný. Oproti duktálnímu karcinomu méně metastazuje do axiálních uzlin, ale více do kostí, mozku, GIT, dělohy či ovaria (Roztočil a kol., 2011, s. 381; Vorlíček et al., 2012, s. 348).

2.2 TNM klasifikace

TNM klasifikace je mezinárodní klasifikační systém posuzující rozsah maligního onemocnění. T (tumor) značí velikost primárního nádoru, N (noduli) značí přítomnost nemoci v lymfatických uzlinách a M (metastases) podává informaci o výskytu metastáz. Rozsah onemocnění je stanoven přiřazením čísl ke každému písmenu např. T3N2M1 a na základě toho lze určit stádium onemocnění. Rozsah nádoru (T) lze stanovit pomocí vyšetření, jako je ultrasonografie, cílená mamografie, duktografie a punkce. Postižení uzlin (N) se stanovuje palpačním vyšetřením, které je dále doplněno o USG. Případné odhalení metastáz (M) lze pomocí scintigrafie skeletu, CT, ultrasonografie jater, RTG hrudníku a magnetické rezonance (Vorlíček et al., 2012, s. 349-350).

2.3 Epidemiologie a rizikové faktory

Karcinom prsu je nádorové onemocnění vyskytující se u obou pohlaví, avšak u mužů se vyskytuje velmi vzácně. U žen je karcinom prsu nejčastějším nádorovým onemocněním vůbec. I přes zvyšující se počet případů, úmrtnost tohoto onemocnění stagnuje, a dokonce došlo v posledních letech i k jejímu mírnému poklesu (Coufal, Fait, 2011, s. 337).

Jeden z hlavních rizikových faktorů rakoviny prsu je **věk**. S vyšším věkem, roste riziko vzniku karcinomu prsu. Dále mají větší riziko onemocnění ženy, které měly brzký nástup menstruace ale také ženy, u kterých proběhla menopauza po 55. roce života. Vliv na rozvoj tohoto onemocnění má také věk při prvním porodu. Ženy, které jsou prvoroďčkami po 35. roce života

³ Pokožka neboli nejsvrchnější vrstva kůže tvořící vodotěsný ochranný obal kolem povrchu těla

⁴ Prsní dvorec

mají větší riziko vzniku karcinomu prsu než ženy, které vůbec nerodily (Vorlíček et al., 2012, s. 342).

Dalším důležitým faktorem je **rodinná anamnéza**. Výskyt rakoviny prsu v jedné rodině se prokazuje poměrně často. Příčinou může být stejný životní styl, vliv podobného typu metabolického a imunitního systému, vystavení stejným škodlivinám nebo dědičně podmíněné riziko způsobené více geny s nízkou průrazností. Vliv na rozvoj rakoviny prsu mohou mít i **faktory životního stylu** např. zvýšená konzumace alkoholu, který ovlivňuje hladinu estrogenů v ženském těle. Důležité je také složení stravy, ve které by neměla chybět vláknina, ovoce a zelenina. Energetická hodnota potravy má vliv na energetický metabolismus, a tedy i na tvorbu hormonů. Dalším faktorem je obezita, jelikož nadměrné množství tělesného tuku má vliv na metabolismus estrogenů. Ke snížení rizika vzniku karcinomu prsu patří zvýšená fyzická aktivita, která přispívá ke snížené produkci steroidních hormonů ve vaječnicích a snižuje hodnotu krevního inzulínu (Abrahámová, 2019, s. 39, 45).

2.3.1 Stres a nemoc

Mezi stresem a nemocí existuje určité spojení. Při chronickém stresu, kdy tělo není schopné odpovídat fyziologickými procesy na stres, dochází k hormonálním změnám, které mohou mít za následek vznik různých onemocnění např. zvýšený krevní tlak či infarkt myokardu. Stres má ale také za následek utlumení funkce imunitního systému, které může vést ke vzniku rakoviny. Při stresu v těle nastávají podmínky totožné s podmínkami vhodnými k nádorovému bujení. Náchylnost ke vzniku onemocnění se zvyšuje s vyšší mírou prožívaného stresu. Osobnost člověka, má tedy určitý vliv na vývoj rakoviny či jiných onemocnění. Už před 2000 lety doktor Galén napsal na základě svého zkoumání, že ženy, které se více smějí a jsou veselé, mají menší pravděpodobnost výskytu rakoviny než ponuré ženy (Simonton, Simontonová a Greighton, 2011, s. 46-49).

3 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je většinou náhodně objeven ženou nebo lékařem při vyšetření prsou. Projevuje se jako tuhá zatvrdlina v prsu, nejčastěji lokalizovaná v horním zevním kvadrantu (Janíková, Zeleníková, 2013).

3.1 Samovyšetření

Samovyšetření je jednou z nejjednodušších metod včasné diagnostiky rakoviny prsu. Žena si toto vyšetření provádí sama jak pohledem, tak pohmatem, ze začátku nejlépe po dobu jednoho měsíce každý den, aby byla schopna co nejlépe poznat anatomii svého prsu. V první fázi žena sleduje před zrcadlem symetrii, tvar a případně změnu tvaru prsu při různých polohách paží a může tak pozorovat např. důlkovitění či vtahování kůže. V dalších fázích provádí vyšetření pohmatem, při kterém bříšky prstů prohmatává krouživými pohyby oba prsy. Větší pozornost se věnuje oblasti mezi prsem a podpažím. Problémem této metody je, že ne všechny ženy provádí tuto techniku správně a také pomocí této metody nelze odhalit nehmátné ložisko, a proto nemůže nahradit mamografický screening (Abrahámová, 2019, s. 50).

3.2 Klinické vyšetření

Při klinickém vyšetření je pacientka svlečena do půli těla a jako první lékař provádí vyšetření pohledem, jelikož některé změny lze spatřit při určité poloze paží. Následuje vyšetření pohmatem, kdy pacientka stojí s rukama v bok a lékař vyšetřuje prs krouživými pohyby a přiměřeným tlakem. Toto vyšetření je prvním a nezbytným lékařským úkonem u podezření na karcinom prsu. Lékař na základě tohoto vyšetření může orientačně popsat polohu, tvar, velikost, konzistenci a pohyblivost léze vůči kůži a hrudní stěně (Coufal, Fait, 2011, s. 92).

Do klinického vyšetření také spadá odběr anamnestických údajů jako rodinná, menstruační a porodnická anamnéza, laktace, užívání hormonů, ale také poranění prsu a předchozí chirurgické zákroky. Nejlepší období pro provedení klinického vyšetření je po menstruaci ve folikulární fázi cyklu před ovulací (Roztočil a kol., 2011, s. 371).

3.3 Mamografie

Mezi základní diagnostické metody vyšetření prsu patří rentgenové vyšetření nazývané mamografie. Využívá se nízkého napětí 17-35 kV, nazýváno také jako měkká snímková technika, pomocí které se zobrazují tkáně s nízkým kontrastem, tedy měkké tkáně. Vyšetření je prováděno na přístroji nazývaném mamograf, jehož součástí je rentgenka, mamografické filmy a kompresní deska, pomocí níž dojde ke stlačení prsu. Díky stlačení lze docílit nižší dávky

a zvýšeného kontrastu. Díky malým ohniskům v rentgence se detekují malé struktury např. mikrokalcifikace. Každý prs se snímkuje v kraniokaudální⁵ a šikmé mediolaterální⁶ projekci v úhlu 45°. Mamografie má využití také při stereotaktické biopsii k výpočtu souřadnic pro lokalizaci biotické nebo mamotomické jehly. Při výtoku z bradavky se provádí vyšetření zvané duktografie, při kterém se do mlékovodu aplikuje malé množství vodné jódové kontrastní látky a následně se provádí běžné mamografické snímky. Na snímku se karcinom prsu zobrazí jako hvězdicový či oválný stín různé velikosti nebo jako mikrokalcifikace. Při mamografii lze detekovat léze do 2 cm bez klinických příznaků (Seidl, 2012, s. 2011, 214; Vomáčka, 2015, s. 113).

3.4 Ultrasonografie

Ultrasonografie (USG) je metoda první volby u žen pod 40 let a u těhotných a kojících žen, zejména pro její neškodnost. Další výhodou této metody je příznivá cena a snadná opakovatelnost. U žen nad 40 let věku, je metodou první volby mamografie, která je na základě jejich výsledků doplňována o USG. Nevýhodou této metody totiž je, že nedokáže zobrazit mikrokalcifikace, které jsou mnohdy jediným projevem nádoru prsu (Seidl, 2012, s. 212).

V dnešní době se stále zlepšuje detailní zobrazení lézí prsu, protože jsou využívány sondy o kmitočtu 15 MHz. Oproti mamografickým snímkům zobrazují obrazy vzniklé zhodnocením 1-2 mm vrstvy parenchymu (Roztočil a kol., 2011, s. 376).

3.5 Magnetická rezonance

Doplňujícím vyšetřením pro mamografii a ultrasonografii je magnetická rezonance (MR), pro kterou jsou vymezeny určité indikace. Jednou z indikací MR je upřesnění lokálního rozsahu již diagnostikovaného karcinomu. Oproti mamografii a USG nám podává informaci morfologickou i funkční. Neslouží k určování povahy nádoru, protože nelze jednoznačně rozhodnout, zda je sytící léze maligní či benigní – pro toto posouzení slouží punkční biopsie. Vyšetření prsu je kontrastní vyšetření, tedy v průběhu se intravenózně podává paramagnetická kontrastní látka – gadolinium. Pacientka během vyšetření leží na břiše a prsa jsou ve svislé poloze, aby se předešlo artefaktům z dýchacích pohybů (Coufal, Fait, 2011, s. 70-71).

⁵ Směrem shora dolů

⁶ Od střední roviny ke stranám

3.6 Histologie

Pro určení typu nádoru, ale i vlastností nádorové masy, slouží tkáňová biopsie, prováděná pomocí bioptické jehly (bioptické dělo). Informace zjištěné z odebraného vzorku slouží k plánování individuální léčby a dá se z nich také zjistit předpokládaný průběh onemocnění. Histologické vyšetření se provádí také u operačně odstraněného nádoru. Onkolog z tohoto vyšetření získá informaci o přesné velikosti, histologickém typu nádoru, stupni diferenciaci, agresivitě (jakým způsobem prorůstá do okolních cév či tkání) a také informaci o postižení lymfatických uzlin (Roztočil a kol., 2011, s. 377; Ryška, 2014).

3.7 Prevence

Primární prevencí u rakoviny prsu se rozumí dodržování zdravého životního stylu, a tedy konzumace zdravé stravy, patřičná fyzická aktivita, omezení konzumace alkoholu a kouření. Jednou z možností u rizikových pacientek je podstoupení profylaktické bilaterální totální mastektomie⁷, tedy chirurgické prevence, která snižuje riziko výskytu karcinomu prsu až o 90–99 %. U žen, u kterých se provádí následná okamžitá mammární rekonstrukce, probíhá operace ve spolupráci s plastickým chirurgem. Při odložené rekonstrukci se provádí kůži šetřící mastektomie. V přídech bez rekonstrukce chirurg provádí klasickou simplexní mastektomii. Další možností je chemoprevence pomocí tamoxifenu, v ČR zatím jediným registrovaným přípravkem (Coufal, Fait, 2011, s. 338-339, 348).

Do **sekundární prevence** spadá mamografický screening. Bezplatný mamografický screening je v ČR dostupný od roku 2002 pro všechny ženy od 45 let, a to jednou za dva roky. Jedná se o rentgenové vyšetření, které má za cíl snížit úmrtnost karcinomu prsu, detekovat onemocnění ve stádiu in situ, tedy v době, kdy je nádor malý a nešíří se v těle (Abrahámová, 2019, s. 56-57).

Terciární prevence slouží ke kontrole pacientek po léčbě karcinomu prsu k případnému včasnému odhalení návratu onemocnění (Coufal, Fait, 2011, s. 339).

⁷ Profylaktická mastektomie je odstranění vysoce rizikového parenchymu prsní žlázy

4 LÉČBA KARCINOMU PRSU

Už v časných stádiích karcinomu prsu se mohou nacházet volné nádorové buňky či mikrometastázy v kostní dřeni. Proto je karcinom prsu onemocněním systémovým a jeho léčba je komplexní neboli multimodální. Chirurgie a radioterapie spadají pod metody lokálně-regionální, zatímco chemoterapie, biologická léčba a hormonální léčba spadají pod metody celkové (systémové). U lokalizovaných onemocnění, tedy u onemocnění bez vzdálených metastáz, volíme kurativní léčbu s cílem vyléčit. Tu můžeme rozdělit na léčbu adjuvantní neboli pomocnou či „zajišťovací“, která má za cíl snížit riziko návratu nemoci. Indikuje se ve většině případů po chirurgické léčbě jako protinádorová terapie. Druhou metodou je léčba neoadjuvantní, která je indikována před operací u pokročilejších nádorů. Jinak tomu je u pokročilých (metastatických) onemocnění u kterých volíme paliativní léčbu s cílem zamezit růstu a šíření nádoru a prodloužit tak délku života (Coufal, Fait, 2011, s. 109-110).

4.1 Chirurgická léčba

Chirurgický zákrok je u karcinomu prsu nezbytný a nenahraditelný. U lokalizovaných onemocnění se provádí operační výkon jak na prsu, tak na regionálních mízních uzlinách. Cílem operačního zákroku na prsu je odstranění nádorového ložiska či ložisek a na základě odebraného materiálu provést definitivní histopatologické vyšetření. Podle velikosti a umístění nádoru se volí rozsah operace buď na **parciální mastektomii** při které dojde k odnětí pouze části prsu a zbylá část prsu zůstává zachována. Tato metoda má dobrý jak kosmetický, tak psychologický efekt. Druhým typem operace je **totální mastektomie**, při které dojde k odstranění celého prsu. Operačním zákrokem na regionálních mízních uzlinách může být biopsie sentinelové uzliny⁸, která se provádí u pacientek bez klinických příznaků uzlinových metastáz anebo disekce axily při postižení metastázami, při kterém dojde k úplnému odstranění axilárních mízních uzlin. Chirurgický zákrok na prsu patří mezi méně zatěžující operace a pacientka je proto propuštěna z nemocnice již po několika dnech. Mohou se objevit také určité komplikace jako např. hematom, serom nebo vzácněji také infekce (Abrahámová, 2019, s. 84; Coufal, Fait, 2011, s. 110-112).

4.2 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba pomocí cytostatik, což jsou chemické látky s protinádorovými účinky. Pro léčbu karcinomu prsu je známo minimálně čtyřicet druhů cytostatik, jejichž účinnost se při samostatném použití pohybuje okolo 20-65 % a kterou lze zvýšit jejich kombinováním.

⁸ Sentinelová uzlina je první spádová lymfatická uzlina v daném směru od zhoubného nádoru

Rozlišujeme cytostatika účinná v průběhu celého buněčného cyklu a cytostatika účinná jen v některé fázi buněčného cyklu. Účinky různých cytostatik mají také různé mechanismy. Některé fungují na základě strukturální podobnosti s přirozenými metabolity. Způsobují poškození nukleových kyselin a v důsledku toho se buňka nemůže dále dělit a tedy umírá. Mezi nejčastější nežádoucí účinky cytostatické léčby patří nevolnost a zvracení, vypadávání vlasů či snížení počtu bílých krvinek a s tím spojená infekce (Abrahámová, 2019, s. 105, 107, 122).

Neoadjuvantní (předoperační) chemoterapii využíváme u pacientek, u kterých je třeba nejprve zmenšit nádor, který je lokálně pokročilý nebo u kterého nelze z kosmetického hlediska provést parciální operaci. Po chemoterapii následuje chirurgická léčba. Druhým postupem je adjuvantní (pooperační) chemoterapie, která následuje až po chirurgickém zákroku a je tzv. léčbou „zajišťovací“ a jejím cílem je zničení uniklých nádorových buněk. Indikací k této léčbě je věk, stav axilárních mízních uzlin, pre nebo postmenopauzální stádium života ženy, velikost nádoru aj. Chemoterapeutickou léčbu lze aplikovat ambulantně nebo může lékař rozhodnout o hospitalizaci na základě snášenlivosti léčby (Roztočil a kol., 2011, s. 384; Vorlíček et al., 2012, s. 356).

4.3 Radioterapie

Nejstarší nechirurgickou léčebnou metodou k terapii maligních nádorů je léčba zářením neboli radioterapie (RT). Využívá se jak záření elektromagnetického (vlnového) tak částicového (korpuskulárního). Elektromagnetické (fotonové záření) vzniká v lineárních urychlovačích. Účinkem záření je poškození genetické informace v jádře buňky, která v tomto důsledku umírá nebo ztratí schopnost se dělit a po určité době zanikne. Při radioterapii je proto nutná přesnost, aby se co nejvíce minimalizovalo ozáření zdravé tkáně (Abrahámová, 2019, s. 88-89).

Kurativní radioterapie se využívá v případech, u kterých není možná operace z důvodu lokálně pokročilého nádoru, při nedostatečném účinku neoadjuvantní chemoterapie nebo když pacientka nesouhlasí s provedením operačního zákroku. V tomto případě ozařujeme oblast prsu a regionálních uzlin. Účinek kurativní radioterapie se vyhodnocuje po 2-3 měsících od ukončení. Nejčastější metodou u karcinomu prsu je adjuvantní radioterapie, jejíž cílem je snížení rizika vzniku lokálních nebo regionálních recidiv. Zahajuje se po operaci do 6 týdnů, nebo pokud je u pacientky naplánována adjuvantní chemoterapie, zahajuje se až po 2-6 měsících od operace. Pokud je onemocnění příliš lokálně pokročilé nebo jsou přítomny

vzdálené metastázy např. v mozku či skeletu, je u pacientky indikována paliativní radioterapie na postiženou oblast (Hynková, Šlampa, 2012, s. 156-157).

Před ozařováním musí pacientka podstoupit plánování terapie na simulátoru. Úkolem radiologického asistenta (RA) je pacientce vysvětlit, jaký bude průběh simulace. Dále uloží pacientku na simulátor s pomocí fixačních pomůcek využívaných při ozařování karcinomu prsu do polohy, která je pacientce příjemná a dobře reprodukovatelná. Během simulace RA zakreslí na pacientku průměty izocentra a poučí ji o zacházení s těmito značkami. Po práci na simulátoru, provede RA plánovací CT řezy podle instrukcí ordinujícího lékaře, na kterých poté zakreslí obrys těla pacientky, skelet a kritické orgány. Na základě toho pak fyzik vytvoří vlastní ozařovací plán. Spolupráce radiologického asistenta s lékařem a následná komunikace s pacientkou je důležitá k odbourání stresu a obav u pacientek, které mohou vést k odchýlkám v ozařovací poloze (Koukalová et al., 2013).

