

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filosofická fakulta  
Katedra psychologie

**TERCIÁRNÍ ZISK Z NEMOCI  
U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ**  
(TERTIARY BENEFIT FROM ILLNESS IN CANCER PATIENTS)



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Veronika Tlušťíková  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc  
**2012**

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu diplomové práce, panu Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D., za vstřícný přístup, nadhled a mnoho odborných a podnětných rad a připomínek, kterými významně přispěl ke vzniku této práce. Děkuji také Mgr. Danielovi Dostálovi za ochotu a odbornou pomoc. V neposlední řadě velmi děkuji všem skvělým ženám ze sdružení Onko – Amazonky, které souhlasily s účastí na výzkumu a podělily se se mnou o své zkušenosti s nemocí. Bez nich by realizace mého výzkumu nebyla možná.

**Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Terciární zisk z nemoci u onkologických pacientů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. března 2012

.....

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění.

Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích.

Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

# OBSAH

OBSAH .....	5
ÚVOD.....	7
1. RAKOVINA: TERMINOLOGIE.....	10
1.1. BENIGNÍ A MALIGNÍ NÁDORY .....	11
1.2. KARCINOM, SARKOM, LYMFOM.....	12
1.3. BIOPSIE.....	13
1.4. LÉČBA RAKOVINY.....	13
1.5. LÉČBA KARCINOMU PRSU .....	15
1.6. REMISE, RELAPS, VYLÉČENÍ .....	15
2. EPIDEMIOLOGIE ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V ČR.....	16
2.1. EPIDEMIOLOGICKÉ TRENDY V ČR .....	16
2.2. MAMOGRAFICKÝ SCREENING .....	17
2.3. VÝSKYT RAKOVINY PRSU V POPULACI .....	18
2.4. KARCINOM PRSU U MUŽŮ.....	19
2.5. PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY .....	19
3. RAKOVINA JAKO HROZBA SMRTI .....	21
3.1. UMÍRÁNÍ A SMRT .....	22
3.2. ODSTRAŇOVÁNÍ SMRTI ZE ŽIVOTA .....	23
3.3. SMRT NEMOCNÍČNÍ.....	25
4. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ .....	27
4.1. FÁZE PODEZŘENÍ .....	27
4.2. FÁZE DIAGNÓZY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	29
4.3. FÁZE LÉČBY .....	31
4.3.1. OPERACE KARCINOMU PRSU .....	32
4.3.2. ABLACE PRSU .....	33
4.3.3. NÁVRAT DOMŮ, ADAPTACE RODINY.....	34
4.3.4. ZVLÁDÁNÍ CHEMOTERAPIE A RADIOTERAPIE.....	36
4.4. FÁZE REMISE, HROZBA NÁVRATU NEMOCI .....	39
5. SMYSL ŽIVOTA A RAKOVINA: I TVOJE UTRPENÍ MÁ SMYSL .....	41
5.1 LOGOTERAPIE A EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA V. E. FRANKLA .....	41
5.2 FRANKLOVI ŽÁCI ELISABETH LUKASOVÁ A AFRIED LÄNGLE .....	45
5.3 IRVIN D. YALOM A ČTYŘI EXISTENCIÁLNÍ DANOSTI .....	47
6. RAKOVINA JAKO PŘÍLEŽITOST (POSTTRAUMATICKÝ RŮST).....	51

6.1.	DEFINICE POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU .....	55
6.2.	HLAVNÍ OBLASTI ZMĚN .....	57
6.3.	DIAGNOSTIKA POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU .....	57
7.	VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE .....	60
7.1.	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE STUDIE .....	60
7.2.	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....	61
7.3.	APLIKOVANÁ METODIKA .....	62
7.3.1.	DOTAZNÍK A INTERVIEW .....	63
7.3.2.	UŽITÉ DOTAZNÍKOVÉ METODY .....	64
7.4.	ORGANIZACE A PRŮBĚH STUDIE .....	67
7.5.	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	68
7.6.	METODY ANALÝZY A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	70
7.6.1.	KVALITATIVNÍ ANALÝZA .....	70
7.6.2.	STATISTICKÁ ANALÝZA .....	70
8.	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ PRÁCE .....	72
8.1.	K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM .....	72
8.2.	K PLATNOSTI HYPOTÉZ .....	76
9.	DISKUZE .....	80
9.1.	PROŽÍVÁNÍ PACIENTEK S KARCINOMEM PRSU, POZITIVNÍ NÁSLEDKY NEMOCI .....	80
9.2.	CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU MĚŘENÉ POMOCÍ INVENTÁŘE NEO .....	84
9.3.	CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU MĚŘENÉ POMOCÍ ŠKÁLY NADĚJE A EXISTENCIÁLNÍ ŠKÁLY .....	86
10.	ZÁVĚR .....	88
	SOUHRN .....	89
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....	93
	SEZNAM PŘÍLOH	

## ÚVOD

Ve své magisterské práci se zabývám na první pohled nepříjemným tématem – onkologickým onemocněním. Rakovina je strašák dnešní doby, lidé si o ní zřídka kdy chtějí povídat. Přejde-li řeč na rakovinu, je to potichu, v koutku a mezi lidmi, kteří si důvěřují natolik, aby si sdělovali smutné zprávy. Nejrady bychom předstírali, že onemocnění jako je rakovina, v našem světě neexistují. A přesto – podle posledních validovaných údajů z Národního onkologického registru žilo v roce 2007 v naší zemi téměř 290 tisíc lidí, kteří měli nebo stále mají nádorové onemocnění<sup>1</sup>. Co z toho plyne? Že lidé s onkologickým onemocněním potkáváme kolem nás, jsou součástí našich rodin, mohou to být naši přátelé a známí.

Byla to má „osobní“ zkušenost, co mě před dvěma lety přimělo vybrat si téma ročníkové práce z psychoonkologické oblasti. Bylo to čerstvě poté, co maminka mého partnera onemocněla na rakovinu, jejíž průběh byl tak prudký, že svému onemocnění po pár měsících podlehla. V těžké době prohrála několikaletý souboj s rakovinou prsu blízka přítelkyně mé maminky. A jak se říká, neštěstí nikdy nechodí samo. V tomtéž roce mi zavolala kamarádka ze střední školy, že má pro mě dvě zprávy. Jednu dobrou a jednu špatnou. Ta špatná byla, že jí diagnostikovali leukémii. Ta dobrá, že jde o akutní a tedy léčitelnou formu. Pouze jeden z těchto příběhů o rakovině má dobrý konec. Pro moji kamarádku s leukémií se naštěstí brzy podařilo sehnat dárce kostní dřeně, úspěšně podstoupila transplantaci a dnes se těší dobrému zdraví.

Od té doby uběhla dlouhá doba. Pod vlivem těchto událostí jsem se začala o rakovinu intenzivně zajímat. Zjistila jsem, jak fungují onkologická oddělení nemocnic, jak se dá rakovina léčit, jak to vypadá, když člověk stráví tři měsíce v nemocnici a co s člověkem udělá chemoterapie. Viděla jsem únavu, smutek, byla jsem na dvou pohřbech. Co mě však nepřestává fascinovat, je, jakou moc má toto onemocnění nad našimi životy. Když onemocněla maminka mého partnera, bylo ohromující sledovat, jak se pod vlivem té těžké nemoci proměňuje v silnějšího, vnímavějšího a vstřícnějšího člověka. Začala jsem na rakovinu pohlížet nejen jako na ránu osudu, ale jako na výzvu, která se před člověkem znenadání objeví a která mu dává příležitost změnit svůj život k lepšímu.

---

<sup>1</sup> (Dušek, Mužík, Abrahámová, Pavlík, Májek, Koptíková, Vyzula, Fínek, Vorlíček, 5. března 2010)

V rámci studie, kterou jsem uskutečnila ke své ročníkové postupové práci, jsem se setkávala s pacienty, kteří onemocněli leukémií. Zajímalo mne, jak snášejí dlouhé období izolace v nemocnici, jak se jim daří zpracovat fakt, že onemocněli závažnou nemocí a především zda se jim daří na této situaci nalézt něco pozitivního. Rozhodla jsem se v tomto duchu pokračovat také ve své magisterské práci. Napadlo mne, že by bylo užitečné tentokrát vyhledat skupinu nemocných s odlišnou diagnózou, než je leukémie. Proto jsem se změnila zaměření této práce na pacientky s karcinomem prsu, který je u žen nejčastějším typem nádorového onemocnění u nás, i ve světě.

Na následujících stranách proto předkládám nejdříve stručné pojednání o onkologických onemocněních jako takových. Domnívám se, že není lepší cesty, jak zmírnit strach z tohoto onemocnění, než studovat informace o charakteru onemocnění a možnostech léčby. Poté seznamuji čtenáře se situací výskytu onkologických onemocnění v naší zemi a s možnostmi včasného zachytu nádoru prsu, jejich příčinami a rizikovými faktory. Již jsem zmínila na počátku, že rakovina je pro mnoho lidí velice děsivá záležitost, neboť ji velice často asociujeme se smrtí. Neopomenu se proto zmínit o propojení rakoviny a smrti a vnímání smrti a umírání optikou lékaře i člověka – pacienta.

Můj zájem o onkologické pacienty se dále soustředí především na prožívání jejich nemoci; projdeme si fáze onemocnění od prvopočátku, kdy mnohdy pacient teprve tuší, že se možná něco děje, k počátečnímu šoku, kdy se dovídá, že vážně onemocněl, přes absolvování náročné léčby, chirurgických zákroků, až po návrat domů, do běžného života ve fázi remise a vyléčení. Poté již budu čtenáře směřovat ke středu mého zájmu a ose mé studie – tím je smysl onemocnění rakovinou v životě člověka a především otázka po potenciálním pozitivním zisku, který tato událost člověku může přinést. Opírám se přitom o myšlenky klasika pozitivní psychologie V. E. Frankla a jeho žáků, Elisabeth Lukasové a Alfriea Längleho; a doplním je příspěvky Irvina D. Yaloma, která učinil na poli existenciální analýzy. Odrazovým můstkem pro praktickou část magisterské práce bude stručný nástin soudobého konceptu rozvíjeného zatím především v zahraničí – o posttraumatickém růstu.

Cílem mého praktického snažení, jehož průběh a výsledky popíši v druhé části práce, bude oslovit pacientky s karcinomem prsu, sdružených ve svépomocné dobrovolné organizaci a zapojit je do výzkumu zaměřeného na terciární zisk z nemoci. Cílem je ověřit si, zda pacientky s karcinomem prsu mohou dosahovat pozitivních zisků zapříčiněných



zkušeností s onkologickým onemocněním. Vzhledem k charakteru zjišťovaných informací bude výzkum kombinovat kvalitativní i kvantitativní metody; ke zjištění potenciálních zisků využiji interview a vlastní kvalitativní dotazník. Ke zkoumání osobnostních charakteristik žen z výzkumného souboru a získání informací vzájemících se k tématu životní smysluplnosti, které nastiňuji ke konci teoretické části práce, využiji dostupné kvantitativní metody v podobě Existenciální škály A. Längleho, C. Orglerové a M. Kundiho, Snyderovy Škály naděje a osobnostního inventáře NEO Big Five.

Odvažuji se doufat, že některé poznatky a příklady lidí, o kterých bude zmínka na následujících stranách, překročí rámec kvalifikační práce, a budou pro čtenáře inspirací ve chvílích, kdy se ne vždy všechno daří tak, jak by si člověk přál.

# 1. RAKOVINA: TERMINOLOGIE

Rakovina – slovo, „které ochromuje jak pohled na Medúzu.“ (Walló, 2005, str. 29). Rakovinu si nejčastěji asociujeme s nevyčlelností, bolestí, utrpením, zoufalstvím, bezvýchodností, se smrtí. Z rakoviny jde strach a v myslích mnoha lidí je rovna podepsanému ortelu, je to konečná stanice.

Původně se pojmenování rakoviny vázalo k rakovi – živočichovi, jenž metaforicky šíří člověka zevnitř a rakovina byla již odedávna označovaná jako „nemoc maso šířící a rozjídající“. (Loucká, 2004). Se spojením rakoviny s rakem poprvé přišel již ve starověku doktor Galén, když upozoroval, že ženy trpící rakovinou prsu měly na hrudníku obraz ve tvaru raka. Jindy se toto pojmenování připisuje Hippokratovi ve 4. – 5. stol. přnl. (Koutecký, Konopásek, 1999). Rak byl vnímán jako zákeřný soupeř a vetřelec, který přináší zlo, ovládá lidské tělo a tím i celého člověka. Již od antiky si prý lidé spojovali raka s existencí zla v lidech. Zdá se, že rakovinu vzhledem ke všem mýtům a představám s ní spojeným, odjakživa obklopovala zvláštní aura. Název rakovina jako označení diagnózy je přitom značně nepřesné a víceméně laické, veřejnost považuje nejčastěji rakovinu za synonymum zhoubného nádoru. Rakovina je však spíše souhrnným označením nejrůznějších forem zhoubného buněčného bujení, které mají většinou různé prognózy a pravděpodobně také zcela rozdílné příčiny a vznik. (Tschuschke, 2004).

Na počátku proto považuji za užitečné objasnit některé pojmy, se kterými se čtenář v odborné literatuře méně či více často setká. Začneme obory, které se rakovinou intenzivně zabývají, a to jak z hlediska medicínského, tak bio-psycho-sociálně-spirituálního.

**Onkologie** je nauka o nádorech, užívající širokou odbornou terminologii. Je to nauka interdisciplinární, kombinující teoretické poznatky z odvětví jako je patologická anatomie, histologie, biochemie, cytologie, imunologie, virologie a cytogenetika s praktickými poznatky z oborů klinické medicíny. (Dostálová, 1993). Onkologie se člení na dva základní obory: onkologii experimentální a klinickou. Experimentální onkologové si kladou za cíl výzkum onkologických onemocnění a spolupracují s kolegy z oborů, jako je onkologická virologie, imunologie, genetika, biochemie, molekulární biologie a další. Klinická onkologie promítá výstupy experimentálních onkologů do praxe a přenáší je do

komplexní péče o pacienta, od prevence, po diagnostiku, léčbu a poléčebnou péči. (Koutecký, Konopásek, 1999).

**Psychoonkologie** připojuje k výše vyjmenovaných oborům odborné příspěvky z pole psychologie a blíže se zabývá psychologickými aspekty doprovázejícími onkologická onemocnění. Tschuschke (2004) definuje psychoonkologii jako interdisciplinární obor, „jenž se nalézá v průniku psychologie, psychoterapie a onkologie. Z dalších vědních disciplín čerpá z biologické psychologie, imunologie, endokrinologie, fyziologie, sociologie.“ (Tschuschke, 2004, str. 11) Psychoonkology spojuje zájem o psychosociální potřeby onkologických pacientů a jejich rodin a soustřeďují se na emoční, interpersonální, rodinné, profesní a praktické problémy, které nemoc lidem přináší. Pozornost psychoonkologů se upírá především těmito směry: jak rakovina ovlivňuje duševní život pacienta, jak působí onemocnění na jeho rodinu a na zdravotnický personál; jaký význam mají v případě onemocnění rakovinou a v průběhu dalšího pacientova života psychologické a behaviorální proměnné. (Nezu, Nezuová, Friedmanová, Faddisová, Houts, 2004).

## 1.1. BENIGNÍ A MALIGNÍ NÁDORY

Nádor, zjednodušeně popsáno, je bujení buněk, které se vymklo kontrolním mechanismům daného organismu. Rozlišujeme dva základní druhy nádorů: zhoubné (benigní) a nezhooubné (maligní). (Ťukalová in Walló, 2005). Růst **benigních nádorů**, bývá zpravidla pomalejší a více ohraničený. Tyto nádory okolní buňky utlačují, ale neničí, ani nevytvářejí vzdálená ložiska. Nezhooubný nádor většinou na organismus výrazně negativně nepůsobí. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006; Ťukalová in Walló, 2005).

V případě **zhoubného nádoru** je mechanismus kontrolující růst buněk trvale poškozen. Maligní nádor prorůstá do svého okolí a má destruktivní účinek na okolní zdravou tkáň. Šíří se rychle a infiltrativně. Z morfologického hlediska se růst zhoubného nádoru může projevit třemi způsoby:

- a) růst expanzivní: expanzivně roste většina benigních nádorů a různým tempem také nádory maligní. Typický je mechanický útlak okolí a následující atrofie okolních tkání.
- b) růst infiltrativní: nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních zdravých tkání, aniž by je přímo destruovaly.

- c) růst invazivní (agresivní, destruktivní): jedná se o typický růst maligního nádoru. Nádorové buňky vrůstají do okolních buněk a poškozují je či přímo ničí. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

Protože zhoubný nádor roste neohraničeně, je možné, aby jeho buňky pronikly do cév. Odtud se uvolňují a dále putují krevním řečištěm do vzdálených míst v organismu, kde mohou vytvářet druhotná ložiska nádoru, tzv. metastázy. Pokud buňky z nádoru proniknou do lymfatických cest, pak dochází k tvorbě ložisek v nejbližších spádových oblastech lymfatických uzlin, v tzv. regionálních lymfatických uzlinách. Při cestě krevním řečištěm bývají metastázemi nejčastěji postiženy játra, kosti, plíce nebo mozek. (Dostálová, 1993).

## 1.2. KARCINOM, SARKOM, LYMFOM

Řada laiků se domnívá, že **karcinom** je synonymum pro zhoubný nádor. Ve skutečnosti je karcinom subtypem zhoubného nádoru, tvořený epitelovými buňkami. Epitel je svrchní vrstva pokožky, ale také všech sliznic, žláz a parenchymových orgánů (tj. játra, ledviny). Karcinom je nejrozšířenějším nádorem dospělých pacientů. V případě rakoviny prsu jde o nejčastější zhoubný nádor. V praxi se často setkáme s termínem karcinoma in situ (někdy též karcinom in situ): takto se označuje počáteční stádium karcinomu, kdy nádorové buňky doposud nepřekročily bazální membránu buňky. V takovém stádiu je prozatím vyloučena infiltrace nádorových buněk do lymfatických či krevních cest a vznik metastáz. (Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČOS ČLS JEP), 2012; Ťukalová in Walló, 2005). Je to také optimální období pro zahájení efektivní léčby.

Zhoubný nádor neepitelového původu, který se vytvoří z pojivových tkání (např. nádor kosti, vaziva), nebo ze svalové či cévní buňky, někdy i periferních nervů, se nazývá **sarkom**. Dospělí pacienti bývají sarkomy postiženi pouze ve vzácných případech. (ČOS ČLS JEP, 2012).

Nádory z mízních uzlin nesou označení **lymfomy**. (Dostálová, 1993). Členění zhoubných nádorů zahrnuje mnohem více kategorií, pro více informací odkazujeme na Slovníček na webu [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz) vytvořeném ČOS ČLS JEP.

### 1.3. BIOPSIE

Aby mohl lékař s jistotou určit, zda se jedná o nádor a dále rozlišit, zda je benigní či maligní, je třeba podstoupit morfologické vyšetření tkáně, které se provádí biopsií. „Biopsie je odebrání vzorku tkáně pacienta s následujícím vyšetřením pod mikroskopem. Odběr může provést lékař (chirurg, gynekolog, rentgenolog atp.) vyříznutím skalpelem, odštípnutím klíšťkami (např. při vyšetřování střeva), seškrábnutím (sliznice dutiny děložní) a v prsu často pomocí speciální jehly.“ (Ťukalová in Walló, 2005, str. 35). Získaný materiál je poté odeslán na prozkoumání na histologii, kde patolog mimo jiné určí tzv. histopatologický stupeň – grade, který charakterizuje stupeň diferenciacie nádoru. Využívají se 4 stupně (zpravidla pod zkratkou G1, G2 atd.), od dobře diferencovaného, přes středně diferencovaný, špatně diferencovaný až po nediferencovaný (též anaplastický). Stupněm se vyjadřuje agresivita nádoru a potenciální odpověď na léčbu (např. chemoterapii). (ČOS ČLS JEP, 2012).

### 1.4. LÉČBA RAKOVINY

V průběhu historie se k léčbě používaly nejroztodivnější ingredience: od vosích výkalů u starých Egypťanů, přes spálené netopýry u starých Řeků, po nejrůznější exkrementy, kterým se přisuzoval léčebný vliv, např. „kozí hnůj smíchaný s medem“ nebo „myší trus s vodou“. (Yalomová, 1999).

Současnou moderní léčbu rakoviny lze rozdělit do 4 hlavních kategorií: operace, ozařování (radioterapie), chemoterapie a biologická terapie (např. imunoterapie, transplantace kostní dřeně). **Operativní zákroky** jsou nejstarším způsobem, jak léčit rakovinu. Pravděpodobně první podrobný popis operace rakoviny prsu pochází od byzantského kompilátora Áetia z Amidy (502 – 575 nl). Áetios předpokládal, že operovat lze pouze nádory na vrcholku prsu, které nezabíraly více než polovinu orgánu. Za jeho éry se využívalo drastických operací, při nichž se používalo vypalování rány jako postup proti krvácení – takový postup přetrvával ještě několik století.

První úspěšnou operací rakoviny prsu se proslavil holandský lékař Adrian Helvétius (1661 – 1741). Vyoperoval nádor ženě před zraky více než dvaceti důležitých členů lékařské profese a vědců. Pacientka operaci přežila, dále žila bez bolesti, rána se zacelila. V době, kdy byly antiseptická opatření ještě zcela neznámá, však přesto ženy umíraly, a to

především na následky infekce a otravy způsobené neodbornou operací. (Yalomová, 1999).

Zásadním průlomem ve vývoji operací proto bylo zavedení anestezie Mortonem a Warrenem v roce 1846 a rozvoj antiseptických opatření v roce 1867 Josephem Listerem. Průkopníky v protinádorových operacích se stali němečtí chirurgové. V současnosti se kromě odstranění samotného nádoru provádějí chirurgické zákroky také kvůli odstranění metastáz a rekurentních nebo reziduálních nádorů. (Koutecký, Konopásek, 1999).

**Ozařováním** se lékaři snaží docílit léčby, kontroly nebo zmenšování nádorů. Poprvé bylo ozařování k léčbě nádoru použito v roce 1896 ve Vídni Leopoldem Freundem. Tehdy ještě nebylo možné kontrolovat množství radiační dávky. Dnešní metoda ozařování spočívá ve smrtícím účinku vlnění nebo částic s vysokou energií na DNA rakovinných buněk. Přestože má záření destruktivní účinek i na sousední zdravé buňky, jde o velice účinnou formu léčby a zasažené zdravé buňky jsou po ukončení léčby, na rozdíl od těch rakovinných, schopny se samy obnovit. Ozařování přináší pacientům řadu nepříznivých vedlejších účinků, nejčastěji je to únava, nevolnost, zvracení, průjemy, ztráta vlasů, chudokrevnost.

**Chemoterapie** rovněž slouží k léčbě, kontrole příznaků rakoviny a zmírnění průběhu nemoci. Nejčastěji je indikována u hematologických nádorů a k likvidaci metastáz pevných nádorů. Účinek chemoterapeutik tkívá v ovlivňování buněčného cyklu a biochemické struktury rakovinných buněk. Stejně jako u ozařování i zde bohužel platí, že současně dochází k destrukci normálních zdravých buněk. Některá chemoterapeutika jsou navíc silně neurotoxická a mohou způsobit neurologické poškození. Chemoterapie je velmi náročná procedura, zatěžující pacienta mnoha nepříjemnými vedlejšími účinky. Typická je ztráta vlasů, pokles počtu bílých krvinek a krevních destiček, zvracení, průjem, nevolnost, bolesti v ústech, nechutenství.

Léčba je obvykle složena z kombinace více jednotlivých metod, jedná se tedy o léčbu multimodální. Hlavní zahájená léčba konkrétního typu rakoviny se nazývá primární léčbou. Po jejím absolvování podstupuje pacient ještě tzv. adjuvantní terapii, která si klade za cíl např. zlikvidovat mikroskopické pozůstatky rakovinných buněk. (Nezu, Nezuová, Friedmanová, Faddisová, Houts, 2004; Koutecký, Konopásek, 1999).

## **1.5. LÉČBA KARCINOMU PRSU**

Pro karcinom prsu je charakteristická právě multimodální léčba. Aby byla léčba co možná nejvíce účinná, využívají se tyto tři metody: chirurgický zákrok, ozařování a celková léčba (chemoterapie a hormonální léčba). Tyto tři postupy se v různé míře kombinují podle toho, v jakém stádiu nemoci se pacientka nachází a jaké vlastnosti vykazuje nalezený nádor. Odstranění celého prsu, tzv. ablaci prsu nebo též mastektomii, není vždy nutné podstoupit, v některých případech se za dostatečné považuje provést tzv. výkon zachovávající prs. V takovém případě je spolu s nádorem chirurgicky odstraněno také určité množství sousední zdravé tkáně. Chirurgický zákrok je doprovázen vyjmutím lymfatických uzlin v podpaží (axille). Uzliny nebývají odstraňovány pouze tehdy, je-li nádor nalezen v časném stádiu vývoje (karcinom in situ). Po operaci je získaný materiál odeslán k laboratornímu vyšetření na patologii. (Ťukalová in Walló, 2005).

## **1.6. REMISE, RELAPS, VYLÉČENÍ**

Remise nastává po absolvování úspěšné léčby. Je to období, během kterého pacient již nevykazuje žádné příznaky onemocnění. I v případě absence příznaků se v organismu mohou vyskytovat skrytá, neidentifikovaná (a často i neidentifikovatelná) ložiska, k jejichž odstranění slouží hormonální či radiační terapie nebo chemoterapie např. po vykonaném chirurgickém zákroku. Účelem tohoto postupu je prodloužení beznádorového období a celkové doby přežití. V případě, že vymizely veškeré příznaky, jedná se o tzv. remisi kompletní; pokud došlo alespoň k 50 % zmenšení nádoru, hovoříme o remisi částečné. Někdy se též užívají názvy kompletní/částečná odpověď na léčbu. Pokud nedojde k návratu příznaků po dostatečně dlouhé období (v případě onkologických onemocnění obvykle 5 let), lze vyslovit názor, že je pacient vyléčen. Pokud se znovu objeví známky onemocnění, hovoříme o relapsu a je nutné léčbu zahájit znovu. (Ťukalová in Walló, 2005; ČOS ČLS JEP, 2012).

## 2. EPIDEMIOLOGIE ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V ČR

V České republice (resp. Československu) jsou uchovávána standardizovaná statistická data o výskytu zhoubných onemocnění prostřednictvím Národního onkologického registru (NOR), který obsahuje údaje o všech zachycených novotvarech v české populaci. Aktuální validovaná data jsou evidována od roku 1976. (Mužík J., Dušek L., Abrahámová J., Koptíková J., 18. srpna 2009). Hlavním účelem NOR je evidence onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje, tj. shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. Legislativní ukotvení NOR a bližší informace o evidovaných údajích jsou dostupné na webu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR).<sup>2</sup> Registrace novotvarů je v České republice povinná a legislativně ošetřená. (Dušek et al., 5. března 2010).

### 2.1. EPIDEMIOLOGICKÉ TRENDY V ČR

Dušek et al. (5. března 2010) analyticky zpracoval data z NOR z let 2006 – 2007 a shrnul 5 hlavních trendů, které postihují současnou epidemiologickou situaci v ČR:

1. *setrvale rostoucí incidence<sup>3</sup> většiny nádorových onemocnění, nicméně s dlouhodobě stabilizovanou mortalitou*

**Tabulka č. 1** Vývoj incidence zhoubných novotvarů kromě kožních (převzato a upraveno dle Dušek et al., 5. března 2010).

Vývoj incidence zhoubných novotvarů kromě kožních v ČR						
Hodnocené období	Muži		Ženy		Celá populace	
	Počet novotvarů	Počet na 100 000 osob	Počet novotvarů	Počet na 100 000 osob	Počet novotvarů	Počet na 100 000 osob
1980	16 750	333,9	14 536	273,3	31 286	302,7
1990	19 309	383,4	17 652	331,4	36 961	356,6
2000	23 697	474,0	22 481	426,3	46 178	449,5
2005	27 636	552,4	24 191	460,9	51 827	505,6
2007	27 694	544,8	25 335	478,2	53 029	510,8
Index růstu: 1980 - 1990	114,8%		121,3%		117,8%	
Index růstu: 1990 - 2007	142,1%		144,3%		143,2%	

<sup>2</sup> ÚZIS ČR (2010)

<sup>3</sup> Incidencí myslíme „počet všech nově diagnostikovaných chorob, které vznikly během jednoho roku, obvykle přepočtených na 100 000 osob“ (Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H a kol., 2006, s. 15).



### 2. prudce rostoucí prevalence<sup>4</sup> onemocnění

Nejčastěji diagnostikovaným nádorem u mužů v ČR je karcinom prostaty, dále karcinom tlustého střeva a konečníků a zhoubné nádory průdušnice, průdušek a plic. U žen je na první příčce karcinom prsu, dále karcinom tlustého střeva a konečníku, pak maligní nádory dělohy a maligní nádory průdušnice, průdušek a plic. (Pomineme-li u obou pohlaví kožní nádory). Všechny uvedené diagnózy současně v rámci onkologických onemocnění tvoří nejčastější příčiny mortality u obou pohlaví.

### 3. nedostatečná včasná diagnostika řady nádorových onemocnění

Stále bohužel dochází k tomu, že mnoho z onkologických nálezů není diagnostikováno včas. Řada onkologických onemocnění je odhalena až v pokročilém stádiu (např. v metastatickém stádiu). Včasná diagnostika přitom výrazně zvyšuje efektivitu léčby a tím i šanci na vyléčení.

### 4. rostoucí podíl nádorů diagnostikovaných postupně v čase u téhož pacienta

### 5. značné regionální rozdíly v populační onkologické zátěži

Nejvyšší incidence rakoviny prsu je v rámci ČR evidována v hlavním městě Praze (136,7 na 100 000 žen); naproti tomu nejnižší je v kraji Zlínském (96,9 případů na 100 000 žen). Incidence rakoviny prsu v celé ČR je 110,1 na 100 000 žen. (Dušek et al., 5. března 2010).

## 2.2. MAMOGRAFICKÝ SCREENING

V současné době funguje v naší zemi *Program mamografického screeningu v České republice*, který byl plošně zaveden v roce 2002. Mamografickým screeninem se rozumí pravidelné preventivní prohlídky žen, u nichž se nevyskytují žádné příznaky onemocnění. Cílem je zachycení rozvíjejícího se zhoubného nádoru v prsu v co nejčasnějším stádiu, tzv. minimální nádor. Někdy se hovoří také o iniciálním stádiu maligního onemocnění či nádoru s optimistickou prognózou. Časná diagnostika nádoru vede k jeho snazší léčitelnosti a tím významně pozitivně ovlivňuje délku a kvalitu života pacientek. Kupř. ve Švédsku, kde celoplošný mamografický screening funguje již téměř 30 let, se podařilo snížit úmrtnost na rakovinu prsu o více než 40 %. (Skovajsová, 2010).

