

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Aspekty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu**

Aspects of posttraumatic Growth in Women after Breast Cancer



**Magisterská diplomová práce**

Autorka práce: Bc. Jana Machálková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Olomouc

**2020**

## Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Aspekty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 9. 4. 2020

Podpis: .....

## Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své diplomové práce, Mgr. Martinu Kupkovi, PhD., za jeho odborné vedení, vstřícnost, nápady, podnětné komentáře a nadhled, které mi během vedení práce věnoval. Děkuji také Petře Svobodové z projektu Bellis Young & Cancer za pomoc při kontaktování respondentek. V neposlední řadě děkuji Patricii, Marcele, Daně, Pavle a Regině za jejich čas a ochotu podělit se o svou zkušenost *(v celé diplomové práci jsou respondentky uvedeny pod fiktivními jmény kvůli ochraně jejich soukromí, poděkování tedy bohužel nevyznívá tak adresně, ale je myšleno jako osobní)*.

# Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Diagnóza rakovina prsu .....</b>	<b>9</b>
1.1 Základní anatomie ženského prsu.....	9
1.2 Etiologie karcinomu prsu .....	10
1.3 Specifika karcinomu prsu podle věku.....	11
1.4 Epidemiologie .....	12
1.4.1 Incidence.....	12
1.4.2 Mortalita.....	13
1.5 Klinické projevy a diagnostika.....	13
1.6 Možnosti léčby .....	15
<b>2 Psychosociální aspekty rakoviny prsu.....</b>	<b>17</b>
2.1 Celostní model zdraví a nemoci .....	17
2.2 Psychosociální potřeby onkologických pacientů .....	18
2.3 Rakovina prsu optikou celostního modelu .....	19
2.3.1 Tělesná rovina .....	19
2.3.2 Psychická rovina.....	21
2.3.3 Sociální rovina .....	25
2.3.4 Spirituální rovina .....	27
<b>3 Psychické trauma.....</b>	<b>28</b>
3.1 Co je psychické trauma a jak vzniká .....	28
3.2 Reakce na stres a traumatický zážitek .....	29
3.2.1 Okamžitá reakce organismu .....	29
3.2.2 Reakce na dlouhodobě působící zdroj stresu .....	30

3.2.3	Posttraumatická stresová porucha .....	31
3.3	Proces zpracování traumatu .....	32
3.3.1	Etapy vyrovnávání se s traumatem.....	32
3.3.2	Obranné mechanismy .....	33
3.3.3	Copingové strategie .....	35
<b>4</b>	<b>Posttraumatický rozvoj.....</b>	<b>37</b>
4.1	Vymezení pojmu .....	37
4.2	Dimenze posttraumatického rozvoje .....	38
4.3	Faktory posttraumatického rozvoje .....	41
4.3.1	Osobnost před traumatem .....	41
4.3.2	Doba uplynulá od události.....	41
4.3.3	Distres.....	42
4.3.4	Kognitivní zpracování .....	42
4.3.5	Copingové strategie .....	43
4.3.6	Sociální opora .....	43
4.3.7	Sociodemografické ukazatele .....	43
<b>5</b>	<b>Výzkumy posttraumatického rozvoje .....</b>	<b>44</b>
5.1	Kvantitativní výzkumy .....	44
5.2	Kvalitativní výzkumy .....	45
<b>6</b>	<b>Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky .....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>Metodologický rámec.....</b>	<b>50</b>
7.1	Zvolená výzkumná strategie .....	50
7.2	Metoda získávání a analýzy dat .....	51
7.2.1	Příprava a sběr dat .....	51
7.2.2	Zpracování a vyhodnocení dat.....	52
7.2.3	Etické hledisko výzkumu.....	53

7.3	Výzkumný soubor .....	54
7.3.1	Způsob výběru souboru .....	54
7.3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	54
7.3.3	Popis výzkumného souboru.....	55
<b>8</b>	<b>Výsledky výzkumu .....</b>	<b>56</b>
8.1	Případové studie .....	56
8.2	Přehled vynořujících se témat .....	85
8.3	Dílčí výzkumné otázky .....	91
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>95</b>
9.1	Interpretace zjištěných výsledků .....	95
9.2	Limitace výzkumu.....	99
9.3	Aplikace výsledků do praxe, možnost dalších výzkumů .....	99
<b>10</b>	<b>Závěry výzkumu.....</b>	<b>100</b>
	<b>Souhrn .....</b>	<b>102</b>
	<b>Seznam literatury a použitých zdrojů .....</b>	<b>105</b>
	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>112</b>