4.3.1 Zevní radioterapie

Zevní ozařování je neinvazivní a bezbolestná metoda, při které pacientka leží na pohyblivém stole a kolem ní se otáčí hlava lineárního urychlovače se zdrojem záření, čímž se docílí ozáření z mnoha směrů. Alternativním přístrojem je tzv. tomoterapie, který svou konstrukcí připomíná CT nebo magnetickou rezonanci ale výsledek záření je stejný jako u lineárního urychlovače, jde jen o rozdíl v konstrukci přístroje. Při ozařování karcinomu prsu se nejčastěji využívá technika dvou tangenciálních polí, tak aby byly před zářením co nejvíce ochráněny struktury hrudníku. Při protonové terapii se místo vysokoenergetických fotonů používají urychlené protony, které mají ostrý dávkový spád, a tedy před koncem své dráhy předají tkáni většinu své energie, čímž minimalizujeme ozáření okolní zdravé tkáně. U ozařování protonovým zářením lze docílit menší obdržené dávky u srdce, věnčitých cév, plic a druhostranného zdravého prsu. (Abrahámová, 2019, s. 89, 97).

4.3.2 Brachyterapie

Brachyterapie neboli ozařování zblízka je invazivní metoda, při které ozařujeme pomocí zavedených zářičů místo, kde se původně nacházel nádor. Nevýhodou této metody je, že se jedná o menší operační výkon. Výhodou je aplikace vysoké dávky přímo do oblasti tumoru bez poškození okolní tkáně. Nejčastěji se využívá intersticiální aplikace pomocí můstku (templatu), pomocí kterého se zavedou jehly přímo do prsu v určité pravidelnosti. Tato metoda se aplikuje u žen s objemnějšími prsy nebo s nádory, které se nacházejí hlouběji pod kůží (Abrahámová, 2019, s. 99; Hynková, Šlampa, 2012, s. 158).

4.3.3 Nežádoucí účinky záření

Během radioterapie se dostávají nežádoucí účinky, které se objevují individuálně v různé míře. Celkovou reakcí organismu na ozařování může být únava, nechutenství nebo nevolnost. V případě ozařování oblasti prsu eventuálně svodné lymfatické oblasti se mohou dostavit **nežádoucí účinky akutní** (časné). Typickým účinkem je kožní erytém neboli zarudnutí pokožky v ozařované oblasti, které se u citlivějších jedinců může objevit už 2-3 dny po začátku ozařování a které doprovází citlivost, svědění, suché olupování či mokvání. Ke konci léčby může dojít ke ztmavnutí kůže. Při ozařování nadklíčkové oblasti mohou mít ženy potíže s polykáním. Proti vedlejším účinkům záření neexistují žádná preventivní opatření, ale v průběhu léčby je vhodné dodržovat pravidelnou hygienu, namáhanou pokožku promazávat, vyvarovat se těsnému oblečení atd. Až několik měsíců či let po léčbě se mohou dostavit **nežádoucí účinky pozdní** a může jít o změnu zbarvení kůže, ztuhnutí podkožní tkáně, pocit napětí v prsou nebo snížení funkce povrchové části plic. V případě ozařování nadklíčkové oblasti se může objevit otok horní končetiny nebo poškození nervových pletení a s tím spojené mravenčení a bolest (srobf.cz).

4.4 Hormonální léčba

Hormonální léčba je léčbou systémovou a uplatňuje se na základě průkazu hormonálních receptorů. Cílem této léčby je zamezení tvorby estrogenů případně zabránění jejich účinku na určitý cílový orgán. Je odlišná u žen před nebo po menopauze a závisí také na predispozici nádorové tkáně reagovat na hormonální podněty. U žen před menopauzou se v některých případech provádí ovariectomie⁹, chirurgickou nebo radiační kastrací. U žen po menopauze se dlouhodobě podávají tablety, které jsou jednoduchým, účinným řešením a bez vedlejších účinků (Roztočil et al., 2011, s. 384; Vorlíček a kol., 2012, s. 357).

4.5 Biologická léčba

Podstatou biologické léčby je podávání protilátek proti extracelulární části receptorů nebo malých molekul proti intracelulárním komponentům řetězce nezbytných dějových drah. Intravenózně se aplikuje léčivo zvané trastuzumab (Herceptin) proti receptoru HER2¹⁰. Další možností je použití lapatinibu (Tyverb) ve formě tablet proti intracelulární části receptoru HER2 (Vorlíček a kol., 2012, s. 357).

⁹ Odstranění vaječnicků

¹⁰ Humánní epidermální receptor 2

5 KVALITA ŽIVOTA

Nejčastěji se setkáváme s hodnocením individuálního života, jednotlivce, u kterého se kromě biologické existence zabýváme také ostatními oblastmi jeho působení jako společenský, rodinný, pracovní život apod. Kromě toho, objektem hodnocení může být i život skupiny např. hodnocení kvality života pacientů s onkologickým onemocněním. V běžné komunikaci se pojem kvalita pojí se slovem dobrý, tedy s pozitivním významem. V odborném jazyce se ale pod pojmem kvalita života rozumí popis jak pozitivních, tak negativních stránek života. Hodnocení kvality života je individuální, subjektivní a komplexní, a proto zatím nemá jasnou definici a je předmětem mnoha různých interpretací. Kvalitou života se zabývá jak medicína a ošetrovatelství, tak filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika aj. Pro zjištění faktorů ovlivňují kvalitu života pacientů s určitým onemocněním existují specifické nástroje. Většinou se jedná o dotazníky, které jsou sestaveny tak, aby k jejich vyplnění nebyla potřeba asistence další osoby, ale pouze samotného pacienta. Existují ale i takové formy, při kterých dotazník vyplňuje výzkumník či klinický pracovník při rozhovoru s pacientem. Pro onkologická onemocnění jsou dostupné dotazníky vytvořené organizacemi EORTC a FACIT (Gurková, 2011. s. 21-23, 149-150).

Kvalita života je ovlivněna zdravím, mezilidskými vztahy a mírou spokojenosti. Poprvé se tento termín objevil ve spojitosti s chronicky nemocnými pacienty. U každého člověka je kvalita života definována na základě věcí, které jsou pro něj důležité a tím pádem souvisí i s uspokojováním potřeb. Je ovlivňována momentální situací jedince nebo jeho životní etapou, tudíž se může v průběhu života měnit (Hudáková, Majerníková, 2013).

5.1 Prožívání onkologicky nemocného pacienta

Pro pacienta je sdělení závažné diagnózy zásadním momentem, který jeho život rozdělí na etapu „před“ a „po“. Samotné čekání na výsledky vyšetření je pro pacienta náročnou situací a vyvolává u něj pocit nejistoty a úzkosti. Sdělení diagnózy je obtížnou situací jak pro pacienta, který očekává oznámení nepříjemné informace, tak i pro lékaře, který pacientovi musí sdělit zprávu, která na delší dobu ovlivní kvalitu jeho života. Na sdělení diagnózy se pacient nemůže nikdy dostatečně připravit, i když ho předchází zdravotní problémy a prvotní vyšetření. Lékař musí být připraven na to, že při sdělování závažné diagnózy pacient prožije **šok**, který má za následek ztrátu soustředění se na další informace. Existují výzkumy, které potvrzují, že z takového rozhovoru si pacient zapamatuje přibližně jednu třetinu informací. Z fyzických příznaků při prožití šoku se mohou objevit potíže s dýcháním, třes, pocení aj.

Po odeznění primárního šoku může přijít **fáze popírání**, která může trvat u každého pacienta různou dobu. Jedná se o obranný mechanismus, při kterém pacient popírá realitu onemocnění. V další fázi prožívání život ohrožujícího onemocnění se může dostavit **vztek a agresivita**, kdy si pacient vykládá své onemocnění jako jakousi formu trestu nebo si vyčítá špatný životní styl, svádí vinu na genetiku, přičemž své negativní emoce přenáší na své okolí, lékaře, sestry apod. Pacient se může dostat také do **fáze vyjednávání**, při které slibuje změnu svého životního stylu a prosí o uzdravení či prodloužení života (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 20-23).

Každá žena, která se dozví, že má rakovinu, zažívá pocit zaskočení, překvapení, zhroucení ale hlavně úleku. Každý šok po určitém čase odezní, ale zůstane úzkost a strach. Pokud žena dává tyto negativní emoce najevo, okolí s tím dokáže pracovat, poskytne jí podporu a zapojí ji do každodenních aktivit na které byla zvyklá. Pokud se žena uzavře do sebe a působí napovrch klidně a tak, že je se svou nemocí smířena, jedná se nebezpečnou psychickou situací, při které se žena může ocitnout ve stavu deprese. Myšlení ženy se zpomaluje, cítí se méněcenná a ztrácí veškeré zájmy. Jestliže se žena tohoto období nezbaví, může to mít za následek obtížnější přijetí léčby a oddálí si tím své uzdravení. V tomto případě, je vhodné vyhledat pomoc odborníků, lékařů a psychologů či předepsat antidepressiva a anxiolytika (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 120).

Vzhled pacienta může ledacos napovědět o jeho osobnosti. Může se předpokládat, že mladé a atraktivní ženy, budou hůře snášet diagnózu karcinomu prsu než starší a vyzrálé ženy. Oblékání se do výrazných barev a přehnaně nápadného oblečení, může znamenat vyžadování pozornosti či hysterii, a špína a zanedbanost mohou signalizovat demenci či narušení osobnosti. Pokud lékař či zdravotník vidí pacienta poprvé, nesmí dělat závěry na základě jeho chování, protože může jít o změnu oproti obvyklému projevu v důsledku časně psychické reakce na nemoc. Závěry o pacientově primární osobnosti se mohou dělat až během anamnézy. Pokud se pacientovo jednání příliš vychyluje, je třeba vyhledat odbornou pomoc u psychiatra (Dostálová, 2016, s. 49).

Obdobím naděje na vyléčení nebo zlepšení stavu se pro pacienta stává zahájení léčby. Zároveň je toto období náročné jak psychicky, tak fyzicky, jelikož se u pacienta mohou projevit vedlejší účinky léčby a většinu svého času tráví v nemocnici s čímž se pojí změna dosavadního nastaveného režimu. Někteří pacienti těžce nesou, že budou na určitou dobu závislí na pomoci druhých např. sester, rodiny, lékařů, přátel. Jiní se nedokážou smířit se změnami jejich vzhledu v důsledku operace a léčby. V případě karcinomu prsu může jít o amputaci prsu či ztrátu vlasů.

Prožívání a chování během léčby závisí na rozsahu a stádiu onemocnění, průběhu léčby, celkovém tělesném zdraví, kvalitě komunikace mezi lékařem a pacientem, a hlavně na premorbidní osobnosti pacienta (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 21).

Přijetí reality onemocnění je poslední fází v náročném procesu smíření se s nemocí. Pacient je schopný o své nemoci otevřeně mluvit, hledá způsoby, kterými zlepšit svůj zdravotní stav, aktivně přistupuje k léčbě a přijímá svou nemoc jako novou životní etapu. V této, tak jako v jakékoliv jiné fázi, může pacient stále pociťovat strach a smutek, které jsou přirozenou reakcí (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 23).

5.1.1 Postoje pacienta k nemoci

Pacient se může k nemoci postavit různými obrannými mechanismy, záleží na jeho momentální situaci. Spousta pacientů bývá při závažnější diagnóze uvolněno z práce či ze školy a kvůli tomu si mohou připadat méněcenní či mít depresivní náladu. Někteří mohou brát nemoc jako výhodnou situaci a snaží se toto období určitými způsoby prodloužit. Podle toho, jakým způsobem pacient přistoupí ke své nemoci, rozdělujeme několik skupin:

- normální neboli přiměřená reakce na to, co bylo pacientovy sděleno,
- bagatelizující přístup, při kterém pacient podceňuje zdraví a závažnost nemoci a přeceňuje své síly, jehož důvodem může být strach z následků nemoci,
- repudiační postoj, při kterém pacient nevědomě přechází nemoc a popírá ji,
- disimulační přístup, při kterém pacient vědomě překrucuje své obtíže i před lékařem, aby mu byla zrušena pracovní neschopnost, jehož důvodem může být např. strach ze ztráty zaměstnání,
- nozofóbní postoj, při kterém dochází ze strany pacienta k přeceňování jeho obtíží a strachu z nevyléčitelných nemocí, nechává se stále vyšetřovat,
- hypochondrický přístup, je takový, při kterém si pacient neustále myslí, že je závažně nemocný anebo své mírné obtíže nemoci až přehnaně prožívá, přičemž se svými obtížemi nijakým způsobem nebojuje,
- nozofilní postoj je spojen s tím, že si člověk užívá určité výhody nemoci, např. že se o něj ostatní více zajímají a starají,
- účelový postoj je vyšším stupněm nozofilního postoje, který nemocný využívá k úniku z nepříjemné situace nebo za účelem získání něčeho (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 117).

5.1.2 Omezení životních potřeb

Každý člověk, ať už zdravý nebo nemocný, potřebuje ke svému životu základní potřeby jako je především vzduch, spánek, strava, vyprazdňování se a pocit jistoty a bezpečí. S přicházející nemocí se mohou určité potřeby modifikovat či se mohou objevit zcela nové. Aktivitu v průběhu léčby pacient soustřeďuje na boj s nemocí. Pozitivní výsledky jsou pro pacienta motivací, pomáhají mu zvládat bolest, úzkost a strach. Fyzická aktivita pacientovi pomáhá začleňovat se mezi okolí, upevňovat vztahy a odvádí jeho pozornost od problémů a pomáhá mu k samostatnosti. Nově vzniklé potřeby jsou ovlivněny mnoha faktory, zejména osobností pacienta, onemocněním, prioritami a spadá mezi ně např. utlumování bolesti, snaha o uzdravení nebo příprava na nové sociální role. Nemocný je mnohdy omezen a nemůže vykonávat věci na které je zvyklý jako je scházení se s přáteli, cestování, práci, někdy bývá uveden do samostatné izolace, a to může mít dopad na jeho chování a prožívání. Proto je třeba, aby si zdravotnický personál uvědomoval, že pacient je bytost, která potřebuje pocit sociální podpory, pocit bezpečí a jistoty, podněty a činnost a stanovení si krátkodobých a dlouhodobých cílů (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 119-121).

5.1.3 Sociální podpora

Okruh lidí, kterými je nemocný obklopen a jeho rodinný stav, má velký vliv na vyrovnávání se s onemocněním a stresem. Mnoho výzkumů prokázalo, že pokud je pacientovi dodávána psychická a emocionální podpora, je aktivnější a má větší motivaci se léčit. Naopak u pacientů, kteří jsou osamělý tato motivace klesá. Z analýz bylo zjištěno, že pacienti s onkologickým onemocněním v pokročilém nebo preterminálním stádiu mají větší strach z osamění než ze samotného onemocnění a smrti (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 22).

Peterková, Skřivanová, Zamastilová a Svěrák (2015) během svého výzkumu zkoumali potřebu sociální opory u pacientek s karcinomem prsu a bylo zjištěno, že ženy s onkologickým onemocněním výrazně méně vyhledávaly kontakt s druhými lidmi, kterým by se mohly svěřit oproti ženám bez onkologického onemocnění. Ještě menší sklon k vyhledávání pomoci druhých měly ženy, u kterých došlo k progresu nebo návratu onemocnění oproti ženám, které se ze svého onemocnění vyléčily.

5.1.4 Psychické obtíže

Psychický diskomfort (psychologický distres) je situace, která může mít vliv na běžné aktivity nemocného. Projevuje se úzkostí, smutkem a nechutí do života. Může přerůst v různá psychická onemocnění např. v **depresi** či **úzkostnou poruchu**. Během deprese může docházet ke zhoršení nálady, nechuti k jídlu, myšlenkám na sebepoškození či sebevraždu, problémům se spánkem, sebevědomím a k pesimistickému pohledu na život. Příznaky deprese mohou být lékaři považovány za projevy vážného onemocnění, kterým je například rakovina prsu a deprese tak může být podceňována a nemusí docházet je jejímu léčení. U pacientek časného karcinomu prsu je míra vzniku deprese 2x vyšší než u zdravých jedinců, a to hlavně do jednoho roku po stanovení diagnózy. Pacientky, kterým bylo diagnostikováno onemocnění karcinomem prsu, mohou pociťovat stavy úzkosti pramenící nejen ze strachu ze smrti, ale také s příchodem několika různých vyšetření a pocitu, že ztrácí kontrolu nad svým vlastním tělem. Úzkostné poruchy se dají definovat jako soubor tělesných a psychických pocitů úzkosti, které nemají jasnou podstatu. Nemocný tak tělo připravuje na příchod nebezpečí, přičemž není schopen toto nebezpečí definovat. Některé pacientky mohou trpět poruchou přizpůsobivosti, která se odvíjí od zásadní životní změny, kterou nepochybně karcinom prsu je. Míra poruchy přizpůsobivosti závisí na genetických faktorech a také adaptační kapacitě a dovednostech, které si jedinec osvojí během života (Peterková, Skřivanová, Zamastilová a Svěrák, 2015, s. 32-35).

U jedince se může vyskytnout pocit ohrožení na které reaguje obrannými formami mechanismu, jakým je např. **strach**, který lze definovat jako nepříjemný pocit při kterém se bojíme situace, která přijde nebo by mohla přijít. Ohrožení se dá rozdělit na vnější a vnitřní – ty se na základě lidské představivosti mohou prolínat. Předmětem strachu může být:

- bolest, kterou očekává na základě předchozích zkušeností nebo zkušeností někoho jiného,
- ztráta životních možností, kterou pro jedince může být neschopnost starat se o děti a rodinu nebo neschopnost pracovat,
- strach z léčby, jejíž součástí jsou různá nepříjemná vyšetření,
- vzhled, který může být nemocí či léčbou poznamenán,
- odloučení od nejbližších např. kvůli pobytu v nemocnici,
- nutnost změny způsobu života,
- strach ze smrti (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 143).

5.1.5 Strategie a taktiky zvládání nemoci

K zvládání těžkých životních situací lze využít určité strategie a z toho vyplývají dále uvedené strategické cíle. Podle Cohena a Lazaruse do těchto cílů spadá snížení toho, co člověka ohrožuje, tolerance nepříjemné situace, zachování si pozitivního obrazu sama sebe a emocionálního klidu, zlepšení podmínek pro regeneraci a pokračování v životě s druhými lidmi. K dosažení cílů musí někdy jedinec využít vhodné taktiky zvládání těžkých životních situací mezi které spadá např. relaxace, dechová cvičení, imaginace, meditace, hudba, čtení knih, humor nebo poskytování sociální opory (Křivohlavý, 2002 dle Zacharové, Šimíčkové-Čížkové, 2011, s. 154-155).

6 PRVKY KRIZOVÉ INTERVENCE

Tato kapitola je zařazena z důvodu vypíchnutí prvků krizové intervence a základů komunikace pro přehlednost základních zásad, které mají za cíl lepší péči o pacienty. Na závěr je připojena kapitola týkající se psychoterapie, která je důležitou součástí onkologie.