---

<sup>4</sup> Prevalence je „počet případů onemocnění vyskytující se v populaci v určitém časovém období.“ (ČOS ČLS JEP, 2012).

Výhodou vyšetření na mamografu je, že umožňuje objevit především malá, doposud nehmátná ložiska, které mohou uniknout detekci např. při samovyšetření prsu. Na bezplatné preventivní mamografické vyšetření má v naší zemi nárok každá žena ve věku 45 až 69 let. Vyšetření je možné podstoupit v jednom z desítek akreditovaných mamografických pracovišť, která musejí splňovat přísné normy vymezené vyhláškami Ministerstva zdravotnictví ČR. Nejlépe je, pokud žena podstupuje preventivní prohlídky na jednom a tomtéž pracovišti, protože tak umožňuje lékařům a laborantům porovnávat nové a starší snímky z vyšetření. Tím se zvyšuje pravděpodobnost detekce změn v tkáni. (Ťukalová in Walló, 2005; Májek et al., 2012).

### **2.3. VÝSKYT RAKOVINY PRSU V POPULACI**

Karcinom prsu zaujímá v pořadí nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění žen přední místa. Klener (2002) uvádí, že je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním u žen vůbec (srov. Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H a kol., 2006, s. 249). Podle dat z roku 2005 (Mužík J., Dušek L., Abrahámová J., Koptíková J., 18. srpna 2009) je karcinom prsu v současnosti druhým nejčastějším zhoubným novotvarem u žen po kožních nádorech. V České republice se jedná o nejčastější onkologické onemocnění žen ve středním a vyšším věku, každoročně jím onemocní více než 5 500 žen. (Skovajsová, 2010). Počet nově diagnostikovaných případů se přitom každým rokem v mnoha zemích zvyšuje o 1 – 2 %.

Před 20. rokem života se karcinom prsu objevuje pouze vzácně, poté jeho výskyt stoupá s věkem. Výskyt se zdvojnásobuje každých 10 let. Po menopauze incidence rakoviny prsu strmě stoupá, největší procento výskytu je po 50. roce života. „Mortalita se rovněž zvyšuje, ale její vzrůst je méně strmý než nárůst incidence. Pokles mortality se přisuzuje jednak důsledněji prováděnému screeningu, jednak úspěchům adjuvantní léčby.“ (Klener, 2002, s. 495).

V r. 2005 tvořil karcinom prsu 17 % veškerých nově diagnostikovaných novotvarů u ženské populace. Ve statistických datech je jasně zřetelný nárůst incidence karcinomu prsu, a to až o 100% v posledních dvaceti letech (resp. 1988 – 2008) – viz graf č. 1 (příloha

č. 3). Ve vývoji mortality<sup>5</sup> můžeme zaznamenat stálý růst s mírným poklesem až do roku 1996, od té doby má vývoj mortality klesavou nebo stagnující tendenci. Tento trend lze připsat především zefektivnění léčby a vyššímu počtu včasné diagnostikovaných novotvarů. Přesto je karcinom prsu stále nejčastější příčinou úmrtí na onkologické onemocnění. Počet úmrtí za rok je cca 1950 žen (tj. 37 ze 100 000 žen). Celkově jsou pak nádory prsu příčinou úmrtí 3,6 % žen v populaci. (Mužík J., Dušek L., Abrahámová J., Koptíková J., 18. srpna 2009). Vývoj incidence a mortality na nádory prsu u žen v letech 1977 – 2008 viz graf č. 2 v příloze č. 3 (Dušek, L., Mužík, J., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., Vyzula, R., 2007).

Z geografického hlediska je nejvyšší incidence a mortalita způsobená karcinomem prsu ve vyspělých zemích Evropy a v Severní Americe. V Evropě incidence klesá směrem ze severu na jih a ze západu na východ. (Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H a kol., 2006).

## **2.4. KARCINOM PRSU U MUŽŮ**

Karcinomem prsu mohou onemocnět i muži, jedná se však o vzácné onemocnění, vyskytující se v poměru 1:135 výskytu na onemocnění žen. V celkovém počtu mužských nádorových onemocnění tvoří karcinom prsu pouze 0,17% případů. Častěji se vyskytuje u mužů starších 50 let a u osob trpících Klinefertovým syndromem (chromozomální genetická porucha charakteristická XXY chromozomem). Příčiny onemocnění, příznaky a postupy léčby jsou shodné či obdobné jako u pacientek s karcinomem prsu. (Klener, 2002).

## **2.5. PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY**

Karcinom prsu je tzv. hormonálně závislým nádorem. Významným rizikovým faktorem je délka vystavení ženským pohlavním hormonům (estrogenům), tj. časný nástup menstruace (před 12. rokem věku) a pozdní příchod menopauzy (po 55. roce). U žen s nástupem menopauzy po 55. roce věku je dvakrát vyšší riziko vzniku karcinomu prsu než u žen s menopauzou před 45. rokem věku. Rizikovým faktorem je rovněž

---

<sup>5</sup> Mortalita – „vyjadřuje počty zemřelých opět na 100 000 obyvatel/rok“ (Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H a kol., 2006, s. 15).

bezdětnost nebo narození prvního potomka po 35. roce věku. Karcinogenním faktorem je také substituční hormonální léčba, která je podávána ženám po menopauze za účelem zmírnění nepříjemných dopadů klimakteria, nicméně riziko vzniku karcinomu stoupá až po 10 – 15-letém užívání hormonálních přípravků. Lékaři doporučují v těchto případech zvýšenou obezřetnost a pravidelné preventivní prohlídky na mamografii. (Klener, 2002; Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H a kol., 2006).

V 10 – 15 % případů je vznik karcinomu zapříčiněn genetickými predispozicemi. Dalšími rizikovými faktory jsou obezita (zejména ve vyšším věku), zvýšený příjem tuků, nedostatek pohybu a dále jiná onemocnění prsu (ztěžující odhalení nádorové změny). (Klener, 2002). Četnost výskytu karcinomu prsu stoupá s věkem, nejvyšší je u žen po 50. roce života. „Průměrné celoživotní riziko onemocnět karcinomem prsu je v populaci českých žen přibližně 8 %.“ (Pavlišta a kol., 2008, str. 40)

### 3. RAKOVINA JAKO HROZBA SMRTI

Rakovinu odedávna obklopuje hluboce zakořeněná mystická představa utrpení a kruté bolesti, nevléčitelnosti a neodvratné smrti. (Koutecký, Konopásek, 1999). Pro mnoho lidí je sdělení, že jejich známý nebo dokonce blízký člověk onemocněl rakovinou, příliš závažné. Je to skutečností, kterou nemusí unést. To, co nás často ve skutečnosti tíží, na takovém sdělení, je naše vlastní neschopnost vyrovnat se s ohrožením, s nemocí a ztrátami, které vyvolává. „Bolest, nejistota, utrpení blízkého člověka staví každého z nás před rozpoznání vlastních hranic a možností, před uvědomování si vlastních limitů a ne každý je na tuto přímou konfrontaci dostatečně připraven a vybaven.“ (Chovancová, Vašková, 1998, str. 16). Rakovina je neodbytným připomenutím naší vlastní smrtelnosti.

Pohled na smrt se v průběhu dějin měnil s tím, jak se měnila úroveň péče o nemocné. Mnoho významných medicínských objevů přineslo období kolem světových válek. Dle Payneové, Seymourové a Ingletonové (2004) nastal zásadní zlom v 19. století. V Evropě, Severní Americe i Austrálii došlo k posunům v tehdejších nejčastějších příčinách úmrtí. Lidé postupně přestali podléhat náhlým smrtelným infekcím, namísto toho se obvyklou příčinou úmrtí čím dál více stávaly déletrvající, chronické nemoci s pomalejší progresí. „Jakmile se tento zlom výrazně projevil, odchod ze života se pro mnoho lidí stal zdoluhavým a někdy nerovnoměrných procesem.“ (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2004, str. 47).

V souvislosti s těmi změnami vyvstává nová sociální skupina: umírající. Ve 20. století se dále rozšiřuje pojetí medicíny jako vítězné vědy, která postupně vymýtí všechny choroby. Pokud v takové „atmosféře pokroku“ lékař narazil na nemocného, kterému nebylo pomoci, odsunul ho na okraj svého zájmu. Umírající a nevléčitelně nemocný pacient byl považován za selhání medicíny a není možno pro něj již nic vykonat. Jako reakce na tento odmítavý postoj lékařů se vzedmula vlna hospicového hnutí, zastávající postoj, že „bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti a i nepříznivou diagnózu můžeme vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajícího života.“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 20).

Dostali se umírající zpět do středu zájmu ošetřovatelů? Podařilo se díky paliativní péči „polidštit“ umírání? Jakých změn bylo díky hospicovému hnutí dosaženo? Znamená to, že je smrt dnes „jiná“, než kdysi? Bezesporu není. Spíše přístup k ní se změnil.

### 3.1. UMÍRÁNÍ A SMRT

„Onkologická, zhoubná nádorová onemocnění, obecně označovaná jako rakovina, vyvolávají úzkost a děs, protože jsou spojena s nebezpečím ztráty a smrti.“ (Chovancová, Vašková, 1998, s. 11). Smrt je přitom ultimativní zkušeností spojující celé lidstvo. Smrt je všem lidem společná, je nevyhnutelná, neodstranitelná, nesmazatelná. Je jedinou zárukou, kterou máme. Člověk, jediný tvor na zemi, který je si své smrtelnosti vědom. (Vymětal, 2003; Honzák, 1989; Haškovcová, 1975). A také nejusilovněji pracující na tom, aby tento holý, nezměnitelný fakt popřel.

„Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka.“ (Haškovcová, 2000, str. 74). Jakmile si člověk uvědomí univerzálnost a definitivnost tohoto tvrzení, začne se smrti bát. Především člověk moderní, žijící v západním typu společnosti. (Přidalová, 1998). Dnešní člověk vystrnadil smrt ze svého života, odsunul ji na okraj a snaží se její existenci ze všech sil ignorovat. Současný životní styl člověka vede k tomu, aby si co nejvíce zpříjemňoval existenci a systematicky popíral vše, co by jen naznačovalo její konečnost. To vše je v souladu se stavem novodobé medicíny, která nad leckterými nemocemi triumfuje a systematicky pracuje na prodloužení lidského života. Společnost vyznává kult mládí, zdraví a krásy. Představy stárí, umírání nebo nemoci jsou něčím, pro co není v životě moderního člověka místo. Ze smrti se stalo novodobé tabu. (DiGiulio, Kranzová, 1997). Úsměvný příklad popírání vlastní smrtelnosti popisuje Honzák (1989), kterému čtyřicátníci v dotazníku Co budu dělat zítra, za týden, za rok... na otázku „Co budu dělat za 60 let?“ odpovídali nadnesenou odpovědí: „Asi budu v penzi.“

Přidalová (1998), zabývající se tabuizací smrti ve společnosti, shrnuje podmínky, které nás k dnešním postojům ke smrti dovedly a které mohou do jisté míry plodit i současný strach ze smrti. Strach ze smrti není „vynálezem“ moderní doby. Lidstvo provázela smrtelná bázeň již odpradávná, ale v průběhu času se měnily postoje společnosti ke smrti. S různým přístupem k umírání a mrtvým se setkáváme i dnes při porovnávání rozličných kultur.

## 3.2. ODSTRAŇOVÁNÍ SMRTI ZE ŽIVOTA

Zajímavým fenoménem současného způsobu života je odstranění smrti z každodenní rutiny a ukrytí či odsun smrti za zdi nemocnic. Ruku v ruce s pokrokem medicíny jsme přijali za své, že nemocnému může pomoci pouze lékař a toho najdeme kde jinde, než v nemocnici. Paradoxně se důsledkem toho, že se lidé chodí do nemocnice uzdravit, stalo to, že nemocnice jsou nejčastějším místem, kde lidé umírají (až 80 % umírajících lidí zemře v nemocnici). Smrt se pro běžného člověka stává velkou neznámou, otázkou, na níž nám chybí odpověď. Náš přirozený strach ze smrti je posilován strachem z neznáma a z toho, že nevíme, co se stane, až smrt nastane. (Přidalová, 1998).

Člověk si pochopitelně vytváří řadu obran, jak těmto obavám čelit anebo je vytěsnit ze svého myšlení úplně. V této souvislosti se nabízí myšlenka řeckého filosofa Epikura, kterého zmiňuje Vymětal (2003) a z jehož díla čerpá inspirace také Yalom (2008). Epikurova idea může sloužit jako útěcha či jako obrana proti strachu ze smrti: „Smrt se nás vlastně netýká, neboť jsme-li zde my, není tu smrt a je-li zde smrt, pak nejsme už my.“ (Vymětal, 2003, str. 269). Dovedu si ovšem představit v životě člověka mnoho obtížných situací, kdy tato věta jako útěcha prostě nestačí.

V dnešním světě jsou to podle některých teorií (Přidalová, 1998) média, která přispívají k vytěsňování smrti, byť se to může zdát na první pohled paradoxní. V televizních zprávách jsme denně informováni o katastrofách, nehodách, násilnostech, počty mrtvých jsou pečlivě vyčíslovány. Způsob, jakým média o smrti referují, může ale navodit dojem, že smrt je něco, čemu se dá vyhnout, že je smrt zapříčiněna vnějším vlivem a týká se jen filmových postav nebo obětí nehod ve zprávách. „Televizní a filmová produkce tak může snižovat práh citlivosti k faktu, že smrt se týká všech a i v moderní společnosti s moderním lékařstvím může přijít zcela nečekaně.“ (Přidalová, 1998, str. 352). Jsme-li něčím neustále zaplavováni, postupem času to přestaneme vnímat.

Roli dalších proměnných ve vztahu člověka ke smrti sehrávají racionalizace a sekularizace (odnáboženštění) společnosti. Lidé, kteří nežijí podle náboženství (obzvláště podle křesťanské tradice) nemají útěchu toho, že smrtí nic nekončí a že po životě na zemi přijde život věčný v zemi zaslíbené. Proces umírání je díky medicíně naprosto přesně popsán, víme, co se s organismem v okamžiku smrti děje (pouze s organismem, otázka psýché zůstává v biomedicínském modelu stranou). Medicína

zmapovala, jakým způsobem odumírají buňky i celé orgány a že se mrtvé tělo rozkládá. Smrt znamená definitivní konec. Umírající je v nemocnici svěřen do péče profesionálů a specialistů, kteří se ho snaží vší silou a za užití veškeré moderní techniky udržet při životě. Pokud umírající zemře, bývá jeho tělo svěřeno do péče profesionálů z pohřebního ústavu, kteří zařídí vykonání pohřbu. Tím je, dalo by se říct, náš „podíl“ na umírání prakticky skoro vyloučen. (Přidalová, 1998).

S profesionalizací péče vymizelo mnoho dříve prováděných rituálů, které souvisely s umíráním a péčí o tělo mrtvého, které zajišťovali jeho blízcí. Haškovcová (2000) přibližuje dřívější loučení s umírajícím a popisuje jakýsi „standardní postup“, běžný v době, kdy lidé ještě umírali doma v kruhu blízkých. Když umírající vycítil, že má „na kahánku“ a blíží se jeho „poslední hodinka“, nechal si k sobě zavolat všechny členy rodiny, aby se s nimi mohl naposledy rozloučit a vyslovit své poslední přání. Do domu byl poté obvykle přizván kněz, který přicházel se zvonícím zvonečkem v ruce a poskytl umírajícímu svátost nemocných. Lékař byl přivolán jen výjimečně a příbuzní se o umírajícího starali do poslední chvíle. Po smrti omyli a připravili tělo na pohřeb. „Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka.“ (Haškovcová, 2000, str. 28) Dnes už se většinou ani nedozvíme, že někdo, pokud to není přímo náš blízký, zemřel. Obzvláště žijeme-li ve městě, kde o smrti lidí informují pouze vývěsky pohřební služby nebo místní noviny. Nekonají se smuteční průvody, pohřební vůz bez povšimnutí projede kolem. Lidé umírají, aniž by jakkoli „narušili“ život okolního společenství.

Tendenci skrývat smrt lze vystopovat na počátku 20. století, kdy se ještě akt umírání odehrával alespoň v rodinném kruhu. S nástupem hospitalizace umírajících byla z dění vyloučena nakonec i sama rodina. (Ariès, 2000). V průběhu 20. století došlo k redukci rituálu pohřbívání (rozšíření kremace) a také k redukci období smutku. Gorer (in Ariès, 2000) v souvislosti s tím hovoří dokonce o pornografii smrti: smrt zaujala čelní místo mezi tabu ve společnosti a vystřídala tak sex, o němž bylo zapovězeno hovořit v dřívějších dobách.



### 3.3. SMRT NEMOCNIČNÍ

Smrt budí rozpaky také u lékařů. Také oni ji jako něco nepatřičného, jako selhání medicíny. O smrti je lepší mlčet anebo se ujišťovat, že nad ní jednou zvítězíme. Pokrok medicíny postavil lékaře do nevděčné role. Nemocný vnímá lékaře jako poloboha, kteří drží v rukou uzdravující prostředky. Lékař má především léčit, není připraven sehrát roli průvodce při umírání. Dostává se do schizofrenní situace: na straně jedné by rád byl zachráncem lidských životů, na straně druhé se ocitá v situaci, kdy už pacientovi nemůže pomoci a cítí, že je medicína bezmocná. (Přidalová, 1998). Není divu, že bylo mnoho zdravotníků vedeno k tomu, aby o smrti pomlčeli či dokonce se vyhýbali jakékoli zmínce o smrti. Důvodem byla obava, že by téma smrti mohlo pacientovi přitížit, sebrat mu chuť do života, v nejhorším případě dokonce uspišit jeho tragický konec. Lékaři se tedy tomuto tématu raději vyhýbali. (Honzák, 1989).

V nemocničním prostředí se tak vyvinul nový model umírání, tzv. smrt nemocniční. V „žádoucím“ případě probíhá smrt v tichosti a klidu. „Smrt nesmí narušit nemocniční rutinu. (...) Musí tedy být nenápadná, musí chodit „po špičkách.““ (Ariès, 2000, str. 347). Smrt by neměla být teatrální, ani hlučná, důležité je zachování důstojnosti a především pocitu bezpečí v nemocnicích. Zdravotníci dovedli nemocniční smrt do krajnosti, když přišli s „acceptable style of facing death“ – přijatelným způsobem, jak čelit smrti. Člověk umírá tak, že přitom předstírá, že nezemře. Rozehrává se tak paradoxní hra, kdy se na jedné straně lékař zdráhá sdělit pacientovi holou pravdu, že umírá a pacient, na straně druhé, se neptá lékaře na svůj skutečný zdravotní stav. Tato nevyslovená dohoda nakonec většinou ztroskotává, neboť nemocný sám nejlépe ví, jak se cítí a zhoršující se stav vytuší i z chování lékaře a sester. Ti, někdy vinou vlastní bezradnosti, nadále hrají hru a nechávají pacienta předstírat nevědomost. Někdy obě strany o skutečném zdravotním stavu mlčí kvůli vzájemnému, nevyřčenému spiklenectví, jindy proto, že je pro ně příliš těžkým úkolem o tak závažných věcech hovořit. (Ariès, 2000).

Strach ze smrti je obecný a univerzální. Smrt je hrůzyplná událost pro každého člověka, nelze se tedy divit, že se o ní zdráhají otevřeně mluvit i lékaři. Vyrovnat se se smrtí je těžké i proto, že umírání se nám dnes zdá mnohem děsivější než v minulosti. Lidé bohužel často i dnes umírají vytržení ze svého prostředí v mechanickém a odlidštěném prostředí nemocnic, někdy ke smrti dojde ve spěchu, při rychlém převozu na jednotku

intenzivní péče. (Kübler-Rossová, 1993). Možnou cestu, jak celý tento nešťastný model umírání změnit, představuje paliativní péče a přítomnost odborníků v nemocnicích, kteří nepostrádají zvláštní specializaci, a to „specializaci v lidství“. Velkým krokem vpřed jsou hospicové domy nebo možnost pečovat o blízkého člověka v domácím prostředí. Pro lidi, hospitalizované v nemocnici, může být velkou pomocí a úlevou i rozhovor s psychologem nebo účast na skupinové či individuální psychoterapii. To je cesta, jak můžeme člověku porozumět a pomoci mu vzdorovat strachu ze smrti, spatřit ve smrti hodnotu a smířit se s vlastní situací. (Přidalová, 1998).

## 4. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

V následující kapitole se v zájmu usnadnění orientace ve složitém prožívání pacienta čelícího rakovině při členění podkapitol částečně přidržíme některých z 5, resp. 7 objektivních fází nádorového onemocnění autora Fawzyho (1999) které byly českému čtenáři představeny Angenendtovou, Schütze-Kreilkampovou a Tschuschkem (2010, str. 102). Autoři rozšířili členění o 2 fáze (1. a 6.) s ohledem na specifika onemocnění karcinomem prsu.

1. fáze: podezření
2. fáze: diagnóza/nález
3. léčba (operace, chemoterapie, ozařování)
4. remise
5. případná recidiva
6. případná progresse nemoci
7. konečné stádium (paliativní opatření)

### 4.1. FÁZE PODEZŘENÍ

Mnohdy uplyne dlouhá doba, než se člověk, kterého trápí pochyby o svém zdraví, odhodlá nechat se odborně vyšetřit. Lidé obecně vykazují značné rozdíly v tom, jak velký význam přisuzují projevům svého těla. Jsou jedinci, kteří se sami sebou zabývají velice detailně a všímají si sebemenších změn. Na opačném pólu stojí lidé zaměřeni spíše na okolí, kteří mají tendenci tělesné signály opomíjet.

Mluvíme-li o fázi podezření, jedná se o období, kdy lidé ještě předtím, než navštíví lékaře, pociťují, že se s nimi něco děje, že něco není v pořádku. V případě žen s rakovinou prsu se např. jedná o dobu od okamžiku, kdy si nahmatají v prsu bulku. Jak zareagují, se liší: ženy jednající aktivně se okamžitě objednají ke svému lékaři, jiné nechtějí diagnózu znát a návštěvu lékaře odkládají, protože vyčkávají, co se bude s jejich příznakem (či nálezem) dít dál. Ženy vyznačující se tzv. pasivním copingem jdou lékaři, protože jsou vyděšené a trápí je výčitky svědomí. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010). O copingu stručně pojednáme dále v textu.

Čas je v této chvíli velice významnou proměnnou, ovlivňující vývoj nádoru i další život pacienta. Dobře léčitelné onkologické onemocnění, které není diagnostikováno včas, se zanedbáním či odkladem lékařské péče snadno mění v těžké a jen obtížně ovlivnitelné onemocnění. Viníkem může být pacient, jenž návštěvu odborníka odkládal, i lékař, který podcenil pacientovy příznaky. (Koutecký, Konopásek, 1999).

Křivohlavý (2002) si kladl otázku, co způsobuje, že pacient přijde k lékaři příliš pozdě. Hovoří v této souvislosti o tzv. „zdržení“. Popisuje proces probíhající v období od objevení prvního příznaku k okamžiku, kdy pacient poprvé vyhledá lékaře. Zdržení je rozčleněno na 3 fáze:

1) Ke zdržení dochází mezi okamžikem, kdy si člověk poprvé všimnul určitého příznaku a tím, kdy ho poprvé vyhodnotil jako skutečně závažný.

2) Zdržení při usuzování na nemoc: jak dlouho člověku, od té doby, co zhodnotil příznak jako vážný, trvá, než se rozhodne, že by s příznakem měl navštívit lékaře.

3) Zdržení při realizaci rozhodnutí: jak dlouho poté ještě trvá, než člověk skutečně lékaře navštíví.

Rychlost jednání člověka v případě objevení závažného příznaku závisí na mnoha faktorech. Později chodí k lékaři lidé staršího věku; lidé, kteří pravidelně nenavštěvují zdravotnická zařízení; lidé, kteří vyhledají lékaře, až když trpí velkou bolestí; lidé, kteří navštíví lékaře až na naléhání okolí; lidé, kteří mají z návštěvy zdravotnických zařízení strach a obávají se toho, co by tam museli podstoupit. K lékaři přicházejí později rovněž lidé, kteří jsou spíše chudí, pocházejí z nižších společenských vrstev, lidé bez domova nebo lidé se slabými nebo problematickými zdravotními návyky. (Křivohlavý, 2002).

Mohapl (1992) v souvislosti s časovou dimenzí onemocnění hovoří o období mezi prvním kontaktem a posledním kontaktem. Prvním kontaktem se chápe první návštěva pacienta u odborníka. Předchází jí tzv. nemedicínské (neorganizované) stádium nemoci, kdy pacient čelí nemoci sám, případně se radí se svými blízkými. Často mívá tendenci příznaky nemoci redefinovat tak, aby zapadaly do jeho sebepojetí zdravého člověka. Poslední kontakt označuje to stádium nemoci, kdy již pacientovi není dostupná efektivní kurativní léčba a nelze dosáhnout zlepšení jeho zdravotního stavu. Pacient se vrací ke svému původnímu lékaři a zpravidla se nasazuje léčba paliativní. Doba mezi prvním kontaktem a posledním kontaktem je naplněna řadou událostí souvisejících s léčbou

a proměnami role nemocného. Vývoj může být progresivní, či častěji regresivní a Mohapl (tamtéž) v tomto případě hovoří o tzv. kariéře nemocného.

## 4.2. FÁZE DIAGNÓZY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Neléčená rakovina je velice komplikované a nebezpečné onemocnění. V České republice přichází až 10 % žen k lékaři pozdě. Konkrétní důvody jsou přitom různé: ženy se trápí kvůli obavě ze ztráty prsu, z vypadávání vlasů jako následku chemoterapie, někdy dostatečně nedůvěřují léčbě či lékaři, nemocniční prostředí jim připadá děsivé, anebo se obávají bolesti a omezené hybnosti ruky na léčené straně (pokud o léčbě mají informace). Každá žena má *svůj* důvod. Smutným faktem je, že jestliže žena přijde na vyšetření pozdě, skutečně může přijít o celý prs, její podpaží bude podrobena rozsáhlejší operaci, léčba nemusí být tak efektivní a čas strávený v nemocnici narůstá na úkor kvalitního života. Takové případy přispívají k šíření hrůzy z rakoviny. Přitom v současnosti v naší zemi žije na 60 000 žen, které léčbu úspěšně absolvovaly a nyní žijí naprosto normálním způsobem. (Skovajsová, 2010).

Karcinom prsu lze odhalit samovyšetřením či na mamografickém vyšetření. Jistotu, zda se jedná o maligní či pouze benigní nález, získá lékař teprve po histologickém vyšetření materiálu získaného během biopsie (blíže viz 1. kapitola).

Přestože léčba karcinomu prsu dosáhla na poli moderní onkologie výrazných úspěchů a léčeným pacientkám přináší mnoho let kvalitního života či dokonce plnou úzdravu, diagnóza tohoto onemocnění způsobuje pacientce šok. Rakovina je stále velice děsivou, hrůzu nahánějící diagnózou. Někdy bývá stanovení diagnózy zhoubného nádorového onkologického onemocnění přirovnáváno k výbuchu sopky. Sdělení lékaře rozmetá vše, co si člověk v životě budoval, k čemu směřoval, o čem snil. Převrátí život naruby, nic v něm najednou není na svém místě. Pacientovi zbývá jediná jistota, a to že od této chvíle již není jisté nic. Postižený si klade otázky: *Proč právě já? Budu žít? Jaké mám naděje? Jak dlouho budu žít?* (Chovancová, Vašková, 1998; Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Diagnóza onkologického onemocnění je spojena se silným stresem a představuje pro člověka nezvykle silnou psychosociální zátěž. Nemocní trpí intenzivními pocity nejistoty, strachu, úzkosti, smutku a zoufalství, časté jsou deprese. Údajně je depresí postižena až jedna třetina pacientek s karcinomem prsu. Nejtěžší přitom bývá pro

pacientku období prvních 6 měsíců po nálezů nádoru, které přináší nutné změny návyků, vysokou frekvenci návštěv v nemocnici a únavné procedury. Poté obvykle depresivní stavy postupně odeznívají. V případě obtíží se samozřejmě doporučuje vyhledat odborníka – psychologa či psychiatra. (Büchler, Kořán, 2009). Podle Schwarze (in Tschuschke, 2004, str. 92) bývá diagnostikovatelná psychická porucha identifikována až u 40 – 50% pacientů s rakovinou. 90 % z těchto poruch je zapříčiněno zátěží způsobenou diagnózou rakoviny a její následnou terapií.

Pacient cítí veliký psychický tlak již od prvního podezření na nález nádorového onemocnění a v okamžiku potvrzení diagnózy lékařem se jeho stres může ještě vystupňovat. Jako prostředek „první psychické pomoci“ se v tu chvíli dávají do chodu obranné mechanismy. U onkologických pacientů se mnohdy můžeme setkat s nezralými, ranými obranami (např. agování, pasivně agresivní chování, štěpení, projektivní identifikace, autodestruktivní chování nebo disociace); s obrannými mechanismy popření (projekce, racionalizace, bagatelizace aj.), s narcistickými obranami (znehodnocení – např. ve smyslu napadení odborných schopností lékaře, idealizace, omnipotence) anebo s nutkavými/obsedantními obranami (reaktivní výtvar, intelektualizace) či s hysterickými/histrionickými obranami (např. hypochondrie, autistické fantazie, potlačení). (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010). Není v lidských silách v tak tíživé situaci okamžitě přijmout diagnózu, uvěřit jí a plně šíři pochopit. „Člověk slyší slova, ale „nějak“ jim nerozumí.“ (Chovancová, Vašková, 1998, str. 24). Mysl nemocného člověka je schopna přijmout vyslyšené teprve tehdy, až je připravena tak závažné sdělení vstřebat. (tamtéž).

Zdá se pochopitelné, že mnoho pacientů by v tak těžké chvíli raději slyšelo milosrdnou lež. Sdělování diagnózy je složitou situací jak pro pacienta, tak pro lékaře, který nechce být poslem špatných zpráv. Lékaři se někdy obávají, jak bude pacient reagovat, nevědí, jak se při rozhovoru o diagnóze chovat a jak danou informaci podat tak, aby způsobili co nejméně škod a pacienta ještě více netraumatizovali. Zásady sdělování špatné zprávy pro lékaře rozpracoval např. Vymětal (2003). Ve zkratce lze jeho doporučení pro lékaře shrnout takto: „Jednejte sami tak, jak byste si přáli, aby s vámi bylo ve stejné či obdobné situaci jednáno.“ (Vymětal, 2003, s. 131). Pacient v tak těžké chvíli, jakým diagnóza zhoubného onemocnění je, ocení citlivého a empatického lékaře, který problém vyjádří jednoduchým jazykem, bez užívání nadbytečných cizích slov a bude

s pacientem jednat v klidu a beze spěchu. Vše pečlivě vysvětlí a pacient vycítí, že má ve svém lékaři oporu a může mu důvěřovat. A co je nejdůležitější: dostane se mu naděje, byť by byla sebemenší a mizivější.