## Úvod

Rakovinou prsu v České republice každý rok onemocní téměř osm tisíc žen. Jedná se o jednu z nejčastějších onkologických diagnóz, a to i v celosvětovém srovnání. Tato nemoc není spojena pouze s ohrožením zdraví a života, ale má i široké psychosociální dopady. Onkologická diagnóza je zdrojem déletrvajícího stresu a může být vnímána jako traumatizující zkušenost. Průběh léčby a postupné vyrovnavání se s psychickou zátěží však může být zároveň příležitostí k růstu. Tedeschi & Calhoun (1996) jsou autory konceptu posttraumatického rozvoje, který podle nich otevírá prostor pro trvalé pozitivní změny v pěti dimenzích, jako jsou vztahy s druhými, osobní růst nebo ocenění života.

Posttraumatickým rozvojem žen po rakovině prsu jsem se zabývala již ve své bakalářské práci (Kutarňová, 2018), kdy výzkumný soubor tvořilo 87 respondentek nacházejících se nejméně rok po sdělení diagnózy. Analýza zjistila statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem v okamžiku sdělení diagnózy a posttraumatickým rozvojem – tedy v čím mladším věku žena onemocní, tím vyššího rozvoje v budoucnu dosáhne. V magisterské diplomové práci jsem se rozhodla v daném tématu pokračovat, a to s cílem zmapovat hlubší kontext vzniku posttraumatického rozvoje z hlediska individuální zkušenosti několika bývalých pacientek.

V teoretické části práce bude nejprve představen medicínský kontext, protože rakovina prsu je z hlediska etiologie i průběhu velmi různorodé onemocnění. Následně budou popsány psychosociální dopady nemoci s využitím rámce bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Dvě kapitoly teoretické části budou věnovány teoriím psychického traumatu a posttraumatického rozvoje.

Výzkumná část si klade za cíl prozkoumat, jakou zkušenost mají ženy po rakovině prsu s průběhem zpracování traumatu a efektem zpracování traumatu, kterým je v tomto kontextu chápán posttraumatický rozvoj. Snaha bude věnována popsání a interpretaci individuální zkušenosti respondentek a také nalezení společných aspektů.



# 1 Diagnóza rakovina prsu

Rakovina prsu je z hlediska etiologie, průběhu i prognózy velmi různorodé onemocnění. Tyto faktory mají vliv také na psychickou stránku prožívání nemoci. Jiným způsobem bude nemoc prožívat žena, která byla diagnostikována v raném stádiu a jinak ta, která se nachází ve stadiu vzdálených metastáz. Pro plynulé pochopení dalších částí textu proto považují za důležité zahrnout i medicínský kontext. V následující kapitole bude popsán mechanismus vzniku zhoubného nádoru prsu, specifika onemocnění podle věku ženy, epidemiologická data, diagnostické metody a současné možnosti léčby.

## 1.1 Základní anatomie ženského prsu

Prsy procházejí v průběhu života ženy mnoha hormonálně podmíněnými změnami. S věkem mění svůj objem, tvar, hmotnost i strukturu. Nejvýraznější změny se odehrávají během puberty, šestinedělí, kojení a menopauzy. Ženský prs je složen z laloků tvořených menšími lalůčky – **lobuly**, které v období kojení produkují mléko. Mléko je vedeno do mlékovodů – **duktů**, které ústí v prsní bradavce. Prostor prsu je dále vyplněn tukovou a pojivovou tkání. Prsní žláza má bohaté mízní (lymfatické) zásobení. Lymfatické cévy jsou přerušovány mízními uzlinami, které slouží jako imunitní filtr. Prvotním uzlinovým spádem prsu jsou podpažní uzliny, dále mezižeberní a nadklíčkové (Abrahámová, 2009).

V pubertě dochází u děvčat ke zvýšenému růstu a větvení duktů. Zároveň se zvětšuje pojivová tkáň, což se projeví zvětšením objemu prsou. V těhotenství dochází k postupnému nárůstu žláznové tkáně, přičemž pojivová a vazivová část je umenšena. Lobuly i dukty těhotné ženy se zvětšují už od prvního trimestru, a prsy se tak postupně připravují na produkci mléka. Načasování a rychlost růstu žláz je u každé gravidní ženy individuální. Velikost prsou před otěhotněním nemá žádný vztah k velikosti získané během gravidity a laktace. Stejně tak velikost prsou nesouvisí se schopností produkovat určitý objem mléka. Po ukončení laktace se žláznatá část prsu zmenší a většinu objemu začne opět tvořit pojivová a vazivová tkáň. K další výrazné, hormonálně podmíněné změně dochází po menopauze. Žláznatá část prsu začne zanikat, sníží se množství lobulů a vnitřek prsu je postupně vyplněn zejména tukem (Abrahámová, 2009; Sriraman, 2017).