Krise je odpovědí na zátěžovou situaci a je vyvolána selháním adaptačních mechanismů jedince. Projevuje se úzkostí, zklamáním, beznadějí až zoufalstvím. Jedná se o zhroucení psychické stránky člověka. To, jakým způsobem se jedinec s krizí vyrovná, záleží na jeho osobnosti a odolnosti. V lepším případě, bude mít krize na člověka pozitivní dopad ve smyslu, že bude schopen lépe pracovat v zátěžových situacích a předejde tak rozvoji další krize. V horším případě, může člověk od prožívající krize unikat pomocí alkoholu a drog či jiných negativ (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 63).

V oblasti medicíny je primárně zasaženým pacient, ale při poskytování krizové intervence je nutné brát ohled také na sekundárně zasažené, kterými jsou blízcí pacienta. Prvky krizové intervence se rozumí:

- zajištění pocitu bezpečí a podpory,
- prostor na vyjádření emocí a pocitů pacienta,
- přizpůsobení komunikace dle situace,
- střetnutí s realitou,
- nalezení problému, ze kterého krize pramení,
- vyhledání vhodných zdrojů pomoci,
- užití účelných adaptačních mechanismů zasaženého (Moravčík, 2013).

6.1 Komunikace a aktivní naslouchání

Lékař a pacient, kteří spolu podstupují rozhovor, se oba aktivně zapojují, přičemž lékař musí v pacientovi vzbuzovat pocit profesionality a podpory. Lékař k pacientovi přistupuje s patřičnou empatií a technikou aktivního naslouchání. Do aktivního naslouchání spadají určité techniky, které lze užít během rozhovoru:

1. Povzbuzení pacienta verbálně či neverbálně např. úsměvem.
2. Přeformulování a zrekapitulování hlavních myšlenek pacienta.
3. Shrnutí pacientova sdělení a rozebrání jeho pocitů.
4. Ocenění snahy pacienta a jeho přístupu k léčbě, které vede ke zlepšení další spolupráce.

Otevřenost a důvěru ze strany pacienta může ztížit skákání do řeči, nevěnování dostatečné pozornosti např. odbíháním, netrpělivostí, nedodržováním očního kontaktu ale také vyjadřováním nesouhlasu (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 62).

Pacienti, kteří jsou od svých lékařů dostatečně informováni, trpí menšími úzkostmi o své zdraví. Častým problémem v komunikaci mezi lékařem a pacientem je, že chybí individuální přístup, lékaři si stanovují nedostatečný čas na komunikaci s pacientem a používají složité výrazy, kterým pacient nerozumí. Partnerský vztah mezi pacientem a lékařem, vede k větší spokojenosti pacienta při rozhodování a léčbě. Podle řady publikací může jen 15 % pacientů považovat jejich vztah s lékařem za partnerský. Kvůli odlišným odborným znalostem však není nikdy možný 100 % partnerský stav. Řešením může být postoj participativní, tedy spojení partnerského a paternalistického¹¹ modelu (Ayers, De Visser, 2015, s. 428; Mach, 2016 cit. dle Dostálové, 2016, s. 59).

Během léčby se pacient setkává kromě lékaře se zdravotníky, převážně sestrami. V případě radioterapeutické léčby je nejčastěji v kontaktu s radiologickým asistentem. Zdravotníci, by měli ke každému pacientovi přistupovat jako k člověku, nikoli jako k „případu“. Důležité je, aby si zdravotníci během výkonu své práce nepřipouštěli emocionální únavu, vyvarovali se určité otupělosti a pracovní opotřebovanosti. Zdravotník vytváří psychosociální prostředí pacienta. Do popředí se dostávají tzv. pravidla produktivního chování. Úkolem zdravotníka je uvedení pacienta do nemocničního prostředí a seznámení s novými věcmi. Měl by u pacienta vyvolávat pozitivní myšlení, motivovat ho k léčbě a odbourávat pocity strachu a úzkosti. Zdravotník si s nemocným buduje určitý osobní vztah, projevuje o pacienta zájem a je mu oporou. Těmito pravidly lze docílit kvalitní péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 164).

6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je formou psychické pomoci. Je prováděna odborníkem, který disponuje potřebnými znalostmi a odbornou praxí. Na rozdíl od náboženství a filozofie, které mohou být také určitou formou psychické pomoci, je psychoterapie předem promyšlenou činností. K zajištění úspěšného vztahu mezi psychoterapeutem a pacientem je nutný pozitivní přístup všech zúčastněných. Na jejich vztahu také závisí rozdílné názory a postavení hodnot. Důležité je, aby terapeut přijal pacienta se všemi jeho zvláštnostmi a respektoval ho. Empatie neboli

¹¹ Lékař je považován za nadřazenou postavu ve vztahu s pacientem, jehož úkolem je pečovat, chránit a činit pro pacienta ta nejlepší rozhodnutí

vcítění, je pochopení a poznání emocí a pocitů druhé osoby na základě verbální a neverbální komunikace. V onkologii je empatický přístup potřebnější než kdekoli jinde. U zdravotníků by měla být schopnost empatie součástí osobnostní výbavy. Ve zdravotnictví dochází k tzv. neuvědomělé, spontánní empatii. S empatií úzce souvisí i důvěra, tedy čím větší empatie, tím větší důvěra se u vcitovaného vyvolá (Dostálová, 2016, s. 109-110).

Terapeut by měl klienta informovat a možnostech a účincích terapie. Některými klienty může být terapie přeceňována a mohou mít velká očekávání. Naopak může jít ze strany některých klientů k podceňování terapie, a proto by měl terapeut stanovit určité cíle. Dále by měl se svým klientem prokonzultovat dobu trvání a upozornit na to, že pojišťovny proplácí jen určitý počet sezení. Mezi nejčastější chybu při poskytování terapie bývá, že spousta psychoterapeutů pracuje samo, a tudíž si také sami domlouvají schůzky se svými klienty, častokrát v neprofesionálních podmínkách např. mezi dveřmi či v přítomnosti další osoby. Obtížným krokem je ukončení terapie, na které musí být terapeut dostatečně technicky připraven. Klientovi je povinen sdělit jeho prognózu, mohou se dohodnout na dalších možnostech kontaktu nebo mohou být klientovi doporučeny další formy pomoci (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 255).

Kromě soukromého sezení s psychoterapeutem, mohou pacienti využít skupinové terapie. Skupinová sezení mohou být vedena např. pro smíšené páry kdy žena je po mastektomii nebo pro muže, jejichž partnerky, matky, sestry podstoupily mastektomii. Dále rodinná sezení, rehabilitační sezení, kroužky jógy a spoustu dalších. Skupinová sezení by měla probíhat v přátelském duchu a navodit harmonickou atmosféru (Dostálová, 2016, s. 144).

7 PRŮZKUMY NA PODOBNÉ TÉMA

Saveljic et al. (2021) do studie na téma „The Quality of Life of Breast Cancer Female Patients in Montenegro“ zapojili 200 žen s karcinomem prsu. Na základě dotazníku a určitých kritérií jako věk, typ léčby a postoj k preventivním diagnostickým opatřením zjistili, že nejnižší kvalitu života při onemocnění karcinomu prsu po operaci, chemoterapii a radioterapii, mají pacientky ve věku 60-64 let a dále pacientky které svému onemocnění dostatečně nerozumí. Ve srovnání s chemoterapií a dobou operace, mají horší kvalitu života ženy, které podstoupily radioterapii.

Chu et al. (2021) provedli průzkum na téma „Radiation-irritated skin and hyperpigmentation may impact the quality of life of breast cancer patients after whole breast radiotherapy“, při kterém ženy, které přežily onemocnění karcinomem prsu, vyplnily anonymní dotazník, ze kterého vyplynulo, že většina z nich se po radioterapeutické léčbě setkala s pocením, suchou kůží a zvýšenou pigmentací kůže v ozařované oblasti. Menší skupina žen uvedla, že se setkala se svěděním kůže a ekzémem či dermatitidou. Bylo zjištěno, že tyto vedlejší účinky po ozáření celého prsu mohou mít vliv na depresivní psychologické postavení a na kvalitu života.

Kyei, Nkansah, Opoku (2019) provedli studii „Fatigue among breast cancer patients receiving radiotherapy at an oncology centre in Ghana“ ze které bylo zjištěno, že vybraných 120 pacientek, které postoupily radioterapeutickou léčbu v onkologickém centru v Ghaně, pociťovalo během léčby různé úrovně únavy. Únava měla pak za následek ovlivnění schopnosti jejich soustředění a provádění běžných denních činností.

Ciria Suarez et al. (2021) do jejich studie „Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study“ zapojili 21 žen s karcinomem prsu se kterými byl veden polostrukturovaný rozhovor. Ze studie vyplývá, že diagnostika a léčba radikálním způsobem ovlivňuje každodenní život pacientek. Ke snadnějšímu odhalení rizikových situací a momentů, při kterých by bylo vhodné ženám podávat přesnější informace, je zapotřebí porozumění zkušenostem u jednotlivých pacientek do hloubky. Rovněž by měl být kladen důraz na přípravu pacientky na proces a následky léčby, kterým musí čelit, čímž by došlo ke snížení jejich nejistoty a obav a ke zlepšení kvality života.

Zhang et al. (2018) ve studii „Relationship between time elapsed since completion of radiotherapy and quality of life of patients with breast cancer“ porovnávali vztah mezi časem, který uběhl od ukončení radioterapeutické léčby u 212 pacientek. Příznaky bolesti, obavy o budoucnost a sociální funkce se zlepšovaly s postupem času (3-4 roky) po RT.

Ahn et al. (2020) v průzkumu „Physical activity status in relation to quality of life and dietary habits in breast cancer survivors: subset analyses of KROG 14-09 nationwide questionnaire study“ zkoumali přeživší pacientky v časně fázi po adjuvantní terapii karcinomu prsu a vztah mezi fyzickou aktivitou, stravovacími návyky a kvalitou života. Zjistili, že fyzická aktivita prospívá ke zlepšení emočních funkcí, kterými může být bolest a úzkost. Pozornost by se tedy měla věnovat neaktivním pacientkám, aby zvýšily svou fyzickou aktivitu, která jim pomůže ke zlepšení kvality života a stravovacích návyků.

Teichman et al. (2018) provedli studii „Improved long-term patient-reported health and well-being outcomes of early-stage breast cancer treated with partial breast proton therapy“ ve které srovnávali výsledky v kvalitě života od pacientek, které podstoupily ozáření celého prsu konvenční terapií a od pacientek, které podstoupily částečné ozáření prsu protony. Ze studie vyšlo, že u pacientek léčených protonovou léčbou, dochází k významnému zlepšení kvality života. Pacientky jsou v tomto případě 5-10 let po léčbě. Tyto výsledky mohou být užitečné pro pacientky, které zvažují možnosti pooperační radioterapie karcinomu prsu.

Novakov et al. (2021) provedli studii „What contributes the most to the breast cancer patients' quality of life during therapy – clinical factors, functional and affective state, or social support?“ které se zúčastnilo 64 žen během radioterapie v onkologickém centru Vojvodina (Srbsko) jejíž cílem bylo zjistit, který faktor nejvíce přispívá ke zlepšení kvality života v průběhu léčby rakoviny prsu. Výsledky této studie ukazují, že psychologické a sociální zdroje jsou důležitější ve srovnání s klinickými a funkčními faktory. Dále ve srovnání s fyzickou kvalitou života, je sociální a psychická duševní pohoda o hodně horší.

Zeppegno et al. (2021) v průzkumu „Psychotherapy with Music Intervention Improves Anxiety, Depression and the Redox Status in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy: A Randomized Controlled Clinical Trial“ porovnávali výsledky u skupiny pacientek podstupující samotnou pooperační radioterapii a u pacientek podstupující jak radioterapii, tak psychoterapii s hudební intervencí. Hodnocení výsledků bylo provedeno na začátku, na konci a tři měsíce po ukončení radioterapie a bylo zjištěno, že psychoterapie s hudební intervencí má pozitivní vliv na deprese, úzkosti, odolnost a kvalitu života.

Antoni et al. (2021) do jejich průzkumu „Anxiety during Radiation Therapy: A Prospective Randomized Controlled Trial Evaluating a Specific One-on-One Procedure Announcement Provided by a Radiation Therapist“ zapojili 126 pacientů, u kterých pozorovali rozdíly ve stavu úzkosti před simulací CT skenu, během prvního a druhého sezení a po dokončení radioterapie.

Došli k závěru, že pacienti, u kterých proběhlo poučení o individuálním postupu před radiační terapií byli lépe informovaní a více spokojení, ale nesnížilo to jejich úzkost, která byla výrazně ovlivněna mírou únavy.

Forster et al. (2020) provedli průzkum „Fatigue following radiotherapy of low-risk early breast cancer – a randomized controlled trial of intraoperative electron radiotherapy versus standard hypofractionated whole-breast radiotherapy: the COSMOPOLITAN trial“ ve kterém srovnávali míru únavy po jednorázové intraoperační radioterapii s elektrony (21 Gy) nebo po konvenčním hypofrakcionovaném ozáření celého prsu (40,05 Gy, 15 frakcí), a její intenzita byla hodnocena 12 týdnů po operaci. Únava je totiž hlavním vedlejším účinkem terapie a přispívá k poklesu kvality života a nezaměstnanosti. Studie poukazuje na to, že významně lepší snášenlivost adjuvantní terapie z hlediska únavy má jednorázová intraoperační radioterapie s elektrony.

Gupta et al. (2021) provedli studii „Perception, magnitude, and implications of cancer-related fatigue in breast cancer survivors: Study from a developing country“ ve které se zabývali mírou únavy související s rakovinou. Celkem 65 pacientů vyplnilo dotazník hodnotící vnímání, závažnost, příčiny a důsledky na kvalitu života a kroky které podstoupily k řešení únavy. U 85 % pacientů se vyskytla středně závažná až závažná únava ovlivňující práci a každodenní aktivity. 86 % procent pacientů se domnívá, že únava je vedlejším účinkem působení léčby než rakoviny samotné. Mezi kroky, které pacienti podstoupili k řešení únavy patří fyzická aktivita, psychosociální intervence, vztah těla a mysli nebo léky. Závěrem tedy je, že únava zůstává hlavním zdravotním problémem.

Schmidt, Wiskemann, Steindorf (2018) v průzkumu „Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis“ sledovali 190 pacientek až 5 let po diagnóze a hodnotili jejich kvalitu života. Funkce a symptomy související s kvalitou života byly horší než zdravé reference, ale v průběhu let se jejich stav zlepšil. Mezi dlouhodobé problémy patří hlavně spánek a kognitivní funkce, dále sexuální problémy, návaly horka a bolest. I přes zlepšování těchto problémů v čase, spousta přeživších rakoviny prsu po 5 letech trpí nežádoucími účinky. Z této studie vyplývá, že by bylo ideální zavést průběžný screening týkající se podpory při nežádoucích účincích během léčby ale i několik let po léčbě rakoviny prsu.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Pro průzkumnou část práce byly stanoveny následující cíle:

1. Zjistit do jaké míry ovlivňuje radioterapeutická léčba život patientek s karcinodem prsu.
2. Zjistit vhodné způsoby péče a komunikace s pacientkami ze strany lékaře a při provádění radioterapeutické léčby ze strany RA.

Průzkumné otázky

1. Jaké vedlejší účinky se objevily u respondentek v průběhu radioterapeutické léčby?
2. Co pomáhalo respondentkám při zvládnání vedlejších účinků léčby?
3. Jaké pocity se objevovaly u respondentek po stanovení diagnózy či v průběhu léčby?
4. Jaké změny přivedla léčba karcinomu prsu do života respondentek?
5. Jak hodnotí respondentky komunikaci s lékařem a radiologickými asistenty a co by bylo dobré zlepšit?

8 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Průzkumná část byla zpracována smíšeným typem průzkumu. Pro shromažďování dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor (kvalitativní forma), který je nejpoužívanější metodou, pokud jde o snahu co nejpřesněji porozumět zkušenosti člověka. Polostrukturovaný rozhovor může výzkumník přizpůsobit jednotlivým respondentům, kterým umožňuje otevřeně mluvit o tématu. Výzkumník tak může v přítomném čase vypořádat, co je pro respondenta důležité. Prezentace výsledků má prvky kvantitativního průzkumu – v některých případech dochází k výčtu (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013, s. 15).

Rozhovor obsahoval otázky týkající se diagnostiky a léčby karcinomu prsu, prožívání a vedlejších účinků léčby, a jakým způsobem ovlivnila léčba respondentčin život a vztahy. Tvorba dotazníku se odvíjela od stanovených cílů práce a průzkumných otázek. Průzkumná otázka č. 5 byla původně rozdělena ale následně byla sloučena z praktických důvodů, protože se respondentky často opakovaly.

8.1 Sběr dat a organizace průzkumu

Ženy byly osloveny na sociální síti Facebook ve skupinách zaměřených na rakovinu. Oslovení bylo zveřejněno ve třech skupinách z čehož se ozvaly ženy pouze v jedné z nich. Celkem se přihlásilo 6 žen. Jedna z respondentek mi metodou Sněhové koule (ang. Snowball sampling method) doporučila další jednu respondentku. Výběr metodou sněhové koule spočívá v prvotním kontaktování několika osob jedné skupiny a na základě jejich doporučení, ke kontaktu dalších osob stejné skupiny. Tato metoda je využívána v případech menších, těžko dostupných skupin, které bývají často rozptýleny mezi obyvateli (Řehák, 2018).

Ženy byly informovány o tom, že veškeré osobní informace budou anonymní, rozhovor bude nahráván na diktafon a že mohou kdykoliv zažádat o vyřazení z průzkumu. Informovaný souhlas byl získán při písemné konverzaci, kdy respondentky souhlasily s podstoupením rozhovoru a dále byl informovaný souhlas získán na zvukový záznam při zahajování rozhovoru. Respondentkám byla nabídnuta osobní i online forma rozhovoru. Všechny ženy přistoupily na online podobu rozhovoru kvůli časovým možnostem, vzdálenosti, coronavirové situaci a pohodlí. Většina rozhovorů se uskutečnila ve formě videohovorů přes sociální síť Facebook nebo Google Meet. Sběr dat probíhal v rozmezí října 2021 až prosince 2021. Hovory byly nahrány na mobilní telefon a následně přepsány do programu Microsoft Word. Poté byly rozhovory analyzovány pomocí programu ATLAS.ti. Na délku rozhovoru nebyl stanoven žádný časový limit, a proto se jejich délka pohybovala v rozmezí 17-97 minut.

8.2 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumu se zúčastnilo celkem 7 respondentek. Hlavním kritériem pro zařazení do průzkumu bylo podstoupení radioterapeutické léčby, doba od ukončení RT maximálně 1 rok a být matkou dítěte či dětí, jelikož rozhovor zahrnoval otázku týkající se péče o děti během léčby. Kritérium jednoho roku bylo stanoveno na základě článku z Umírání.cz (2015) podle kterého smíření trvá nejméně 1 rok během kterého si jedinec projde všemi ročními událostmi např. narozeniny, svátky apod.