Ohleduplné, citlivé a trpělivé oznámení diagnózy lékařem pomůže pacientovi diagnózu přijmout. Právě vyrovnání se s diagnózou se jeví jako zásadní psychologická podmínka pro úspěch dalších léčebných postupů. Není žádoucí, aby si nemocný svou diagnózu nepřipouštěl anebo ji tajil před svým okolím a uzavíral se před světem. Podle Chovancové, Vaškové (1998, str. 21) má takové chování nepříznivé dopady: „Prohlubující osamělost a nevědomost nemocného zvyšují úzkostlivost a citlivost.“

Celá druhá fáze je současně kritickým obdobím ovlivňujícím další průběh léčby, neboť dochází k vytváření vztahu pacienta k nemoci a k budování vztahu a důvěry k ošetřujícímu lékaři. Je maximálně žádoucí, aby se lékař pokusil při sdělování diagnózy zabránit traumatizaci. Doporučuje se, aby si s pacientem smluvil schůzku na konci ordinačních hodin a vyhnul se rušení ze strany jiných klientů či zdravotnickým personálem, aby pozval spolu s pacientem i jeho partnera či jinou blízkou osobu a podal pacientovi co nejvíce informací. Limitujícím je v tomto pouze pacientův zájem o informace. Je dobré, má-li lékař na schůzku dostatek času a poskytnout čas i pacientovi, aby měl prostor o situaci přemýšlet. Je prospěšné si rovněž s pacientem smluvit ještě jednu, nadcházející schůzku, aby mu v klidu mohl vybrané informace zopakovat a poskytnout pacientovi prostor pro dotazy; případně pro konzultaci v přítomnosti partnera nebo příbuzného (pokud se nemohl dostavit na první schůzku). Lékař by měl mít vždy na paměti, že pacient bude sdělenou situací silně rozrušen a šokován a nebude v jeho silách podávané informace plně vnímat. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

### **4.3. FÁZE LÉČBY**

Léčba nádorů prsu patří k největším úspěchům moderní onkologie. Léčeným pacientkám přináší mnoho let života ve vysoké kvalitě, nebo dokonce úplné uzdravení. Průběh onemocnění je individuální a u dvou žen se postupy a léčebné dávky mohou značně lišit. Proto se v dnešní medicíně při stanovování léčby čím dál více ujímá výraz „tailoring“ neboli „ušití léčby pacientce na míru“. (Skovajsová, 2010). Prostředky, které moderní medicína využívá k léčbě rakoviny prsu, jsme uvedli již v první kapitole.

Na počátku, brzy po sdělení diagnózy, člověk často, ovšem ne vždy, stojí před vnitřním rozhodováním, zda by nebylo lepší či šetrnější diagnózu zatajit. Motivován bývá snahou uchránit své blízké před zraněním, nechce je přetěžovat svými starostmi. Přestože se takové myšlení se zdá být logické, paradoxně to bývají nemocného nejbližší, kteří mají hodně sil a jsou ochotni a připraveni nemocnému pomoci a psychicky ho podpořit. Ve skutečném životě bývá pouze otázkou času, kdy se rodina o závažném onemocnění dozví. Sdílení starostí a obav z nemoci s nejbližšími mohou nemocnému ve vlastním vyrovnávání se s diagnózou velmi pomoci.

Diagnóza rakoviny významně zasáhne život pacientovy rodiny. Ne každý rodinný příslušník však disponuje stejnou schopností reagovat na změny a zpracovávat je. V tak závažné situaci potřebuje každý svůj čas, aby vstřebal a plně pochopil dopady diagnózy. Někdo je připraven o situaci mluvit téměř okamžitě, zatímco druhý má tendenci stáhnout se do soukromí a protřídit si vlastní myšlenky a prožitky. Ve chvíli, kdy se pacient chystá podstoupit první chirurgický zákrok, by rodina měla vytvořit pevný opěrný bod v jeho měnícím se světě. Vyslání signálu „jsme tu pro tebe“ od členů rodiny je silným zdrojem pomoci. (Chovancová, Vašková, 1998). Domnívám se, že zájem ze strany rodiny, její pomoc a psychická podpora, mohou významně pozitivně ovlivnit to, jak bude pacient snášet léčbu.

#### **4.3.1. OPERACE KARCINOMU PRSU**

V době zahájení léčby by měl lékař pacientovi ponechat dostatek času, aby si vše v klidu mohl promyslet a mohl se na zákrok připravit. Přestože to již v dnešní době není nezbytné nutné, stále bývá mnoho patientek s rakovinou prsu na chirurgický zákrok posíláno bezprostředně po vyšetření lékařem (tj. již za pár dní). Patientky se tak často cítí pod tlakem, bezmocné, vydané napospas okolí, mají jen málo prostoru a klidu na to, aby se vzpamatovaly ze šoku a zpracovaly své onemocnění. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010). Je dobré, když ještě před zahájením léčby lékař svou pacientku seznámí s výhodami i riziky chirurgického zákroku a vše jí vysvětlí tak, aby si byla schopna zvolit optimální řešení své zdravotní situace. V zájmu co možná nejlepšího snášení léčby je žádoucí, aby byla pacientka v živém kontaktu se svým lékařem a snažila se získat o nemoci co možná nejvíce informací. Obecně je spolupracující, aktivní pacient je takový pacient, který aktivně komunikuje, informuje se a vyhledává informace. Bariéru v komunikaci mezi



lékařem a pacientem může vytvářet mnoho věcí, pacient má např. pocit, že lékaře zdržuje anebo se domnívá, že jeho případ není na rozdíl od druhých pacientů tolik významný, aby s ním lékaře zatěžoval a zdržoval ho dotazy. Jinou překážkou může být charakter vztahu, který se mezi lékařem a pacientem odvíjí: pouze vztah založený na důvěře, respektu a vzájemném naslouchání tvoří předpoklad dobré komunikace. (Chovancová, Vašková, 1998).

Před operací pociťují pacientky strach, nejistotu, zoufalství, jsou zvýšeně přecitlivělé, zakoušejí pocity viny i hněvu. Takové duševní naladění snadno vyústí v deprese. Podstoupit operaci znamená vždy riziko toho, že se prokáže, že nalezený nádor je maligní. Ještě více je pro ženu znepokojující hrozba ztráty prsu. Oznámí-li lékař pacientce, že výsledky testů prokázaly maligní nádor, nebo že jí musel být odstraněn prs či jeho část, je to vždy zdrcující zpráva. (Büchler, Kořán, 2009). Asi bychom nenašli ženu, pro kterou by bylo snadné se s takovou zprávou vyrovnat. Telch a Telch (1996 in Křivohlavý, 2002) se zabývali prožíváním pacientek s maligním nádorem a zjistili, že 39 % z nich, které podstoupily ablaci prsu, vyhledalo po operaci psychiatrickou péči.

#### **4.3.2. ABLACE PRSU**

Chirurgické zákroky vykonávané v případě karcinomu prsu se dělí na tzv. lumpektomii, kdy se odejme pouze bulka spolu s částí okolní normální tkáně, někdy jsou odňaty i lymfatické uzliny z podpažní jamky. Druhým typem operace je tzv. segmentektomie, která je rozsáhlejší. Spolu se segmentem prsu jsou odstraněny i lymfatické uzliny z podpaží. Mastektomií neboli ablací prsu nazýváme odstranění celé prsní tkáně. (Franklin, Goodman, 1999).

Dnes naštěstí již medicína pokročila a ne vždy musí žena přijít o celý prs. Jedním z odborníků, který se zasloužil o zmírnění drastických zásahů do těla ženy při operaci prsu, byl Bernard Fisher, pittsburghský chirurg. Porovnával délku přežití skupin žen, které absolvovaly odlišné typy léčby: radikální mastektomii (tj. ablaci prsu), jednoduchou mastektomii a ozáření a jednoduchou mastektomii a bez dalšího ozařování podpažních uzlin. Ukázalo se, že přežití po 15 letech bylo u všech tří skupin stejné. Fisher tehdy dospěl k závěru, že radikální chirurgický zásah nemusí nutně ovlivnit dobu přežití. Dnes jsou již operace uchovávací prs zcela běžné. (Readová, 1996).

Ztráta prsu je pro ženu silným traumatem, které může vyústit v pochybnosti o sobě samé, deprese a poruchy sexuálního chování. První snahou ženy po ztrátě prsu bývá snaha o zamaskování jizvy a tendence stáhnout se do ústraní. Vedle přechodných fyzických následků po operaci, které se mohou projevovat např. pocitem znecitlivění nebo nepříjemnými pocity v místě zákroku a bolestmi na hrudi a ramenní oblasti, je pro ženu obrovskou výzvou vyrovnat se po operaci se změnou svého vzhledu. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Ablace prsu znamená také silný zásah do ženského tělesného schématu, do její integrity a žena jej proto zprvu vnímá velmi dramaticky. Sebeobraz, který si o sobě žena po celý život vytváří, je součástí její identity, přispívá k její spokojenosti a je základem vědomí o vlastní fyzické přitažlivosti pro partnera, je ablací silně narušen. Poškození části těla jako následek onkologické léčby narušuje ženinu psychickou rovnováhu a vyvolává představy o pozbytí ženské přitažlivosti. Žena se obává, že ztratí přátele, zažívá pocity studu před zbytkem „zdravé“ populace, ke strachu z léčby a obavám z budoucnosti se mnohdy přidávají obavy ze ztráty partnera. Existuje riziko, že prvotní smutek a deprese přejdou v patologický stav. (Konopásek, Javůrková, 1998; Chovancová, Vašková, 1998).

### **4.3.3. NÁVRAT DOMŮ, ADAPTACE RODINY**

Po chirurgickém zákroku následuje radioterapie a chemoterapie, které se zpravidla provádějí ambulantní formou, během níž pacientka pravidelně navštěvuje onkologické oddělení. Pacientka opouští nemocnici a spolu s ní i odborný, pečující personál. Návrat domů bývá pro mnoho pacientů složitý, mimo nemocniční prostředí se cítí zranitelnější, musí se potýkat s okolím, které na jejich situaci není zvyklé. Těžce nesou ztrátu opory odborného personálu nemocnice, pociťují deprese, úzkosti, někdy propadají hněvu, zlosti. Mohou se za svou diagnózu stydět, zažívají pocity izolace, během rekonvalescence a léčby nejsou schopni pracovat, někdy se ze zdravotních příčin (především během následné chemoterapie a radioterapie) musejí vyhýbat uzavřeným veřejným místům, jako je kino nebo veřejná doprava. Ve chvíli propuštění z nemocnice a přechodu do domácí péče se často obávají, že budou pro svou rodinu přítěží. (Nezu, Nezuová, Friedmanová, Faddisová, Houts, 2004; Křivohlavý, 2002).

Pro rodinu je situace závažných změn, které nemocný člen rodiny přináší, výzvou k většímu výkonu, k překračování osobních limitů a možností. Čelit složité situaci vážného

onemocnění v rodině je úkol těžký a svádí k touze po útěku z neřešitelné, těžké reality. Rodina je ale místem, kterému se nelze vyhnout, utéct není kam. Nevyhnutelným krokem nutným k udržení chodu rodiny a zajištění plnění jejích funkcí je přerozdělení rolí. „Obvyklé, zažité chování k sobě navzájem se nutně mění, to, na co byli všichni zvyklí, najednou neplatí, řada věcí je jiná.“ (Chovancová, Vašková, 1998, str. 28). Úkoly, které dříve vykonával nemocný, musejí převzít ostatní členové rodiny. Řešení nastalých problémů v rodině není zdaleka jednoduché, avšak jejich zdárné vyřešení může členy rodiny přivést k novým poznáním o sobě samotných a přispět ke stmelení rodiny.

Na druhé straně obtíže mohou nastat v okamžiku, kdy ne všichni jsou stejně připraveni vnímat změnu a otevření přijímat podněty, které diagnóza do rodiny přináší. Nemocný ještě není připraven o nemoci otevřeně hovořit, zatímco rodina se dožaduje informací; nebo naopak členové rodiny myslí, že stále nenastal vhodný okamžik a nedokážou prolomit bariéru mlčení, zatímco nemocný vydává signály, že je připraven o situaci hovořit. Členové rodiny se někdy mohou cítit přetěžováni emocemi a sami jsou paralyzováni strachem z onemocnění, zahlceni úzkostí a neschopni utříbit si myšlenky. V takových chvílích je dobré vyhledat odbornou pomoc.

Jestliže se nemocnému nebo jeho blízkým podaří prolomit bariéru mlčení a odhodlají se nemoci otevřeně postavit, nastávají v jejich komunikaci čtyři zásadní momenty (Chovancová, Vašková, 1998):

1. „Všechno bude v pořádku“

Posuďte sami, komu by tato větička samovolně nevyplynula z úst? Nebezpečí tkví v tom, že takto, byť dobře míněnými větami deklasujeme skutečné pocity nemocného a odpíráme mu možnost volně vyjádřit své obavy. Na počátku léčby není možné predikovat další vývoj a nelze s jistotou tvrdit, že léčba bude úspěšná. Namísto falešného optimismu je podstatné nemocného povzbudit a nechat jej rozhovět se o vlastních myšlenkách, pocitech, obavách (přeje-li si to) a spolu s ním je sdílet.

2. „Silné emoce jsou na místě.“

Nemocný se potýká se silnými přívaly dysforických emocí. Je zoufalý, propadá vzteku, bezmoci a je vysoce pravděpodobné, že tyto emoce bude ventilovat na svých blízkých. Je na místě, aby si členové rodiny uvědomili, že podobné výpady nejsou zamířeny proti jejich osobě, nýbrž že pouze odrážejí vnitřní stav napětí nemocného. Důležitým postupem je v tomto případě projevené emoce tolerovat a reagovat na ně co nejvíce klidně, chápavě

a trpělivě. Projevování emocí napomáhá otevřené komunikaci, která bude pro pacienta i v dalších fázích léčby velmi důležitá.

### 3. Aktivní naslouchání.

Tichým vyslechnutí nemocného, sdílením jeho pocitů a ujištěním, že ho chápeme, toho můžeme nemocnému dát více než tisícem slov.

### 4. Přístav bezpečí.

I silný, sebevědomý a optimistický pacient potřebuje mít jistotu v pevném rodinném zázemí, které pro něj v těžkých chvílích bude oázou klidu, bezpečí a porozumění.

Obecnými platnými zásadami pro komunikaci s nemocným zůstávají otevřenost, přirozenost a důvěra v nemocného i v sebe.

## **4.3.4. ZVLÁDÁNÍ CHEMOTERAPIE A RADIOTERAPIE**

Chemoterapie a radioterapie se pacienti obávají pro jejich vedlejší účinky. Uvedme si nyní nejčastější komplikace. Nežádoucí účinky radioterapie lze rozdělit na celkové a místní podle oblasti, která je ozařována; a na akutní a pozdní podle časové osy. Mezi celkové vedlejší účinky řadíme únavu, ospalost, snadnou unavitelnost, nižší fyzickou výkonnost, nechutenství, nevolnost, zvracení, změny v krevním obraze (pokles počtu krevních buněk). Místními nežádoucími účinky jsou otoky, zčervenání nebo podráždění v místě, kde ozařování proběhlo, dále ztráta vlasů, dýchací obtíže, afty, povlaky v ústech, potíže se zažíváním atp. Akutní vedlejší účinky se obvykle vyskytují během ozařování a v průběhu několika týdnů po ukončení radioterapie obvykle vymizí. Pozdní komplikace se mohou objevit až několik měsíců či let po radioterapii a jsou zapříčiněny poškozením okolní zdravé tkáně ozařováním. K projevům pozdních vedlejších účinků patří atrofie tkáně, vazivová přeměna či poškození cév. Konkrétně může docházet k poškození tenkého a tlustého střeva, neplodnosti, poškození nervových zakončení aj.

Chemoterapie je známá především svými vedlejšími účinky na kůži a vlasové folikuly. Typickým vedlejším příznakem je ztráta vlasů, tzv. alopecie. Nutno dodat, že ztráta vlasů je pouze dočasná a dochází k ní postupně. I když je ztráta vlasů citelným zásahem do psychiky pacienta (resp. pacientek), útěchou může pacientům být, že vlasy obvykle znovu dorostou za 1 až 3 měsíce po ukončení chemoterapie. Úplně vlasy většinou dorostou do 6 – 12 měsíců od ukončení léčby. Někdy mívají změněnou kvalitu, ale barva zůstává stejná. (Chocenská, Móciková, Dědečková, 2009).

Pacientky se často obávají právě ztráty vlasů, nevolnosti, únavy, zvracení, popálenin v případě radioterapie, ztráty váhy, ztráty chutě k jídlu, sexuálních problémů, vymizení sexuálních aktivit, depresí atp. Ani anonymní prostředí onkologie a setkávání se spolupacienty v čekárnách zprvu nemusí na nemocného dobře působit. Pacientce může lékař vše usnadnit tím, že jí pečlivě vysvětlí, jak její léčba funguje. Pokud něčemu dobře rozumíme, je snazší si uvědomit, jaký to má smysl a cíl. Je dobré mít na paměti, že podstupované nepříjemné procedury jednoho dne skončí a koneckonců mají jediný cíl – úzdravu.

O tom, zda se pacient zvládne léčbě přizpůsobit a jak se pacient s útrapami léčby vyrovná, rozhodnou i jeho copingové strategie. (Křivohlavý, 2002). „Existuje celá řada studií zkoumajících způsob přizpůsobení se nemoci, ze kterých jasně vyplývá, že postižení využívající aktivní a nápomocné zvládací strategie (jako je hledání informací, aktivní snaha o vhodnou léčbu, aktivní hledání podpory, bojové nastavení) žijí život výrazně vyšší kvality. Je to způsobeno zřetelným snížením úzkosti, zoufalství, deprese a stresu.“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 43).

Léčba karcinomu je dlouhá a nepříjemná, může se protáhnout na týdny i celé měsíce a paradoxně přináší pacientovi více obtíží než nemoc sama. „V tomto období je pro pacienta těžké přesvědčit sebe sama, že se uzdravuje, když se cítí mizerně v důsledku vedlejších příznaků léčby. Je obtížné udržet si psychickou rovnováhu a optimistický pohled, když se cítíte hůř než v době, kdy byla stanovena diagnóza. Chirurgický zákrok narušil celistvost těla, chemoterapii a radioterapii pociťujete jako nepříjemné, plán léčby se může zdát bez konce. Jste přesvědčeni, že jste se ještě nikdy v životě necítili tak zle a že se už asi nikdy nebudete cítit normálně – pokud jste si ještě vůbec schopni vybavit, jaké to vlastně je „cítit se normálně“.“ (Chovancová, Vašková, 1998, str. 40). Přesto dovedou míra odhodlání, bojové nastavení a dobrá psychická pohoda průběh léčby pozitivně ovlivnit. Podle zjištění Büchlera a Kořána (2009) se dokonce až 75 % pacientů s bojovým nastavením dožívá o 10 let vyššího věku oproti těm pacientům, kteří psychicky rezignovali.

O tom, co často rozhoduje o dobrém zvládnutí léčby (copingu<sup>6</sup>), je psychická stabilita pacienta, zdroje, které má pro zvládání nemoci k dispozici a zda se mu dostává dostatečné sociální opory od jeho blízkých. Podle zjištění Angenendtové, Schütze-Kreilkampové a Tschuschkeho (2010) se zdaleka ne všichni pacienti zvládnou se zátěží vyplývající z léčby onkologického onemocnění vyrovnat sami bez profesionální pomoci. 25 % až 40 % pacientů s onkologickým nálezem vyhledá odborníka, aby jim pomohl se s nemocí psychicky a sociálně vyrovnat.

Hovoříme-li o zdrojích, kterými disponuje pacient pro zvládání nemoci, uveďme si nyní uvést alespoň základní dva druhy zvládacích strategií zvládání životních těžkostí, jak o nich hovoří Křivohlavý (2002, str. 103):

1. strategie zaměřené na řešení problému, který působením nemoci vyvstal,
2. strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem spojeným s existencí nemoci.

V případě strategie zaměřené na řešení problému bude pacient spíše vyvíjet vlastní aktivity a bude se snažit konstruktivně řešit daný problém – tedy podstoupit léčbu, zlepšit podmínky, ve kterých se nachází, odstranit nežádoucí vlivy. Naproti tomu druhá strategie je zaměřena především na zachování pozitivních emocí / odstranění negativních emocí, které nepříznivou situaci (v našem případě nemoc) provázejí, půjde tedy např. o snahu snížit úzkost a strach, potlačit projevy zloby atd. Dospělí lidé většinou využívají obou strategií, o preferenci té či oné strategie zřejmě rozhoduje rodinná výchova a sociální prostředí, v němž žije. Obecně se dají cíle strategie pro zvládání životních těžkostí (tedy i léčby karcinomu), vymezit takto (Cohen a Lazarus, 1979 in Křivohlavý, 2002, str. 104):

1. Snížit to, co člověka ohrožuje.
2. Tolerovat – unést – to, co nepříjemného se děje.
3. Zachovat si tvář a pozitivní obraz sebe sama (image).
4. Zachovat si emocionální klid (duševní rovnováhu).

---

<sup>6</sup> Zde se přidržíme Lazarusovy definice copingu neboli zvládání z roku 1966 (in Křivohlavý, 2002, str. 69): „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“

5. Zlepšit podmínky, za nichž by bylo možné se po zážitku životní těžkosti zregenerovat.
6. Pokračovat v sociální interakci.

#### **4.4. FÁZE REMISE, HROZBA NÁVRATU NEMOCI**

Karcinom prsu je onemocněním se společenskými, emocionálními i sexuálními důsledky, které neovlivňují pouze zdraví dané ženy, nýbrž zasahují i do jejích vztahů k ostatním lidem, mohou změnit její životní styl a její představu o vlastním těle. Ženy, které dokončily léčbu, obvykle stráví zbytek života pod lékařským dohledem. Po dobu prvních pěti let bývají zpravidla kontrolovány v tří až šestiměsíčním intervalu, po uplynutí pěti let alespoň jednou ročně. Ideální je, pokud navštěvují svého onkologa. Při prohlídkách bývají ženy dotazovány na eventuální příznaky, jednou do roka, případně za dva roky, by měly také pravidelně podstupovat mamografické vyšetření. (Franklin, Goodman, 1999).

Lidé, kteří překonali rakovinu, obvykle po ukončení léčby stojí před mnoha náročnými úkoly, jako je návrat do práce nebo znovupřevzetí rolí v domácnosti, plnění povinností atp. Skutečnost je ovšem taková, že mnohdy se do práce již nevrátí a přechází do invalidního důchodu. Procházejí fází rekonvalescence a musejí se vyrovnat s těžkostmi, které mohou bránit nastolení opětovné duševní pohody. Zřejmě nejcharakterističtější překážkou je v tomto obava, že se nemoc znovu vrátí. Výzvou, které musejí pacienti v období po ukončení léčby čelit, je přivyknout tomu, že nemoc jednou provždy změnila jejich život. Musejí se naučit žít s nejistotou a trvalou hrozbou relapsu. Pacienti se od lékařů dožadují alespoň přibližného časového odhadu doby, která musí uplynout, aby se mohli považovat za vyléčené. „Prognózy se zakládají na statistikách, jež porovnávají pacientův zdravotní stav s vývojem zdravotního stavu velkého počtu lidí, kteří prodělali podobné onemocnění. Při stanovování prognózy pro konkrétního pacienta se berou v úvahu i další proměnné, jako je věk, komplikace základního onemocnění a podobně. U mnoha typů rakoviny se považují za vyléčené ti lidé, kteří zůstanou pět let po léčbě bez příznaků.“ (Nezu, Nezuová, Friedmanová, Faddisová, Houts, 2004, str. 33 – 34).

Značné je riziko opětovného onemocnění či tzv. sekundárního onkologického onemocnění. Problémem je, že některé druhy léčby rakoviny jsou současně karcinogenní – výskyt sekundárního maligního nádoru u bývalých onkologických pacientů bývá až 20x

vyšší než u běžné populace. Pro některé pacienty v postatě trvalé a nikdy nevylučitelné riziko nového propuknutí nemoci představuje značnou překážku na cestě k přijetí skutečnosti, že přežili rakovinu. (Nezu, Nezuová, Friedmanová, Faddisová, Houts, 2004)

Ukončením léčby začíná pro pacienta celá nová fáze jeho zkušenosti s rakovinou. Přestože se pacientovi podaří přijmout skutečnost, že je rakovina pryč, stále se může setkávat s problémy, jež s rakovinou souvisí. Rakovina promění pacientův pohled na svět i na sebe samého. Stojí před úkolem predefinování svých rolí v rámci dosavadního povolání i v rodině, s přidělením invalidního důchodu vstupuje nové role důchodce, struktura rodiny se proměňuje. Pacient je nucen přehodnotit své cíle a přizpůsobit je svým aktuálním možnostem a schopnostem. Období po překonání nemoci je plné emočních a fyzických změn, změn v chování a vnímání. Člověk, který překonal rakovinu, je citlivý ke změnám vlastní povahy, silněji si uvědomuje své každodenní interakce s okolím a blízkými lidmi. Je pro něj složité vymanit se z role pacienta a může zakoušet pocity strachu, zmatku, deprese; tyto pocity jej mohou vést ke snaze zvýšit stávající kvality jeho života. Stojí před úkolem znovu vystavět vztah důvěry k vlastnímu tělu a nalézt ztracenou partnerskou intimitu. (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010; Nezu, Nezuová, Friedmanová, Faddisová, Houts, 2004).

Domnívám se, že nedocenitelnou pomocí jsou pro pacienta v této fázi dobrovolnické svépomocné skupiny, které lze dnes nalézt již v každém větším městě v naší zemi. Existují i skupiny vytvořené speciálně pro pacientky s rakovinou prsu. Ženy se zde dostanou k mnoha praktickým informacím a radám, např. o možnostech prsních náhrad, jak si vybrat vhodnou paruku, jak mohou cvičit, jak se stravovat. A co je ještě důležitější, mohou zde najít tolik potřebnou psychickou podporu. Skupiny dávají pacientce pocítit jednoduché, ale přitom silné sdělení: Nejsem v tom sama.

„Prožitek toho, že není se svým trápením, úzkostí a problémy sám, může pacient zažívat pouze ve skupině, kde jsou na tom ostatní stejně jako on. Ve skupině je možné společně hledat řešení. Tyto životně důležité zkušenosti jsou jedinečné a posilují u postižených chuť do života.“ (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, str. 51).



## 5. SMYSL ŽIVOTA A RAKOVINA: I TVOJE UTRPENÍ MÁ SMYSL

Pro tuto kapitolu jsem jako dovětek vybrala titul knihy Elisabeth Lukasové *I tvoje utrpení má smysl* (1998), neboť na následujících stranách se chystám nastínit myšlenky vybraných psychologů a psychoterapeutů a poté stručně představit současný koncept naznačující, že rakovina nemusí být pro člověka pouze bolestným traumatem, nýbrž i hlubokou, obohacující a smysluplnou zkušeností.

Motta a pořekadla jako „všechno zlé je pro něco dobré“, „co tě nezabije, to tě posílí“, „co bolí, to sílí“ se běžně dostávají do naší řeči a myšlenek a nejsou, lidově řečeno, nic nového pod sluncem. Dlouho však unikaly systematictějšímu vědeckému bádání.

### 5.1 LOGOTERAPIE A EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA V. E. FRANKLA

Jedním z prvních, kdo se problematice pozitivních důsledků negativních událostí začal systematicky věnovat, byl profesor psychiatrie Viktor Emanuel Frankl (1905 – 1997). Začínal jako mladý nadějný lékař ve Vídni počátku 20. století a svými myšlenkami si dokázal získat pozornost takových velikánů vídeňské psychoterapie, jako byl Sigmund Freud nebo Alfred Adler. V období hospodářské krize pracoval s nezaměstnanými a zjistil, že jsou více šťastní, pokud dostanou práci, byť by byla neplacená. Do jeho života však brzy měla zasáhnout válka. Kvůli židovskému původu ztratil většinu příbuzných v nacistických koncentračních táborech. Sám byl v koncentračních táborech po 3 roky vězněn. Své zážitky a zkušenosti z holocaustu popsal v knize *A přesto říci životu ano: Psycholog prožívá koncentrační tábor*. V extrémních podmínkách táborů, jako byla Osvětim, si sám na sobě ověřil teorii, kterou stačil vytvořit ještě před vypuknutím války. (Frankl, 1997; 2006; Vodvářka, 2001, Halama, 2007).

Frankl nazval svůj směr existenciální analýzou. Aby ji odlišil od filosofické analýzy bytí, začal zároveň užívat termín logoterapie (logos = slovo, smysl, duch). Smysl, resp. vůle ke smyly tvoří ústřední pojmy jeho teorie. Logos chápe jako nositele objektivně existujícího smyslu. Skutečný smysl je podle něj transcending, směřuje z člověka mimo něj a spočívá v hodnotě výkonu. (Vodvářka, 2001; Balcar in Vymětal et al., 2004)

Frankl tvrdí: „Jenže jako psychiatr nebo aspoň jako psychoterapeut si uvědomuji kromě (faktických) slabostí také (fakultativní) možnosti, jak je překonat a přes žalostnost

situace vždy ještě vypátrat možnosti, jak ze situace vydobýt smysl a i tak *zdánlivě nesmyslné utrpení proměnit v pravý lidský výkon*. V podstatě jsem přesvědčen, že **neexistuje situace, která by v sobě nezahrnovala nějaký možný smysl.**“ (Frankl, 1997, str. 39) Člověk je podle něj hnán silou nalézt smysl vlastního života, je to lidská prvotní motivace. Tuto **vůli ke smyslu** chápe jako protiklad k Freudově principu slasti a k Adlerově vůli k moci. Člověk je ve své hluboké podstatě „proniknut“ vůlí ke smyslu. Považuje ji za specificky lidský jev. V okamžiku, kdy člověk propadá pocitu, že jeho život nemá smysl a zakouší pocit prázdnoty, pak to, co je v něm v tuto chvíli frustrováno, je právě jeho vůle ke smyslu. (Frankl, 1997; 1999, Halama, 2007).

Logoterapií lze podle Frankla obsáhnout další specificky lidské jevy: dvěma základními antropologickými znaky lidské existence jsou podle něj sebezpřesah (sebetranscendence) a sebeodstup (sebedistance). Sebetranscendencí míní schopnost člověka překročit vlastní potřeby a zaměřit se na hodnoty, které existují je mimo něj, k něčemu, co jej přesahuje. Člověk se stává sám sebou, a tedy člověkem, až když se plně ponoří do nějakého úkolu, když se ujme služby nějaké věci či lásce k druhému. Teprve tehdy se stává člověkem, když přehlídí vlastní potřeby a zapomene na sebe. (Frankl, 1999). Franklova žačka Elisabeth Lukasová hovoří o „hojivém zapomenutí sám na sebe“, které pociťujeme, když se dokážeme něčemu mimo nás plně a angažovaně věnovat. Teprve při takovém plném ponoření do úkolu se naše individuální potíže vytrácejí. (Lukasová, 1998, str. 112).