8.3 Charakteristika respondentek

Respondentka č. 1

Respondentce č. 1 byla diagnostikována rakovina prsu v necelých 50 letech. Bulku si nahmatala sama v lednu 2021. Respondentka nejprve podstoupila operaci, při které ji byly odebrána obě prsa s následnou rekonstrukcí. Pro ablaci zdravého prsu se rozhodla sama, aby předešla možné recidivě. Poté podstoupila 6 měsíců chemoterapie. V době rozhovoru podstupovala radioterapeutickou léčbu.

O tématu hovořila otevřeně a bez problému. Rozhovor probíhal jako videohovor přes sociální síť Facebook a trval 32 minut.

Respondentka č. 2

Respondentka č. 2 byla rizikový pacient, jelikož její babička zemřela ve 38 letech na rakovinu prsu. Od svých 29 let byla hlídána. Byl ji zjištěn fibroadenom v pravém prsu a z toho důvodu měla každý půl rok kontroly. V roce 2020 ji čekala běžná kontrola, která byla kvůli pandemii posunuta. Ještě tentýž rok si nahmatala bulku a ve 38 letech ji byla diagnostikována rakovina prsu. Před nahmatáním bulky na sobě pociťovala zvýšenou únavu a necítila se dobře ve svém těle. Od zjištění diagnózy nastoupila už za 3 týdny na první chemoterapii, kterých podstoupila celkem 18 a které skončila v říjnu 2020. V listopadu 2020 podstoupila operaci a koncem února 2021 nastoupila na ozařování. Momentálně podstupuje hormonální léčbu, kterou má nastavenou minimálně na 4 roky.

Respondentka č. 2 odpovídala na položené otázky otevřeně. Rozhovor probíhal jako hovor přes sociální síť Facebook a trval 43 minut.

Respondentka č. 3

Respondentce č. 3 byla diagnostikována rakovina prsu v roce 2018. V té době bylo respondentce 32 let a byla po porodu dcery po kterém měla problémy s kojením. Byl jí diagnostikován zánět v pravém prsu. Po několika měsících podstoupila další kontrolu na ultrazvuku. Respondentka popisovala, že pociťovala velké bolesti břicha a ramene, potíže s dýcháním, zvracení, prso měla zvětšené, tvrdé a pomerančovou kůži. Po podstoupení CT vyšetření jí byly zjištěny metastázy v játrech, plicích, v kostech na rameni a hrudníku. Nejprve podstoupila chemoterapie. Po skončení chemoterapií podstoupila odstranění dělohy. Poté respondentka užívala rok Aloxex, ale opět se jí vytvořil další hormonální nádor. Byla zapojena do studie SAR a Palbociclib – tato léčba fungovala rok a poté selhala. Respondentka tedy podstoupila 35x ozařování ložisek v prsu a kostech. V době rozhovoru podstupuje léčbu Faslodexem – injekce jednou za měsíc.

Respondentka neměla problém o své nemoci vyprávět a nebyla z ní cítit žádná nervozita. Rozhovor trval 52 minut a probíhal jako hovor přes sociální síť Facebook.

Respondentka č. 4

Respondentka č. 4 si nahmatala nádor ve svých 40 letech. Půl roku před tím pociťovala bolest za lopatkou a extrémní únavu. Byla jí diagnostikována rakovina prsu ve 3. stádiu. Napřed podstoupila chemoterapii zároveň s léčbou Herceptinem. Poté podstoupila operaci a nadále pokračovala s Herceptinem. Kvůli zbylým ložiskům dále podstupovala léčbu Kadcyllou. Respondentka měla nádor v levém prsu, a proto podstoupila ozáření protony, které skončila v květnu 2021. Momentálně je na neschopence kvůli operaci, při které jí byly odebrány všechny ženské orgány.

Respondentka č. 4 odpovídala na otázky otevřeně a během rozhovoru dávala najevo emoce. Rozhovor se uskutečnil jako hovor přes sociální síť Facebook a trval 49 minut.

Respondentka č. 5

Respondentce č. 5 byla rakovina prsu diagnostikována ve 37 letech. Respondentce se udělal zánět v prsu, který shodou okolností poukázal na to, že se děje ještě něco jiného. Před diagnózou na sobě pocítila lehký úbytek váhy a velkou únavu. Podstoupila záchovnou operaci s částečným odstraněním lymfatických uzlin. Dále podstoupila chemoterapii a poté ozařování ve zkráceném režimu s větší frekvencí. Momentálně podstupuje hormonální léčbu.

Respondentka č. 5 odpovídala na otázky méně otevřeně. Rozhovor trval 17 minut a probíhal jako hovor přes sociální síť Facebook.

Respondentka č. 6

Respondentce č. 6 byl v září roku 2020 diagnostikován duktální karcinom prsu. Tou dobou jí bylo 37 let. Před diagnostikováním nemoci si její okolí všimlo výrazného úbytku na váze, který ale mohl být také zapříčiněný zvýšenou fyzickou aktivitou, kterou respondentka v té době vykonávala. Prvním krokem v její léčbě byla chemoterapie. Po 4 chemoterapiích a konzultaci s plastickým chirurgem si sama zažádala o okamžitou operaci. Poté měla podstoupit další 4 chemoterapie, ale na první měla alergickou reakci. Z toho důvodu podstoupila dalších 9 slabších chemoterapií. Během operace zjistili, že chemoterapie nezabrala a ložisko se zvětšilo o 1,5 cm a čistých uzlin byly napadeny 4 uzliny. Z toho důvodu dále podstoupila 25x ozařování protony, které skončila v červenci 2021. Byla jí předepsána hormonální léčba (Tamoxifen), kterou odmítla.

Respondentka č. 6 byla komunikativní a o nemoci jí nedělalo problém mluvit. Rozhovor se uskutečnil jako videohovor pomocí služby Google Meet a trval 1 hodinu a 37 minut.

Respondentka č. 7

Respondentce č. 7 byla diagnostikována rakovina prsu poté, co si v únoru 2020 nahmatala bulku. Bylo jí v té době 52 let. V červnu 2020 podstoupila operaci. Následně podstoupila 8 chemoterapií v rozmezí 3 týdnů. Poté podstoupila 33 ozařování.

Respondentka č. 7 odpovídala na otázky bez problému. Rozhovor trval 53 minut a uskutečnil se jako hovor prostřednictvím sociální sítě Facebook.

9 PREZENTACE DAT

V této kapitole jsou charakterizovány kódy, které byly vytvořeny v programu ATLAS.ti na základě odpovědí jednotlivých respondentek. Kódy byly přiřazeny do nadřazených kategorií, stanovených dle průzkumných otázek. V této kapitole jsou kódy řazeny dle abecedního pořadí.

Bolest je kód, který byl vytvořen na základě odpovědí 4 respondentek na otázku Jak se cítily psychicky a fyzicky během období ozařování. Bolest uváděly ve spojitosti s kožními nebo tkáňovými změnami během radioterapeutické léčby. Tento kód souvisí s kódy „Popáleniny“, „Ztuhnutí podkožní tkáně“ a „Špatná hybnost končetin“. Odpovědí bylo: *„Fyzicky jsem byla vyčerpaná, a bolelo mě to spálený, že vždycky když ozařovali, tak jsem tak jako trošku cítila, jak se to pálí ty nádory. Normálně jsem to tak jako cítila vnitřně, že se to fakt škvaří. Jednou to teda docela dost aj, jakože zabořelo, jakože jsem si říkala pane bože oni mu teda dali tomu nádoru.“* Nebo: *“Mňa to pri tom ožiari začalo už bolieť. Ten prsník opuchol veľmi veľmi. Posunulo sa až o centimetr to zameranie.“*

Vážné onemocnění přinese do života určité změny. Některé respondentky uvedly, že v důsledku onemocnění a léčby začaly věnovat více času sobě a přehodnotily své priority. Proto dalším vytvořeným kódem je **Čas sama na sebe**. Odpovědí, kde se tento kód vyskytuje je např.: *„Zklidnit a žít pro sebe. Protože do té doby jsem žila jen děti, děti, děti, manžel, dům atd. A pak jsem to přehodnotila a byla jsem jenom já, pak byly ty děti, pak manžel a pak úklid.“*

Domácí mazlíček je kód, který byl vytvořen z odpovědí na otázku, co nejvíce pomáhalo to celé zvládnout. Odpověď zněla například: *„Děti nás přemluvily, že když jsem teda nemocná a jsem doma, tak bych měla mít nějakou činnost, takže nás přemluvily na kocourka. Jednou jsem teda taky brečela, protože já opravdu nemám ráda ty chlupy, takže to jsem tady fakt jednou brečela, a říkala jsem si, že to s ním nezvládnou. Ale zase to přešlo, a zase druhý den jsem říkala, jak jsme mohli bez něho žít.“*

Jedním ze způsobů, jak se vyrovnat s náročnou léčbou, je mluvit o ní s někým, kdo Vás chápe. Z tohoto důvodu byl vytvořen kód **Kontakt se ženami**. 2 respondentky uvedly, že nejvíce jim pomohl kontakt a rady s ostatními ženami, které si prošly rakovinou prsu či příběhy žen, které se uzdravily. Odpovědi využívající tento kód jsou: *„Čítala som si príbehy a hlavne tie ženy ktoré boli na internete ako ktoré to prekonal, sú tie skupinky na Facebooku, takže v takomto kontakte s témy ženami ktoré to cíti lebo v našej rodině nikto nemá rakovinu viete.“* A: *Když jsem byla úplně zoufalá, tak jsem si neměla, s kým vlastně pořádně povykládat. No a potom*

díky té skupině jsem zjistila, že nejsem sama a že potřebuju si s těma lidma nějak dát do kontaktu, že potřebuju vědět víc o té své léčbě ať furt jako neotravuju kdyžtak onkologa. Takže většinu věcí mi holky hodně vysvětlily, strašně mi pomohly, úplně hrozně moc mi pomohly. Pomohly mě jak po psychické stránce, tak prostě těma radama, že majou třeba tu stejnou léčbu a takhle. Takže teďka třeba když se mi něco děje, něco mě bolí nebo tak, tak něž abych hned volala onkologovi, tak se třeba zeptám tam. Necítím se teďka už tak sama jako na začátku.

Myšlenky na sebevraždu je kód, který byl vytvořen na základě odpovědi jedné respondentky na otázku, jaké emoce prožívala při sdělení diagnózy. Tento kód souvisí také s kódem „Smutek“. Odpověď zněla: *„Jo to mi tenkrát řekli na tom EU klinik a já jsem se rozbrečela potom a chtěla jsem skočit z mostu. A byla naštěstí se mnou sestra, která mi to rozmluvila. Uklidnila mě, jakože to bude dobrý, že mi prostě pomůžou a takhle, a hlavně ať nedělám blbiny, ať nikde neskáču a tak.“*

Obdobím **Naděje** na vyléčení se pro pacienty stává zahájení léčby. Odpověď vystihují tento kód je například: *„Tak jsem si tak říkala, že asi půjdu na nějakou operaci, kde to vytáhnou a pak půjdu asi na nějakou léčbu. Tak mamka to přežila, tak to asi přežiju taky, že jsem mladší a jsem v lepší kondici, proč ne.“*

Nejistota je dalším kódem a reprezentuje pocit, který byl popsán některými respondentkami v souvislosti s čekáním na výsledky biopsie. Odpověď využívající tento kód je například: *„Oni mi už prostě řekli do očí, že to není stoprocentně ono, ale že to s větší pravděpodobností mám čekat. No a teď si představte, že jak vám to řeknou, tak každý den, každá minuta navíc byla hrozná. Takže to, že mi to zavolal, byla pro mě, i když to byla jako špatná zpráva, pro mě to byla úleva. Že už vím, že se bud něco dít. A takže mě to vůbec nevadilo, a hlavně mi to zavolal mnohem dřív, než jsem si měla původně volat. A zavolal mi to sám on, ne že já. Byla jsem ráda, že už se netrápím s tou nejistotou.“*

Dvě respondentky uvedly, že jim v období ozařování bylo zle od žaludku, proto dalším zvoleným kódem je **Nevolnost**. Příkladem je odpověď: *„Bylo mi teda v jednu chvíli špatně od žaludku, protože oni mě ozařovali vlastně jak uzliny, tak i celý hrudní koš, teda levou stranu, a nadklíček. Takže tam jsem měla jedny dny, že mi bylo zle od žaludku. Já jsem to řekla tam doktorce a ta mi řekla, že to nemůže být z toho, ale to jsem se dočetla, že to jsou klasické jakoby... Navíc jestli oni ozařovali i tu část, kde jsem měla žaludek, nebo kousek, tak já jsem to*

tam měla jako spálené. Takže logicky to tam bylo ozařované, takže myslím si, že neměla pravdu, že to není z toho, že mi bylo jako na zvracení.“

Při ozáření plic se může objevit **Obtížnější dýchání** jako jeden z vedlejších účinků RT léčby. Odpovědí, která využívá tento kód je: *„Jediný, co občas cejtím je jako při nádechu jako takový prázdnější nádech ale to mi doktorka říkala, že to je taky trošinku ta plíce, jak to tím zářením dostala, protože samozřejmě jak je to tady, tak tady tu plíci trošinku občas cejtím ale říkala: „srovná se to“.“*

Během léčby je důležité myslet na své psychické zdraví a obklopovat se věcmi, které člověku dělají radost. Dalším kódem je proto **Odměna**. Tento kód byl využit ve větě: *„Člověk se musí odměnit, takže po každém chemu jsme jeli do asijské restaurace a dali jsme si dobrý oběd. Oni opravdu říkají, odměňte se, když jsem se i ptala onkoložky, jestli si mám koupit nějaké vitamíny, tak řekla, že je to naprosto zbytečné, ať si radši koupím kabelku a udělám si radost.“*

Odpočinek je jedním z nejčastěji užívaných kódů, který byl vytvořen z odpovědí na otázku, co ženám nejvíce pomáhalo to celé zvládnout. 6 ze 7 respondentek uvedlo, že klid a odpočinek jim pomáhal při zvládnání náročné léčby. Odpovědí, která využívá tento kód je např.: *„Většinou jsem ležela, jakože jsem si šla lehnout. Odpočívala.“* Nebo: *„Samozřejmě nejvíc spánek. Já jsem byla strašně unavená, a ještě do dneška jsem. Strašně moc jako odpočinek, naučila jsem se odpočívat.“*

Během léčby je také důležité zapojovat se do běžných každodenních činností a přivést hlavu na jiné myšlenky. Z toho důvodu byl vytvořen kód **Péče o děti**. Odpověď, kde se tento kód vyskytuje je například: *„A ty děti, to je taková výhoda. Ty děti Vás nenechají padnout. Tam prostě nemáte zbytlí, Vám může být blbě jak chcete, ale vy jim tu večeri nachystat musíte. Vy s nima musíte jít na tu besídku, na kterou se vám nechce, a on je to pak takový hnací motor víte. Na jednu stránku člověk je vyplivnutý, ale na druhou stránku nenechají vás prostě padnout a litovat se nebo něco takového. Takže v tomhle fakt nejvíc ty děti. Prostě člověk chce fungovat dál, chce je brát do kroužku, chodit na hory, chce s nima jet na výlet. A tohle všechno mělo pak ten pozitivní vliv na tu léčbu, že se člověk z toho hned nehroutlí a nějakým způsobem se snaží fungovat a nepřipouštět si to tak.“*

Fyzická aktivita přispívá ke zlepšení mentálního zdraví a pomáhá jedinci začleňovat se mezi okolí. Jedním z dalších vytvořených kódů je **Pohyb**, který se také objevil jako odpověď na otázku co nejvíce pomáhalo ke zvládnutí léčby. Odpověď zněla např.: *„Pomáhalo mi v momentě, když jsem se mohla alespoň trošku najíst, tak vstát a jít ven. Čtvrtý den po té*

chemoterapii jsem se zvedla i kdybych se měla jen projít kousek okolo baráku. Tak různě jsem se klepala, ale šla jsem a pak už to bylo lepší, to už jsem pak chodila třeba 12-13 km a vlastně 3x týdně jsem plavala s trenérem. Učila jsem se kraul, říkala jsem si, že za půl roku se to naučím, úplně se to nepovedlo. To jsem si držela celou dobu až doted', protože ted' mi to zakázali kvůli značkám na ozařování. Dále cvičím jógu a protahuji se.“

Jedním z často využívaných kódů jsou **Popáleniny**. 5 ze 7 respondentek uvedlo, že se jim během nebo po skončení radioterapeutické léčby vytvořil kožní erytém, který je nejčastějším akutním vedlejším účinkem záření. Odpovědí, kde se tento kód nacházel je např.: *„Oni mě teda fakt ale spálili, já jsem se převlíkala před tím ozařováním a urvala jsem si kus kůže. Já jsem normálně myslela, že umřu, když jsem si to tehdy, no, když si na to ted' vzpomenu, to bylo něco otrěsnýho. Měla jsem popálenou bradavku a podpaží, a to bylo teda jen pravý prso takhle hodně spálený.“* Nebo: *„Byla jsem unavenější a byla jsem popálená.“*

Během ozařování nadklíčkové oblasti, ke kterému dochází při ozařování levé strany hrudníku, dochází také k ozáření jícnu, které může způsobit **Potíže s polykáním**, což je další kód, který byl vytvořen na základě odpovědí 2 respondentek. Odpověď zněla: *„A pak jsem měla, taky to trvalo pár dnů a pak to odeznělo, strašně zle se mi polykalo, měla jsem opravdu jakože jsem nemohla jíst nic tuhého.“* A: *Vzhledem k tomu, že jak je to ta levá strana a musí se ozařovat vlastně nadklíček, podklíček, tak ono to trošinku tady chytne jakoby ten krk, takže ten jícen. Takže se mi občas špatně polykalo a tam byl největší problém ten, že jsem se párkrát dusila rohlíkem, protože se mi to hrdlo jakoby zúžilo, ale to se srovnalo a je to prostě jakoby pryč. Jak skončilo ozařování, tak to s tím úplně jako vymizelo.“*

Aktivní a pozitivní přístup je klíčovým faktorem, protože přispívá k lepšímu průběhu a účinku léčby. Dalším vytvořeným kódem je proto **Pozitivní myšlení**, které některé respondentky dávaly najevo během rozhovoru. Odpovědí bylo např.: *„Ale já jsem to přijmula a brala jsem to tak, že ta nemoc prostě přišla, a tak jak přijde, tak odejde. A přišla s tím, že mě měla něco ukázat, co já mám změnit. Takže já jsem se tak nastavila, každý večer ve sprše jsem si s tím, nádorem vykládala, každý večer jsem ho pozorovala, jak se zmenšuje, a tak jsem mu říkala, že to prostě zkusil u mě, a bohužel nepochodí, protože nejsem typ člověka, který by se hroutil atd. A u druhého chema už ten nádor byl podstatně menší.“* Nebo: *„Ja sem si teraz nechcela pripustit' k tomu, že to bude zlé. Stále som si myslela, že to dopadne dobre.“*

Jedním z pocitů, které může pacient při prožívání nemoci pociťovat je **Samota**, která je zároveň názvem dalšího kódu. Odpovědí na otázku, jestli během léčby pociťovaly samotu byla

například: „*Jo určitě. Jako je to hodně málo kdy, protože jak říkám, jak jsem sama na kluky, tak prostě se od rána nezastavím do večera, což je pro mě asi taková výhoda. A na druhou stranu, když teda to pak někdy utichne, tak to na mě padá.*“

Smíření je důležitým krokem při prožívání onkologického onemocnění. Jedinec přijímá nemoc jako součást svého života, ale neznamená to, že už nepociťuje smutek nebo lítost. Odpověď využívající tento kód zněla: *Ale já jsem to přijmula a brala jsem to tak, že ta nemoc prostě přišla, a tak jak přijde, tak odejde. A přišla s tím, že mě měla něco ukázat, co já mám změnit.*“

Smutek je jedna z obvyklých reakcí na sdělení diagnózy. Projevuje se pláčem, ztrátou smyslu života a lítostí. V tomto stádiu chce být nemocný spíše sám a okolí by toto rozhodnutí mělo respektovat ale zároveň kontrolovat, aby člověk neupadl do smutku příliš hlubokého. Tento kód, jak již bylo zmíněno, souvisí také s kódem „Myšlenky na sebevraždu“ a oba tyto kódy se vyskytovaly u stejné respondentky. Odpověď zněla: „*Jo to mi tenkrát řekli na tom EU klinik a já jsem se rozbřečela potom.*“

Strach je kód využívaný zejména při odpovědích na otázku, zda měly respondentky obavy o budoucnost a jaké emoce prožívaly. Většinou se jednalo o strach z bolesti, strach z léčby nebo strach o budoucnost dětí a rodiny „co kdyby“. Jednou z odpovědí, kde byl užit tento kód je například: „*Já jsem měla největší strach, čím jsem starší, tím hůř zvládám bolest, a když je mi špatně, to je jedna věc, že jsem takový trošku srab, že prostě potřebuju pomoc. Že už to nezvládám sama. A měla jsem obrovský strach o to, že jakoby ty moje děti já nedovedu k dospělosti. Že je nevychová, kdo je bude jako opatřovat. Já jsem se bála, že prostě budou sami, že je nikdo jako nevychová, že se o ně nikdo nepostará, kdo je má rád a kdo je chápe.*“
Nebo: „*Lebo ten strach do budúcnosti čo bude, ešte nám tu jedna pani zomrela čo mala rakovinu tak to ma potom už tak troška strašilo.*“

Jedním z dalších kódů je **Šok**, který pacient nejčastěji prožije při rozhovoru s lékařem, který mu sděluje diagnózu. Odpověď využívající tento kód je například: „*Já jsem byla na biopsii s tím, že mi paní doktorka za týden volala výsledky, které na mě bafla, jak kdyby mi řekla, že se mám stavit do obchodu pro 10 rohlíků. Takže mi prostě jenom řekla, že je to zhoubné a že mám přijít v pondělí někde a já jsem teda zrovna jela z práce, takže jsem byla za volantem, třičtvrtě toho rozhovoru jsem si ani nezapamatovala a musela jsem jí pak zavolat znovu, kam mě poslala, protože prostě samozřejmě chápu, že ta to má na denním talíři, ale pro mě to byl šok a řekla mi to fakt nevím no...telefonem, narychlo, prostě stylem tak jako „jo, jste to vy, ehm tak je to rakovina, jo je to zhoubné, tak přijďte v pondělí“.*“

Špatná hybnost končetin je kód, který byl zmíněn jako komplikace po radioterapeutické léčbě. Souvisí se kódem „Ztuhnutí podkožní tkáně“ a „Bolest“. Příklad použití tohoto kódu je např. v odpovědi: *„Já mám teďka momentálně vlastně půl roku po té radioléčbě a teďka momentálně řeším přes neurologa, že to vypadá, že mám asi přiškvařený sval ke kůži, takže moc jako nezvednu pravou ruku úplně tak, jak bych měla a celé to prso mě tak jako bolí.“*

Často využívaným kódem byla **Únava**, kterou uvedlo 6 ze 7 respondentek na otázku, jak se cítily psychicky a fyzicky během období ozařování. Tento kód je využit např. v těchto odpovědích: *„Takže takhle no, strach z toho teda a únava, úplně brutálně. Já jsem vždycky dojela dom, a odpoledne mě jako úplně chytalo spaní, ale teda nikdy jsem nešla spát. Já jsem to totiž vždycky nějak zahнала kafem jo. Nejhorší to bylo pak už ke konci, protože já už jsem nereagovala ani na budík. Mě musel manžel vyloženě tahat z postele abych zas jela.“* Nebo: *„Bylo to trošičku únavnější, ale ne moc.“* Nebo: *„No tak ta únava je stále. Ta únava je dodnes.“*

Během léčby přichází také pozitivní emoce jako třeba **Vděčnost**, která je dalším vytvořeným kódem. Odpověď využívající tento kód zněla například: *„Takže člověk si víc jako začal užívat, ale zároveň jsem si začala víc vážit maličkostí. Takže dám třeba příklad, že jedna moje kamarádka mi třeba řekla, hele pojď půjdem spolu na zmrzlinu a já jsem byla prostě tak strašně vděčná za „pitomou“ zmrzlinu a jindy bych si řekla „nikam nejdu kvůli zmrzlině“. A teď jsem prostě úplně s takovou tou radostí přijala a vesměs jsem byla jako ráda jo. V rámci toho si člověk začne vážit fakt drobností.“* Nebo: *„Ten život nabral úplně jiný směr a jsem mnohem víc vděčná za to, že jsem tady a že vidím ty děti vyrůstat.“*

Víra je kód, který byl vytvořen na základě odpovědi jedné respondentky. Odpověď na otázku, co nejvíce pomáhalo během léčby zněla: *„Ja som sa veľa modlila. My sme taká katolícka rodina. Vyčítala som si modlitby nejaké na internete.“*

Dalším vytvořeným kódem je **Volný čas**. V důsledku onemocnění, léčby a jejích vedlejších účinků se stává, že už nelze dělat některé aktivity jako doposud. Všechny respondentky potvrdily, že se v rámci léčby musely vzdát některých aktivit. To jim naopak přineslo do života aktivity nové. Odpověď na otázku, jak se změnila jejich možnosti v oblasti volnočasových aktivit zněla např.: *Musela jsem přestat sportovat, protože samozřejmě zatěžování těla a všechno. Ale co mě teda úplně nejvíc vadí tak je, že nesmím saunování, nesmím vířivku, což pro mě bylo úplně jako neuvěřitelně relax vždycky. A člověk po ozáření je náchylnější na rakovinu kůže. Takže takový to, kdy já jsem byla nonstop na sluníčku, bez jakéhokoliv*

opalovacího krému už nehrozí. A to jsou takový ty věci, kdy člověk si uvědomuje, že omezenej v tomhle tom. A občas se mi stane, protože samozřejmě furt je to nějaký velkej zákrok, a člověk si uvědomuje, že už nikdy nebude dělat to, co dělal. Takže to, že jsem chodila jezdit na motokáry, vim že dneska prostě nepudu, protože ta ruka mi voteče, neutáhnu to a ani to nepokouším jo. To samý motorka. Tak to jsou takové věci, kterých se člověk vzdá ale von se jich ve finále vzdá i rád, protože si uvědomim že ten život mám jenom jeden a když už jsem si vybojovala tohle tak proč si ubližovat tím, že si někde ublížit na motorce. Jsou to věci, který se daj voželet. Asi by člověka víc trápilo že musí voželit práci třeba, že se jí musí vzdát, pokud ho baví. Ale tyhle věci se dají vždy nahradit jinejma koničkama. Já miluju koně, ale nikdy jsem na nich extrémně nejezdila, ale začala jsem. A to jako v rámci toho jsem začala mít ty koničky jiný. Začala jsem třeba střílet. Začala jsem chodit na střelnici, a to byla další věc, chci si udělat zbrojní průkaz kterej jsem v životě nechtěla, a naopak já jsem byla odpůrcem zbraní a dneska prostě mě to začalo bavit, protože si člověk hledá nějakou náhradu za to, co měl vlastně rád. A nemyslím si, že to bylo to nejhorší, co jsem musela oželet.

Stejně jako vážné onemocnění ovlivňuje vztah k sobě samému, tak ovlivňuje i vztahy s okolím. Další kód, který byl v rámci kategorie změn vytvořen nese název **Vztahy**. Ty mohou být ovlivněny pozitivním ale i negativním způsobem. Většina respondentek potvrdila, že se jejich vztahy s rodinou a manželství spíše zlepšily. V oblasti přátel lze v tomto případě využít přísloví „V nouzi poznáš přítele“. Odpověď na otázku, jak se změnil vztahy s rodinou, v manželství a s přáteli zněla např. takto: „V manželství kladně samozřejmě. Manžel začal víc pomáhat atd. Takže mohu říct, že v tomto partnerském směru mě ta nemoc spíš dala, než vzala. Kamarádi a zbytek rodiny se prostě semknul. Třeba se ségrou, se kterou jsem si moc nerozuměla, tak nás to semknulo, a konečně jsme k sobě našly nějakým způsobem cestu. Pořád to není úplně jako nerozlučné sestry, ale jako pomohlo nám to opravdu moc. No a kamarádi zůstali opravdu ti stoprocentní, kteří tu byli vždycky. Ale také nemůžu říct, že by mi ta nemoc nějakého přítele vzala, to ne. Ba naopak, jsem věděla, že v nich mám oporu a že mám kolem sebe ty lidi, které tady mám mít a že nikdo negativní tady nebyl.“ Nebo: „Doma dobrý, nic se nezměnilo. Když přechodili takový ten prvotní šok, tak mě začali trošku víc hlídat, jestli jsem v pořádku. Když jsem přijela po operaci a ležela jsem jak placka, tak z toho byli na mrtvici. Po každé chemoterapii, manžel, když viděl, že jediné, co jsem do sebe byla ochotná dát byl meloun, hrozny a smažené brambůrky, tou dobou ještě hrozny moc nebyly, takže to jezdil po celém Brně a sháněl hrozny. Z přátel bylo dobře vidět, kdo je ten kamarád, a kdo ne. Když jsem to třeba někomu řekla, tak já už teď nemám problém o tom s někým mluvit, s tím jsem měla problém

na začátku, tak říkali že to určitě bude v pořádku a že to bude dobrý a pak jsem o nich už půl roku neslyšela. Tito lidé už mi pak k ničemu nejsou.“

Další oblastí, ve které dochází ke změnám v rámci dlouhodobé léčby a zároveň dalším vytvořeným kódem je **Zaměstnání**. 5 ze 7 respondentek muselo opustit nebo na delší dobu přerušit své zaměstnání v důsledku léčby a jejích vedlejších účinků. Odpověď na otázku, jak se změnila Vaše možnosti ohledně zaměstnání byla: *„No zmenilo sa. Veľmi sa zmenilo. Ja som bola taký aktívny človek a ja som do roboty chodila deň čo deň, no ale musela sem prácu opustiť.“* Nebo: *„Jsem pořád na nemocenské. Už to bude za chvíli rok, ale určitě se plánuji vrátit.“* Ale také: *„Tak zaměstnání jsem nemusela, to jsem nepřerušila vůbec. Už jenom proto, že byl covid a byl homeoffice, takže tam to byla jasná volba nepřerušovat, zbytečný.“*

Na základě odpovědi jedné z respondentek byl vytvořen kód **Zánět**. Tento kód souvisí s kódem „Popáleniny“. Odpověď, ve které je kód použit je: *„Ta kůže byla samozřejmě spálená. Do toho jsem dostala silný zánět, takže jsem měla týden bez ozařování. No a pak se to doozařovalo.“*

V důsledku ozáření může dojít k pozdním účinkům záření, kterými je také **Změna pigmentace kůže**. Tento kód souvisí s kódem „Popáleniny“. Odpověď využívající tento kód zněla: *„Já to prso měla třeba hnědé jako o odstín.“* A: *„Bylo to zarudlý a takový načernalý. Úplně aj rudý a loupalo se to. Jezdila jsem i na ty převazy, tak mi to tak jako ošetřili a zahojilo se to naštěstí. Takže teď už to mám jenom tmavý, jak kdybych byla opálená jo.“*

Ztuhnutí podkožní tkáně je kód, který také souvisí s kódem „Bolest“ či „Špatná hybnost končetin“. Odpověď využívající tento kód je: *„Spíš si myslím, že ten vnitřek je dost spálený. Cítím to, že jako opravdu musím říct, že tam mám hrudky, mám to takové ztuhlé jako docela dost.“* Nebo: *„Mňa to doteraz trápi lebo tie ožiare mi riadne zničili vnútorné tkaniva.“*

Dalším vytvořeným kódem v oblasti změn je **Zvolnění**. Většina respondentek potvrdila, že se v důsledku nemoci zklidnily a naučily se odpočívat. Odpověď na otázku, jak nemoc změnila jejich život, využívající této kód zněla například: *„Zvolnila jsem. Spíše jsem byla dříve unavená a nebrala jsem na to ohled, protože mě jako věci baví, ráda lezu, ráda běhám, a to jsem teď musela ubrat a také jsem si říkala, že si nechám trochu ubrat z práce a že si ponechám svoje aktivity, ale nebudu tolik pracovat. I když mi je líto odmítat klienty, ale už to takhle dál dělat nechci.“* Nebo: *„Naučila jsem se odpočívat, což já jsem fakt nikdy neuměla a byla jsem takový spíš workoholik a tím jsem samozřejmě narušovala i ostatní, kteří nejsou takoví jak já, že jsem jim tím lezla na nervy. Takže teďka momentálně umím i vypnout.“* Nebo: *„Na všechno jsem se*

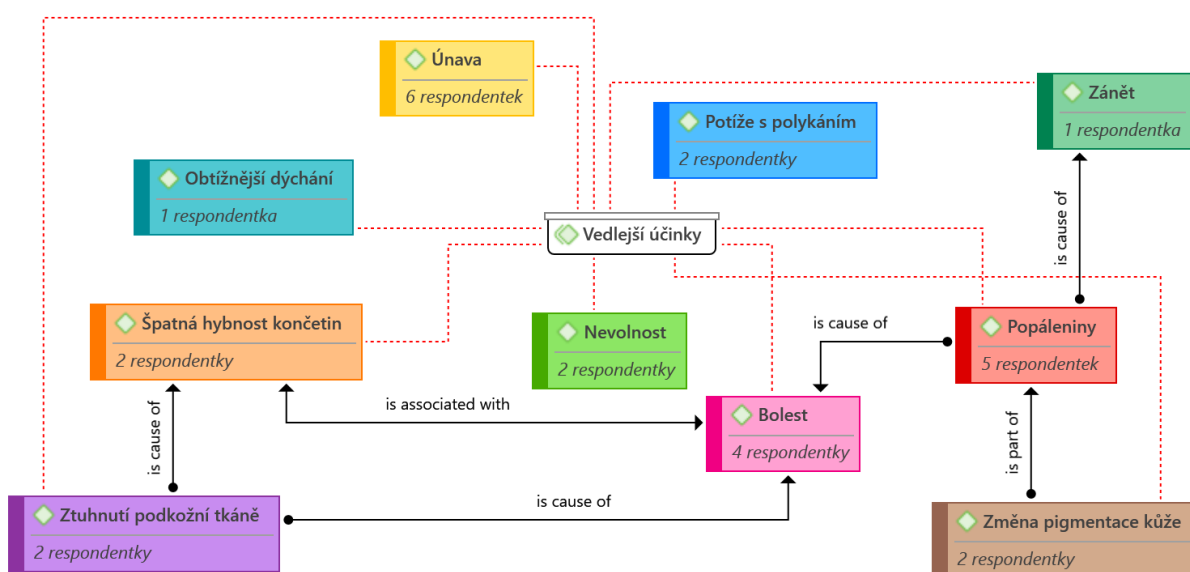
začala dívat jinak, zklidnila jsem se. Neřeším už tolik věcí, že už neumývám okna každých 14 dní. Musí to být všechno uklizené, to ano, jinak řvu, ale je to takové volnější.“

Žádné emoce jsou kódem, který byl vytvořen na základě odpovědi jedné respondentky na otázku, jaké emoce prožívala při sdělení diagnózy. Reakce bez emocí může být určitým typem obranného mechanismu na závažnou zprávu. Odpověď zněla takto: *„No tak já jsem, popravdě řečeno, se nikdy z té diagnózy nesložila nebo nezhroutila. Takže pro mě to nebylo nějak úplně fatální. Ale já jsem to trošičku jakoby, čekala po tom všem. Možná bych řekla, že až tak trošku bez emocí.“*

10 DISKUZE

V této kapitole budou rozebrány jednotlivé průzkumné otázky a k nim představené myšlenkové mapy, které byly vytvořeny v programu ATLAS.ti. Průzkumná otázka č. 5 byla zpracována formou tabulky. Výsledky průzkumu nelze generalizovat na celou společnost, vztahují se pouze k jednotlivým respondentkám. Myšlenkové mapy jsou vloženy do příloh.

Průzkumná otázka č. 1: Jaké vedlejší účinky se objevily u respondentek v průběhu radioterapeutické léčby?



Obrázek 1 - Vedlejší účinky (vlastní zpracování)

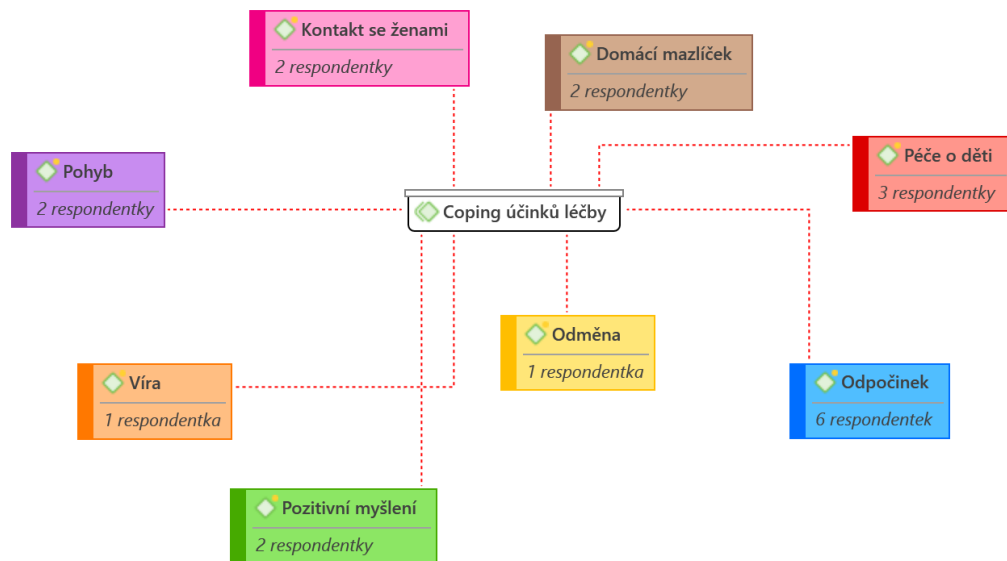
V této myšlenkové mapě lze vidět kódy, které byly vytvořeny na základě odpovědí respondentek na otázku, jaké vedlejší účinky se u nich objevily během radioterapeutické léčby. Z myšlenkové mapy vyplývá, že nejčastěji uváděným vedlejším účinkem byla únava, kterou potvrdilo 6 ze 7 respondentek. Únavou se zabývali také Kyei, Nkansah, Opoku (2019) ve studii ze které vyplynulo, že všech 120 vybraných pacientek v onkologickém centru v Ghaně pociťovalo během RT léčby různé stupně únavy, která měla za následek ovlivnění běžných denních činností.