Frankl (1999) odmítá myšlenku, že člověk především potřebuje homeostázu, stav rovnováhy. Člověk naopak potřebuje v životě napětí – noodynamiku: snahu a zápas o cíl, který je hoden lidského úsilí; dynamiku mezi smyslem a člověkem, který má smysl naplnit. V případě, že člověk dosáhne rovnováhy a nemá před sebou cíl, který by mohl naplnit, pak v něm převáží pocit hluboké životní prázdnoty. Takovou vnitřní prázdnotu Frankl nazývá **existenciálním vakuem**. Jako následek existenciálního vakua, pocitů nesmyslnosti a pochybností o smyslu vlastního života, kterými mnohý dnešní člověk trpí, se rodí noogenní neuróza.

Zásadní pozici zaujímají ve Franklově konceptu logoterapie pojmy svoboda, odpovědnost a svědomí. **Svobodu** lze chápat dvojím způsobem – jako svobodu od něčeho a svobodu k něčemu. Svobodu od něčeho si lze představit jako schopnost člověka oprošťovat se od svých názorů, postojů, představ, dovedností, předsudků, ke kterým

v průběhu života došel. Svoboda k něčemu je svoboda člověka vybrat si svoji životní cestu – čemu bude věřit, co bude dělat, pro co se rozhodne, jinými slovy, jaké zaměření – smysl – svému životu dá. Dle Frankla (1994) se s otázkou svobody setkáváme pokaždé, když stojíme na rozcestí a máme si zvolit jednu z několika možností. Svobodní jsou lidé vždy, nezávisle na vlivech výchovy, kulturního prostředí, vzdělání, inteligence, struktury charakteru, náboženství.

Přestože je svoboda v západní civilizaci považována za zásadní hodnotu, velmi často se pojí se strachem, strachem ze svobody. Svoboda, braná vážně, je totiž dle Frankla vždy neoddelitelně spjata s **odpovědností**. A být odpovědný znamená dávat odpovědi na otázky života. „Tato odpovědnost je jednak něco vznešeného, jednak něco strašného.“ (Křivohlavý, 1994, str. 20). Tím se dostáváme k dalšímu ústřednímu bodu Franklova konceptu, ke **svědomí**. „Smysl musí být vždy nalezen a najít si jej musí vždy každý sám. K tomu slouží člověku jeho svědomí.“ (Frankl, 1999, str. 12). Svědomí je naším kompasem, který nás orientuje v životě, je orgánem smyslu, podobně jako nám slouží oko jako orgán zraku. Svědomí nám pomáhá vytušit, co je správné a co ne, vede nás ke smyslu každé jedinečné situace. (tamtéž).

Smysluplným svůj život člověk činí tím, že naplňuje obecné životní hodnoty obsažené v konkrétních životních situacích. „Prožitek smysluplnosti lze zhruba vyložit jako prožívanou objektivní hodnotnost vlastního počinání v životě.“ (Balcar, 1995, str. 133). Životní smysl lze nalézat ve 3 základních směrech – ve 3 základních druzích hodnot (dle Křivohlavý, 1994; Balcar, 1995):

a) Zážitekové hodnoty:

Smysl dáváme životu tím, že něco opravdového prožijeme; příkladem zážitkové hodnoty je láska; k uskutečnění zážitkových hodnot člověku napomůže vše, co v něm vzbuzuje kladné emoce. Zážitekové hodnoty (někdy též estetické), obohacují život člověka tím, že mu poskytují možnost hluboké emoce.

b) Tvůrčí hodnoty:

Zatímco v případě hodnot zážitkových je člověk příjemcem, v případě hodnot tvůrčích sám k tvorbě přispívá, obohacuje životy jiných. Tvůrčí hodnoty realizujeme vlastní tvorbou, naší vlastní aktivitou. Nezáleží přitom na tom, zda je o malbu Mony Lisy anebo okopávání zahrádky, mnohem podstatnější je oddanost a ponoření člověka do své činnosti.

c) Postojové hodnoty:

Podstata postojové hodnoty tkví ve schopnosti člověka postavit se osudovým okolnostem, které není v jeho silách změnit. Tam, kde nelze nepříznivé podmínky změnit či odvrátit, dává člověk svému životu smysl tím, jaký postoj k nim zaujme. Předpokladem realizace postojových hodnot je lidská schopnost snést utrpení. Postojové hodnoty nalézáme u lidí trpících, chronicky nemocných, u lidí v krizových, zoufalých situacích, kteří se rozhodli svůj boj nevzdat. „Schopnost trpět však není ničím jiným než schopností uskutečnit to, co nazýváme postojovými hodnotami.“ (Frankl, 1990, str. 132).

Postojová hodnota je to, čím lze učinit život smysluplným i tam, kde se zdá, že již není naděje. V situaci, kdy člověk trpí, dává svému životu smysl tím, jak na sebe situaci utrpení vezme – to je pro člověka poslední příležitost uskutečnění hodnoty.

Frankl (1996) se zabíral také smyslem smrti. Jakou roli hraje v životě člověka jeho konečnost? Odmítá tezi, že smrt smysl života zpochybňuje. Je tomu právě naopak. Co by se stalo s životem člověka, kdy přestal být časově neomezený, neohraničený? Nesmrtelný člověk by nikdy nepocítil nátlak, který mu konečnost života dává, aby využil času svého života. Konečnost života nás nutí chytit každou chvíli a příležitost, která se nám v životě naskytne, a využít ji beze zbytku.

Zásadním pozitivním poselstvím Franklovy logoterapie je, že i člověk, který je v situaci nouze a utrpení, který nemůže uskutečňovat hodnoty ani svým jednáním, ani dát svému životu smysl prostřednictvím zážitků – že i takový člověk je schopen dát svému životu smysl, a to tím, jak se tomuto svému osudu, této své situaci nouze postaví, jak na sebe své osudově nutné utrpení vezme. To je poslední cesta k uskutečnění hodnoty. V opravdovém, statečném snášení osudového utrpení se člověku otevírá poslední a největší příležitost k naplnění smyslu ve svém životě. Život má vždy až do posledního dechu smysl, uchovává si jej až do samého konce. Možnost uskutečňovat hodnoty právě tím, jaký postoj člověk ke svému osudově nevyhnutelnému utrpení zaujme, ta existuje vždy. (Frankl, 1999).

Nemá smysl se ptát, jaký obecný smysl život má. „Pokusíme-li se rozpomenout na prapůvodní strukturu prožívání světa, musíme udělit otázce po smyslu života *kopernikovský obrat: Život sám je to, kdo klade člověku otázky. Člověk se nemá co tázat, daleko spíše je životem tázán, on má životu odpovídat – má život z-odpovědět.* Odpovědi

však, které člověk dává, mohou být pouze konkrétní odpovědi na konkrétní „životní otázky.“ (Frankl, 1996, str. 72).

Nahlíženo optikou Franklových myšlenek lze považovat situace onemocnění rakovinou a s ní spjatá příkoří za utrpení, za osudové události, které otřesou životem člověka v základech. Takový otřes je vlastně výzvou. Je výzvou a příležitostí se zastavit a zamyslet se nad vlastním životem. Křivohlavý (1994) se domnívá, že meditace v tak krizové situaci se může ubírat dvěma směry: „Jeden způsob využití relativně volného času ve chvílích utrpení je charakterizován tím, že se začneme litovat a ptát, *co nám život zůstal dlužen*. Druhý způsob meditace je nadějnější. Vede k zamyšlení nad otázkou, *co já jsem životu zůstal dlužen, co bych měl dělat, abych ten úsek života, který mi bude dán, nepromarnil.*“ (Křivohlavý, 1994, str. 86). Onemocnění je příležitostí k provedení kopernikovského obratu a přehodnocení života – rakovina může být odrazovým můstkem k zahájení kvalitnějšího, uvědomělejšího a bohatšího života.

## 5.2 FRANKLOVI ŽÁCI ELISABETH LUKASOVÁ A AFRIED LÄNGLE

Nejznámějšími žáky Viktora E. Frankla jsou rakouští psychoterapeuti Elisabeth Lukasová (\*1942) a Alfried Längle (\*1951). Lukasová obohatila Franklovy myšlenky a jím vyvinuté logoterapeutické techniky podrobila empirickému bádání. Mnoho let působila jako vedoucí psychologického poradenského centra a byla jednou z Franklových nejlepších žákyň.

Lukasová (1998) vychází z Franklových myšlenek – zjednodušeně vyjádřitelných výstižným heslem *A přesto říci životu ano* – a dále je rozvíjí. Sdílí jeho stanovisko, že mnoho obtíží lze zmírnit tím, že odvrátíme pozornost trpícího člověka od nezměnitelných osudových faktorů směrem k jeho volným kapacitám, prostřednictvím nichž má možnost se se svým osudem vyrovnat a pozitivně ovlivnit svoji situaci. Mnoho lidí pod tlakem takových událostí, jako je rozpad rodiny, konec kariéry, přírodní katastrofa anebo těžké onemocnění, podléhá beznaději a pocitu, že je vše ztraceno. To je ale podle Lukasové nezdravý duchovní postoj. Logoterapie přichází s východiskem, že za takových okolností každý člověk disponuje volbou, jaký postoj k situaci zaujme. Schopnost zaujmout ke složité, bolestné životní situaci statečný postoj může posílit v člověku pocit, že neztratil úctu sám před sebou a posílit v něm hrdost nad tím, že snáší své trápení důstojně. „Obrat

k pozitivnímu je obrat ke smysluplnému, je to připravenost získat ze stávající situace to nejlepší, i v neštěstí najít smysl a vyplnit jej,“ dodává Lukasová (1998, str. 18).

Lukasová přejímá Franklovo členění hodnot a upozorňuje na riziko, ohrožující člověka, který staví svůj život pouze na jedné jediné hodnotě. Jestliže člověk tuto hodnotu ztratí, ocitá se v nebezpečí, že se zhroutí. „Patří-li do našeho života mnoho rozličných hodnot, podepřou nás tehdy, když jednu z nich ztratíme. Hodnoty totiž tkají nosnou síť z ideálů, hobby, zájmů a aktivit, která je-li to potřeba, zachytí i pád z velké výšky.“ (Lukasová, 1998, str. 60).

Lukasová provedla studii zabývající se smyslem života a životními cíli u chronicky nemocných či nevléčitelných lidí a dospěla k závěru, že i v takových zdánlivě bezvýchodných situacích je možné nalézt smysl života. Užitím dotazníku smysluplnosti lidské existence (Logo–testu) prokázala, že ani ženy, které absolvovaly léčbu karcinomu prsu, byť nebyly dosud vyléčeny, neměly sníženou úroveň vědomí smyslu života. (Halama, 2007). Smysl života považuje Lukasová (1998, str. 85) za dosažitelný i nedosažitelný současně. Smysl života totiž spočívá v lidské snaze a boji člověka se sebou samým, je „projekcí lidského nadání a vůle.“

Kudy tedy vede cesta ke smysluplnému životu? Alfried Längle (in Křivohlavý, 1994, str. 57) poskytuje člověku návod v podobě 5 kroků:

1. Neuzavírat se do ústraní (ulity), ale otevřít se životu.
2. Otevřít oči, uši i srdce a vidět, co se kolem děje.
3. Slyšet, vidět a chápat výzvy, které ze světa k nám doléhají.
4. Správně výzvy interpretovat a s přihlédnutím k vlastním možnostem se rozhodnout.
5. Uskutečnit – realizovat rozhodnutí.

Realizovat rozhodnutí může člověk dvěma způsoby – změnit něco ve světě mimo sebe (vykonat čin) anebo změnit něco sám v sobě (např. změnit svůj náhled na svět).

Na otázku, co znamená smysluplně žít, Längle (2002) poskytuje vícero odpovědí. Smysluplně žít znamená plnit úkol, který máme před sebou. A tímto úkolem jednou může být nic nedělat, odpočívat, podruhé to může být pomoci příteli anebo čelit diagnóze rakoviny. Smysl nám nemůže nikdo dát, nelze ho předepsat ani přikázat, smysl musí být člověkem nalezen a rozpoznán. Smysl je ve světě přítomen v podobě „nabídek“, které můžeme „číst mezi řádky skutečnosti“. Smyslu života porozumí člověk pouze

v souvislostech, v člověku musí vytanout ono „pro co“. Nalézt smysl života člověku však nezaručí, že bude vést příjemný a pohodlný život. Smysl překračuje prostředky, které nejsou konečným cílem. Vydá-li se člověk za svým smyslem, vydává se na cestu za tím, pro co stojí za to žít a musí si být vědom, že ke smysluplnému životu patří i strádání. Přestože se smysl života s každou situací mění a nikdy jej nelze uchopit ani vlastnit, může jej člověk vycítit tak, že bude v každé situaci hledat to, co je správné. „Smysl je něčím, oč nám jde každý den, i když o tom nemluvíme nebo vědomě nepřemýšlíme; to činíme spíš jen ve výjimečných životních situacích.“ (Längle, 2002, str. 46) Smysl je nezávislý na inteligenci, nelze jej vymyslet, jedinou podmínkou pro jeho hledání je umění činit rozhodnutí. Jediným orgánem smysluplnosti je svědomí. Smysl života existuje mimo nás, má být hledán a nalezen, i když se jeho nalezení osvědčí teprve časem. Nejjistějším smyslem je jedině ten vskutku rozpoznáný a procítěný. „Být znamená být tázán. Žít znamená odpovídat, odpovídat na otázky přítomné chvíle. (...) Klíč ke smyslu je otevřenost člověka, spočívá v jeho obrácení se k životu.“ (Längle, 2002, str. 51).

### 5.3 IRVIN D. YALOM A ČTYŘI EXISTENCIÁLNÍ DANOSTI

Irvin D. Yalom (\*1931) je americkým psychoterapeutem židovského původu, který se narodil ve Washingtonu ruským imigrantům. Vytvořil teorii existenciální dynamiky, v níž hraje důležitou roli smysl života a úzkost a při jejímž popisu vychází z psychoanalýzy. K úzkosti dohání člověka konfrontace se základními existenciálními danostmi, resp. existenciálními skutečnostmi. Těmito základními záležitostmi jsou **smrt**, **svoboda**, **osamělost** a **absence smyslu**. (Yalom, 2006; Josselson, 2009).

Smrt je nejbolestnější a nejobtížnější daností lidské existence. Je všudypřítomna, strach ze smrti je pro člověka ochromující. Yalom (2008) spatřuje strach ze smrti jako příčinu mnoha symptomů pacientů, se kterými se setkal. Přesto se snaží smrt od života neoddělovat a poukázat na vzájemné prolínání života a smrti. Smrt – a vedle ní i všechny limitní situace, které člověka vytrhávají z jeho pohodlného bytí – představují „probouzející zážitek.“ Člověk žije, aniž by si připouštěl, že smrt je nedílnou součástí jeho života. Yalom přitom připisuje konfrontaci se smrtí blahodárny, až terapeutický účinek a připomíná Heideggerovo pojetí dvojího bytí ve světě. „Přestože materiálnost smrti člověka ničí, myšlenka smrti jej zachraňuje,“ říká (2006, s. 40). V tomto ohledu se vracíme ke



stanoviskům, blízkým již Franklovi a jeho žákům. Rovněž Yalom člověka vybízí k tomu, aby si zkusil představit, že by žil život, v němž není pro smrt místo. Jaké by byly důsledky? Člověk by byl ochuzen o významný rozměr života, život by ztratil intenzitu, živost a bohatost. Lidský život by přestal být autentický. Odkládá-li člověk smrt jako něco, co se ho netýká, odkládá i život sám. Mnoho lidí žije tak, že si odpírá to, co by nejraději ve skutečnosti dělali. Nahlíženo z existenciálního úhlu pohledu je konfrontace člověka se závažným onemocněním, jakým je rakovina, „probuzením“, které člověka na odkládání vlastního života intenzivním a neodbytným způsobem upozorní.

Mezi **svobodou** a zodpovědností spatřuje Yalom obdobné propojení jako Frankl, Lukasová a Längle. Činí každého člověka zodpovědným nejen za své činy, ale také za to, co člověk prožívá a jaký smysl dává svému vlastnímu světu. To je pro člověka velice znepokojivé, neboť nekonečnost lidské svobody je děsivá. Pomoci člověku přijmout vlastní odpovědnost a naučit ho nakládat se svou svobodou, je pro Yaloma základním kamenem terapeutické práce. (Josselson, 2009).

Dalším, neméně zásadním existenciálním tématem, jimž se Yalom (2006) zabývá, je izolace, resp. **existenciální osamělost**. Nejde mu o interpersonální ani o intrapersonální samotu. Jistě, některým lidem chybí potřebné sociální dovednosti anebo udržování důvěrných vztahů neodpovídá struktura jejich osobnosti a trpí společenskou nebo „geografickou“ samotou. Těmto lidem může poskytnout pomocná východiska skupinová terapie. Jestliže Yalom hovoří o existenciální izolaci jako o základní danosti, jde mu o hluboko zasahující existenciální osamělost, která tvoří propast mezi jedincem a druhými lidmi. Jde mu o fundamentální osamělost, s níž člověk svádí marný boj, když touží být propojen s ostatními lidmi a současně neodvratně spěje k poznání, že je na tomto světě úplně sám. Na tento svět se rodíme sami a sami z něj musíme také odejít.

V otázce **smyslu života** postuluje Yalom (2006) zásadní rozpor mezi dvěma, pro něj rovnocennými tvrzeními: Člověk potřebuje ke svému životu smysl. Prožívání života beze smyslu nebo cíle (a v tomto významu je považuje za synonyma) je pro člověka nesmírně obtížné. V protikladu k tomuto tvrzení prohlašuje, že žádný absolutní smysl ani cíl *není*. Z toho vyvstává znepokojující otázka: „Jak může člověk, který potřebuje smysl, tento smysl najít ve vesmíru, jenž žádný smysl nemá?“ (Yalom, 2006, str. 428).

Je to člověk sám, kdo dává svému životu smysl. Člověk je tvůrcem vlastního světa a jeho hlavním životním úkolem je nalézt svůj životní cíl, protože jen plné ponoření do



vlastního smyslu života pomůže člověku vyrovnat se s existenciální úzkostí, kterou v něm absolutní bezsmyslnost světa vyvolává. Smysl lidského života je v podstatě obranným mechanismem, kterým tuto úzkost člověk redukuje. Pocitu smysluplnosti člověk dosáhne teprve tehdy, dovede-li se plně vložit do úsilí, které jej povznáší, obohacuje a přesahuje. (Halama, 2007; Josselson, 2009).

Způsob, jak nalézt smysl života, je podle Yaloma (2006) dvojitý. Lidé hledají kosmický smysl a pozemský smysl života. Kosmický smysl je spjat s něčím, co člověka přesahuje, směřuje člověka k náboženským a spirituálním přesvědčením. V naší civilizaci lze za kosmický smysl považovat křesťansko- židovskou tradici. Pozemský smysl života se váže k osobnímu pocitu smysluplnosti a odráží se ve snažení a hodnotách, které člověk naplňuje a skrze které se realizuje.

I přes Yalomovy postuláty o osamělosti a absenci smyslu jeho přístup zůstává pozitivní a ve své praxi dovedl nalézt inspirující příklady lidí, kterým konfrontace s vlastní smrtelností obohatila život a které dodávají člověku zakoušejícímu těžké chvíle, naději. Již v 70. letech pracoval se skupinami onkologických pacientů v terminálním stádiu a se skupinami ovdovělých partnerů a skupinové terapii lidí trpících rakovinou se nepřestal věnovat ani v dalších letech. Díky setkáním s těmito lidmi se mu podařilo hlouběji porozumět tomu, jak nevyhnutelnost smrti zvyšuje hodnotu života a povšiml si, kolik lidí dokáže z obtížné životní situace těžit a využít nastalé krize k obratu k lepšímu, bohatšímu životu. Zde je výčet hlavních změn v životě, ke kterým obvykle lidé díky konfrontaci s vážnou nemocí dospěli:

- **Přeskupení životních hodnot** – lidé přestávají věnovat pozornost banalitám a soustředí se jen na to, co má pro ně hlubší význam.
- **Pocit osvobození:** proces změny, kterou McFarland (1996), člověk, jenž překonal rakovinu a napsal o své zkušenosti knihu, trefně přirovnal k přerodu z lidské činnosti na lidskou bytost.
- **Zesílený prožitek žití v okamžité přítomnosti spíše než odkládání života do důchodu nebo do nějakého jiného okamžiku v budoucnosti.**
- **Radostné ocenění základních životních věcí** – umění radovat se z maličkostí, z věcí, kterým lidé běžně nepřisuzují velký význam, např. počasí, příroda aj.
- **Hlubší komunikace s milovanými lidmi než před krizí.**

- **Méně obav z mezilidských vztahů, méně strachu z odmítnutí, větší ochota riskovat než před krizí.**

„Smrtelně nemocní lidé mu (Yalomovi) sdělovali, že nyní žijí intenzivněji, vášnivěji a více o svém životě přemýšlejí. Vědomí blízké smrti je skutečně vedlo k bohatšímu a autentičtějšímu žití. Vyprávěli mu o tom, jak se změnil jejich žebříček hodnot, o odmítání všeho nepodstatného, o lásce ke svým blízkým, do níž se nyní cele vkládají, o pozornosti, kterou věnují rytům země a střídání ročních dob.“ (Josselson, 2009, str. 78). Yalom (2006) vyslovuje inspirativní myšlenku, že ne popírání smrti, ale pohled do její tváře je tím, co nás podněcuje k tomu, abychom žili svůj život plně.

## 6. RAKOVINA JAKO PŘÍLEŽITOST (POSTTRAUMATICKÝ RŮST)

Najde-li člověk dostatek odvahy akceptovat fakt, že čelí závažné, život ohrožující nemoci a je-li ochoten připustit si děsivou možnost, že choroba může ohrozit jeho bytí na tomto světě, pak to do jeho života – budeme-li smýšlet v duchu předchozí kapitoly – nemusí přinášet pouze negativní důsledky. Otevírá se mu nový horizont možností, uvědomí-li si, že může žít svůj život plněji, intenzivněji a radostněji, než tomu bylo doposud. Tschuschke (2004) shromáždil výsledky zpráv, které takový pozitivní obrat v životě onkologických pacientů dokládají – za všechny příklady: Polinského výzkum (1994, in Tschuschke, 2004) udává, že 74% žen, které přežily rakovinu prsu, nasměrovalo svůj život díky onemocnění lepším směrem.

Chrz, Čermák a Plachá (2006) také zkoumali život žen s karcinomem prsu. Provedli narativní studii se sedmi pacientkami a odvozují obdobné závěry. Tyto ženy byly po zkušenosti boje s život ohrožující nemocí nuceny předefinovat způsob „bytí ve světě“. Jako zisky z nemoci bylo možno u těchto žen identifikovat např. otevření nového prostoru v sociálních vztazích, nové kontakty s lidmi v podobné situaci, pocit smíření se s životním údělem nebo nemoc jako výzva k angažovanosti a realizaci svých přání. Pro ilustrativní doplnění posledního bodu lze uvést případ paní Ivy, která využívá nepříznivé diagnózy k tomu, aby se odhodlala odejít ze zaměstnání, ve kterém je již dlouho nespokojená. Podobný příběh přináší také Irvin D. Yalom (2006): žena jménem Fran žila 15 let v nešťastném manželství, které toužila ukončit, ale příliš se tohoto kroku obávala. Poté, co jí diagnostikovali onkologické onemocnění, si uvědomila, že žije jen jednou a nechce svůj život promarnit. Učinila odvážné rozhodnutí, které dlouhá léta odkládala, odešla od manžela a zařídila si život podle svého.

V jiné studii, provedené Tschuschkem (2004, s. 65) a jeho kolegy, zaměřené na pacienty s leukemií, byli pacienti rovněž schopni identifikovat pozitivní následky diagnózy leukémie a její následné léčby. Konkrétně šlo o pozitivní posuny v těchto oblastech: „vědomější prožívání okamžiku ve srovnání s dobou před onemocněním, intenzivnější vnímání barev a přírody, vědomější prožívání štěstí z toho, že jsou v tuto chvíli zdraví.“ Mezi dalšími pozitivními aspekty prodělaného onkologického onemocnění se v dalších studiích objevovala především zvýšená životní spokojenost (u pacientů s Hodgkinovou

chorobou a leukemií) a prohloubení spirituální a náboženské orientace (u pacientů po transplantaci kostní dřeně.)

Nerada bych na tomto místě vzbudila dojem, že zastávám názor, že rakovina je pro pacienta „radostnou událostí“. Diagnóza tak závažné nemoci je pro mnoho lidí v první řadě šokem, událostí, která otřese životem člověka v základech a zásadně ovlivní jeho životní styl. Nezřídka je léčba onkologického onemocnění skutečnou anabází, která vzbuzuje pocity strachu a úzkosti a přináší fyzické a psychické utrpení nemocnému i jeho blízkým. Konfrontace s pocitem vlastní smrtelnosti především znamená pro pacienty akutní psychický stres. Podle Smithe a jeho kolegů (1999, in Tschuschke, 2004) je u onkologických pacientů dokonce diagnostikována posttraumatická stresová porucha (PTSD), a to u 1,4 % do 39,7 % zkoumané populace (jako střední šířku rozptylu autoři uvádějí cca 10 – 25 %).

Zkušenosti lidí, kteří bojovali s onkologickým onemocněním, však přinášejí povzbudivé závěry, že i ze sebevětší krize lze nalézt cestu ven a vyjít jako silnější, bohatší a zkušenější člověk. Objevují se studie přicházející se závěry, že závažná negativní životní událost nemusí ústít pouze v negativní dopady, jinými slovy, že postupem doby u některých lidí mohou objevit pozitivní následky těchto negativních událostí. Samotná myšlenka růstu navozeného negativní událostí není nic nového, avšak pozornost vědců upoutala teprve nedávno. Odborníci z celého světa, především z řad lékařů, psychologů, psychiatrů a poradenských a sociálních pracovníků, se tímto jevem začali seriózně zabývat teprve v 90. letech minulého století. Za jejich výzkumy často stojí uvědomění, že „vyšší kvalita života nepřichází sama, člověk se k ní musí propracovat.“ (Mareš, 2008, str. 568; Park, Fenster, 2004).

Také v české literatuře se – nutno přiznat, že velice okrajově – v souvislosti s méně i více závažnými chorobami hovoří o potenciálním zisku, který z nich může postižený vytěžit. Mohapl (1992), Vymětal (2003) a Poněšický (2002) o nich referují jako o primárním, sekundárním a terciárním zisku z nemoci. **Primární zisk** bývá vysvětlován ve dvou rovinách: za první je to zisk v podobě úlevy, kterou zažívá pacient po období nejistoty a pochybností o svém zdravotním stavu, když se od lékaře dozvídá svou diagnózu. Byť může být diagnóza nepříznivá, úlevou je zjištění, co pacientovi vlastně je a jak se dá jeho nemoc léčit. Druhý význam primárního zisku je užíván v oblasti psychosomatické, kdy

laicky řečeno „tělo za nás něco řeší“ (Poněšický, 2002, s. 42). Jedná se o stav, kdy se psychický problém manifestuje v rovině biologické.

Za **sekundární zisk** může nemocný podle zmíněných autorů považovat zvýšenou pozornost a péči okolí a nejrůznější úlevy a výhody, kterých by se mu jinak v situaci bez nemoci nedostávalo. Výstižně ilustruje sekundární zisk z nemoci Olga Walló (2005), když popisuje vlastní zkušenost s onemocněním karcinomem prsu. Uvádí, s jakými reakcemi od okolí se setkávala v období, kdy ji zbýval měsíc do operace karcinomu prsu (vše se odehrálo v době odevzdávání daňových přiznání, Walló má navíc za úkol zrušit rezervovaný zájezd): „Vcházím do mnoha dveří a všude říkám: „Já se velice omlouvám, ale právě mi diagnostikovali rakovinu, čeká mě operace, a tak – prosím –“ Všichni reagují stejně, leknutím a soustrastným ustrnutím, mluví se mnou tichým, váhavým hlasem, jako by mi už kondolovali. V domě leží nebožtík, a ten nebožtík jsem já. O mrtvých jen dobré, těm se neříká ne. V práci, v cestovní kanceláři i na finančním úřadě, všude mi vlídně vycházejí vstříc a přejí mi štěstí. Vlastně je to krásná zkušenost.“ (Walló, 2005, str. 51 – 52).

**Terciární zisk** může být, stejně jako primární, vykládán dvojím způsobem. Lze jej vypořádat u příbuzného nemocného a je do značné míry podobný zisku sekundárnímu, např. matka má nemocné dítě, zůstává s ním doma, pečuje o něj, ale je ráda, že nemusí do práce a těší ji zájem okolí, někdy nemocnost dítěte uměle prodlužuje. Druhý význam terciárního zisku (a o ten nám zde jde především) znamená nabytí obohacujících zkušeností, pozitivní změny v životě, přehodnocení životních hodnot apod., které nemocný zažívá během anebo po konfrontaci s těžkou nemocí. Lze se domnívat, že výklad terciárního zisku z nemoci je do značné míry shodný s konceptem posttraumatického růstu, o kterém pojednáváme níže. Popis tohoto fenoménu lze najít opět v publikaci Olgy Walló (2005), v níž režisérka a scénáristka Svatava Marie Kabošová, jež vedla mnoho dlouhých a hlubokých rozhovorů s ženami po ablaci prsu, publikuje tato zjištění: „Mnohé ženy se shodly, že rakovina je „velký dar od Pánaboha“, který jim umožnil naprosto změnit život a pochopit jeho skutečný smysl. Jedna dokonce vyslovila paradoxní větu: „Je to to nejlepší, co mě mohlo v životě potkat. Je jedno, zda budu žít rok, dva nebo pět. Budu skutečně žít. Předtím jsem jen přežívala.“ (Walló, 2005, str. 105).

Určitou roli v procesu nalézání pozitiv po tak negativní události, jakým je onemocnění, může hrát i naděje. **Naději** v tomto kontextu chápeme obdobně jako Charles R. Snyder (2000), který proces naděje vykládá jako aktivitu zaměřenou k cíli. Snyderova teorie považuje naději za cílsměrný proces, který provází člověka na každém kroku, kdykoli něco koná s pomyšlením na cíl, kterého touto činností dosáhne. Naděje je stavěna na třech základních pilířích: cílech (goals), snahou (agency thoughts) a cestou (pathway thoughts – myšlení o cestách). Cíli je jednoduše myšleno to, o co člověku jde. Snahu pak chápe Snyder jako to, co člověka popohání na jeho „imaginární“ cestě ke stanovenému cíli. Cesta je schopnost člověka vytvářet efektivní způsoby, jak cílů dosáhnout. (Snyder, 2000; Křivohlavý, 2004; Halama, 2001).