Druhým nejčastěji uváděným vedlejším účinkem byly radiační popáleniny, které uvedlo 5 respondentek a které také souvisí s kódem Změna pigmentace kůže, kterou uvedly 2 respondentky. Kožní změny se u respondentek objevovaly v různé míře a 2 respondentky dokonce tento vedlejší účinek zcela vyvrátily. Jednou z nich byla respondentka č. 1, která v době rozhovoru podstupovala ozařování oproti ostatním respondentkám, které již měly léčbu

zářením nějakou dobu za sebou, což mohlo ovlivnit její odpověď. Kožní erytém se může vyskytnout individuálně s časovou prodlevou až na konci ozařování jako to například uvádí respondentka č. 4 v odpovědi: *„Jako při tom jsem to měla červené, to jo. Ale potom jak mě to skončilo, ona mě na to i upozorňovala, že to často jakoby dojde jak kdyby až potom. A opravdu mě se asi do týdne objevili úplně, jako neměla jsem to do živého, ale měla jsem to spálené dost. A to asi během dalšího týdne fakt jako odeznělo.“* Dále popáleniny vyvrátila respondentka č. 6, která ale jako jedna ze dvou respondentek podstoupila protonové ozáření namísto klasické radioterapie. Výskytem akutních nežádoucích účinků na kůži se zabývala také Štěpánová (2021), která ve své bakalářské práci zjistila, že u 64 ze 156 pacientek se projeví změny na kůži 1. a 2. stupně. Změny 3. a 4. stupně se projeví velmi vzácně, což mohlo být dáno kvalitně zpracovanými ozařovacími plány šetřící kůži. Celkem 26 respondentek nepotvrdilo kožní změny v důsledku radioterapie.

Třetím nejčastějším vedlejším účinkem byla bolest, kterou respondentky udávaly ve spojitosti s jinými vedlejšími účinky, jak je znázorněno v myšlenkové mapě. Vyvolávajícím faktorem bolesti u 1 respondentky bylo ztuhnutí podkožní tkáně, které se u ní vyskytlo jako pozdní účinek záření. Další 3 respondentky uvedly bolest ve spojitosti s radiačními popáleninami. Celkem pociťovaly bolest 4 respondentky.

Průzkumná otázka č. 2: Co pomáhalo respondentkám při zvládnání vedlejších účinků léčby?



Obrázek 2 - Coping účinků léčby (vlastní zpracování)

V této myšlenkové mapě lze vidět kódy, které respondentkám pomáhaly při zvládnání léčby, které se vzhledem k odlišnosti osobností lišily. Z mého průzkumu ale vyplývá, že nejvíce respondentkám při zvládnání vedlejších účinků léčby pomáhal odpočinek, který uvedlo 6 respondentek a který má spojitost s únavou, která vyplynula z průzkumné otázky č. 1 jako nejčastější vedlejší účinek RT léčby. Gupta et al. (2021) provedli studii, ze které vyplynulo, že mezi kroky, které pacienti podstoupili k řešení únavy patří fyzická aktivita, psychosociální intervence, vztah těla a mysli nebo léky.

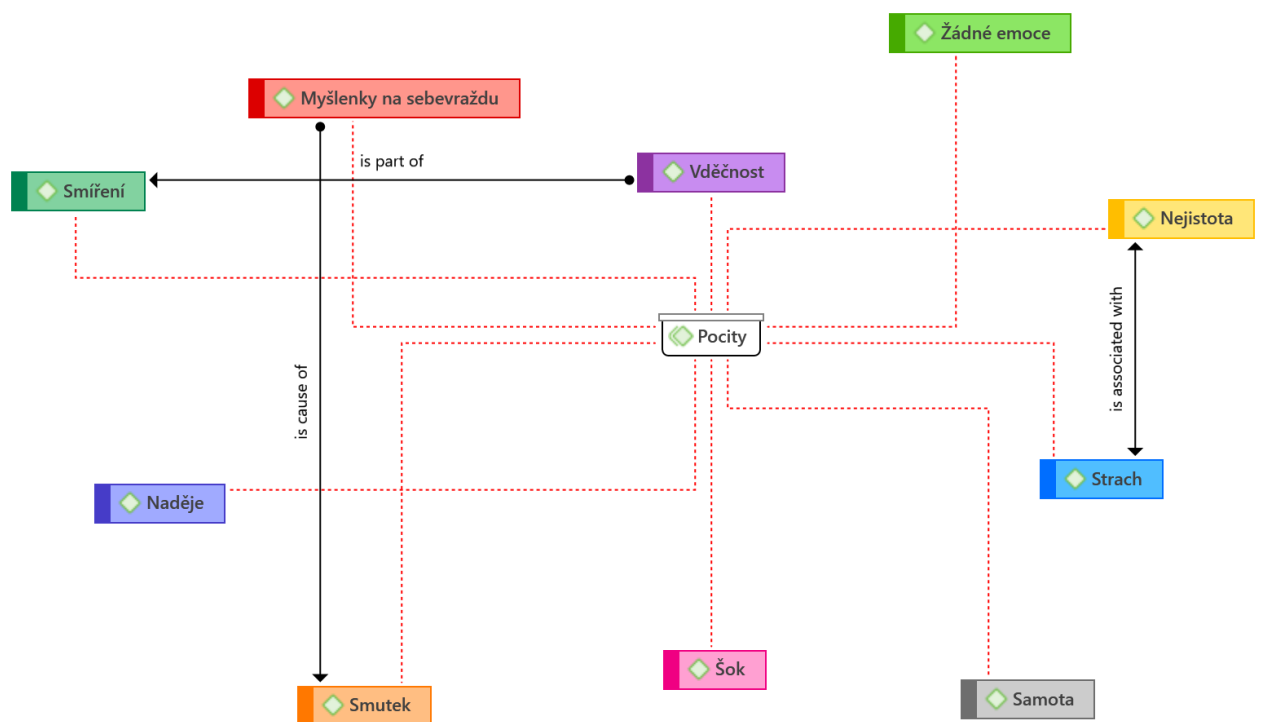
Ahn et al. (2020) v jejich průzkumu zkoumali přeživší pacientky v časně fázi po adjuvantní terapii karcinomu prsu a vztah mezi fyzickou aktivitou, stravovacími návyky a kvalitou života. Zjistili, že fyzická aktivita prospívá ke zlepšení emočních funkcí, kterými může být bolest a úzkost. Pozornost by se tedy měla věnovat neaktivním pacientkám, aby zvýšily svou fyzickou aktivitu, která jim pomůže ke zlepšení kvality života a stravovacích návyků. Pohyb v mém průzkumu uvedly pouze 2 respondentky.

Machálková (2020) se ve své diplomové práci zabývala aspekty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu jehož součástí jsou také copingové strategie. Z jejího výzkumu vyšlo, že jedna z jejích respondentek překonala nejhorší období díky optimistickému naladění a odhodlání nemoc porazit. Jedna respondentka praktikovala dechová a meditační cvičení, díky kterým si udržovala kontrolu nad svým tělem. Důležitým krokem bylo také přijetí nemoci.

Tento výsledek je shodný také s výsledkem mého průzkumu, kdy pozitivní myšlení uvedly 2 respondentky. Jedna z odpovědí pojící se k tomuto tématu zněla: „Důležité je v každém případě s nemocí nebojovat, nemoc se musí přijmout a jet dál.“

Jednou z nejčastějších odpovědí dle myšlenkové mapy je péče o děti. Pro 3 respondentky byly děti motivací, která je během léčby zaměstnávala a přiváděla na jiné myšlenky. Také Machálková (2020) ve své práci uvádí, že si 3 její respondentky snažily zachovat co nejvíce běžný život, tedy pokračovat v práci a zaměstnávat hlavu jinými myšlenkami než těmi na nemoc.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké pocity se objevovaly u respondentek po stanovení diagnózy či v průběhu léčby?



Obrázek 3 - Pocity (vlastní zpracování)

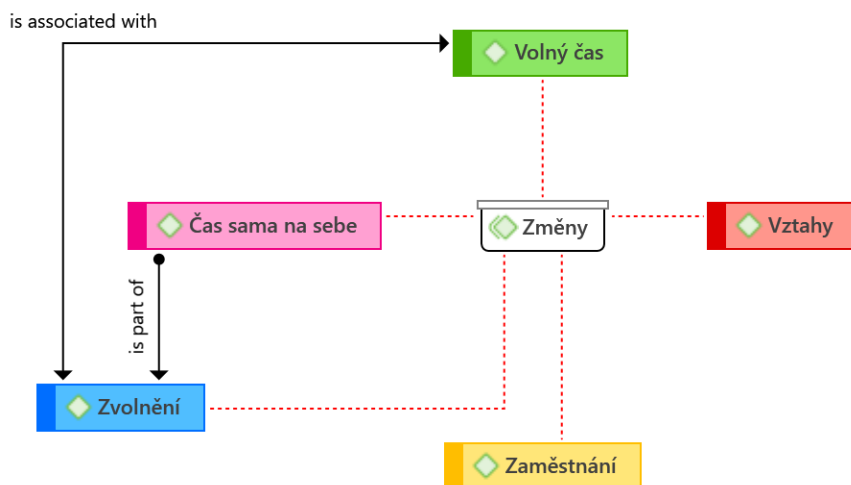
Peterková, Skřivanová, Zamastilová a Svěrák (2015) ve své publikaci uvádí, že pacienti, kteří onemocní onkologickým onemocněním prožívají široké spektrum psychologických reakcí. Mezi obvyklou prvotní reakcí na diagnózu patří šok, který v mém průzkumu potvrdily 2 respondentky. Další respondentka uvedla, že po oznámení diagnózy prožívala smutek a měla sebevražedné myšlenky, ale díky podpoře od rodiny se její pocity změnily. Dále jedna z respondentek uvedla, že oznámení diagnózy předem očekávala, a proto její reakce byla téměř

bez emocí. Některé respondentky taktéž potvrdily, že po nahmatání bulky a prvotních vyšetřeních diagnózu očekávaly, a proto pro ně sdělení nebylo šokující.

Nejčastějším pocitem, který se u respondentek vyskytoval byl strach, který u některých převládá dodnes. Nejčastěji uváděly strach z bolesti, strach z recidivy, strach ze smrti a s tím spojený strach o děti a partnera. Strach měl spojitost také s nejistotou, kterou ženy pociťovaly hlavně během čekání na výsledky biopsie. Dále 2 respondentky potvrdily, že v období léčby pociťovaly samotu. Také Bártová (2018) ve své diplomové práci zjistila, že všechny její dotazované respondentky prožívaly pocity nejistoty, strachu z budoucnosti a střídání období naděje a beznaděje.

Pozitivní pocit, a to pocit vděčnosti se vyskytl u 3 respondentek. Ženy uvedly, že si začaly více vážit každodenních maličkostí, jsou vděčné za to, že tu mohou být a vidět vyrůstat své děti. Jedna z respondentek uvedla, že je vděčná za to, že díky nemoci získala novou práci. „*Ta nemoc, když přišla tak mi hodně vzala, ale hodně mi dala.*“ Pocit vděčnosti může být součástí procesu smíření a přijmutí nemoci.

Průzkumná otázka č. 4: Jaké změny přivedla léčba karcinomu prsu do života respondentek?



Obrázek 4 - Změny (vlastní zpracování)

Vliv na prožívání onemocnění mají také změny, které s sebou nemoc a léčba přinášejí. Zjišťovala jsem, jaké změny nemoc přinesla do života mým respondentkám zejména v oblastech vztahů, zaměstnání a volnočasových aktivit. Zjištěním bylo, že některé změny, které respondentky uváděly nejsou pouze negativní ale i pozitivní.

Všechny tázané respondentky uvedly, že v rámci volného času musely přestat s určitými sporty nebo zálibami např. jízdou na kole. V rámci toho ale začaly s novými druhy pohybu, nejčastěji uváděly chůzi, plavání a jógu. Respondentka č. 6 se musela v důsledku léčby vzdát saunování, opalování, jízdy na motokárách, ale začala se věnovat jízdě na koni a střelbě. Respondentka č. 7 musela kvůli otokům a bolestem horní končetiny přestat s pletením. V rámci volného času většina respondentek zvolnila a spolu s tím začaly 3 respondentky věnovat více času samy sobě a postavily sebe na první místo. Změny ve volnočasových činnostech potvrzuje ve své bakalářské práci také Závodná (2020) u které se 4 ze 7 respondentek musely vzdát určitých zálib a činností v důsledku onemocnění, 2 respondentky se přestaly po nemoci opalovat a další 2 přestaly kouřit. Novu zálibu objevilo 6 žen, nejčastěji uváděly sport a cvičení.

Baslíková (2017) ve své diplomové práci došla k výsledku, že ani u jedné z dotazovaných respondentek nedošlo ke zhoršení vztahů s rodinou, partnery a přáteli ale naopak v nich měly největší oporu, a proto nepotřebovaly vyhledat odbornou pomoc. Z mého průzkumu vyplynulo, že pro 5 respondentek byla největší oporou rodina nebo partner a jejich vztahy se buď nezměnily nebo se změnily k lepšímu. Pro 2 respondentky byli největší oporou přátelé. Pouze u jedné respondentky došlo v partnerském vztahu ke zhoršení.

2 ze 7 respondentek, konkrétně respondentka č. 4 a č. 6 odpověděly, že během léčby nemusely opustit zaměstnání. Jejich zaměstnání a pandemie covid jim umožňovala pracovat z domova. Zbylých 5 respondentek odpovědělo, že musely přerušit nebo úplně opustit zaměstnání. Respondentka č. 1 uvedla, že ji nemoc zklidnila a na několik měsíců přerušila živnostenský list. Respondentka č. 2 v důsledku svého onemocnění změnila zaměstnání, ale je vděčná, že díky nemoci získala novou práci. Respondentky č. 3 a č. 7 musely rozvázat pracovní poměr a byl jim uznán invalidní důchod. Respondentka č. 7 odešla ze zaměstnání kvůli bolestem a otokům horní končetiny. V pracovní neschopnosti se ocitla také respondentka č. 5, která se plánuje do svého zaměstnání vrátit. Závodná (2020) ve své bakalářské práci také zkoumala do jaké míry onemocnění rakovinou prsu ovlivnilo pracovní život respondentek a výsledkem bylo, že 3 ze 7 dotazovaných respondentek nepocítily žádné omezení v pracovním životě. Zbylé 4 respondentky změnu pocítily a 2 z nich muselo práci změnit.

Průzkumná otázka č. 5: Jak hodnotí respondentky péči a komunikaci s lékařem a radiologickými asistenty a co by bylo dobré zlepšit?

Chyby v komunikaci a péči	Návrhy na zlepšení	Klady v komunikaci a péči
Absence individuálního přístupu	Méně pacientů na jednoho lékaře → větší zájem o pacienty	Nabídnutí psychoterapie
Nedostatek informací	Podávání většího množství informací	Pozitivní a motivující přístup
Mužští radiologičtí asistenti	Oblasti týkající se žen → ženské laborantky a naopak	Vhodná komunikace při vysvětlování postupu
Necitlivý přístup	Více lidskosti a empatie	

Tabulka 1 - Hodnocení péče a komunikace s lékařem a RA

Komunikace a péče ze strany lékaře a ostatních zdravotníků má velký vliv na prožívání léčby u pacientů. Z tohoto důvodu byly vytvořeny kódy **Chyby v komunikaci a péči** a **Klady v komunikaci a péči**, pod které byly zařazeny oblasti, které respondentky zmiňovaly během rozhovorů. Za chyby v péči a komunikaci ženy nejčastěji považovaly **absenci individuálního přístupu**, což vyplývá například z odpovědi: „Člověk by čekal, jako víte co, podstupujete docela náročnou léčbu, jde tam o život, jako fakt si uvědomujete, že to jako žádná sranda není, a i tam to bylo brané tak kus od kusu. Jako že to tam frčí, a máme dalšího, jako kdyby víc vysvětlovali, byli víc lidštější, ale to je všude. I málokterý doktor s Váma takhle mluví. Jako všichni Vás berou jako honem, honem, máme dalšího pacienta, pojďte, a přitom jako fakt se s tím setkávám hodně u těch onkologických pacientů, že prostě jsme v čekárně, tak si povídáme, nebo teďka jak jsem ve skupině, tak málokdo narazí na doktora nebo na tady ty sestřičky kdo jako si s Váma povídá, kdo Vás bere opravdu jakože fakt vám jde o život. Nebo: „Asi teď to řeknu blbě, ale kdyby tam ten onkolog nebyl, tak je stokrát líp, protože oni opravdu nepřistupují k lidem individuálně, ale podle předepsaných nějakých daných pravidel a ve chvíli kdy já řeknu, že ty prášky nechci, tak mi na to řekne „se vám to do roka vrátí“. Jak to může říct. Takže ten onkolog kromě toho, že neuměj komunikovat s lidma jako s pacientama, tak ještě ke všemu vesměs tu práci převádí na někoho jiného místo toho, aby to řešili oni.“. Návrh na zlepšení zněl například takto: Já si myslím, že onkolog něco dopředu ví a mohl by poradit. Měli by ty onkologická centra být s tímto provázané. Dát kontakty, říct, vaše diagnóza je typická na tyto operace, tady máte kontakt, zavolejte si tam. Oni řeknou, to záleží na vás obvolejte si to sami.

*Doktoři s vámi nemluví, oni vás berou prostě jako číslo. A to je špatně. A člověk to cítí. I já to cítím, moje doktorka je vynikající diagnostik ale komunikovat neumí. Dále si ženy stěžovaly na **nedostatek informací**, což potvrzuje například tato odpověď: „Protože těch informací, Vám dají strašně málo, takové to pochopení je tam hrozně malé. Fakt toto je věc, která by se měla hrozně zlepšit, protože my potom jsme odkázáni opravdu na to, že hledáme na tom internetu. Oni vám řeknou nehledejte, ale co máme dělat.“. Návrhem na zlepšení byla např. odpověď: „Jen víc, aby mluvili, aby těm ženám řekli, co se bude dít, jak to vypadá třeba...něco takového, víc takové informativnosti, aby ty ženy byly klidné, že ta radioterapie, že zabírá a že jdeme dobrým směrem.“ Jedna z respondentek poukázala na **mužské radiologické asistenty**, ve spojitosti s ozařováním prsu. Její odpověď zněla: „Samozřejmě nebylo příjemný taky jako když člověk šel na to ozáření, tak že to tam obsluhovali chlapi. Jako říkala jsem si „jsou zvyklí“. A to samý, protože ten proton je doporučovanéj vlastně i pánům kvůli prostatě, tak že v podstatě jsem si říkala, že ty ženský zase obsluhují ty chlapi. Takže člověk už to pak nějak jako ve finále pomine ale ty první dvě ozařování byly takový zvláštní s tím chlapem, co tam byl jako. Ale potom on začal i vtipkovat, tak už to bylo takový jako víc uvolněnější, ale myslím si, že některým ženám to mohlo hodně vadit. Co si budem, slyšela jsem hromadu ženských co říkaly že nejsou schopný se svlíknout ani před svým manželem po tom všem a ještě se svlíkat před cizím člověkem prostě při ozařování kde to není jako úplně nejlepší, nejúžasnější a nejskvělejší.“ Návrh na zlepšení zněl: „Mohly tam bejt jenom ty ženský u těch ženských. Jak jsou to ženský věci – ženy, jak chlapský, tak chlapi.“. V neposlední řadě ženy zmiňovaly **necitlivý přístup** jak ze strany lékařů, tak radiologických asistentů. Odpovědí bylo například: „Ta lidskost jako kdy si tam leháte pod ten přístroj, víte že je to i nebezpečný stroj, že to není jen o tom, že vám pomáhá, ale zároveň může i ublížit, tak když s váma nikdo nemluví u toho jo, oni vám jenom striktně říkají, co máte dělat, jak máte si lehnout...“. Nebo: „Čekala jsem po té psychické stránce, že na mě budou tak jako milejší.“ Nejčastějším návrhem na zlepšení bylo více lidskosti jako to třeba například uvádí tato odpověď: „Hlavně lidskost, víte co, člověk něčím prochází, jeden den je Vám dobře, a další den se Vám zhrouť svět.“*

Informovaností a individuálním přístupem se zabývala také Hančovská (2016), která ve své bakalářské práci pomocí dotazníkového šetření zjistila, že 13 z 32 dotazovaných žen uvedlo, že jim ze strany lékaře chyběl dostatek informací jak o léčbě, tak jakýsi vhled do možností a služeb, které mohou po sdělení diagnózy využít. Dále 7 z 32 žen uvedlo, že postrádaly lidský přístup od lékařů a ostatních zdravotníků a ocenily by více empatický přístup. V souvislosti

s tím také uváděly, že by bylo dobré, kdyby si lékař na jejich rozhovor vyhranil více času a podával informace podrobněji.

Během rozhovorů respondentky udávaly také klady v komunikaci a péči. Celkem 3 respondentky uvedly, že jim byla po oznámení diagnózy **nabídnuta psychoterapie**. Ostatní respondentky uvedly, že jim nabídnuta nebyla, ale nepovažovaly to ze strany lékaře za chybu, protože se ze sdělení diagnózy údajně nehroutily, a proto jim nebyla nabídnuta. Odpovědi na otázku, zda bylo ženám nabídnuto psychologické poradenství zněly např. takto: *Psycho jsem nepotřebovala. Nabídnuto mi nebylo, ale to spíš možná i vzhledem k tomu, že ta doktorka právě na mě viděla, že jsem naprosto v pohodě.* Nebo: *„Ano byla. Využila jsem to, opravdu no. Myslela jsem si, že ne a využila to teda i moje mamka.“* Nebo: *„Nabídnuta mi byla, dokonce několikrát. Já, ne že bych tomuhle nevěřila, já to chápu, že to tak někdo má, že to někdo potřebuje, ale já si to spíše potřebuju probrat sama v hlavě.“* Celkem odbornou pomoc využily 2 respondentky. Dále si některé respondentky chválily **pozitivní a motivující přístup** jak ze strany lékaře, tak radiologických asistentů což potvrzují např. tyto odpovědi: *„Jsem v té skupině Rakovina prsu, a vím, že třeba někdy holky tam říkají, že se bojí, když se to smaže, ty čáry, že potom ty sestry jsou, jakože zlé a kdesi cosi. Ale já jsem těm dámám řekla, že se musím sprchovat, jelikož mám tu hormonální léčbu, takže mám ty šílené návaly, že se musím sprchovat třeba v létě i 2x nebo tak. Že to nedokážu neumývat, ale řekly, že se nic neděje, že to nakreslí znovu a jedeme dál. Já jsem měla ten přístup v pohodě.“* Nebo: *„Já, když jsem přišla na první konzultaci, tak si lékařka přišla pro mě do vestibulu, a ne jakože někde sedím a „další!“ ne, prostě přišla přímo ta doktorka, která se o mě zajímala a přímo řešila paní *****, já jsem ta a ta, pojd'te dovnitř, já vám ukážu, kde je moje ordinace.“* Jedna z respondentek zmínila **vhodnou komunikaci při vysvětlování postupu**, což potvrzuje tato odpověď: *„Samozřejmě ta jedna paní doktorka, co mě zaučovala s tím dýcháním, tak ta byla výborná, ta mi to vysvětlovala opravdu jak dítěti.“*

Individuálním přístupem a lepší informovaností se zabývali také Antoni et al. (2021) a výsledkem jejich průzkumu bylo, že pacienti, u kterých proběhlo poučení o individuálním postupu před radiační terapií, byli lépe informovaní a více spokojení, ale nesnížilo to jejich úzkost, která byla výrazně ovlivněna mírou únavy.

10.1 Stanovení nové hypotézy

Nejčastěji používaným slovem během rozhovorů bylo slovo „jsem“ (viz obrázek 5). „Existenciální pozice zdůrazňuje konflikt, který pramení z konfrontace člověka s podmínkami existence.“ Krizové zážitky, kterými je například konfrontace s vlastní smrtí, důležitá rozhodnutí či zhroucení nějakého fundamentálního schématu jež dávalo životu smysl, mohou být začátkem procesu hluboké osobní reflexe. Prožitkový svět člověka je vyplňován samotou, tichem a nepřítomností každodenních rozptýlení, a dokáže-li jedinec upozadit každodenní svět a uvažovat hluboce o své situaci, svých možnostech a hranicích ve světě, stojí před podmínkami existence. Mezi čtyři základní záležitosti patří smrt, svoboda, osamělost a ztráta smyslu z čehož smrt je záležitostí nejzřejmější a nejsnáze představitelnou. (Yalom, 2020, s. 16).

Lze předpokládat, že všechny respondentky stály před otázkou své existence po diagnostikování rakoviny prsu a následné léčbě, jelikož byly v přímé konfrontaci s vlastní smrtí. Slovo „jsem“ vyjadřuje vnímání vlastního jáství, pojetí ženskosti a důležitost existenciality.



Obrázek 5 – Existencialismus

10.2 Limity práce

Tato bakalářská práce byla limitována malým počtem respondentů. Bylo poměrně komplikované sehnat dostatečný počet respondentek, které by otevřeně mluvily o prodělané léčbě a svých pocitech. Výsledky práce by bylo možné více rozpracovat v dalších bakalářských či diplomových pracích na podobné téma. Radioterapeutická léčba je totiž ve většině případů spojena s další léčebnou metodou. U všech respondentek byla v primární léčbě použita chemoterapie před radioterapií. Prožívání respondentek tak mohlo být ovlivněno i jinými typy léčby.

11 ZÁVĚR

Bakalářská práce se v teoretické části zabývala karcinomem prsu, jeho diagnostikou a léčbou. Dále byl vymezen termín kvalita života a v jednotlivých podkapitolách rozebráno prožíváním onkologicky nemocného pacienta, omezení životních potřeb, psychické obtíže, důležitost sociální opory a strategie a taktiky zvládání nemoci. Dále byla rozvinuta kapitola prvků krizové intervence včetně základů komunikace a aktivního naslouchání ze strany lékaře a zdravotníků a téma psychoterapie. V poslední části byly interpretovány zahraniční průzkumy na podobné téma.

Pro průzkumnou část práce byly zvoleny 2 hlavní cíle a 5 průzkumných otázek. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Jedním z cílů průzkumné části bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje radioterapeutická léčba životy respondentek. Život pacientek nejvíce ovlivňují vedlejší účinky léčby, a proto jsem zjišťovala, které vedlejší účinky se objevovaly u mých respondentek. V průzkumu prezentovaném v praktické části práce respondentky nejčastěji uváděly únavu, která je jednou z celkových odpovědí organismu na ozáření. Dalším často vyskytujícím se vedlejším účinkem byly popáleniny, které se řadí mezi akutní účinky záření. Bylo zjištěno, že při zvládání vedlejších účinků radioterapie ženám nejčastěji pomáhal odpočinek, který souvisí s únavou. Také bylo zjištěno, jaké pocity prožívaly respondentky po stanovení diagnózy a v průběhu léčby. Nejčastěji prožívaným pocitem byl strach, který některé respondentky pociťují dodnes. Dalším zkoumaným tématem byly změny v životě respondentek. V oblasti vztahů většina z nich pocítila změny pozitivní nebo nepocítily změny žádné. Naopak většina respondentek potvrdila, že musely přerušit nebo úplně opustit zaměstnání a některým byl uznán invalidní důchod. Ve volném čase také většina respondentek pocítila určité změny. Musely se vzdát svých běžných aktivit a nahradit je novými, nejčastěji kvůli bolestem končetin a únavě. Ve výsledku tedy léčba karcinomu prsu ovlivňuje životy žen jak po psychické, tak fyzické stránce. Důležité je vyzdvihnout bilancování žen nad změnou životních priorit, kdy většina respondentek po prodělané nemoci a následné léčbě zvolnila své životní tempo nebo postavila na první místo samu sebe. Překvapivým zjištěním tedy bylo, že ne všechny změny musely být pouze negativní.

Druhým hlavním cílem bylo zjistit vhodné způsoby péče a komunikace ze strany lékaře a radiologických asistentů. Nejčastěji si ženy stěžovaly na nedostatek informací. Tento problém je dán nedostatečnou časovou kapacitou lékařů na jednotlivé pacienty. Návrhem na zlepšení by bylo méně pacientů na jednoho lékaře, a tedy více času na každého pacienta, podávání většího množství informací, doporučení a poskytování potřebných kontaktů.

Ve spojitosti s tím se respondentky svěřily, že postrádaly individuální přístup a některé se také setkaly s necitlivým chováním jak ze strany lékaře, tak při radioterapii od radiologických asistentů. Ženy by ocenily více empatického a lidského přístupu. Dalším možným nápravným opatřením by mohla být častější spolupráce s psychology obzvláště v oblasti jako je právě onkologická léčba. Pouze 3 respondentky uvedly, že jim byla po stanovení diagnózy nabídnuta psychoterapie. Jedna z respondentek se svěřila s tím, že psychologickou pomoc využila i její maminka. Kromě samotných pacientů, by se lékaři měli zaměřovat i na sekundárně zasažené, kterými jsou rodinní příslušníci a blízcí pacienta. Pacientovo zvládnutí nemoci a léčby se odvíjí také od sociální opory. Díky psychologickému poradenství by mohli být pacientovi blízcí poučeni, jak s onkologicky nemocným správně jednat a být mu oporou. Respondentky ale také zdůraznily určitá pozitiva. Některé se setkaly s pozitivním a motivujícím přístupem a vhodně zvolenou komunikací, která jim byla nápomocná při zvládnutí a prožívání léčby.

Analýza rozhovorů a tvorba myšlenkových map byla provedena pomocí programu Atlas.ti, díky kterému bylo zjištěno také nejčastěji užívané slovo v odpovědích respondentek. Celkovým nejpoužívanějším slovem bylo sloveso „jsem“ vystihující důležitost existenciality a uvědomění si vlastního jáství. Na základě tohoto zjištění byla stanovena nová hypotéza, jejíž podstatou bylo ocitnutí se před podmínkami své existence v souvislosti s diagnostikovaním život ohrožujícího onkologického onemocnění.

12 POUŽITÁ LITERATURA

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-2055-0.

AHN, S.-J. et al, 2020. Physical activity status in relation to quality of life and dietary habits in breast cancer survivors: subset analyses of KROG 14-09 nationwide questionnaire study. *Quality of Life Research* [online], 29(12), 3353-3361 [cit. 2021-11-22]. ISSN: 09629343. DOI:10.1007/s11136-020-02585-4.

ANTONI, D. et al., 2021. Anxiety during Radiation Therapy: A Prospective Randomized Controlled Trial Evaluating a Specific One-on-One Procedure Announcement Provided by a Radiation Therapist. *Cancers* [online], 13(11), 2572-2572 [cit. 2021-11-23]. ISSN 20726694. DOI:10.3390/cancers13112572.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BÁRTOVÁ, Petra, 2018. Psychologické aspekty „illness behaviour“ u onkologických pacientů. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Helena Klimusová, Ph.D.

BASLÍKOVÁ, Monika, 2017. *Psychosociální aspekty rakoviny prsu*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Slaná Reissmannová, Ph.D.

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. 227 s. ISBN 978-80-271-2288-2.

CIRIA-SUAREZ, L. et al., 2021. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *PLoS ONE* [online], 16(9), 1–23 [cit. 2021-11-20]. ISSN: 1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0257680.

COUFAL, Oldřich a Vuk FAIT, 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9.

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 166 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

FORSTER, T. et al, 2020. Fatigue following radiotherapy of low-risk early breast cancer – a randomized controlled trial of intraoperative electron radiotherapy versus standard hypofractionated whole-breast radiotherapy: the COSMOPOLITAN trial (NCT03838419). *Radiation Oncology* [online], 15(1), 1-10 [cit. 2021-11-23]. ISSN 1748717X. DOI:10.1186/s13014-020-01581-9.

GUPTA, A. et al., 2021. Perception, magnitude, and implications of cancer-related fatigue in breast cancer survivors: Study from a developing country. *Journal of Cancer Research* [online], 17(4), 998-1002 [cit. 2021-11-24]. ISSN 09731482. DOI:10.4103/jcrt.JCRT_151_19.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANČOVSKÁ, Vendula, 2016. *Kvalita života žen s rakovinou prsu*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec králové, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

HYNKOVÁ, Ludmila a Pavel ŠLAMPA, 2012. *Základy radiační onkologie*. Brno: Masarykova univerzita. 247 s. ISBN 978-80-210-6061-6.

CHU, C.-N. et al., 2021. Radiation-irritated skin and hyperpigmentation may impact the quality of life of breast cancer patients after whole breast radiotherapy. *BMC Cancer* [online], 21 (1): 1–8 [cit. 2021-11-20]. ISSN: 1471-2407. DOI:10.1186/s12885-021-08047-5.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

KOUKALOVÁ, B. et al., 2013. Spolupráce radiologického asistenta a lékaře při plánování léčby a v průběhu radioterapie u pacientek s karcinomem prsu. In: *Linkos.cz* [online]. ČOS ČLS JEP. [cit. 2021-11-17]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a->

[multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/spoluprace-radiologickeho-asistenta-a-lekare-pri-planovani-lecby-a-v-prubehu-rad/](#)

KYEI, K. A., E. O. NKANSAH, S. Y. OPOKU, 2019. Fatigue among breast cancer patients receiving radiotherapy at an oncology centre in Ghana. *South African Radiographer* [online], 57 (1): 15–18 [cit. 2021-11-20]. ISSN: 0258-024.

MACHÁLKOVÁ, Jana, 2020. *Aspekty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

MORAVČÍK, Branislav, 2013. Krizová intervence. In: *akutne.cz* [online]. [cit. 2022-01-06]. ISSN 1803-179X. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/krizova-intervence-moravcik-b.pdf>

NOVAKOV, I. et al., 2021. What contributes the most to the breast cancer patients' quality of life during therapy – clinical factors, functional and affective state, or social support? *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical* [online], 78(4), 445-455 [cit. 2021-11-22]. ISSN 00428450. DOI:10.2298/VSP190501024N.

PETERKOVÁ, H., K. SKŘIVANOVÁ, H. ZAMASTILOVÁ a T. SVĚRÁK, ed., 2015. *Zvládání psychické zátěže při diagnóze karcinomu prsu a jeho léčbě: průvodce pro pacientky, jejich rodiny a zdravotníky*. Brno: Masarykova univerzita. 59 s. ISBN 978-80-210-8042-3.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYŠKA, Aleš, 2014. Histologické vyšetření karcinomu prsu. In: *Linkos.cz* [online]. [cit. 2021-11-02]. ISSN 2570-8791. ČOS ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-prsu-c50/histologicke-vysetreni-karcinomu-prsu/>

ŘEHÁK, Jan, 2018. Výběr metodou sněhové koule. In: *encyklopedie.soc.cas.cz* [online]. [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Výběr_metodou_sněhové_koule

- ŘIHÁČEK, T., I. ČERMÁK a R. HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SAVELJIĆ, M. et al., 2021. The Quality of Life of Breast Cancer Female Patients in Montenegro. *Acta Medica Medianae* [online], 60(2):57-63 [cit. 2021-11-20]. ISSN: 0365-4478. DOI: 10.5633/amm.2021.0207.
- SEIDL, Zdeněk, 2012. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4108-6.
- SCHMIDT, M.E., J. WISKEMANN a K. STEINDORF, 2018. Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Quality of Life Research* [online], 27(8), 2077-2086 [cit. 2021-11-24]. ISSN 09629343. DOI:10.1007/s11136-018-1866-8.
- SIMONTON, O. C., S. SIMONTON a J. L. CREIGHTON, 2011. *Návrat ke zdraví: léčebná metoda pro pacienty s karcinomem a jejich rodinu: můžete překonat rakovinu nebo jinou životu nebezpečnou nemoc*. Vyd. 2. Přeložil Alena AMCHOVÁ. Praha: Plot. 182 s. ISBN 978-80-7428-075-7.
- SROBF.CZ. Nežádoucí účinky radioterapie. In: *srobf.cz* [online]. PANKREA. [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: <https://www.srobf.cz/cs/pro-pacienty/nezadouci-ucinky-radioterapie>
- ŠTĚPÁNOVÁ, Kateřina, 2021. *Akutní účinky radioterapie při ozáření prsu*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Bc. Alena Sovová.
- TEICHMAN, S. et al, 2018. Improved long-term patient-reported health and well-being outcomes of early-stage breast cancer treated with partial breast proton therapy. *Cancer Medicine* [online], 7(12), 6064-6076 [cit. 2021-11-22]. ISSN 20457634. DOI:10.1002/cam4.1881.
- TESAŘOVÁ, Petra, 2011. Karcinom prsu. In: *Onkologiecs.cz* [online]. Solen s.r.o. Roč. V, č. 1, s. 8. [cit. 2021-10-29]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/01/02.pdf>
- UMIRANI.CZ, 2015. Jak dlouho truchlení trvá. In: *umirani.cz* [online]. [cit.2022-01-27]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/jak-dlouho-truchleni-trva>
- VOMÁČKA, Jaroslav, 2015. *Zobrazovací metody pro radiologické asistenty*. Druhé, doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 157 s. ISBN 978-80-244-4508-3.