Snyder (2000) se zabýval výzkumy naděje u pacientů s rakovinou a upozorňuje na rozšířený, přitom ne úplně opodstatněný strach lidí z rakoviny. Lidé podle něj často považují rakovinu za *beznadějnou* nemoc. Lidé se této choroby obávají, protože jí chybí zjevná příčina, nemá předvídatelný vývoj a ani na ni nebyl dosud vynalezen zcela účinný lék. Člověk má navíc tendenci přeceňovat její smrtící vliv a naopak podceňovat schopnost lékařů proti rakovině bojovat a vyléčit ji. Medicína přitom značně pokročila, obzvláště v léčbě karcinomu prsu – máme k dispozici sofistikované diagnostické techniky, prevence je na dobré úrovni, ženám jsou dostupné mamografy, účinná chemoterapie a šetrné chirurgické zákroky. Díky těmto revolučním pokrokům v léčbě se nyní ženy s rakovinou dožívají vyššího věku a vedou zdravější a kvalitnější život. Tím, že ženám tyto dobré zprávy předáme, domnívá se Snyder (2000, str. 356) můžeme jít proti smýšlení o diagnóze rakoviny jako o rozsudku smrti. „Zkrátka, tam kde je dost prostoru pro pokrok, tam je i dost místa pro naději.“

K výrazným autorům, kteří se zabývají pozitivními následky negativních události, jsou výzkumné týmy profesora Lawrence G. Calhouna a Dr. Richarda G. Tedeschiho, kteří působí na University of North Carolina at Charlotte, a v roce 1995 vydali první monografii pod názvem *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*, a dále tým okolo profesorky Crystal L. Park, pracující na University of Connecticut. (UNC Charlotte, 22. listopadu 2011; University of Connecticut, nedat.).

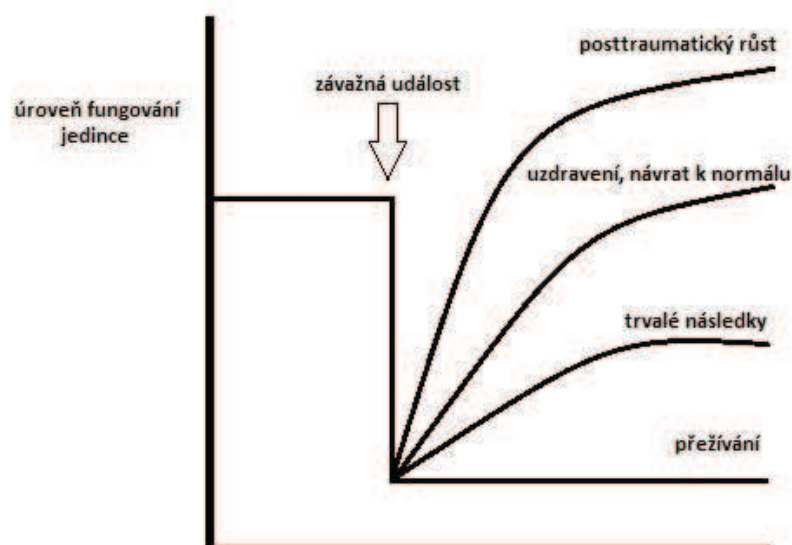
Zpočátku neexistovala mezi výzkumníky terminologická shoda, jak tento fenomén nazývat (a ve zmenšené míře trvá v podstatě dodnes). Hlavními zdroji referujícími o prováděných výzkumech zůstávají především zahraniční články a monografie, kde se pro

pozitivní dopady negativních událostí užívají nejčastěji tyto termíny: vnímaný přínos (*perceived benefit*), rozkvět (*flourishing*), pozitivní iluze (*positive illusion*), dále *blessing*, *positive by-products*, *positive adjustment*, *thriving*, *positive adaptation*, *positive emotions*, *benefit finding*. Nejrozšířenějšími termíny se staly **růst/rozvoj navozený stresem** (*stress-related growth*) užívaný Parkovou, **posttraumatický růst/rozvoj** (*posttraumatic growth*) autorů Tedeschiho a Calhouna a **rozvoj iniciovaný nebezpečím** (*adversarial growth*) užívaný týmem Linley – Joseph. (Mareš, 2008; 2009; Záhorová, Halama, 2010). V rámci zjednodušení budeme v rámci této práce dále užívat termín posttraumatický růst, ve výzkumné části operujeme navíc s termínem terciární zisk z nemoci.

## 6.1. DEFINICE POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU

Je-li člověk vystaven traumatickým událostem, může to do jeho života přinést jednoznačně negativní psychologické důsledky; paradoxně však trauma také může vyústit v hluboké, smysluplné zisky. Vyrovnávání se s následky traumatu může mít pro člověka charakter negativních i pozitivní zkušeností; nejpravděpodobněji však vede ke vzniku obojího: k pozitivním i negativním zážitkům. Pro některé jedince bude trauma znamenat vždy a pouze negativní záležitost. Výzkumy však naznačují, že stále je tu podstatná část populace, pro něž se stalo vyrovnávání se s traumatem zdrojem alespoň nějaké pozitivní změny v jejich životě. (Calhoun, Tedeschi, 2004). Následující schéma, ilustrující rozdílné reakce jedince na traumatickou událost je modifikováno dle Carvera (1998, in Mareš, 2008).

Obr. 1: Rozdílné důsledky prožitého traumatu



Autoři s traumatem jakožto spouštěčem potenciálního růstu pracují volněji, než jej definuje např. DSM-IV. Jako trauma lze v tomto případě chápat jakoukoli událost, která způsobí, že se člověk obává o svůj život nebo život svých blízkých, způsobuje mu psychické či emocionální obtíže anebo nějakým jiným zásadním způsobem narušuje běžný chod jeho života. (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, Reeve, 2011; Mareš, 2008). Kritéria, podle kterých můžeme událost považovat za traumatickou, stanovili Calhoun a Tedeschi (1999, in Mareš, 2008) následovně:

- událost přišla neočekávaně, náhle, nebylo možné ji předpovědět a pro jedince je značně šokující
- událost je jedincem neovlivnitelná a nekontrolovatelná
- jedinec nemůže za to, co se stalo, nenese za událost vinu
- událost způsobila jedinci fyzickou anebo psychickou újmu (anebo mu takováto újma hrozí)
- okolnosti doprovázející událost jsou pro jedince výjimečné
- událost představuje pro jedince dlouhodobé a často také nevratné obtíže
- po události člověk přechází do stádia vývoje, v němž je zranitelnější, než býval

Čeští i slovenští autoři (Mareš, 2008; 2009; Záhorová, Halama, 2010) přejímají definici posttraumatického růstu Tedeschiho, Parkové a Calhouna (1998): je to „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života.“ (Mareš, 2008, str. 571).

Lidé, kteří vypovídají o zkušenosti pozitivního růstu po té, co utrpěli trauma, nepopírají negativní dopady a utrpení, které jim samotná traumatizující událost přinesla. Spíše se jedná o součást jejich copingu a o aspekt navíc v celém procesu vyrovnávání se se stresující událostí. (Park, Fenster, 2004).



## 6.2. HLAVNÍ OBLASTI ZMĚN

Calhoun a Tedeschi (2006, in Mareš; 2008, str. 571) na základě vlastních studií stanovili pět oblastí, v nichž shledávají lidé pozitivní změny:

1. „Jedinec objevuje své stránky osobnosti, o nichž doposud nevěděl; mění se jedincovo vnímání vlastního „já“
2. Před jedincem se otevírají nové možnosti, o nichž dosud neuvažoval
3. Mění se jedincovy vztahy k jiným lidem, je vstřícnější
4. Mění se jedincovo chápání života, přeskupují se jeho životní hodnoty, nastupuje hlubší porozumění životu
5. Dochází i ke změnám v duchovní oblasti; u některých lidí nastává příklon k víře.“

Crystal L. Park (2004; Halama, 2007) ve vlastním modelu stresem navozeného růstu (stress-related growth) definovala 3 hlavní oblasti:

1. Změny v sociálních vztazích (lepší využití sociálních vazeb jako zdrojů k zvládnutí zátěže)
2. Zlepšení osobních zdrojů (změny ve světonázorech a osobní životní filosofii, přehodnocení žebříčku hodnot, i jiné změny osobnosti, zvýšení sebeúcty apod.)
3. Copingové vlastnosti (zvládací schopnosti; lepší připravenost zvládat budoucí zátěžové události)

Mareš (2008) doplňuje ještě jednu definici změn, které jsou traumatickým růstem navozeny, k nimž došla autorka Ronnie Janoff-Bulmanová (2006). Výsledkem procesu posttraumatického růstu je podle ní nárůst vnitřní síly a zvýšení odolnosti člověka, který se skrze své utrpení učí být statečný, odolný a morálně silný, tím si mj. získává úctu i od okolí. Dochází u něj k přehodnocení vlastního života (shodně s předchozími autory) a rozvíjí se u něj psychologická připravenost zvládat budoucí nepřízeň osudu; v případě, že znovu nastanou zlé události, bude jimi v budoucnu méně traumatizován.

## 6.3. DIAGNOSTIKA POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU

Ke zkoumání posttraumatického růstu bylo do dnešního dne vytvořeno několik metod; výzkumníci využívají jak kvantitativních, tak kvalitativních metod. Hlavními kvantitativními metodami zůstávají dotazníky, které však přinášejí nejen metodologický problém. Tím nejčastějším je, že staví pouze na výpovědích samotných osob; chybí zde

svědectví např. osob z jedincova okolí, které by jeho výpovědi potvrdily či vyvrátily. Druhým kritickým bodem je, že jde o retrospektivní hodnocení. Dotazníky rovněž omezují rozsah získaných informací tím, že nám poskytují odpovědi pouze na to, na co se výslovně ptají. Jejich výhodou zůstává, že jsou snadno a rychle použitelné a vyhodnotitelné. V současné době se ke zkoumání fenoménu pozitivních důsledků negativních událostí používají tyto škály a dotazníky (dle Záhorová, Halama, 2010):

- Stress-related Growth Scale (SRGS) vytvořená Parkovou, Cohenem a Murchem v roce 1996; obsahuje 50 položek. Existují i zkrácené verze.
- Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) – autoři Tedeschi a Calhoun (1996); 21 položek měří 5 faktorů: vztahy k ostatním lidem, nové možnosti, osobní silné stránky, změny v duchovní oblasti a porozumění životu.
- Benefit-finding Scale (BFS) – autorky Tomichová a Helgesonová (2002) předkládaly škálu pacientkám s karcinomem prsu. Vytvořily dva faktory: posttraumatický rozvoj a akceptace.
- Perceived Benefit Scale (PBS) – McMillen a Fishher v roce 1998 vytvořili škálu měřící 8 subškál: změny v životním stylu, materiální zisk, zvýšení vnímavosti vlastní zdatnosti, bližší vztahy v rodině a v komunitě, důvěra v lidi, větší soucit a spiritualita.
- Change in Outlook Questionnaire (CiOQ) – autorem je Joseph (1993); dotazník obsahuje 26 položek rozdělených do dvou subškál (Changes in Outlook Positive a Changes in Outlook Negative).
- The Thriving Scale – tvořena položkami z SGRS, PTGI a dvěma položkami dodanými autory (Abraido-Lanza et al, 1998).
- Silver Lining Questionnaire (SLQ): jedná se o 38-položkový dotazník autorů Sodergrenové a Hylanda z roku 2000.

Vzhledem k omezením, které kvantitativní metody mají, se však čím dál více odborníků obrací raději ke kvalitativní metodice výzkumu, byť je časově náročnější. Výhodou však je, že umožňuje zkoumat tento fenomén v širším měřítku a jít do větší hloubky, než s použitím dotazníků. Nejběžnější metodou zkoumání je v tomto případě interview. (Mareš, 2009; Záhorová, Halama, 2010).

Dle dosavadních výzkumů není posttraumatický rozvoj univerzální zkušenost. Jeho prevalence má pravděpodobně dva vrcholy, tj. 30 – 40 % a 60 – 80 % výskytu u osob zkoumané populace. (Mareš, 2008).

Jedním z novějších příspěvků k výzkumu posttraumatického růstu, který se odehrál na evropském kontinentu, je studie pozitivních zisků u pacientek, které překonaly rakovinu prsu autorů Mols, Vingerhoetse, Coebergha a van de Poll-Franse (2009) z Nizozemí.

Cílem studie bylo zjistit úroveň posttraumatického růstu, nalézání zisku a well-being u náhodného souboru pacientek, které v době konání průzkumu nevykazovaly žádné příznaky nemoci a od stanovení jejich diagnózy uplynulo nejméně 10 let. Z osloveného počtu 254 pacientek vybraných prostřednictvím nizozemského onkologického registru (přesněji Eindhoven Cancer Registry) vrátilo kompletně vyplněné dotazníky celkem 183 žen. K měření byly využity: Posttraumatic Growth Inventory autorů Tedeschiho a Calhouna, k měření well-being CentERdata Health Monitor a nově vytvořená Perceived Disease Impact Scale.

Počet žen, které vypověděly, že našly zisky, byl vysoký (79 % žen, N = 145). Výsledky výzkumu dále naznačují, že posttraumatický růst zakoušely především ty ženy, které během léčby neabsolvovaly radioterapii a které vyjádřily spokojenost s vlastním životem. Autoři jsou opatrní a odmítají výsledky jakkoli zobecňovat; nicméně respondentky výzkumu vypověděly, že rakovina do jejich života v různých směrech přinesla více pozitivních důsledků než těch negativních. Zdrženliví zůstávají při hodnocení vlivu stádia rakoviny, v kterém je pacientce diagnostikována, a pravděpodobnosti rozvinutí posttraumatického růstu. V jejich výzkumu se ukázalo, že u pacientek s méně pokročilým stádiem karcinomu je vyšší pravděpodobnost, že po 10 letech budou vykazovat zisky z nemoci; což je v přímém rozporu s výsledky studie Lechnera z roku 2006. V oblasti vlivu pokročilosti nemoci na pozdější pozitivní dopady nemoci tedy zatím nebyla nalezena shoda. (Mols, Vingerhoets, Coebergh, Van de Poll-Franse, 2009).

Ačkoli autoři jako Tedeschi, Calhoun, Parková a jiní dosavadní bádání posttraumatického zisku významně obohatili, stále ještě zůstává nezodpovězeno mnoho otázek a bude potřeba provést ještě mnoho longitudinálních i příčných výzkumů, abychom v pochopení posttraumatického růstu významně pokročili.

## 7. VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

### 7.1. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE STUDIE

Předchozí kapitola uzavřela teoretickou část diplomové práce. Představili jsme terminologii užívanou v oblasti onkologických onemocnění a základní postupy využívané pro jejich léčbu. Uvedli jsme současné epidemiologické trendy v ČR, možnosti prevence a včasného záchytu karcinomu prsu a rizikové faktory tohoto onemocnění. Po krátkém exkurzu k tématu smrti a umírání jsme se věnovali fázím onkologického onemocnění a prožívání pacienta, abychom práci zakončili východisky Franklovy logoterapie a jeho žáků a myšlenkami existenciálního psychoterapeuta Irvina D. Yaloma. To, co nás blíže přivádí k oblasti našeho výzkumného zájmu, je pojednání o terciárním zisku z nemoci a posttraumatickém růstu.

Z důvodu relativní novosti tohoto termínu v české literatuře a ze snahy zachovat návaznost na mou předchozí postupovou práci jsme se po dohodě s vedoucím diplomové práce rozhodli zachovat užívání termínu terciární zisk z nemoci.

Jsou-li pozitivní následky negativní události tím, co stojí v centru zájmu této studie, pak negativní událost v tomto případě definujeme jako diagnózu onkologického onemocnění, konkrétně karcinom prsu, se všemi možnými důsledky v životě ženy, včetně chirurgického zásahu s následkem odnětí prsu. Stanovujeme si 3 hlavní výzkumné cíle.

Prvním krokem studie je oslovit ženy s diagnózou karcinom prsu. **Cílem** bude zjistit, jaké jsou jejich osobní zkušenosti s onkologickým onemocněním, a to formou interview anebo formou vyplnění dotazníku. Zajímá nás, jaké je jejich prožívání nemoci od okamžiku, kdy se dozvěděly o své diagnóze, přes průběh onemocnění a zvládání zátěže související s léčbou, až po současnou dobu. Dále chceme zjistit, jaké je jejich vnímání nemoci, jak nemoc zasáhla do jejich života – osobního, pracovního, partnerského, rodinného, a především zda kvůli nemoci utrpěly pouze ztráty, anebo považují nemoc i za zdroj něčeho pozitivního. V kontaktu s nemocnými záměrně odmítáme blíže konkretizovat pozitivní i negativní důsledky nemoci, abychom ženy nelimitovali v jejich výpovědích.

**Druhým cílem** studie je porovnat osobnostní charakteristiky pacientek s karcinomem prsu s běžnou populací a také najít případné rozdíly mezi ženami, u kterých se prokázal terciární zisk z nemoci, s těmi pacientkami, které na zkušenosti s rakovinou nic

pozitivního neshledávají. Za tímto účelem předložíme pacientkám k vyplnění pětifaktorový osobnostní inventář NEO autorů P.T. Costy a R.R. McCrae.

**Třetím cílem** je pohlédnout na onemocnění v kontextu smyslu života a naděje, resp. prozkoumat, na jaké úrovni ženy vnímají vlastní životní smysluplnost a naději. Budeme chtít změřit duchovní schopnosti pacientek, resp. míru jejich existenciálního naplnění, k čemuž využijeme Existenciální škálu A. Längleho, C. Orglerové a M. Kundiho. K měření úrovně naděje uijeme sebehodnotící Škálu naděje (Adult Hope Trait Scale) vytvořenou autorem tohoto konceptu naděje, C. R. Snyderem.

## **7.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY**

Výzkumné otázky a hypotézy byly stanoveny na základě teoretických východisek uvedených v první části diplomové práce; především pak z výzkumů autorů Calhouna, Tedeschiho (2006) a Parkové (2004) o projevech posttraumatického rozvoje a zjištění I. D. Yaloma (2006), která nashromáždil během setkávání s pacienty s rakovinou. Zajímá nás, od koho se pacientky dozvěděly o své diagnóze a jaké byly jejich prvotní reakce, komu se rozhodly s diagnózou svěřit. Zajímá nás, jaké objektivní i subjektivně vnímané ztráty jim onemocnění v životě způsobilo. Léčba je během na dlouhou trať, zajímá nás tedy, co je pro ženy zdrojem síly léčbu nevzdávat. Budeme jim klást otázku, zda nyní ve svém životě přikládají něčemu jiný, větší význam než před onemocněním. A konečně nás zajímá, zda jim onemocnění přineslo do života jakékoli objektivní i subjektivně vnímané zisky a obohacení.

Výzkumné otázky:

- 1. Jakým způsobem se ženy dozvěděly o diagnóze karcinomu prsu a jak na tuto skutečnost reagovaly?**
- 2. Co vnímají ženy jako největší omezení či ztrátu, kterou jim onkologické onemocnění přineslo?**
- 3. Pokud se ženy snaží s onemocněním bojovat, co je v boji s nemocí motivuje a podporuje?**
- 4. Dospěly ženy vlivem onemocnění k redefinování životních hodnot?**
- 5. Získaly ženy díky své zkušenosti s onkologickým onemocněním jakékoli subjektivně vnímané obohacení nebo zisk?**

Předpokládáme, že výzkumný soubor nebude vykazovat odlišnosti od běžné populace, první hypotézu tedy stanovujeme takto:

**Hypotéza H1:**

**Mezi průměrnými populačními skóry a průměrnými skóry skupiny žen s karcinomem prsu naměřených na škálách v osobnostním inventáři NEO není statisticky významný rozdíl.**

Na základě předchozí studie provedené v rámci postupové práce očekáváme, že alespoň část z osloveného souboru pacientek bude vykazovat známky terciárního zisku z nemoci. Předpokládáme, že se tímto zkoumaný soubor rozdělí na skupinu žen, které dosáhly terciárního zisku a skupinu, která zisk nevykazuje. Za rozdělující kritérium považujeme odpověď žen na otázku položenou v psychoonkologickém dotazníku, zda si myslí, že jim onemocnění přineslo něco pozitivního. Pro zjednodušení znění hypotéz užíváme zkrácenou formulaci „ženy se ziskem“ a „ženy bez zisku“.

**Hypotéza H2:**

**Mezi průměrnými skóry naměřenými v inventáři NEO u žen se ziskem a skóry naměřenými u žen bez zisku je statisticky významný rozdíl.**

**Hypotéza H3:**

**Celkový průměrný skór na Škále naděje naměřený u žen se ziskem je statisticky významně vyšší než u žen bez zisku.**

**Hypotéza H4:**

**Celkový průměrný skór Existenciální škály naměřený u žen se ziskem je statisticky významně vyšší než u žen bez zisku.**

### **7.3. APLIKOVANÁ METODIKA**

Vzhledem k charakteru zjišťovaných informací jsme zvolili smíšený typ výzkumu, v němž kombinujeme kvalitativní a kvantitativní metody získávání dat.

### 7.3.1. DOTAZNÍK A INTERVIEW

Chceme zjistit, jaké jsou psychologické i sociální aspekty prožívání onkologických pacientek, které onemocněly karcinomem prsu a absolvovaly (či v současné době absolvují) jeho léčbu a jak toto onemocnění zasáhlo do jejich života. Pro tento účel jsme využili vlastní sestavený **dotazník** a polostrukturované **interview** (rozhovor). Dotazník byl zvolen z důvodu časové úspory, protože nám umožnil zadat tytéž otázky současně většímu počtu pacientek. Dotazník, v kontextu, v jakém jsme ho použili, chápeme v souladu s Ferjenčíkem (2000) jako standardizované interview, které jsme převedli do písemné podoby.

Při sestavování dotazníku jsme vycházeli z předchozí studie provedené v rámci ročníkové práce, přičemž jsme otázky volili tak, aby odpovídaly těmto tematickým okruhům:

- délka onemocnění a reakce pacientek na oznámení diagnózy
- zdroje zvládání a sociální opory
- těžkosti při zvládání léčby
- změna tempa života
- osobní změny a ztráty způsobené onemocněním
- projevy terciárního zisku z nemoci, jako je např. vnímání osobního obohacení, redefinování hodnot, nově osvojené či objevené schopnosti a dovednosti, pozitivní změny v sociálních vztazích, příklon k víře apod.

Užitý dotazník byl tvořen celkem 17 položkami – otevřenými i uzavřenými otázkami. Dotazník současně posloužil jako výběrová metoda k identifikování žen ochotných vést interview a poskytnout nám podrobnější výpověď na uvedená témata. Na konci dotazník obsahoval položku, jejímž zaškrtnutím mohly ženy projevit zájem o interview a zanechat na sebe telefonický kontakt. Výpis položek dotazníku, vč. průvodního oslovení uvádíme v příloze č. 4. Pro účel studie je pracovně nazýván jako psychoonkologický dotazník.

Prováděné interview pak chápeme jako „rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.“ (Miovský, 2006, str. 156). Zvolili jsme polostrukturované interview, jehož jádrem byly otázky z dotazníku. Ty tvořili základnu každého interview. Zvolená metoda individuálního rozhovoru nám současně

umožnila klást doplňující otázky a ponechat respondentkám volnější prostor pro vyjádření. K zaznamenání odpovědí byl během interview pořízen písemný záznam.

### 7.3.2. UŽITÉ DOTAZNÍKOVÉ METODY

Chceme se dozvědět, zda se pacientky, které jsme oslovili, v osobnostních charakteristikách liší od běžné, zdravé populace. V případě, že některé z žen budou vykazovat známky terciárního zisku, chceme porovnat jejich skóry s ženami, které žádný zisk nevykazují. Za tímto účelem jsme ženám zadali kromě psychoonkologického dotazníku ještě tři další – škálové – dotazníky.

#### 1. Škála naděje

Škála naděje C. R. Snydera je sebehodnotící škála složená z 12 položek, která se používá k měření naděje u dospělých a adolescentů starších 15 let. Při administraci se užívá označení „Škála cílů“. Škála je složena ze 12 výroků.

Čtyři z nich (např. „Byla jsem v životě docela úspěšný/á.“, „Energicky sleduji své cíle.“) jsou určené pro měření snahy a čtyři výroky pro měření cesty k cíli (např. „Dokážu vymyslet hodně způsobů, jak se dostat z průšvihů.“, „Existuje mnoho cest, jak vyřešit problém.“). Zbývající 4 položky jsou nadbytečné a slouží ke skrytí významu celé škály. Proband hodnotí každý výrok na stupnici 1 až 8: *naprosto nepravdivé – většinou nepravdivé – spíše nepravdivé – mírně nepravdivé – mírně pravdivé – spíše pravdivé – většinou pravdivé – naprosto pravdivé*. Plné znění této psychodiagnostické metody je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Minimální možné skóre na škále je 8, maximální 64. K hodnocení je možno užít též 4-bodovou stupnice, 8-bodová varianta však dovoluje zjemnění výsledků a vybízí respondenty k širší škále odpovědí. Průměrné skóre zjišťované na vysokoškolské anglické populaci u osmibodové stupnice je 48. Slovenský překlad škály realizoval Halama (2001) na 206 studentech bratislavských univerzit, použil však pouze 4-bodovou verzi. Přestože jsme si vědomi možného zkreslení při užití zahraničních norem, přidržíme se v rámci této studie Snyderovy anglické normy pro 8-bodovou variantu. (Snyder, 2000; Halama, 2001).



## 2. Existenciální škála

Existenciální škála (ESK) byla vytvořena Alfriedem Länglem, Christine Orglerovou a Michaellem Kundim, je postavena na bázi existenciální analýzy a logoterapie V. E. Frankla a jako taková slouží trojímu účelu: „jako metoda zkoumání smyslu nezávisle na teoretickém přístupu, jako příspěvek do teoretické rozpravy v existenciální analýze a logoterapii a jako metoda výzkumu v nozologii a psychopatologii nezávisle na teoretickém přístupu.“ (Längle, Orglerová, Kundi, 2001, str. 15). Proband v dotazníku odpovídá na 46 položek s jednotnou 6-bodovou stupnicí, které zachycují jeho obvyklé reakce, kterými zvládá životní situace. Těmto čtyřem dovednostem odpovídají čtyři základní stupnice škály: **sebeodstup** (sebedistance), **sebepřesah** (sebetranscendence), **svoboda** a **odpovědnost**. První dvě (sebeodstup + sebepřesah) se spojují do faktoru vyššího řádu „osobních předpokladů“, **personality** (P). Druhé dvě (svoboda + odpovědnost) společně vytvářejí druhý faktor vyššího řádu – **existencialitu** (E). Proband hodnotí předložené výroky pomocí 6-bodové škály: *naprosto platí – s výjimkami platí – spíše platí – spíše neplatí – s výjimkami neplatí – naprosto neplatí*. Spojením obou faktorů vyššího řádu sestavujeme Celkový skór. K podání přehledného popisu struktury ESK přejímáme tabulku autorů (2001, str. 19):

**Tabulka č. 2** Stupnice Existenciální škály (Längle, Orglerová, Kundi, 2001, str. 19)

Stupnice	Název	Zjišťování	Popis
SO	Sebeodstup	Vnímání objektivní skutečnosti	Schopnost podstoupit od sebe samého (od svých citů, přání, představ) a otevřít se tak nezkrmenému vnímání situace
SP	Sebepřesah	Vycítění / vnímání hodnoty	Schopnost vyjít za hranice sebe sama a vstoupit do citového vztahu k něčemu či někomu jinému
SV	Svoboda	Volba z možností / rozhodování se	Schopnost rozhodnout se pro možnosti podle jejich subjektivního ocenění
OD	Odpovědnost	Vstup do situace angažovaným činem	Schopnost aktivně jednat a nést důsledky
P	Personalita	Součet SO + SP	Otevřenost vůči sobě a hodnotám
E	Existencialita	Součet SV + OD	Rozhodná angažovanost
CS	Celkový skór	Součet P + E	Osobní, smysluplná existence

### 3. NEO osobnostní inventář

Posledním dotazníkem, který respondentkám předkládáme, je NEO pětifaktorový osobnostní inventář autorů P. T. Costy a R. R. McCrae. Tento dotazník poskytuje údaje o úrovni pěti obecných dimenzí osobnosti. Osobnost můžeme pro potřeby této práce stručně definovat jako „souhrn dispozic vrozených (dědičnost, konstituce) a získaných (prostředí, výchova a reakce na tyto vliv), který určuje vlastní adaptaci jedince na prostředí“ (Sillamy, 2001, s. 142). Uvedený osobnostní inventář nalézá uplatnění v oblasti výzkumu, klinické psychologie, psychoterapii, poradenství, pracovní psychologii atp. Verze, kterou jsme použili, převedli do češtiny M. Hřebíčková a T. Urbánek podle NEO Five-Factor Inventory (P.T. Costa a R.R. McCrae, 2001). Inventář obsahuje celkem 60 tvrzení, u kterých respondent posuzuje, do jaké míry ho vystihují. Odpovědi přitom zanáší na 4 bodovou škálu, ve které číslice 0 značí *vůbec nevystihuje*, 1 *spíše vystihuje*, 2 *neutrální*, 3 *spíše vystihuje* a 4 *úplně vystihuje*. Všechny 60 výpovědí je po 12 rozděleno do 5 škál, které odpovídají jednotlivým dimenzím, jež NEO Big Five sleduje (Costa, McCrae, 2001). Jsou to tyto dimenze:

- **Neuroticismus:** míra přizpůsobení nebo emocionální labilita. Lidé, kteří dosahují vysokého skóre, mohou vykazovat tyto vlastnosti: napjatý, neklidný, nejistý, nervózní, labilní, hypochondrický. Na druhém pólu dimenze stojí člověk klidný, relaxovaný, vyrovnaný, stabilní, sebejistý, spokojený, uvolněný.
- **Extraverze:** zachycuje kvantitu a kvalitu interpersonálních vztahů, úroveň aktivity, potřebu stimulace. Vysoké skóre značí člověka sociabilního, aktivního, povídavého, optimistického, zábavného a celkově orientovaného na druhé. Nízké skóre mívají naopak lidé uzavření, vážní, mlčenliví, tiší a orientovaní na úkoly.
- **Otevřenost vůči zkušenosti:** lidé s vysokým skóre v této mají tendenci vyhledávat nové zážitky, rádi objevují a odhalují neznámé věci, jsou zvědaví, originální a imaginativní, mají všestranné zájmy, jsou zvědaví a pokrokoví. Lidé s nízkým skóre se raději drží konvencí, jsou spíše přízemní, mají úzké zájmy a nejsou analytického ani uměleckého založení.
- **Přívětivost:** pomocí této škály můžeme odhadnout, zda je člověk interpersonálně orientován na soucit nebo je spíše nepřátelský. Lidé s vysokým skóre se projevují jako lidé konzervativní, dobrosrdeční, laskaví, důvěryhodní, pomáhající, upřímní

a důvěřiví. Lidé dosahující nízkého skóre se vyznačují sklonem k cynismu, podezřívavosti, pomstychtivosti, surovosti, neradi spolupracují.

- **Svědomitost:** skóre této škály rozlišuje osoby spolehlivé, pracovitě, disciplinované, přesné, puntičkářské, pořádkumilovné a k sobě náročné od lidí spíše nespolehlivých, líných, bezcílných, nedbalých, lhostejných, požitkářských a bez silné vůle.

## 7.4. ORGANIZACE A PRŮBĚH STUDIE

Jak dokládáme již v kapitole 2.3., karcinom prsu je v současné době nejčastějším nádorovým onemocněním u žen (kromě kožních nádorů). Tento fakt ovlivnil celkové zaměření mé diplomové práce a následně i výběr výzkumného souboru. Metodu, kterou jsme pro vyhledání účastníků výzkumu užili, se nazývá **záměrný (účelový) výběr přes instituce**. Miovský (2006) považuje tuto metodu z hlediska času a nákladů za velmi efektivní, současně však upozorňuje na riziko nepostihnutí celého spektra postižených osob z dané cílové skupiny. Jsme si tohoto rizika dobře vědomi; výhoda možnosti oslovit v krátkém čase větší počet takto postižených žen však převládla.

V obecném povědomí veřejnosti je dnes, domnívám se, alespoň částečně rozšířena obecná informace o existenci pomocných center pro onkologické pacienty. Takovýchto sdružení, která ve většině případů fungují na dobrovolné bázi, je dnes v naší zemi celá řada. Výběr organizace byl podmíněn jednak geograficky (vzhledem k místu svého bydliště a dopravní obslužnosti jsem se rozhodla zaměřit na pomocná onkologická centra v Ostravě); a také zaměřením centra na pomoc pacientkám s karcinomem prsu. K vyhledání konkrétního centra jsem použila databázi onkologických patientských organizací, vytvořenou Aliancí žen s rakovinou prsu. (Aliance žen s rakovinou prsu, 2010).

Jediným místem nabízejícím služby pro pacientky s karcinomem prsu, které se v současnosti na území města Ostravy nachází, je organizace **Onko – Amazonky**. Občanské sdružení vzniklo z iniciativy několika pacientek, které se původně scházely, aby si předávaly informace a poskytovaly si vzájemnou podporu. Sdružení bylo založeno v roce 1992 s cílem zlepšit kvalitu života onkologických pacientek, zvýšit informovanost veřejnosti o možnostech prevence a léčby onkologických onemocnění. V roce 2002 členky sdružení navíc zřídily Centrum pomoci, jehož prostřednictvím se ostatním pacientkám snaží předávat praktické rady z vlastních zkušeností. K pravidelným činnostem centra patří

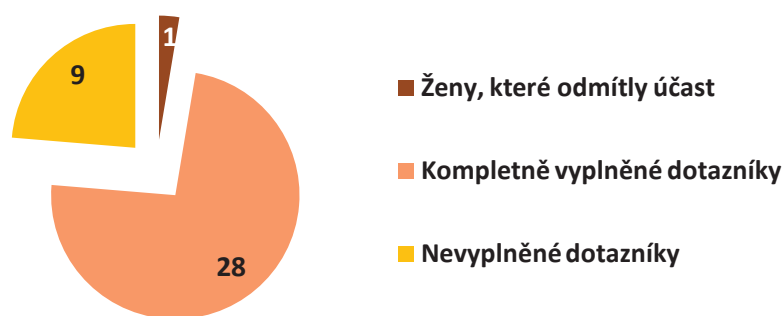
měsíční setkávání členek, týdenní rehabilitační cvičení pod vedením rehabilitační sestry, odborné přednášky, rekondiční pobyty zaměřené na fyzickou i psychickou rehabilitaci pacientek. Sdružení realizuje preventivní program určený dívkám ve věku od 17 do 19 let, s kterým navštěvují střední školy. Jednou ročně pořádají Onko – Amazonky pro své členky zájezd do míst ČR anebo přilehlého zahraničí. O své činnosti pravidelně informují ve čtvrtletním zpravodaji. (L. Váchová, osobní sdělení, 24. října 2011).

V listopadu 2011 jsem se po domluvě s paní Ludmilou Váchovou, která je předsedkyní a koordinátorkou centra, zúčastnila jednoho z pravidelných setkání Onko – Amazonek. Předsedkyně sdružení své kolegyně dopředu seznámila náplní tohoto setkání a navrhla jim zapojit se do mé studie. Na místě setkání jsem přítomné členky informovala o své diplomové práci a sdělila, že mne zajímá, jaká je jejich osobní zkušenost s onkologickým onemocněním. Nesdělila jsem žádné bližší podrobnosti o záměru mého výzkumu, pouze jsem se představila a seznámila je s formálními informacemi o diplomové práci. Poté každá z přítomných žen obdržela sestavu dotazníků, obsahující úvodní slovo, Škálu naděje (resp. Škálu cílů), ESK, inventář NEO a psychoonkologický dotazník. Zahájila jsem administraci ústním sdělením, že vyplnění dotazníků je nezávazné, dobrovolné a zcela anonymní. Ženy souhlasily, že vyplněním dotazníků automaticky dávají souhlas se zpracováním získaných dat pro účel diplomové práce. Poté jsem společně s členkami prošla jednotlivé části sestavy a informovala je, jakým způsobem se jednotlivé testy vyplňují. Nechala jsem prostor pro dotazy. Celková délka administrace nepřesáhla 60 minut.

## **7.5. VÝZKUMNÝ SOUBOR**

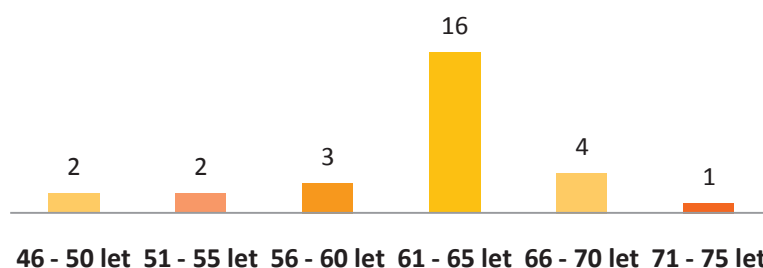
Na setkání s členkami bylo přítomno celkem 38 žen. Dotazníky obdržela každá z nich. Jedna žena vyplňování dotazníků odmítla, její přání jsme respektovali. Zpět se vrátilo 37 plně či částečně vyplněných dotazníků. Kompletně vyplněných dotazníků se vrátilo 28, u 5 dotazníků chyběl psychoonkologický dotazník, 4 další dotazníky měly více nevyplněných pasáží. Těchto 9 dotazníků bylo pro svou neúplnost ze studie vyřazeno. Výsledný soubor tedy tvoří 28 z 38 oslovených žen (tj. 74 %). O interview projevilo zájem celkem 5 žen.

**Graf č. 1** Přehled výsledků administrace dotazníků



Z hlediska věkového složení byl věkový průměr skupiny 61,5 let. Nejmladší členice výzkumného souboru bylo 49 let, nejstarší 74 let.

**Graf č. 2** Věkové rozložení výzkumného souboru



Největší podíl na výzkumném souboru tvořily respondentky se středoškolským vzděláním – celkem 25 žen (pro zjednodušení spojujeme kategorie střední škola, střední odborná škola a odborné učiliště). Dvě s respondentek absolvovaly vysokou školu, jedna má vzdělání základní.

Od oznámení diagnózy onkologického onemocnění uplynulo v rámci souboru průměrně 12,6 let. U pacientky, která trpí karcinomem prsu nejkratší dobu, uplynul od stanovení diagnózy 1 rok. Nejdelší doba od potvrzení onkologického nálezu je 29 let. Průměrný věk, ve kterém byla pacientkám z výzkumného souboru oznámena diagnóza, je 48,7 let. Rozpětí věku, ve kterém byl pacientkám diagnostikován karcinom prsu, bylo od 36 do 60 let.

Individuální interview absolvovalo celkem 5 žen, v zájmu zachování anonymity jsme jim v této studii přidělili smyšlená jména Kateřina, Barbora, Eva, Šárka a Milena. Jeden z přepisů rozhovorů uvádíme v příloze č. 5. Zde je krátký popis těchto pěti žen:

- Kateřina: 61 let, rakovinou prsu onemocněla před 12 lety, kdy prodělala ablaci prsu, chemoterapii a radioterapii, je vdaná, má dvě děti, je v invalidním důchodu.
- Barbora: 61 let, rakovinou prsu onemocněla před 11 lety, podstoupila ablaci prsu, chemoterapii a radioterapii. Je vdaná, má syna.
- Eva: 62 let, rakovinou prsu onemocněla před 12 lety, podstoupila ablaci prsu, chemoterapii a ozařování. Má tři děti, je vdaná.
- Šárka: 63 let, před 20 lety onemocněla karcinomem prsu, podstoupila ablaci prsu, chemoterapii a radioterapii. Po 11 letech došlo k relapsu v druhém prsu, znovu absolvovala léčbu. Je vdaná a má 3 syny.
- Milena: 69 let, karcinomem prsu onemocněla před 22 lety, absolvovala ablaci prsu, chemoterapii a radioterapii. Vdova, má syna.

## **7.6. METODY ANALÝZY A ZPRACOVÁNÍ DAT**

### **7.6.1. KVALITATIVNÍ ANALÝZA**

Na počátku jsme provedli transkripci psychoonkologických dotazníků do textového editoru Microsoft Word. Totožně jsme postupovali se záznamy 5 pořízených rozhovorů. Získali jsme tím přehlednou elektronickou podobu všech výpovědí, která usnadnila provést systematizaci získaných sdělení a začít vlastní kvalitativní analýzu dat. Zvolili jsme metodu kódování pomocí tematických trsů. Rozčlenili jsme získaný materiál na datové segmenty, kterým jsme přidělili pracovní názvy podle oblastí, které výzkumem sledujeme, v případě dotazníků podle jádrových položených otázek a postupně jsme vytvořili kategorie a subkategorie, pod které jsme dle vzájemných vztahů a nalezených souvislostí dále jednotlivé segmenty sdělení přiřazovali. Při zpracování získaných dat jsme se snažili vysledovat, co mají jednotlivé výpovědi respondentů společného a v čem se naopak rozcházejí. Můžeme tak vystopovat možné opakující se vzorce a pokusit se výpovědi souvisle interpretovat.

### **7.6.2. STATISTICKÁ ANALÝZA**

K vyhodnocení a zpracování všech získaných dat jsme použili aplikaci Microsoft Excel a program SPSS Statistics. Nejprve jsme u výzkumného souboru provedli test

normality, abychom zjistili, zda se rozdělení zkoumaného souboru blíží normálnímu rozdělení, za použití Shapiro-Wilk testu. Test normální rozdělení souboru potvrdil.

V případě inventáře NEO, Škály naděje a ESK nás zajímalo, zda se průměrné skóry naměřené u výzkumného souboru signifikantně odchylojí od normovaných průměrů. Získané hrubé skóry jsme zadali do tabulek vytvořených v aplikaci MS Excel a získali výběrový průměr jednotlivých subškál i celkových skóřů. Ze statistických metod jsme zvolili parametrický Studentův t-test, konkrétně t-test rozdílu výběrového průměru a známého průměru základního souboru. Po zjištění výběrových průměrů jsme určili směrodatnou odchylku  $s$  a počet stupňů volnosti  $v$ . Hladinu významnosti  $\alpha$  jsme určili 0,05. U každé škály ze škál jsme určili směrodatnou odchylku. Poté jsme spočítali hodnotu  $t$  a nakonec určili hodnotu dosažené hladiny významnosti  $p$ . Je-li  $p < 0,05$ , pak považujeme rozdíl mezi průměry za signifikantní. (Reiterová, 2003). Tuto operaci jsme prováděli postupně u každé ze škál a subškál uvedených testů a také v další části studie, když zjišťujeme, zda je signifikantní rozdíl mezi škálami testů u žen, které vykazují znaky zisku z nemoci a ženami, které nevykazují žádný zisk. Soubor byl na základě výpovědí zaznamenaných v dotazníku rozdělen na dva výběry: jednu skupinu se 22 ženami, které odpověděly na otázku po zisku z nemoci kladně; a druhou skupinu o počtu 6 žen, které se o zisku z nemoci v psychoonkologickém dotazníku vyjádřily zamítavě.

## 8. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ PRÁCE

Na následujících stranách shrneme výsledky výzkumné studie, ke kterým jsme výzkumnou studií dospěli.

### 8.1. K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM

Před zahájením realizace studie bylo vzneseno celkem pět výzkumných otázek. K nalezení odpovědi posloužila kvalitativní analýza dat získaných z interview s pěti ženami a hledání odpovědi a z psychoonkologických dotazníků vyplněných 28 ženami. Pět žen, které se rozhodly zúčastnit se individuálního interview, současně vyplnilo i dotazníky. Informace z rozhovorů posloužily k významnému obohacení získávaných informací. Na jednotlivé případy žen, které poskytly rozhovor, pohlížíme individuálně. Není cílem jejich tvrzení zobecnit pro celou skupinu žen.

#### 1. Jakým způsobem se ženy dozvěděly o diagnóze karcinomu prsu a jak na tuto skutečnost reagovaly?

Všechny ženy z našeho souboru se o své diagnóze dozvěděly od lékaře. Zpravidla se jednalo o lékaře z onkologických oddělení, či chirurgy, kteří vedli jejich operaci. Pouze jediná žena uvedla, že jí diagnózu nikdo nesdělil. Prvním člověkem, komu se ženy rozhodly s tíživou situací svěřit, byl u 22 respondentek jejich partner (manžel), děti a nejbližší rodina (např. sestra, maminka). Ostatní ženy se svěřily kamarádce nebo kolegyni, jedna z žen uvedla, že se nikomu nesvěřila a jedna, že se o diagnózu podělila s poštačkou.

Z odpovědí na otázku, jaké byly jejich tehdejší reakce a myšlenky po oznámení diagnózy, vyplynulo, že diagnóza karcinomu prsu ženám způsobila šok. Ženy byly zaskočený a plakaly, popisují své emoce slovy jako *hrůza, děs, zmatek, strach, poplach, deprese, smutek, stres a nepochopení*. Stav po oznámení diagnózy hodnotí jako *velmi stresující*, své myšlenky a emoce jako *smutné a velmi špatné*. Jedna z žen situaci popsala výstižným sdělením: „*Jako by do mě narazil vlak.*“ Objevují se obavy z budoucnosti, myšlenky na smrt a na konec, starosti o děti a vnoučata, strach ze sdělení špatné zprávy dětem. Nejsou schopny diagnóze uvěřit a kladou si otázky „*Proč právě já?*“, „*Co jsem udělala v životě špatně?*“. Pouze zlomek žen popsal prvotní reakci jako pragmatickou a bez velkých emocí; jiná žena si vzala jako pozitivní příklad stejně nemocnou příbuznou



a třetí zaujala postoj na problém zaměřeného zvládnání, resp. že nepříznivá diagnóza je pro ni situací, kterou je potřeba řešit.

## **2. Co vnímají ženy jako největší omezení či ztrátu, kterou jim onkologické onemocnění přineslo?**

Z odpovědí respondentek v dotaznících a interview vyplynulo 5 kategorií ztrát či mínusů, které různé ženy zmiňovaly. První kategorií tvořily ztráty a omezení jako *fyzické následky způsobené chirurgickými zákroky a léčbou karcinomu*, především problémy s rukou na operované straně, omezení její hybnosti, potíže s lymfatickými otoky atp. S léčbou souvisela také větší fyzická vyčerpanost, únava, úbytek sil a energie. Ženy si stěžovaly na sníženou fyzickou výkonnost. Jako mínus rovněž hodnotily úbytek či úplný konec sportovních aktivit, kterým byly zvyklé se aktivně věnovat.

Druhou kategorií tvořily ztráty související s ablací prsu. Odstranění prsu je pro ženy intenzivně vnímanou ztrátou. Jako pocíťovanou újmu ženy uváděly např. pocity *méněcennosti a ztrátu ženskosti*. S tím souvisí omezení při výběru šatů, plavek, a omezení při běžných činnostech.

Třetí kategorií tvořily ztráty související s profesí – některé ženy nedobře nesou *odchod ze zaměstnání*. V souvislosti s nástupem do invalidního důchodu hodnotily jako ztrátu pokles životní úrovně a zúžení okruhu přátel ze zaměstnání.

Čtvrtou kategorií jsme nazvali jako ztráty v oblasti sociálních vztahů. Ženy individuálně jako ztráty jmenovaly *ztrátu manžela*, který neunesl nemoc partnerky a opustil domácnost, *ztrátu důvěry v partnera a rodinu* a odchod z domácnosti, *snížení kvality sexuálního života* a ukončení některých dříve preferovaných vztahů s kamarádkami.

Poslední kategorií vytvořily ženy (5 žen), jež uvedly, že žádná omezení ani ztráty z nemoci nepocíťují anebo zanechaly kolonku nevyplněnou (3 ženy).

## **3. Pokud se ženy snaží s onemocněním bojovat, co je v boji s nemocí motivuje a podporuje?**

Ženy s karcinomem prsu se proti onemocnění snaží bojovat několika způsoby. Část výzkumného souboru uváděla konkrétní způsoby, jimiž se snaží zabránit progresi či návratu nemoci: dodržují *správnou životosprávu*, dbají na *preventivní vyšetření*, snaží se

*jíst zdravě, cvičí, plavou*, denně chodí na *procházk*y, posilují *imunitu*. Jedna z žen uvedla, že jí velice pomáhají i zkušenosti jiných pacientek a že se cítí dobře především díky svému aktivnímu postoji. Jiné ženy jmenovaly jako formu boje proti nemoci *klid, dostatečný odpočinek, rodinu*, společný čas strávený s ostatními *Amazonkami, dobrou náladu, tvoření a lásku*. Jedna respondentka nasměřovala své aktivity proti nemoci navenek a aktivně se zapojuje do preventivních přednášek a besed s veřejností.

Druhou kategorií odpovědí byly od těch žen, které již *necítí potřebu s nemocí bojovat*. Jejich vyjádření zněla, že již nad nemocí vyhrály, anebo považují dobu od onemocnění již za dostatečně dlouhou (11 let), anebo jsou podle nich způsoby boje proti nemoci omezené („*Jím zdravěji, ale jinak není možno.*“), přesto se snaží dodržovat alespoň pár zásad zdravého životního stylu (střídmá a zdravá strava, nepřetěžovat organismus nadměrnou zátěží). Jedna žena uvedla jako důvod, proč nebojuje s nemocí, odevzdaný názor „*Přijmi sudbu a ušetříš si mnohá trápení*“.

Zdrojem motivace k uzdravení je pro ženy jejich rodina – *děti, manžel, láska k vnoučatům*. Dalšími motivy jsou jejich záliby, plány do budoucna, víra. Objevují se názory, že ženy povzbuzuje, když se snaží *žít tak, jako by nebyly nemocné*, když se snaží *brát život takový, jaký je*; dále uvědomění, že *žijí zde v krásné zemi*, anebo *víra, že ještě nenastal čas, aby odešly ze světa*. Také ženy účastnící se interview označily za zdroj podpory své blízké. Čtyři ženy jsou významně motivovány rodinou (*dočkat se promoce dcery, postarat se o děti*), jako značný zdroj podpory se zdá být i komunikace a čas strávený s ostatními *Amazonkami* – silným motivem zde je pochopení ze strany žen, které mají stejné zkušenosti s nemocí. Jediná žena označila jako zdroj pomoci sebe sama. Uvedla, že v rodině nenacházela potřebné zázemí. „*Baterky nebyly kde dobít. Snažila jsem se to vychodit – sebrala jsem se a šla. Chodím po ulici a přemýšlím, to mi hodně dává.*“

#### **4. Dospěly ženy vlivem onemocnění k redefinování životních hodnot?**

Ano, lze prohlásit, že většina žen došla k redefinování životních hodnot. Ptali jsme se pacientek, zda v jejich životě existuje něco, čemu nyní přiřkládají větší význam než před onemocněním. Kromě toho, že *přehodnocení priorit* samy ženy označily jako pozitivní přínos nemoci, uváděly, že nyní je v jejich životě zaujímají významné přední místo hodnoty jako *zdraví* (posun vnímání od pouhého klišé je skutečné hodnotě), *duševní rovnováha* a *kvalitní partnerský vztah, rodina* a jejich blízcí, *přátelství*, cení si více

*šťastných chvíl s rodinou.* Dále se v odpovědích objevovaly prožitkové hodnoty jako *intenzivnější prožívání života*, zvýšený zájem o přírodu, vychutnávání krásy a radosti, zájem o kulturu („*Víc si vážím života*“, „*Radost z každé věci, co se povede*“, „*Těším se z každého rána*“, „*Život samotný*“ apod.) a označení dřívějších běžných starostí za *malichernosti*.

##### **5. Získaly ženy díky své zkušenosti s onkologickým onemocněním jakékoli subjektivně vnímané obohacení nebo zisk?**

Díky jednotlivým odpovědím, které se vyskytovaly v dotaznících a interview a také v návaznosti na předchozí výzkumnou otázku lze prohlásit, že ženy získaly díky své zkušenosti i nějaké obohacení či zisk. Na otázku, zda si ženy myslí, že jim onkologické onemocnění přineslo něco pozitivního, 22 z 28 žen pojmenovalo buď konkrétní osobní přínos anebo prostě odpovědělo *ano*. Z odpovědí, které se v dotaznících objevily, se vydělilo několik oblastí, v nichž se pozitivní zisk projevil.

První oblastí jsou *sociální vztahy a kontakty s lidmi* – nejčastěji jmenovaným pozitivem bylo získání či nalezení nových kamarádek ve sdružení Amazonky. Jako přínos ženy identifikovaly vzájemné sdílení zkušeností a zážitků, předávání rad a informací, poznávání nových míst a aktivit. Některé z žen si našly ve sdružení velice blízké přítelkyně, se kterými sdílejí stejný pohled na svět. Kromě společenství Amazonek zaznamenaly pacientky pozitivní změny v rodině, referují o stmelení vztahů s partnerem, v případě jedné ženy dokonce rozpad nefungujícího vztahu a navázání vztahu nového, pevnějšího.

Druhou oblastí tvoří *oblast životních hodnot*, kde dochází k jejich přehodnocení. Ženy uvádějí posun od nepodstatných věcí k podstatným a mění se prožívání jejich vlastního života. Jejich životní tempo se většinou zpomaluje. „*Zastavila jsem se, z workoholičky se stal člověk, který má čas na život, ne jen práce a starosti.*“ Ženy uvádějí, že mají *jiný náhled* na obyčejné věci, na vlastní život, na lidi kolem sebe i na svět obecně. Hovoří o *uvědomění si hodnot života, vztahu k životu, důležitosti maličkostí a radosti*.

Třetí oblast by se dala charakterizovat jako *radost ze života* – pacientky po prodělané léčbě intenzivněji vnímají každodenní události i přírodu. Váží si každého prožitého dne, cítí se být více osloveny přírodou, *žijí svůj život*. Jedna z žen při interview doslova uvedla, že *jí rakovina zpestřila život*.

Konečně poslední kategorii tvoří individuální příklady zisku či obohacení života. Ženy uvádějí, že je zkušenost s karcinomem prsu naučila bojovat o své zdraví a život; naučila je větší *citlivosti a ohleduplnosti*, naučila je *pevněji prosazovat vlastní názory* a být *více samostatné a rázné*.

## 8.2. K PLATNOSTI HYPOTÉZ

**Hypotéza H1:**

**Mezi průměrnými populačními skóry a průměrnými skóry skupiny žen s karcinomem prsu naměřených na škálách v osobnostním inventáři NEO není statisticky významný rozdíl.**

Výsledky statistické analýzy provedené v aplikaci MS Excel a v programu Statistics (popis postupu v kapitole 7.6.2.):

- Neuroticismus:  $t_{27} = 1,87$ ,  $p = 0,07$
- Extraverze:  $t_{27} = -0,68$ ,  $p = 0,05$
- Otevřenost:  $t_{27} = -0,29$ ,  $p = 0,77$
- Přívětivost:  $t_{27} = -2,42$ ,  $p = \mathbf{0,02}$
- Svědomitost:  $t_{27} = 1,53$ ,  $p = 0,14$

**Tabulka č. 3** Výsledky t-testu – inventář NEO

Škály	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost	Přívětivost	Svědomitost
<b>N</b>	28	28	28	28	28
<b>Průměr populační</b>	20,76	31,29	27,46	33,82	33,04
<b>Průměr naměřený</b>	22,96	30,54	27,18	31,36	34,46
<b>Směrodatná odchylka</b>	6,22	5,90	5,06	5,39	4,92
<b>Směrodatná chyba</b>	1,18	1,12	0,96	1,02	0,93
<b>d</b>	0,35	-0,13	-0,06	-0,46	0,29
<b>t</b>	1,87	-0,68	-0,29	-2,42	1,53
<b>p</b>	0,07	0,50	0,77	<b>0,02</b>	0,14

**Hypotézu H1 zamítáme.**

Na škále Přívětivost je dosažená hladina významnosti  $p < 0,05$ . Mezi normovaným (populačním) průměrem a průměrem výzkumného souboru na škále Přívětivost je signifikantní rozdíl. Výzkumný soubor dosáhl na škále Přívětivost signifikantně nižší průměrný skór než běžná populace.

**Hypotéza H2:**

**Mezi průměrnými skóry naměřenými v inventáři NEO u žen se ziskem a skóry naměřenými u žen bez zisku je statisticky významný rozdíl.**

**Tabulka č. 4** Výsledky statistické analýzy (t-test) průměrů skórů dosažených v osobnostním inventáři NEO ženami se ziskem a ženami bez zisku z nemoci

Škály NEO	Počet		Průměr		Směrodatná odchylka		T-test		d
	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	t	p	
<b>N</b>	6	22	26,83	21,91	6,43	5,87	1,79	0,09	0,85
<b>E</b>	6	22	24,67	32,14	5,54	5,00	-3,18	<b>0,00</b>	-1,52
<b>O</b>	6	22	26,83	27,27	5,49	5,06	-0,19	0,85	-0,09
<b>P</b>	6	22	26,67	32,64	7,55	3,97	-2,66	<b>0,01</b>	-1,27
<b>S</b>	6	22	32,17	35,09	3,66	5,10	-1,31	0,20	-0,63

V případě škál Extraverze a Přívětivost jsou hodnoty dosažené hladiny významnosti  $p < 0,05$ . Z provedených výpočtů tedy vyplývá, že ženy, které vykazují zisk z nemoci, dosahují na škále Extraverze a Přívětivost signifikantně vyšší průměrný skór než bez zisku z nemoci.

**Hypotézu H2 přijímáme.**

**Hypotéza H3:**

Celkový průměrný skór na Škále naděje naměřený u žen se ziskem je statisticky významně vyšší než u žen bez zisku.

**Tabulka č. 5** Výsledky statistické analýzy (t-test) průměrů skórů dosažených na Škále naděje ženami se ziskem a ženami bez zisku z nemoci

Škála naděje	Počet		Průměr		Směrodatná odchylka		T-test		d
	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	t	p	
Snaha	6	22	19,33	22,91	4,97	4,60	-1,66	0,11	-0,79
Cesta k cíli	6	22	18,17	21,82	4,26	4,12	-1,91	0,07	-0,91
<b>Celkový skór</b>	6	22	37,50	44,73	8,87	8,08	-1,90	0,07	-0,91

Dosažená hladina významnosti u celkového skóru Škály naděje je  $p > 0,05$ . Z toho vyplývá, že mezi průměrnými celkovými skóry na Škále naděje u žen, které vykazují zisk z nemoci, a ženami bez zisku není statisticky významný rozdíl.

**Hypotézu H3 zamítáme.**

**Hypotéza H4:**

Celkový průměrný skór Existenciální škály naměřený u žen se ziskem je statisticky významně vyšší než u žen bez zisku.

**Tabulka č. 5** Výsledky statistické analýzy (t-test) průměrů skórů dosažených na Existenciální škále ženami se ziskem a ženami bez zisku z nemoci

Existenciální škála	Počet		Průměr		Směrodatná odchylka		T-test		d
	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	Ženy bez zisku	Ženy se ziskem	t	p	
Sebeodstup	6	22	30,83	34,14	4,62	6,07	-1,23	0,23	-0,59
Sebepřesah	6	22	59,50	68,50	8,78	9,79	-2,03	0,05	-0,97
Skór P personalita	6	22	90,33	102,64	10,71	14,41	-1,94	0,06	-0,93
Svoboda	6	22	44,50	48,59	4,85	7,76	-1,22	0,23	-0,58
Odpovědnost	6	22	50,00	55,59	11,98	10,16	-1,15	0,26	-0,55
Skór E existencialita	6	22	94,50	104,18	11,88	16,68	-1,32	0,20	-0,63
Celkový skór	6	22	184,83	206,82	20,17	29,92	-1,69	0,10	-0,81

Hladina významnosti  $p$  je v případě celkového skóru Existenciální škály  $p > 0,05$ . Z tohoto výsledku odvozujeme, že mezi průměrnými celkovými skóry na Existenciální škále u žen, které vykazují zisk z nemoci, a ženami bez zisku není statisticky významný rozdíl.

**Hypotézu H4 zamítáme.**

## 9. DISKUZE

Teoretická část této práce byla napsána s cílem poskytnout náhled na onkologického pacienta a jeho onemocnění v kontextu medicínském, epidemiologickém, psychosociálním i existenciálním. Kvalitativní studie, kterou jsem realizovala před dvěma lety v rámci ročníkové práce, pak posloužila jako základna, na níž byly vystavěny cíle praktické části této diplomové práce.

Prvním cílem praktické studie, kterou jsme v rámci diplomové práce realizovali, bylo oslovit pacientky s karcinomem prsu, které navštěvují některou ze svépomocných dobrovolných organizací a zapojit je do výzkumu. Předchozí studii jsme realizovali s leukemickými pacienty. Důvodem, proč jsme nyní oslovili pacientky s karcinomem prsu, byl vysoký výskyt tohoto onemocnění v české i světové populaci. Vzhledem k jeho rostoucí incidenci a současně zkvalitnění léčebných postupů lze očekávat, že žen, které toto onemocnění v životě prodělaly, bude u nás přibývat. Důvodem setkání s pacientkami bylo prozkoumat, zda pacientky s tímto onemocněním budou dosahovat pozitivních zisků navozených zkušeností s onkologickým onemocněním, stejně jako tomu bylo u minulého souboru pěti pacientů s leukemií. Jsme si dobře vědomi, že záměrným výběrem výzkumného souboru skrze dobrovolnickou organizaci podstupujeme riziko možného zkreslení výsledků, protože tímto postihujeme pouze vybranou část populace pacientů. Na druhou stranu takovýto výběr otevírá otázky vedoucí k dalším možným studiím, např. srovnání výskytu terciárního zisku mezi pacientkami, které nikdy podobnou instituci nevyhledaly a jsou pouze v péči lékařů a těmi pacientkami, které jsou pasivními členkami anebo se dokonce na činnosti organizace aktivně podílejí. Kontakt s členkami svépomocné dobrovolnické organizace Onko – Amazonky v Ostravě nám navíc poskytl příležitost zjistit, jaké výhody jim členství v takovéto organizaci přináší. Nyní se vyjádříme k plnění cílů realizované studie a zjištěným výsledkům.