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

YALOM, Irvin D, 2020. *Existenciální psychoterapie*. Vydání druhé. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál. 544 s. ISBN 978-80-262-1587-5.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZÁVODNÁ, Sára, 2020. *Změny postojů k životu u pacientek po rakovině prsu*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Ondřej Podeszwa.

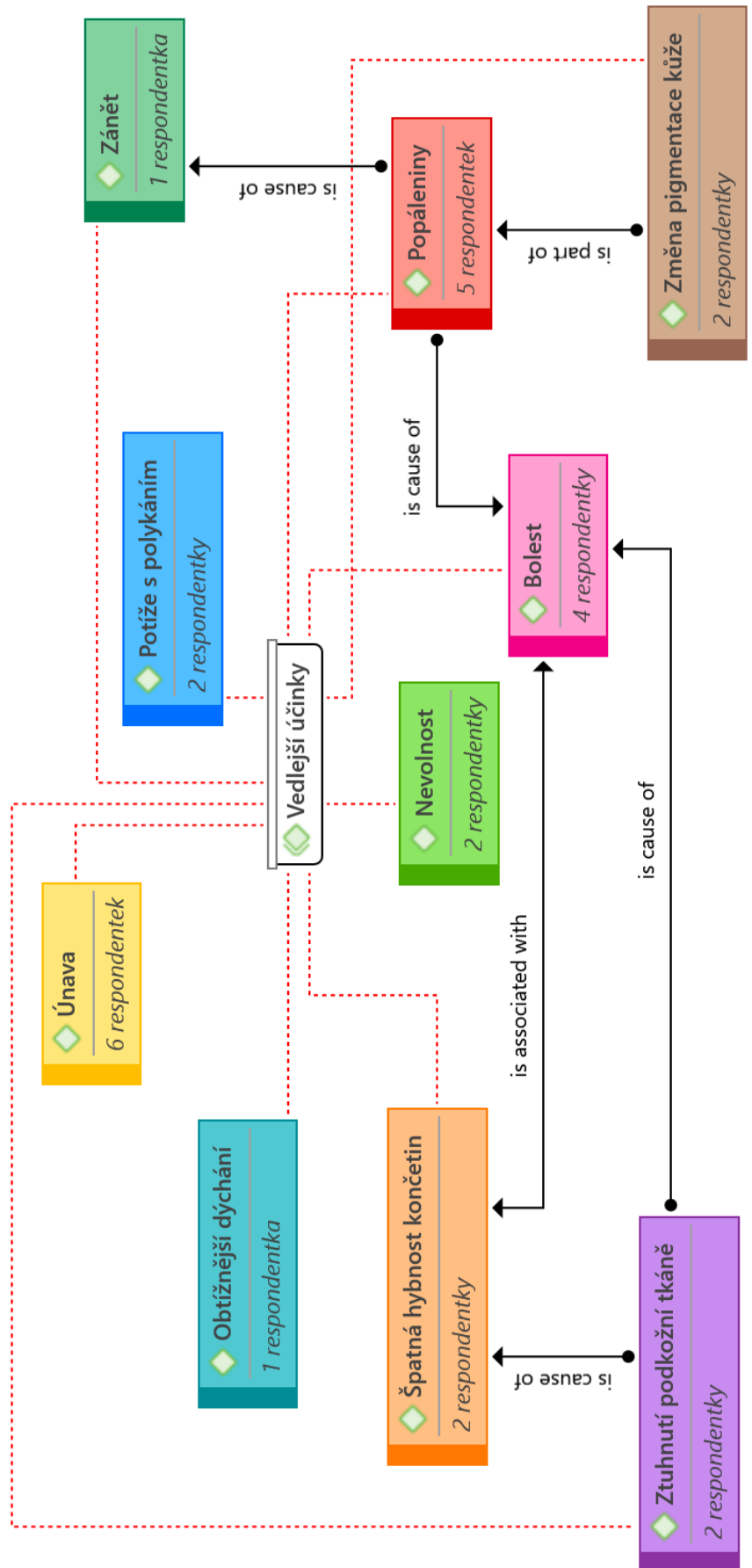
ZEPPEGNO, P. et al, 2021. Psychotherapy with Music Intervention Improves Anxiety, Depression and the Redox Status in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Cancers* [online], (8), 1752-1752 [cit. 2021-11-22]. ISSN 20726694. DOI:10.3390/cancers13081752.

ZHANG, J.-J. et al., 2018. Relationship between time elapsed since completion of radiotherapy and quality of life of patients with breast cancer. *BMC Cancer* [online], 18, 1-1 [cit. 2021-11-23]. ISSN 14712407. DOI:10.1186/s12885-018-4207-y.

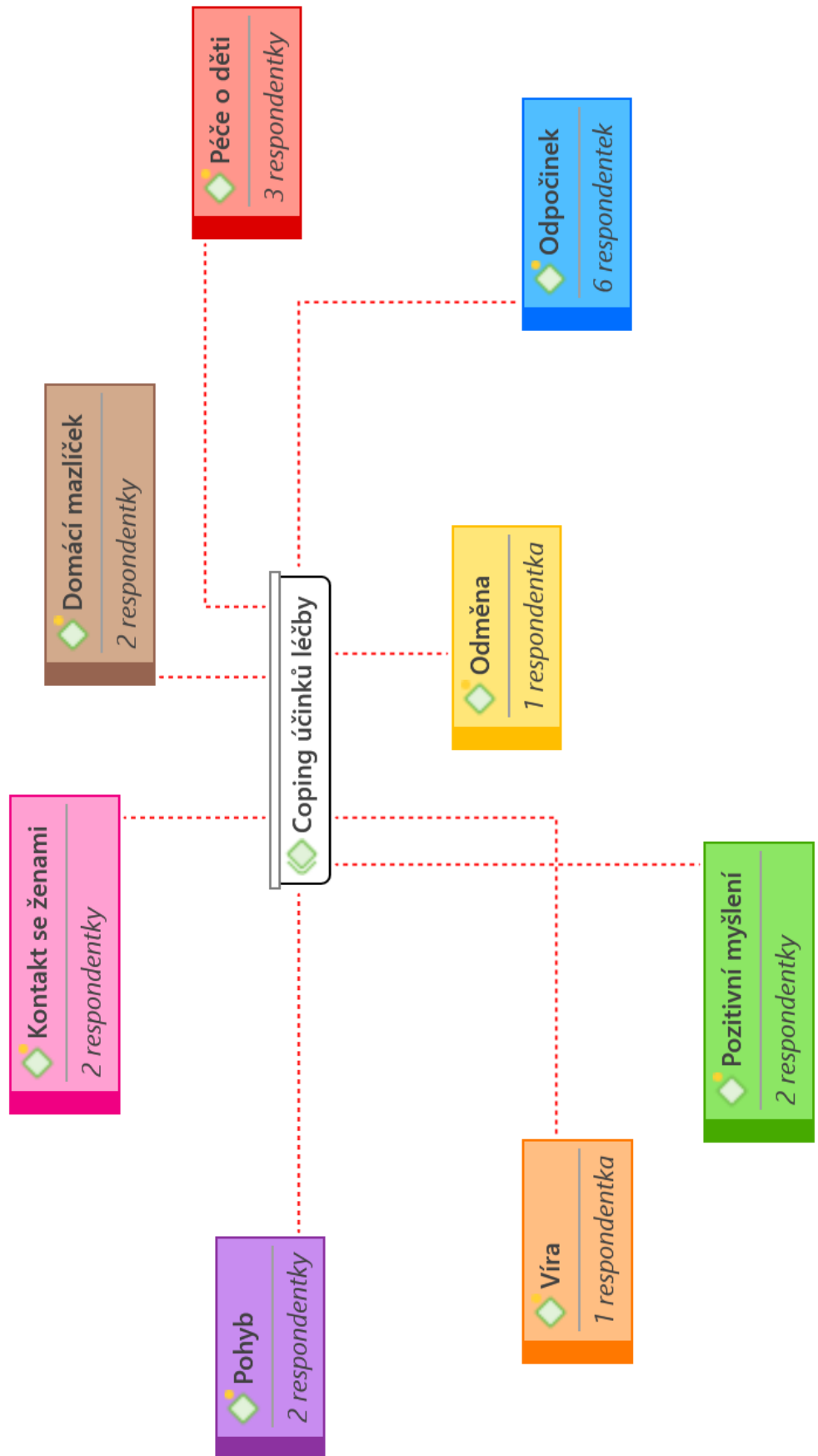
13 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Vedlejší účinky</i>	71
Příloha B – <i>Coping účinků léčby</i>	72
Příloha C – <i>Pocity</i>	73
Příloha D – <i>Změny</i>	74
Příloha E – <i>Existencialismus</i>	75

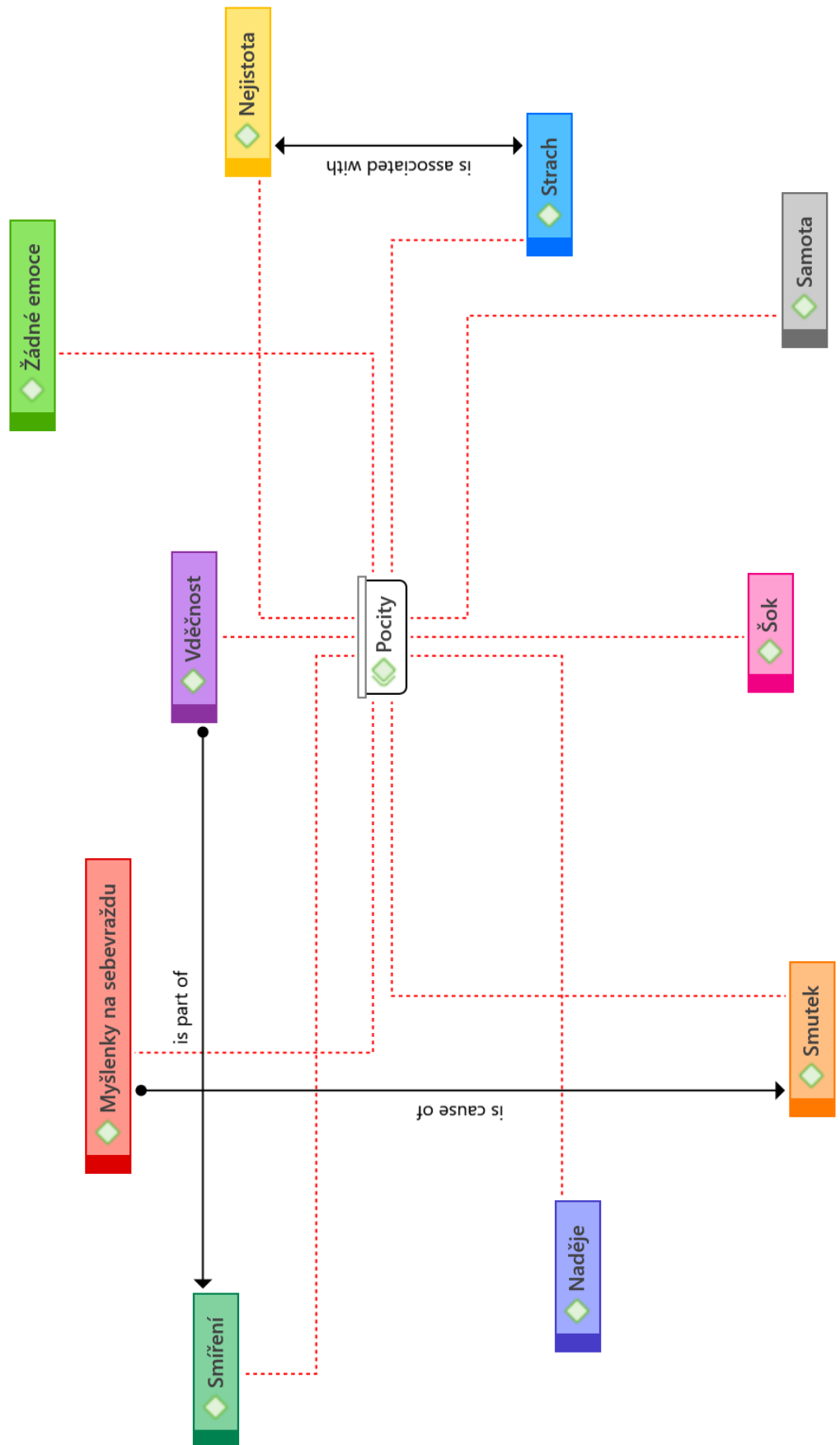
Příloha A – Vedlejší účinky

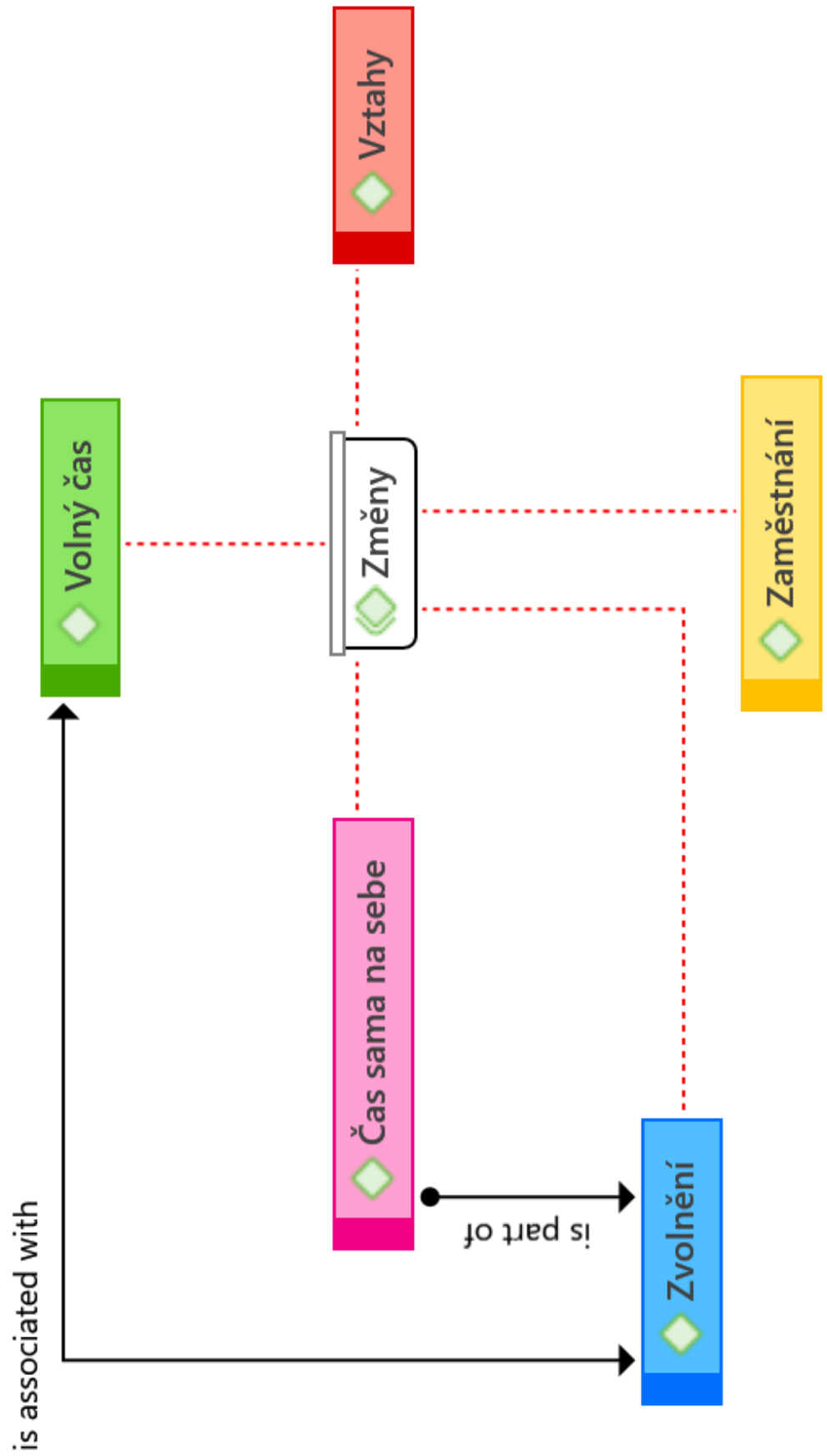


Příloha B – Coping účinků léčby



Příloha C – Pocity





3x dali nechci mne řeknou pořádku aji lepší dám
dítě zánět roku emoce km nebude nebudu vlny sono ii
aktivitách můj dost životosprávu uvědomila rámci nabídnuta zo měli řekli
nový nechtěla jeden sú pocit operaci neměla ono je trošku chemoterapii dělala jakým líto
při apod rakovinu např bolesti nevíím nějakým bez potřebovala nějaký dobře nějaké id manžel ním sebe který let toto kila len měl
hlavě okamžitě strany problém život pomoc má případně totiž jsme nic bych takové období právě měsíce nad kteří hodiny daj
oblastech nakonec čas další vo docela někdy nějak spíš tu asi mě za protože vaší pro sama žít ze zase sdělení čekala váš
su nikdo jej člověk při čo jakoby takový oni jo bude toho ten už jak je tak aj mi měla byl potom ho pohodě ráda zaměstnání
povídat letech léčba celé jen říct jakoby takový oni jo bude toho ten už jak je tak aj mi měla byl potom ho pohodě ráda zaměstnání
operace jela vždycky jenom od bude toho ten už jak je tak aj mi měla byl potom ho pohodě ráda zaměstnání
vztahy změnilly lidi kdy byli hodně ji byla jako jí úplně ještě nebylo jaké věci obě bolí začalo
piť zas chemo kvůli první samozřejmě dá teda co že jsem na takže řekla tom ani kdyby bolo předtím všichni
dny brna pomohlo našla tomu vaše než tam bylo té když se sija ale mám opravdu rakovina celá strach zjistila lip cítím
dív jaký normálně chemoterapie jestli děti prostě ne ty po ct ja kosti něco člověk začala ať roli takhle faj probíhalo kilo
pouze zjistili dál šlo musí ma aby všeho během vám třeba som nebo jsou není špatně léčbu myslala nejhorší díky
rokovala dva dělat hlavně ně ona atd byly moc těch vlastně nemoc lebo což kde říkám přesně fyzicky účinky
přimo dobrý budou musím jinak hned tady či prsu kdo možná vůbec taky sem chodila ke ovlivní klid
proč byla dostala hormonální někdo půl nič naopak tři způsobem musela před prso strašně chvíli fajn ano
napadá tohle kterež chtěla nás týden řeknu nikdy přišla práce mu jednou také šel bolelo
asistentů jde hrozně začal diagnostikována můžu změnila ké dlouho
léky nemocná dozvěděla doktor
mala