### 9.1. PROŽÍVÁNÍ PACIENTEK S KARCINOMEM PRSU, POZITIVNÍ NÁSLEDKY NEMOCI

Prvním cílem studie bylo zjistit, jaké jsou osobní zkušenosti žen s onkologickým onemocněním, zda jim nemoc přinesla pouze ztráty a omezení anebo vnímají i jakékoli obohacení či zisk. Zajímalo nás, jak reagovaly na oznámení diagnózy a jak onemocnění



ovlivnilo jejich život. Užitými metodami byl vlastní psychoonkologický dotazník a polostrukturované interview.

Všechny ženy z výzkumného souboru se až na jednu výjimku o své diagnóze dozvěděly od lékaře. Nejrozšířenější prvotní reakcí na oznámení diagnózy byl šok. Některé ženy měly tendenci zpočátku diagnózu odmítat, činilo jim potíže tento fakt akceptovat a kladly si otázku, proč onemocněly právě ony. Navzdory nepříznivosti odhaleného diagnostického nálezu byla většina žen spokojena se způsobem, jakým jim byla diagnóza sdělena. Lékařovu komunikaci hodnotily jako jasnou a výstižnou, citlivou, dostatečnou a ohleduplnou, ocenily, že lékař navrhl způsob řešení a dal pacientkám naději.

Ženy, které si naopak na způsob oznámení stěžovaly, vytýkaly lékařům neosobní, rychlé a rutinní jednání, nedostatečné množství srozumitelných informací, rychlost sdělení a neposkytnutí dostatku času na vstřebání informace, málo prostoru na dotazy, neinformování, na co má pacientka nárok. Jedna z žen vyslovila obecné doporučení, že by měl být v situaci oznamování diagnózy přítomen psycholog. Označila vzniklou situaci za velmi stresující a domnívá se, že péče psychologa by mohla psychický stav pacientky v dané chvíli pozitivně ovlivnit. S tímto nezbývá než souhlasit.

Za alarmující považujeme případ jedné z žen, která onemocněla v roce 1982 a v dotazníku uvedla, že jí tehdy lékař nesdělil, jaká je její diagnóza. Pravý stav věci se údajně dověděla teprve nedávno. To nás přivádí k otázce, zda se jednalo o pochybení konkrétního (možná nezkušeného) lékaře, či zda byla situace v tehdejším zdravotnictví opravdu tak zoufalá.

I přes tento extrémní příklad, zdá se, lze najít osvědčené lékaře, schopné sdělit nepříznivou informaci citlivě a s ohledem na pacienty. Na druhou stranu ze zjištěných informací vyplynulo, že je v této oblasti nadále co zlepšovat.

Osobou, které se pacientky obvykle jako první se svou diagnózou svěřily, byl jejich manžel či partner. Z interview vyplynulo, že někdy ženy nejprve zamýšlely diagnózu před rodinou zatajit, většinou ze snahy členy rodiny „nezatěžovat“ a „uchránit“. Nicméně obvykle ještě týž den napětí nevydržely a svěřily se. Jediná respondentka uvedla, že se manželovi svěřila až týden po oznámení diagnózy a jedna se nesvěřila vůbec nikomu. Další osoby, na které se pacientky obracely, byli obvykle jejich sourozenci, rodiče, teprve poté děti. Z dalších sdělení o reakcích pacientčinych blízkých je patrné, že partneři byli pro

pacientky silnou oporou. Možnost sdílet nepříjemnou situaci onemocnění s blízkou osobou se zdá být prvním krokem k tomu, aby se dokázaly se situací vyrovnat.

Onkologické onemocnění způsobilo v životě žen mnoho změn, a to jak negativních, tak pozitivních. Hlavními negativními dopady onemocnění byly zdravotní následky, se kterými se ženy potýkaly po chirurgickém zákroku, ale také v době během a po ukončení chemoterapie a radioterapie. Stěžovaly si především na omezení hybnosti ruky na operované straně a trpěly nepříjemnými vedlejšími účinky chemoterapie a radioterapie (ztráta vlasů, nechutenství, nauzea, zvýšená únava a vyčerpání, apod.).

Silným negativním zásahem do psychiky ženy bylo podstoupení ablace prsu, které v několika případech vedlo k pocitům ztráty, pocitům méněcennosti a ohrožení či ztrátě pocitu ženskosti. Domníváme se, že účast na setkáních s podobně postiženými ženami (především pro ty, které onemocněly před více než 10 lety) mohla být tím, co ženám pomohlo se se ztrátou vyrovnat, neboť si zde předávaly nejen informace o vhodných pomůckách (prsních epitézách a vhodném prádle), ale také se vzájemně psychicky podporovaly. Několika ženám pomohlo prvotní dysforické emoce překonat to, že je ztráta prsu neomezuje v běžném životě a nezasahuje do jejich života tak závažně, jako by zasáhla např. amputace končetiny. Jako silný podpůrný faktor se v této oblasti ukázalo také povzbuzování a podpora rodiny a potvrzení náklonnosti a ujištění ze strany partnera.

Přesto se ženy s některými následky operace potýkají dodnes, především v rozsahu vykonávaných fyzických činností, negativně hodnotily např. úbytek sportovních aktivit. Vhodnou kompenzací zdravotních potíží se pro tyto ženy stalo rehabilitační cvičení, na které docházejí do centra Onko – Amazonky.

Další významnou změnou v životě pacientek byl odchod do částečného či plného invalidního důchodu. Změny, které jim onemocnění takto nepřímo přineslo, hodnotily jako pozitivní ty ženy, které odchodem do důchodu opustily zaměstnání, které jim z jakéhokoli důvodu nevyhovovalo, a získaly tím prostor pro preferované aktivity. Na tomto místě lze hovořit o sekundárním zisku z nemoci. Ženám, které hodnotily předčasný odchod do důchodu negativně, naopak vadil úbytek sociálních kontaktů, chyběla jim vykonávaná profese a zaznamenaly pokles životní úrovně v důsledku nižší penze.

Oblast, kterou onemocnění nevyhnutelně zasáhlo, byly sociální vztahy pacientek. Několik málo žen vypovědělo, že nemoc nepříznivě zasáhla do jejich partnerského života. Jedna z žen se rozešla se svým manželem; nyní však žije s jiným partnerem a, jak sama

říká, nový vztah jí prospívá a díky nemoci si paradoxně našla chápavějšího partnera. Během interview se jiná z žen svěřila, že její manžel na její onemocnění zareagoval velmi odmítavě. Rázně jí doporučil, aby nepodstupovala operaci, při níž jí hrozí ablace prsu, protože pak pro něj již „nebude ženou“. Žena operaci v zájmu svého zdraví pochopitelně podstoupila. Následující vývoj manželství však dospěl ke krachu; manželé nejsou rozvedeni, manžel však vyhledává mimomanželské vztahy. Žena přiznala, že k výraznému odcizení mezi nimi došlo především po propuknutí jejího onemocnění. Na otázku po zisku přesto žena odpověděla kladně a uvedla, že ji nemoc naučila samostatnosti, rozhodnosti a přiměla ji, aby byla více nezávislou na muži, se kterým byl vztah pravděpodobně nefunkční ještě před onemocněním.

Ve výzkumném souboru jsme identifikovali rovněž pět žen, kterým podle jejich názoru nemoc žádná omezení ani ztráty nepřinesla a šest žen, které popřely, že by díky nemoci získaly něco pozitivního. To částečně naplnilo naše očekávání, že ne všechny pacientky budou vykazovat hledané změny. Zároveň jsme tím získali prostor pro další zkoumání, přesněji možnost porovnat skupinu žen se ziskem a bez zisku mezi sebou (viz dále).

V zásadě lze prohlásit, že námi zjištěné a popsané jevy odpovídají zjištěním, jež učinili Calhoun a Tedeshi (2006) při zkoumání posttraumatického růstu. U žen z výzkumného souboru se bylo v různé míře zastoupeno všech pět oblastí, v nichž podle autorů pacienti shledávají pozitivní změny (viz kapitola 6.1.)

Ženy z výzkumného souboru referovaly o pozitivních přínosech své nemoci, a to především v oblasti sociální vztahů a kontaktů s lidmi. Našly si nové přítelkyně ve sdružení Onko – Amazonky, zažívají s nimi volnočasové aktivity, mnohé z nich uvedly, že se jen díky Amazonkám účastnily zcela nových aktivit a navštívily dříve neznámá místa. Také referovaly o pozitivních změnách v rodinných vztazích, o jejich stmelení. To podle nás odpovídá přínosům v oblasti nových možností a změn jedincových vztahů k jiným lidem.

Na naši otázku, zda u sebe díky nemoci objevily nějaké nové či překvapivé stránky svého já, ženy odpovídaly kladně. Uváděly vlastnosti jako ráznost, důslednost, skromnost, trpělivost, větší možnost se projevit a organizovat akce pro druhé, potřebu být aktivní a vyhledávat kontakt s lidmi, jedna z žen uvedla, že po zkušenosti s nemocí začala psát básně.

Většina žen vlivem onemocnění objevila nový náhled na život a na svět. Když se ženy měly zamyslet nad tím, zda díky nemoci získaly něco pozitivního, nejčastěji padaly výroky jako „Víc si vážím života“, „Těším se z každého rána“ apod. U žen lze vysledovat hlubší a intenzivnější prožívání vlastního života, přehodnocení životních priorit, větší zakotvení v přítomném okamžiku. Dovedou se více radovat ze života, všímají si změn v přírodě, inklinují k přehlížení malicherností, kterým by dříve přisuzovaly velký význam. Čelní místo v jejich žebříčku hodnot nyní zaujímá zdraví, které přestalo být pro ženy pouhým klišé.

Povzbudivá byla naše zjištění o sociální opoře žen. Všechny, až na dvě ženy, byly schopny jmenovat konkrétní osoby ze svého okolí, se kterými mohou o nemoci otevřeně hovořit a které jsou pro ně oporou. Nejčastěji to byl manžel či partner pacientky, dcera nebo syn, kamarádka, spolužačka, sourozenci či další pacientčini příbuzní anebo kolegyně z Onko – Amazonek. Ukázalo se, že ženy v tomto sdružení zažívají silný pocit sounáležitosti. Na setkáních si vzájemně předávají rady a zkušenosti, sdílejí své problémy a poskytují si vzájemnou psychickou podporu. Mnoho z nich označilo setkání se stejně handicapovanými ženami, ze kterých se v průběhu času staly jejich kamarádky, za jednoznačný přínos onkologického onemocnění.

Domníváme se, že uvedená zjištění lze jednoznačně označit jako projevy terciárního zisku z nemoci. Současně odpovídají projevům posttraumatického růstu, jak je definovali Calhoun a Tedeshi (2006) či Crystal L. Park (2004). Ve výpovědích od oslovených onkologických patientek jsme rovněž identifikovali pozitivní změny, nastávající v životě člověka v situaci, kdy je přinucen konfrontovat se s vlastní smrtelností, jak je popisuje Irvin D. Yalom (2006, viz kapitola 5.3.).

## **9.2. CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU MĚŘENÉ POMOCÍ INVENTÁŘE NEO**

Jako **druhý cíl** studie jsme si stanovili porovnat osobnostní charakteristiky patientek s karcinomem prsu s běžnou populací a dále zjistit, zda jsou mezi ženami, u kterých se prokázal terciární zisk z nemoci, a ženami bez zisku, rozdíly. Stanovili jsme dvě hypotézy:

Hypotéza H1: Mezi průměrnými populačními skóry a průměrnými skóry skupiny žen s karcinomem prsu naměřených na škálách v osobnostním inventáři NEO není statisticky významný rozdíl.

Hypotéza H2: Mezi průměrnými skóry naměřenými v inventáři NEO u žen se ziskem a skóry naměřenými u žen bez zisku je statisticky významný rozdíl.

Všechny ženy z výzkumného souboru vyplnily pětifaktorový osobnostní inventář NEO autorů P.T. Costy a R.R. McCrae.

V souladu s předchozí studií s leukemickými pacienty jsme očekávali, že ženy s karcinomem prsu dosáhnou na škálách inventáře NEO průměrných skóru, které budou odpovídat rozmezí populační normy. Statistickou analýzou jsme však došli k závěru, že ženy dosáhly signifikantně nižšího skóru na škále Přívětivost. Hypotézu H1 jsme proto zamítli. Pokles právě na této škále lze považovat za zajímavý úkaz, uvážíme-li, že většina přítomných oslovených žen okamžitě souhlasila s provedením výzkumu a byla ochotna se do něj aktivně zapojit. Naměřené nižší skóre na škále Přívětivost se navíc zdá být v rozporu s výzkumy, které se zabývají proměnlivostí těchto osobnostních charakteristik v čase. Lidé mají s přibývajícím věkem tendenci dosahovat nižšího skóru spíše na škálách Neuroticismus, Extraverze a Otevřenost, zatímco skóry u Přívětivosti a Svědomitosti narůstají. (Hřebíčková, Čermák, Osecká, 2000). Nabízí se otázka, zda šlo o náhodu či zda lze tento jev připisovat způsobu výběru zkoumaného souboru, kdy zkoumaný vzorek vzhledem ke stoprocentní přítomnosti onkologického onemocnění neodpovídá vzorku běžné populace.

Druhou hypotézu H2 jsme po provedení statistické analýzy přijali, neboť ženy se ziskem z nemoci dosáhly signifikantně vyššího skóru na škále Extraverze a na škále Přívětivost než ženy, které se vyjádřily, že na zkušenosti s onkologickým onemocněním nic pozitivního neshledaly. Domníváme se, že za tímto výsledkem mohou stát především ženy, které jako pozitivní zisk označily společenství Onko – Amazonek. Extravertované ženy budou více sociabilní, aktivní, orientované na druhé, stejně jako ženy, které dosáhly vyššího skóre na škále přívětivosti, budou ženy spíše dobrosrdečné, laskavé, důvěřivé a upřímné. (Viz charakteristiky škál v kap. 7.3.2.) Je pravděpodobné, že takovéto ženy si snadněji ve sdružení najdou kamarádky, snáze se zapojují do společných aktivit atp.

Současně lze ve statistických výsledcích vysledovat rozdíl na škále Neuroticismus, a to ve prospěch žen se ziskem. Statistická analýza poukázala na to, že ženy se ziskem

dosáhly nižšího průměrného skóre než ženy bez zisku ( $p = 0,09$ ). Výzkumný soubor však považujeme za málo početný k prokázání takového vztahu. Skutečnost, že ženy se ziskem dosahovaly vyšších skóre v Extraverzi a nižších skóre v Neuroticismu, je velice zajímavá, přihlídneme-li k závěrům Blatného a Osecké (1998), kteří referují o prokázané pozitivní korelaci mezi extroverzí, stabilitou a životní spokojeností. Spokojenost bývá spojována se strategiemi řešení zaměřených na problém. Extraverze se váže k vyhledávání sociální podpory, naproti tomu neuroticismus bývá spojován se strategiemi vyhýbání se problému a sebeobviňování.

### **9.3. CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU MĚŘENÉ POMOCÍ ŠKÁLY NADĚJE A EXISTENCIÁLNÍ ŠKÁLY**

**Třetím cílem** studie bylo změřit, jaká je u žen s karcinomem prsu míra existenciálního naplnění a pocítování naděje, k čemuž jsme využili Existenciální škálu A. Längleho, C. Orglerové a M. Kundiho a sebehodnotící Škálu naděje. Výzkumem jsme ověřovali platnost dvou hypotéz:

Hypotéza H3: Celkový průměrný skór na Škále naděje naměřený u žen se ziskem je statisticky významně vyšší než u žen bez zisku.

Hypotéza H4: Celkový průměrný skór Existenciální škály naměřený u žen se ziskem je statisticky významně vyšší než u žen bez zisku.

Při užití Škály naděje se skutečně prokázal určitý trend ve prospěch žen se ziskem z nemoci. Ženy, které byly schopny na zkušenosti s onemocněním získat subjektivní obohacení či zisk, vykazovaly vyšší skór na subškále Cesta k cíli a rovněž v Celkovém skóru Škály naděje. Tyto výsledky by se daly interpretovat tak, že jsou ženy se ziskem z nemoci úspěšnější ve vytváření efektivních způsobů, jak nacházet cestu k cíli, v případě, že je jejich cíl blokován (např. onemocněním), jsou schopny k němu nalézt alternativní cestu anebo nalézt si cíl nový. Nalezenou souvislost však nelze považovat za průkaznou, protože náš výzkumný vzorek je příliš malý a naměřený rozdíl nedosáhl signifikantní hladiny významnosti. Hypotézu H3 jsme proto zamítli.

V případě měření pomocí Existenciální škály jsme došli k podobným závěrům. Bylo možné vysledovat určitý trend na stupnici Sebeřesah a Skóru P – personalita, opět ve prospěch žen se ziskem z nemoci. Znamenalo by to, že ženy dosahující pozitivních zisků

disponují větší schopností odpoutat se od sebe sama a vstoupit do citového vztahu k někomu anebo něčemu jinému (to lze např. vysledovat ve výpovědích žen jako snahu snášet příkoří chemoterapie a radioterapie a bojovat proti nemoci kvůli lásce k dětem a vnoučatům, či prvotní obava žen po oznámení diagnózy o to, kdo se postará o jejich děti).

Vyšší skór dosažený na stupnici Skór P – personalita (skládá se ze stupnic Sebepřesah a Sebeodstup) by naznačoval, že ženy se ziskem dosahují objektivnějšího vnímání skutečnosti, dovedou od sebe poodstoupit, zachovat si odstup od vlastních citů, přání a představ a nezkresleně vnímat situaci. Takovéto vnímání situace bylo možno vysledovat např. u ženy, která nám poskytla interview. Na hrozbu ztráty prsu reagovala spíše obavami z další progrese nádoru, proto jednoznačně souhlasila s operací.

Naměřené výsledky však nedosahovaly potřebné hladiny významnosti, abychom mohli hypotézu H4 přijmout, a proto byla zamítnuta.

Nabízí se úvaha, zda by sledované osobnostní charakteristiky u všech použitých škál dosahovaly stejných výsledků také u většího výzkumného souboru. Vzhledem k primárnímu zájmu studie, kterým zůstává terciární zisk z nemoci, však považujeme za nejhodnotnější cestu k získání hlubokých poznatků především kvalitativní typ výzkumu, který je časově i organizačně složitější realizovat u velkého počtu probandů.

## 10. ZÁVĚR

Ústředním tématem diplomové práce je terciární zisk z nemoci, kterým rozumíme paradoxní fenomén pozitivních následků negativních událostí, v našem případě obohacení či zisk vyplývající ze zkušenosti onemocnění karcinomem prsu.

Smíšený výzkum kombinuje kvalitativní a kvantitativní analýzu dat získaných užitím vlastního psychoonkologického dotazníku, polostrukturovaného interview, osobnostního inventáře NEO, Škály naděje a Existenciální škály u výzkumného souboru 28 pacientek s karcinomem prsu, které navštěvují dobrovolnické svépomocné centrum. U výzkumného souboru byl administrován osobnostní inventář NEO. T-testem rozdílu výběrového průměru a známého průměru jsme odhalili signifikantně nižší skóre na škále Přívětivost oproti běžné populaci. Ostatní škály inventáře odpovídaly normě.

Kvalitativní výzkum prokázal, že většina z žen dosáhla terciárního zisku z nemoci, a to převážně v podobě přehodnocení životních priorit, smysluplného a intenzivního prožívání vlastního života, zakotvení v přítomném okamžiku, pocitu radosti ze života a vděčnosti za každý prožitý den. Na přední příčky žebříčku hodnot ženy umístily zdraví, rodinu, partnerský vztah, životní rovnováhu.

Onkologické onemocnění způsobilo v životě žen mnoho negativních i pozitivních změn. Ženy trápí především zdravotní následky způsobené chirurgickým zákrokem a nepříjemné vedlejší účinky chemoterapie a radioterapie. Jako hlavní ztrátu označily zákrok s následkem ablace prsu a s tím spojené psychické i estetické problémy. Většina z žen nastoupila po onemocnění do invalidního důchodu, v hodnocení přínosu této události se ale rozcházejí. Jako pozitivními důsledky onemocnění označily ženy nalezení nových přítelkyň se stejným handicapem ve svépomocné organizaci, s nimiž mohou sdílet své zkušenosti, pozitivní změny v rodině a upevnění vztahu s partnerem. Jako obohacení vnímají ženy také rozvoj osobních schopností a dovedností – zkušenost s nemocí je podle jejich sdělení naučila větší citlivosti, trpělivosti, ohleduplnosti, samostatnosti, ráznosti aj.

Při zkoumání rozdílů mezi ženami, které vykazovaly znaky terciárního zisku z nemoci, a ženami bez zisku, se prokázal statisticky významný rozdíl na škálách Extraverze a Přívětivost (inventář NEO), a to ve prospěch žen se ziskem. Při porovnání naměřených průměrů skóre na Škále naděje a Existenciální škále nebyl mezi ženami nalezen signifikantní rozdíl.



## SOUHRN

Cílem teoretické části diplomové práce bylo vytvořit základnu poznatků poskytující různé úhly pohledu, z nichž lze pohlížet na onkologického pacienta a jeho onemocnění. Nejprve jsme vymezili onkologická onemocnění v medicínském kontextu. Rakovina bývá veřejností obvykle chybně považována za synonymum zhoubného nádoru. Rakovina je však ve skutečnosti spíše souhrnným označením nejrůznějších forem zhoubného buněčného bujení, které mají většinou různé prognózy a pravděpodobně také zcela rozdílné příčiny a vznik. Buněčné bujení mívá za následek vznik benigního nebo maligního nádoru, které se liší ohraničeností, rychlostí a agresivitou svého růstu a celkovým dopadem na organismus. K určení typu nádoru se v medicíně užívá morfologické vyšetření tkáně odebrané lékařem pomocí biopsie.

Ve výzkumné části práce se zaměřujeme na pacientky s karcinomem prsu, které je, jak ukazují současné epidemiologické trendy, nejčastějších zhoubným nádorovým onemocněním u žen vůbec. V České republice jsou karcinomem prsu nejčastěji postiženy ženy ve středním a vyšším věku a každoročně jím onemocní více než 5 500 žen. Při hledání příčiny jeho vzniku bývá karcinom prsu mimo jiné dáván do souvislosti s délkou vystavení ženským pohlavním hormonům. Zásadní proměnnou v efektivitě léčby tohoto onemocnění je jeho zachycení v co nejčasnějším stádiu. V naší zemi byl v zájmu prevence a včasného nálezu onemocnění v roce 2002 zaveden celoplošný mamografický screening, díky kterému mají ženy ve věku od 45 do 69 let nárok na bezplatné preventivní vyšetření na mamografu. V případě pozitivního nálezu se nasazuje multimodální léčba, kombinující operativní zákrok, chemoterapii a radioterapii, doprovázené dosud plně neodstranitelnými nežádoucími účinky.

Přestože jsou dnes mnohá onkologická onemocnění při včasném záchytu dobře léčitelná, stále je obklopuje hluboce zakořeněná mystická představa utrpení a kruté bolesti, nevyléčitelnosti a neodvratné smrti. Proto uvádíme krátký exkurz o tématu smrti a vývoji pohledu člověka na smrt v průběhu nedávných dějin. Ačkoli je smrt ultimativní zkušeností spojující celé lidstvo, moderní člověk se usilovně snaží ji ze svého života odstranit. Namísto dříve prováděných rituálů, které souvisely s umíráním a péčí o tělo mrtvého, předávají dnes blízcí umírajícího do rukou lékaře – až 80 % lidí dnes umírá

v nemocnici. V tomto kontextu se hovoří o tzv. nemocniční smrti. Jako možné východisko z této neutěšené situace zmiňujeme model paliativní péče.

Centrem diplomové práce je prožívání pacientek s karcinomem prsu. Proces odhalení karcinomu prsu je často odstartován pacientkami, které si samy nahmatají bulku v prsu. Je-li ošetřujícím lékařem potvrzena diagnóza onkologického onemocnění, představuje to pro ženu nezvykle silnou psychosociální zátěž doprovázenou silným distresem, která aktivuje mnohé obranné mechanismy. Až u třetiny pacientek se po nalezení zhoubného nádoru objevují deprese, dle jiných zjištění až 40 – 50 % pacientů s rakovinou trpí následkem diagnózy a následné léčby psychickými poruchami. Léčba karcinomu prsu je kritickým obdobím, které klade na ženy mnoho nároků. Zásadním fyzickým a psychickým zásahem do života ženy je operativní zákrok, během kterého je nutné odstranit nádor s reálným rizikem částečné nebo úplné ablace prsu. Ztráta prsu je pro ženu silným traumatem, které může vyústit v deprese, pochybnosti o vlastní ženskosti, pocity méněcennosti a poruchy sexuálního chování.

Po operativním zákroku je nutné podstoupit chemoterapii a radioterapii k úplnému odstranění ložisek nádoru, které ženám přinášejí obtíže v podobě nežádoucích účinků. Onkologické onemocnění se svými důsledky tedy vnáší do života žen hodně – mnohdy nevratných – změn.

V realizovaném smíšeném výzkumu, který kombinuje kvalitativní i kvantitativní metodiku, nám šlo především o to, zda lze na onkologické onemocnění pohlížet jako na možný zdroj pozitivních změn v životě pacientek a ačkoli to zní paradoxně, zda jej lze chápat jako negativní událost přinášející pozitivní důsledky. Tento fenomén v návaznosti na české autory pracovně nazýváme terciárním ziskem z nemoci. Uplatňujeme teoretická východiska logoterapie a existenciální analýzy Viktora E. Frankla a jeho žáků Elisabeth Lukášové a Alfrieda Längleho, kteří spatřují v lidském utrpení hlubokou smysluplnou zkušenost. Na utrpení je možno nazírat jako na příležitost k uskutečnění postojových hodnot. V návaznosti na tyto autory se zabýváme existenciálními danostmi v existenciální psychoterapii Irvina D. Yaloma. V kontextu jeho poznatků lze zkušenost s onkologickým onemocněním chápat jako konfrontaci člověka s vlastní smrtelností, kterou Yalom považuje za probouzející zážitek.

V zahraničí se zabývají empirickým zkoumáním fenoménu pozitivních následků negativních událostí od 90. let 20. století. Zpočátku neexistovala mezi výzkumníky, kteří

vzešli především z řad lékařů, psychiatrů a psychologů, shoda v pojmenování tohoto fenoménu. Nyní jsou nejrozšířenějšími termíny růst (rozvoj) navozený stresem užívaný Parkovou, posttraumatický růst (rozvoj) autorů Tedeschiho a Calhouna a rozvoj iniciovaný nebezpečím užívaný týmem autorů Linley – Joseph. Posttraumatický růst bývá definován jako významné pozitivní změny v kognitivním a emočním životě člověka, způsobené prožitou krizí, ztrátou nebo traumatem. Přes subjektivně prožívané obohacení jedinec hodnotí prožitou událost jako nežádoucí.

Výzkumnou studii jsme realizovali na souboru 28 žen s karcinomem prsu ve věku od 49 do 74 let, které jsou členkami svépomocné dobrovolnické organizace Onko – Amazonky. Cílem studie bylo zjistit, jaké jsou jejich osobní zkušenosti s onkologickým onemocněním, a to formou interview anebo formou vyplnění vlastního psychoonkologického dotazníku. Zajímalo nás, zda v důsledku nemoci utrpěly pouze ztráty, anebo považují nemoc i za zdroj něčeho pozitivního. Po provedení kvalitativní studie jsme porovnávali osobnostní charakteristiky měřené pětifaktorovým osobnostním inventářem NEO autorů P.T. Costy a R.R. McCrae u pacientek s karcinomem prsu a s běžnou populací. T-testem rozdílu výběrového průměru a známého průměru jsme u výzkumného souboru odhalili signifikantně nižší skóre na škále Přívětivost než u běžné populace. Ostatní škály inventáře odpovídaly normě.

Provedený kvalitativní výzkum prokázal, že ačkoli diagnóza karcinomu prsu způsobila ženám šok a značný distres, většina z nich skutečně dosáhla terciárního zisku z nemoci. Pozitivní přínosy onkologického onemocnění ženy spatřovaly především v přehodnocení životních priorit, ve smysluplném a intenzivním prožívání vlastního života, v intenzivnějším prožívání přítomného okamžiku, v pocitu radosti ze života a vděčnosti za každý prožitý den. Ženy také uvedly, že oproti době před onemocněním si nyní více váží hodnot jako je zdraví, rodina, fungující partnerský vztah a pocit životní rovnováhy.

Hlavními negativem zapříčiněným onemocněním byla pro ženy ztráta prsu a s tím spojené psychické i estetické problémy, a dále nežádoucí účinky provázející chemoterapii a radioterapii. S negativním i pozitivním hodnocením jsme se setkali v případě odchodu do invalidního důchodu.

Nejčastěji jmenovaným a velmi pozitivně hodnoceným důsledkem onkologického onemocnění bylo pro ženy získání nových a pevných přátelství, která získaly tím, že se staly členkami svépomocné organizace, sdružující ženy se stejným handicapem. Jako

přínos hodnotily možnost s nimi sdílet své zkušenosti spjaté s onemocněním. Dalšími pozitivně hodnocenými změnami bylo pro ženy zlepšení situace v rodině a upevnění vztahu s partnerem. V neposlední řadě u sebe některé ženy jako pozitivní důsledek onemocnění zaznamenaly rozvoj osobních schopností a dovedností jako citlivost, trpělivost, ohleduplnost, samostatnost a ráznost.

V závěru studie jsme porovnávali rozdíly mezi skupinou žen, které dosáhly terciárního zisku z nemoci a těmi ženami, které na zkušenosti s onemocněním neshledaly nic pozitivního. Použili jsme osobnostní inventář NEO, Škálu naděje C. R. Snydera a Existenciální škálu škály autorů Längleho, Orglerové a Kundiho. V případě inventáře NEO se potvrdilo naše očekávání, že mezi skupinami bude statisticky významný rozdíl. Ženy, které vykazovaly znaky terciárního zisku z nemoci, dosahovaly signifikantně vyššího průměrného skóru na škálách Extraverze a Přívětivost. Při porovnání naměřených průměrných skóru na Škále naděje a Existenciální škále však, oproti našim předpokladům, nebyl mezi ženami nalezen žádný signifikantní rozdíl.

Za hlavní přínos diplomové práce pokládáme prokázání výskytu pozitivních následků onkologického onemocnění u pacientek s karcinomem prsu. Tato skutečnost, doufáme, může být povzbuzením pro ženy, které se s tímto zákeřným, ale ne neléčitelným onemocněním potýkají. Dalším zajímavým poznatkem, který vzešel z výzkumu, aniž bychom to dopředu předpokládali, je velmi kladné hodnocení svépomocné organizace. Z výpovědí aktivních i pasivních členek vyplynulo, že společné setkávání hraje v jejich životě významnou roli.

Přestože lze fenomén pozitivních následků onkologického onemocnění považovat za vskutku zajímavý a přínosný, zůstává zatím spíše na okraji zájmu českého výzkumníků. Nezbyvá než doufat, že bude v této oblasti vykonáno více empirických bádání, které přispějí k plnějšímu pochopení tohoto fenoménu.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi. Psychoedukace, poradenství a terapie*. Portál: Praha.

Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti*. Praha: Argo.

Balcar, K. (1995). Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. *Československá psychologie*, 2, 127 – 142.

Blatný, M., Osecká, L. (1998). Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: Osobnost a strategie zvládnání. *Československá psychologie*, 5, 385 – 394.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 1, 93 – 102.

Costa, P. T., McCrae, R. R. (2001). *NEO Five-Factor Inventory*. Praha: Test centrum.

DiGiulio, R., Kranzová, R. (1997). *O smrti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Dostálová, O. (1993). *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Frankl, V.E. (1994). *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Frankl, V.E. (1996). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.

Frankl, V.E. (1997). *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta.

Frankl, V.E. (1997). *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta.

Frankl, V. E. (1999). *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada Publishing.

Frankl, V.E. (2006). *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Franklin, C., Goodman, G. (1999). *Jak předcházet rakovině prsu*. Praha: Pragma.

Halama, P. (2001). Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: Preklad a adaptácia. *Československá psychologie*, 2, 135 – 142.

Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press.

- Haškovcová, H. (1975). *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis.
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén.
- Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.
- Hřebíčková, M., Čermák, I., Osecká, L. (2000). Development of Personality Structure from Adolescence to Old Age: Preliminary Findings. *Studia Psychologica*, 42 (3), 163 – 166.
- Chocenská, E., Móciková, H., Dědečková, K. (2009). *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi.
- Chovancová, Z., Vašková, J. (1998). *Diagnóza nádor: A co dál...* Praha: Grada Publishing.
- Chrz, V., Čermák, I., Plachá, V. (2006). Porozumění zkušenosti nemocných s rakovinou prsu: Narativní přístup. *Československá psychologie*, 6, 507 – 521.
- Klener, P. (2002). *Klinická onkologie*. Praha: Galén.
- Konopásek, B., Javůrková, E. (1998) *Karcinom prsu. Názor lékaře a zkušenost pacientky*. Praha: Makropulos.
- Koutecký, J., Konopásek, B. (1999). *Nevhodné slovo rakovina. Pověry a skutečnosti o onkologických onemocněních*. Praha: Makropulos.
- Křivohlavý, J. (1994). *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kübler-Rossová, E. (1993). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
- Josselson, R. (2009). *Irvin D. Yalom: O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Cesta, Brno.
- Längle, A., Orglerová, C., Kundi, M. (2001). *ESK – Existenciální škála*. Praha: Test centrum.
- Loucká, P. (2004). Rakovina. *Vesmír*, 2, 69.
- Lukasová, E. (1998). *I tvoje utrpení má smysl*. Cesta, Brno.
- Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: Nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 6, 567 – 583.

- Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: Výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 3, 271 - 290.
- McFarland, J. R. (1996) *Od té doby, co mám rakovinu: úvahy pro lidi nemocné rakovinou a pro ty, kteří je milují*. Praha: Talpress.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Mols, F., Vingerhoets, A. M., Coebergh, J. W., & Van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 24(5), 583-595.
- Nezu, A., Nezuová, C. M., Friedmanová, S. H., Faddisová, S., Houts, P. S. (2004). *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Park, C. L., Fenster, J. R. (2004). Stress-related Growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23 (2), 195 – 215.
- Pavlišta a kol. (2008). *Neinvazivní karcinom prsu*. Praha: MAXDORF.
- Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, C. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- Přidalová, M. (1998). Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis*, 3, 347 – 361.
- Readová, C. (1996). *Rakovina prsu. Skryté nebezpečí*. Frýdek – Místek: ALPRESS.
- Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Skovajsová, M. (2010). *O rakovině prsu beze strachu*. Praha: Mladá fronta.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Reeve, C. L. (2011). Posttraumatic Growth, Meaning in Life, and Life Satisfaction in Response to Trauma. *Psychological*

*Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0024204.

Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.

Vodvářka, P. (2001). *Třiadvacet dialogů o rakovině. Strastiplná cesta po dlouhém, úzkém mostě aneb jak překonat rakovinu*. Praha, Galén.

Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. a kol. (2006). *Klinická onkologie pro sestry*. Grada Publishing, Praha.

Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Vymětal et al. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.

Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I. D. (2008). *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.

Yalomová, M. (1999). *Dějiny ňadra. Kulturní a sociální dějiny prsou od starověku až po současnost*. Praha: Rybka Publishers.

Walló, O. (2005). *Sekundární zisky. Neutíkejte před rakovinou prsu*. (Autorka odborných termínů MUDr. Kateřina Ťukalová, autor předmluvy Doc. MUDr. Jan Daneš, CSc.). Praha: Gutenberg.

Záhorová, S., Halama, P. (2010). Psychometrická analýza a faktorová struktura škály rastu spojeného so stresom. *Československá psychologie*, 6, 576 – 590.

## **ONLINE ZDROJE**

Aliance žen s rakovinou prsu. (2010). *Mapa / Seznam organizací*. Získáno dne 5. 10. 2011 z webu Aliance žen s rakovinou prsu: <http://www.breastcancer.cz/organizace/mapa-seznam-organizaci/>.

Büchler, T., Kořán, M. (2009). *Karcinom prsu. Průvodce pro pacienty - diagnóza a léčba*. Získáno dne 11. 2. 2012 z webu Aliance žen s rakovinou prsu: <http://www.breastcancer.cz/pub/att/publikace/brozura-karcinom-prsu.pdf>



Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. (2012). *Slovníček*. Získáno 1. 2. 2012 z <http://www.linkos.cz/slovnicek/>.

Dušek, L., Mužík, J., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., Vyzula, R. (2007). *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. Získáno 11. 1. 2012 z <http://www.svod.cz>.

Dušek, L., Mužík, J., Abrahámová, J., Pavlík, T., Májek, O., Koptíková, J., Vyzula, R., Fínek, J., Vorlíček, J. (5. března 2010). *Epidemiologie solidních nádorů v ČR podle dat Národního onkologického registru za období 1977-2007*. Získáno 6. 1.2012 z ZDN.cz: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-solidnich-nadoru-v-cr-podle-dat-narodniho-onkologickeho-registru-za-obdobi-1977-2007-450137#>

Májek, O., Daneš, J., Skovajsová, M., Bartoňková, H., Šnajdrová, L., Gregor, J., Mužík, J., Dušek, L. (2012). *Co je mamografický screening*. Získáno dne 11. 1. 2012 z <http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening>.

Mužík J., Dušek L., Abrahámová J., Koptíková J. (18. 8. 2009). *Stručný přehled epidemiologie zhoubného novotvaru prsu v České republice*. Získáno dne 11. 1. 2012 z <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>

UNC Charlotte (22. listopadu 2011). *The Posttraumatic Growth Research Group*. Získáno dne 1. 3. 2012 z UNC Charlotte website: <http://ptgi.uncc.edu/group.htm>.

University of Connecticut. (nedat). *Department of Psychology: Crystal L. Park*. Získáno dne dne 1. 3. 2012 z University of Connestitut: <http://www.psychology.uconn.edu/people/Faculty/Park/Park.html>).

ÚZIS ČR. (2010). *Národní onkologický registr (NOR)*. Získáno dne 11. 1. 2012 z <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>.

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce
- Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce
- Příloha č. 3: Incidence karcinomu prsu  
Vývoj incidence a mortality na nádory prsu u žen v letech 1977 – 2008
- Příloha č. 4: Psychoonkologický dotazník
- Příloha č. 5: Záznam interview

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. TLUŠTÍKOVÁ Veronika	Bezručova 34, Český Těšín	F070460

#### TÉMA ČESKY:

Terciární zisk z nemoci u onkologických pacientů

#### NÁZEV ANGLICKY:

Tertiary Benefit from Illness in Cancer Patients

#### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Autorka navazuje na svou ročníkovou práci. Bude se věnovat problematice terciárního zisku z nemoci. Záměrem práce bude tento fenomén blíže prozkoumat a pokusit se ho pochopit v kontextu životní smysluplnosti v pojetí E. Frankla, I. Yaloma či E. Lukasové. Výzkum bude kombinací kvantitativní a kvalitativní analýzy. Výzkumná skupina bude sestavena převážně z pacientů s onkologickým nálezem.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Frankl, V. E. (1994). Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.  
Lukasová, E. (1998). I tvoje utrpení má smysl. Brno: Cesta.  
Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.  
Tschuschke, V. (2004). Psychoonkologie. Praha: Portál.  
Yalom, I. D. (2006). Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.  
Yalom, I. D. (2008). Pohled do slunce. Praha: Portál.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## Příloha č. 2

### Český a anglický abstrakt diplomové práce

# ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

<b>Název práce:</b>	Terciární zisk z nemoci u onkologických pacientů
<b>Autor práce:</b>	Bc. Veronika Tlušťíková
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
<b>Počet stran a znaků:</b>	97 stran (195 319 znaků vč. mezer)
<b>Počet příloh:</b>	5
<b>Počet titulů použité literatury:</b>	76

Cílem diplomové práce je prozkoumat problematiku terciárního zisku z nemoci, tj. zdánlivě paradoxní fenomén pozitivních následků negativní události, kterou představuje diagnóza karcinomu prsu. V teoretické části uvádíme základní poznatky o onkologickém onemocnění v kontextu medicínském, epidemiologickém a především psychosociálním. Práce se zabývá pacientčíným prožíváním od počátku nalezení nádoru, zvládání zátěže během léčby a pohledem pacientky na onemocnění v době po ukončení léčby. Východisky pro smíšenou výzkumnou studii je logoterapie a existenciální analýza V. E. Frankla a jeho žáků E. Lukasové a A. Längleho, a dále existenciální psychoterapie I. D. Yaloma. Výzkumné otázky a hypotézy jsou formulovány v návaznosti na tyto teoretické koncepty a také v návaznosti na zahraniční model posttraumatického růstu. Výzkumný soubor byl získán metodou záměrného výběru prostřednictvím dobrovolného svépomocného sdružení a je tvořen 28 ženami s diagnózou karcinomu prsu. Věkové složení skupiny je 49 – 74 let (průměrný věk 61,5 let), průměrná délka onemocnění je 12,6 let. Kvalitativní část výzkumu si klade za cíl odpovědět na otázky, zda se u pacientek objevuje jakýkoli zisk či obohacení připisované zkušenosti s nemocí a pokud ano, v jakých oblastech života se tento zisk projevuje. Užitými metodami je polostrukturované interview a vlastní psychoonkologický dotazník. Analýzou získaných dat jsme u většiny souboru prokázali přítomnost osobních zisků, a to především v sociální oblasti (nové přátelské vztahy se stejně handicapovanými ženami v rámci sdružení, hlubší vztahy

s rodinou, vzájemná podpora), změnou náhledu na život, zvýšením intenzity prožívání a redefinování životních hodnot. Kvantitativní analýzou, ve které užíváme pětifaktorový osobnostní inventář NEO, Škálu naděje a Existenciální škálu, jsme dále zjistili, že se výzkumný soubor liší od populační normy na škále Přívětivost. Současně jsme odhalili signifikantní rozdíl na škále Přívětivost a Extraverze ve prospěch žen se ziskem z nemoci.

**Klíčová slova:** psychoonkologie, pozitivní zisky z nemoci, karcinom prsu, posttraumatický růst, svépomocné skupiny

## ABSTRACT OF THESIS

<b>Title:</b>	Tertiary Benefit from Illness in Cancer Patients
<b>Author:</b>	Bc. Veronika Tlušťíková
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
<b>Number of pages and characters:</b>	97 (195 319)
<b>Number of appendices:</b>	5
<b>Number of references:</b>	76

The thesis aims to explore a tertiary benefit from illness, i.e. seemingly paradox phenomenon of positive aftermath from traumatic events (diagnosis of breast cancer in our case). The theoretical part of thesis briefly introduces to medical, epidemiological and psychosocial knowledge about oncologic illnesses and patients. The thesis follows up patient's experiences from the beginning through the oncologic cure till the remission. It is focused on emotional and cognitive aspects. Our mixed research is based on Frankl's (and his followers E. Lukas's and A. Längle's) Logotherapy and Existential Analysis and Yalom's Existential Psychotherapy. Research questions and hypothesis respond on these theories and construct of posttraumatic growth developed abroad. We gain our research sample through cluster sampling through the mutual aid organization. It consists of 28 women with breast cancer diagnosis, aged between 49 – 74 years (average age 61.5 years) with average length of illness experience of 12.6 years. By qualitative analysis, we explored, whether the patients gained any benefits or not and what are the particular aftermaths they gained. We used semi-structured interview and our own questionnaire. According to the findings, majority of the women did gained personal benefits, e.g. profound relationships with other handicapped co-patients and with family members, mutual support with co-patients, changed worldview and changed sense of priorities. We used NEO-Five Factor Inventory, The Adult Hope Scale and Existence Scale in the qualitative part of the research. The findings are suggesting the women able to get benefits are more agreeable and extravert then the rest of the sample.

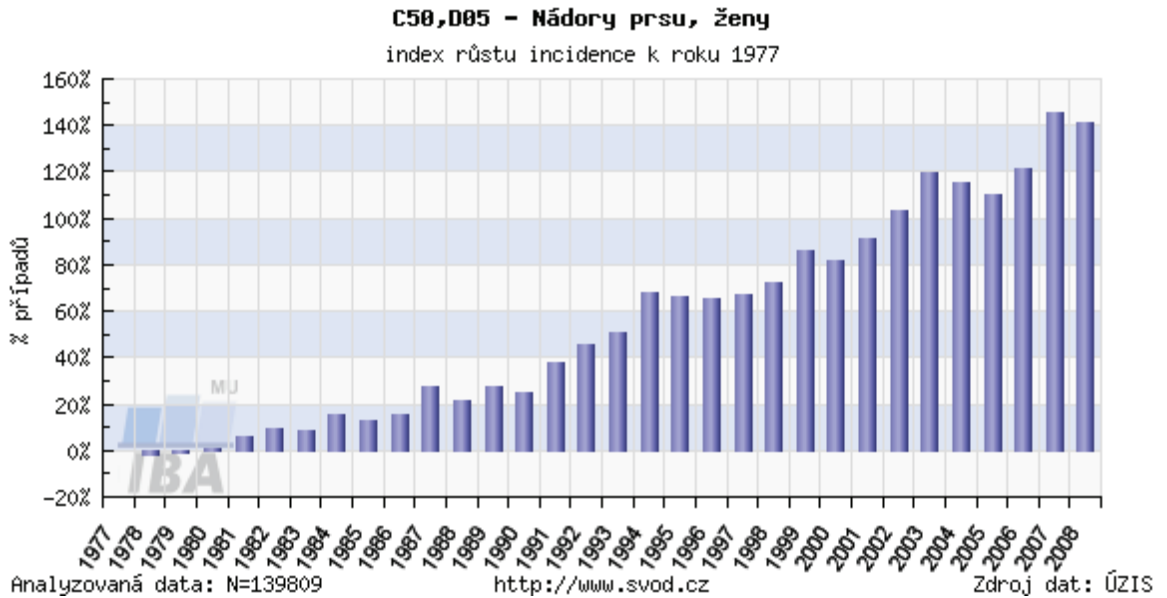
**Key words:** psycho-oncology, positive aftermath after illness, breast cancer, posttraumatic growth, mutual aid organizations

### Příloha č. 3

Graf č. 1

#### Incidence karcinomu prsu v letech 1977 – 2008

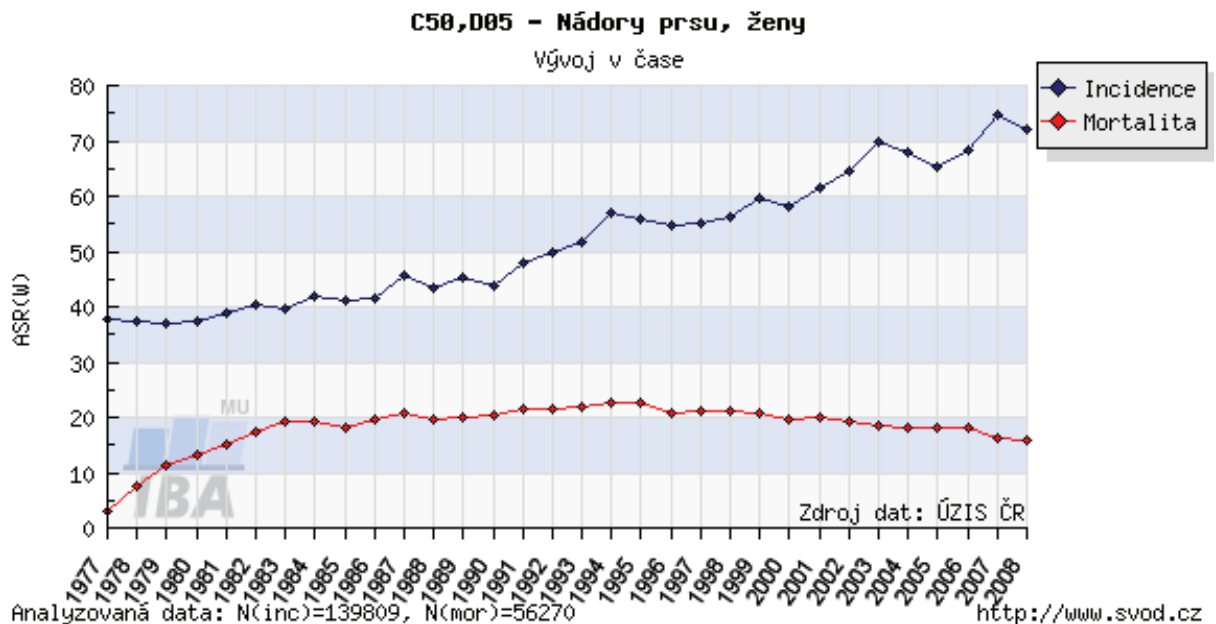
(Dušek, Mužík, Kubásek, Koptíková, Žaloudík, Vyzula, 2007).



Graf č. 2

#### Vývoj incidence a mortality na nádory prsu u žen v letech 1977 – 2008

(Dušek, Mužík, Kubásek, Koptíková, Žaloudík, Vyzula, 2007).



## **Příloha č. 4**

### **Průvodní slovo a psychoonkologický dotazník**

Vážená paní,

dostaly se Vám do rukou dotazníky, které slouží pro sběr dat a informací pro mou magisterskou diplomovou práci. Jsem studentkou 5. ročníku psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a diplomovou práci píši pod vedením Mgr. Martina Kupky, PhD. Hlavním cílem mé práce je popsat prožívání lidí vyrovnávajících se s onkologickou diagnózou a blíže prozkoumat psychologickou problematiku u onkologických pacientů.

Do výzkumu se můžete zapojit jednoduše tím, že vyplníte přiložené škály a dotazníky. Dotazníky i škály mají za cíl zachytit Vaše postoje, pocity, názory a zkušenosti, neexistuje v nich žádná správná ani špatná odpověď. Odpovědi označujte vždy podle toho, co Vás jako první napadne a vybírejte takové odpovědi, které se Vám zdají nejbližší. Odpovídejte prosím pravdivě a upřímně. Zejména v posledním, čtvrtém oddíle, kde se objevují otevřené otázky, Vás prosím o maximální otevřenost.

Další způsob, kromě vyplnění dotazníků, jak se můžete zapojit do studie, je zúčastnit se individuálního rozhovoru. V případě, že budete mít zájem takovýto rozhovor se mnou absolvovat, запиšte to prosím na konci dotazníku a vypište na sebe kontaktní údaje. Poté spolu můžeme domluvit termín, který Vám bude nejvíce vyhovovat. Velice Vám děkuji.

Veškeré odpovědi, které zde poskytnete, jsou považovány za důvěrné. Vaše jméno a věk uvedené na dotaznících slouží pouze pro zachování přehlednosti při zpracování dotazníků. Získané údaje budou v diplomové práci prezentovány pouze anonymně.

Děkuji Vám za Váš zájem, čas a ochotu.

Bc. Veronika Tlušťíková

*Začněte prosím vyplňovat zde:*

**Jméno a příjmení:** .....

**Věk:** .....

**Datum:** .....



## PSYCHOONKOLOGICKÝ DOTAZNÍK

1. Napište prosím, jaký onkologický nález Vám byl diagnostikován:
2. Jak je to dlouho, co jste se o svém onemocnění dozvěděla?
3. Kdo Vám Vaši diagnózu poprvé sdělil?
4. Byla jste spokojena se způsobem, jakým Vám byla diagnóza sdělena? V případě, že ne, co mělo být jinak, co byste uvítala?
5. Vzpomenete si, jaké byly Vaše první reakce a myšlenky po oznámení diagnózy?
6. Komu jste se rozhodla se se svou diagnózou jako první svěřit?
7. Jak reagovali Vaši blízcí na Vaše onemocnění?

8. Máte ve svém okolí člověka, který je pro Vás oporou a kterému se můžete svěřit? Pokud ano, kdo pro Vás takovým člověkem je?

9. Jakou léčbu, příp. jaké zákroky jste podstoupila a jak dlouho tato léčba trvala/trvá?

10. Co je pro Vás na léčbě Vašeho onemocnění nejtěžší?

11. Onemocnění, jako je rakovina a také léčba s ní spojená, přináší člověku mnohá nejen tělesná omezení. Zkuste se prosím nyní zamyslet, jaké by mohly být ztráty a nálezy, které Vám Vaše zkušenost s nemocí dala či vzala.

a) Co vnímáte jako největší omezení, které Vám nemoc způsobila? (Ať už v osobním, profesním, rodinném životě atp.)

b) Co vnímáte jako přínosy či zisky, které Vám nemoc umožnila? (Ať už v osobním, profesním, rodinném životě atp.)

12. Objevil/a jste díky zkušenosti s nemocí nějaké nové nebo překvapivé stránky svého já, o kterých dříve nevěděl/a?

13. Snažíte se proti nemoci bojovat? Co Vás v boji s nemocí nejvíce motivuje?

14. Existuje ve Vašem životě něco, čemu nyní přikládáte větší význam než před onemocněním?

15. Ovlivnilo onemocnění nějakým způsobem Vaše vztahy s blízkými lidmi?

16. Pokládáte se za věřícího člověka? Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš vztah k víře?

17. Myslíte si, že Vám onkologické onemocnění přineslo něco pozitivního?

Mám zájem zúčastnit se rozhovoru: **ANO** **NE**

Kontakt na Vás (email, tel. číslo): .....

## **Příloha č. 5**

**Záznam interview s paní Barborou, 61 let. Karcinomem prsu onemocněla v roce 2000.**

**Interview proběhlo v prosinci 2012.**

**Jak je to už dlouho, paní Barboro, co jste se o své diagnóze dozvěděla? A jak to tehdy probíhalo?**

Počkejte... to bylo v listopadu, v roce 1999. Sama jsem si nahmátla bulku. A já jsem v té době měla docela problémy se zádoma, chodila jsem na rehabilitace, tak mě napadlo se zeptat doktorky, zda to má souvislosti s cvičením. A ona že ne, ať hned jdu co nejdřív ke známé na onkologii... tak jsem tehdy šla i na gynekologii, zašla jsem za chirurgem, který mě vyšetřil a poslali mě na mamograf a biopsii, která byla negativní. Stejně mi ale udělali zákrok... oni přišli na to, že nádor není zapouzdřený.... a to byl problém.... takže jsem 14 dní čekali na výsledky na histologii – kde měli nález pozitivní. Ten můj doktor, to byl nesmírný sympaťák, všechno mi dopodrobna vysvětlil.

**Co se Vám honilo hlavou, když jste se dozvěděla, že je nález pozitivní?**

Hm.... víte, jdete tam jako úplně zdravý člověk, do té nemocnice, a najednou jste na smrt nemocná. Jednak jsem měla pocit, že musím spoustu věcí vyřešit, že můžu umřít. Ten můj doktor mi dával 60 – 70 %, toho jsem se držela. Myslela jsem na vánoce, hlavně aby syn měl ryby, ať jsou takové ty základní věci vyřešené. Ten pak doktor mi to „vybral“.... pak později mi říká: vy jste si to možná neuvědomila, ale já to viděl hned u operace, že to bude špatně. A já jsem si až zpětně uvědomila, že se mi možná vyhýbal.

**Co následovalo? Jaký byl další postup léčby?**

V říjnu mi našli ten nález... v listopadu 16. 11. byla ta ablace.... já teď nosím epitézu... pak na onkologii na další léčbu... tam jsem měla nesmírně bezvadnou primářku, bezvadná ženská! Měla jsem být od poloviny prosince na chemě, tak jsem si do 15. prosince všechno napekla, měla jsem strach, že nic do Vánoc nestihnu.

**Co z toho bylo pro vás na léčbě nejtěžší?**

Tu chemu jsem zvládala, jen na první chemě jsem zvracela. Vždycky ve středy jsem chodila na chemy. A potom byly ještě ozářky. Ale nejtěžší.... pamatuju si na poslední chemu v květnu. Doma před domem jsem se rozbrečela, že tam nejdu, že už to nezvládnu. Chema byla hnusná tak jako tak. To jste třeba úplně přecitlivělá na pachy, všechno vám vadí. A po té chemě jsem měla ještě 23 ozárek.

**To muselo být nepříjemné... Zkusme se teď zaměřit na to, co se u vás změnilo vlivem toho vašeho onemocnění v rodině. Změnily se třeba doma nějak povinnosti, vaše role v domácnosti?**

Snacha, ta mi nechávala pořád stejné úkoly – abych vyzvedla děti ze školky a já na to – tož jdu na chemu, tak proč mě otravujou s děckama? Jinak ne, jen takové maličkosti.

**A jak to bylo v zaměstnání?**

Celý rok jsem byla na nemocenské.

**A kde jste předtím pracovala?**

Jako technik ve Vítkovicích... Ale myslím, že i kvůli těm mým problémům se zádama jsem pak dostala invalidní důchod – to bylo jedno z plusů. Snažila jsem se ale vždycky pravidelně normálně vstát, držet si ten normální koloběh... Víte, přehází se vám hodnoty, to přestanete řešit drobnosti... já jsem se snažila mít vždycky na každý den program a dodržet ho. Tak mi to poradil doktor. Ale člověk se stejně sám sebe 100x ptá, proč zrovna já.

**A co vaši přátelé? Změnilo se ve vztazích s nimi něco kvůli vašemu onemocnění?**

Ne, nezměnilo se to. Naprosto jsem se s nemocí netajila. Dost lidí mi přestalo telefonovat, trochu mi ubyly kontakty z práce – ale to koneckonců nám všem.

**Je ve vašem okolí někdo nebo něco, co vám pomáhalo, co vás motivovalo? Někjaká opora?**

Opora bych řekla – až v těch Amazonkách. Manžel byl bezvadný. Ale až tam ony věděly, o čem je řeč, až tam jsme byly na jedné lodi. Volala mi tehdy jedna paní, se kterou jsem byla na histologii, tam jsme se seznámily... tak mi zavolala a řekla mi o Amazonkách. To bylo strašné plus. A říkám to všem. Tehda jsem viděla Amazonky a řekla jsem si – ony to zvládly, třeba budu mít taky to štěstí.

**Odrasila se nemoc nějakým způsobem ve vašem chování k ostatním lidem?**

Ne, mám celkem povahu, že nemám problém mluvit s lidma... po psychické stránce jsem to moc neřešila, že mi vzali prso – jsem strašpytel, co být nemusí, nechci. Já jsem to spíš v sobě sama řešila, než s lidma...

**Přemýšlíte teď o svých blízkých jinak než předtím?**

Ne. U nás klapalo naprosto všechno, vycházíme velice dobře s manželem i s dětmi.

**A neobjevily se třeba ve vašich vztazích nějaké nové problémy? Nebo některé problémy zmizely?**

Ne.

**Jak hodnotíte všechny změny, které vám nemoc do života přinesla? Je to všechno k horšímu? Nebo je tu něco dobrého, pozitivního?**

V té první fázi je člověk celý špatný, smutný, myslí na špatný konec. Ale spíš jsem to nakonec brala jako pozitivní životní zkušenost, jako táfku od života, že ne vždy může člověku všechno vycházet. A život to tak zařídil, že to tak mělo být. Zaplaťpánbu že to tak je... aji do kostela si teď zajdu víc posedět, a to nejsem věřící.

**Máte teď v životě něco, na co jste po nemoci změnila názor? Nebo na to máte teď jiný pohled?**

Ne.

**A je něco, co ztratilo svou dřívější důležitost?**

Ne, na prvním místě mám rodinné vztahy... vidím tady (*pozn. v Amazonkách*) děvčata, co to nemaj vůbec ideální.... představte si, jedné nedávaj vnoučata, aby to od ní nechytily!

**To ne, to není možné... že ještě dnes někdo může takhle přemýšlet...**

No, ano. Bohužel.

**Jak se vám změnilo tempo života, po nemoci?**

Člověk hodně zvolní... ve všem.

**A stane se vám, že o sobě třeba teď více přemýšlíte?**

Ne, jsou někdy chvíle, ale... ne, ne, ne. Já vždycky říkám: „Co se ženeš!“

**Objevila jsem nějaké své nové stránky, čím jste sama sebe překvapila?**

Myslím, že asi moc ne... Možná tady s Amazonkama. Manžel mi říkal, „kdy ty se tam něčeho chytíš?“. No a potom zrovna hospodářka odcházela, tak si říkám, ty víš co, co bych to nezvládla... Tak to mám jako práci, dělám účetnictví – i podvojně, které jsem v životě nedělala! Já!

**To je skvělé. Mohla byste tedy říci, že vás ta nemoc přivedla i k dobrým věcem? Že vám přinesla něco pozitivního?**

Amazonky. Sama bych spoustu věcí bez nich nezažila, nebudu přehánět, když řeknu, že je to naprosto bezvadné. No a naštěstí je nemoc bez problémů (*zaklepává o dřevo*). A s duchodem mi odpadly i psychické starosti.

**A měla byste nějaký vzkaz zdravým lidem? Nebo lépe řečeno těm, kdo ničím takovým neprošli?**

Prevence, prevence, prevence. Teď už se o tom mluví i na školách, nějaká informovanost už o tom je... ale lidé by se pořád měli starat o to, zajít si někam, být opatrní. I třeba toho kouření je dneska hodně...

**To máte pravdu. Tak to je z mé strany vše, moc vám děkuji za rozhovor.**