## 1.2 Etiologie karcinomu prsu

Nádor prsu vznikne následkem nekontrolovaného množení zdravých buněk v lobulech nebo duktech. Rychlost bujení závisí na mnoha faktorech, například jak zhoubné buňky reagují na hormony a jiné transmittory, které mohou podněcovat růst. Pokud nádor dosáhne určité velikosti, rakovinné buňky se rozšíří do lymfatických uzlin. Jako první jsou zpravidla postiženy ty podpažní, které jsou i v rámci diagnostiky vyšetřovány. Přítomnost rakovinných buněk v lymfatickém systému zvyšuje riziko metastáz, kdy se nádor může objevit v jiných orgánech, například v kostech, plicích, játrech nebo vaječnících (Friedrichs, Oellerichová, & Wesselsová, 2017; Prausová, 2010).

Zhruba 75–85 % karcinomů prsu se vyskytuje sporadicky, tedy bez vazby na dědičné zatížení. Karcinom prsu je tak nádorem především **hormonálně závislým**. Na jeho vzniku se podílejí ženské hormony ze skupiny estrogenů, které mohou indikovat expresi růstových hormonů a onkogenů (Prausová, 2010). Fínek (2018) považuje za hlavní rizikový faktor vzniku rakoviny prsu počet menstruačních cyklů za život. Rizikovější jsou ženy, které začaly menstruat ve velmi mladém věku a u kterých se menopauza dostavila později. Dále ženy, které nikdy nerodily ani nekojily a ty, které první dítě porodily po 35. roce. Tyto ženy byly v průběhu života vystaveny vyšší intenzitě působení estrogenů. Mezi další významné rizikové faktory patří obezita a hormonální substituční léčba užívaná v menopauze. Zatímco vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce v mladém věku a rozvojem rakoviny prsu dosud nebyl jasně prokázán, hormonální léčba užívaná v období přechodu zvyšuje riziko vzniku prsního nádoru až o 30 %. Prausová (2010) uvádí, že pokud žena v menopauze užívá hormonální léčbu déle než pět let, riziko stoupá až k 45 %.

**Genetické faktory** se podílejí na vzniku 5–7 % případů. V převážné většině se jedná o hereditární nádory vzniklé na podkladě dědičné mutace genů BRCA1 a BRCA2 (jedná se o zkratku z anglického Breast Cancer). U nositelek prvního typu mutace existuje 56–85% pravděpodobnost, že onemocní rakovinou prsu nebo vaječníků do 38 let věku. Hereditární karcinomy bývají často oboustranné a jedná se o velmi závažnou diagnózu. V některých rodinách je rovněž možné sledovat familiární výskyt rakoviny prsu, kdy je v jedné rodině postiženo více žen, ale bez přítomnosti mutace BRCA1/BRCA2. Pravděpodobnou příčinou vzniku nádoru je v těchto případech zřejmě dědičná porucha jiného genu. Rizikové ženy je

nezbytné preventivně sledovat. Bezplatný screeningový program je v ČR indikován pro ženy od 45 let. Pokud však některá z příbuzných onemocněla rakovinou prsu před 50. rokem, je doporučeno zahájit sledování dalších žen v rodině mnohem dříve, a to deset let předtím, než onemocněla nejmladší z příbuzných (Abrahámová, 2009; Fínek, 2018; Prausová, 2010; Skovajsová, 2011).

Podle Abrahámové (2009) není přesná příčina vzniku rakoviny prsu dosud objasněna. Usuzovat lze na vliv **kombinace faktorů**, z nichž na některé žena nemá v podstatě žádný vliv (genetická predispozice, začátek menstruace před 12. rokem, pozdní nástup menopauzy) a jiné naopak ovlivnit může (životní styl – zejména vyvarování se obezity, kouření, pití alkoholu apod.). Podle epidemiologických studií však mezi hlavní rizikové faktory patří **věk**. U žen nad 50 let je zaznamenáno zvýšené riziko rakoviny prsu a s přibývajícím věkem toto riziko stále narůstá.

### 1.3 Specifika karcinomu prsu podle věku

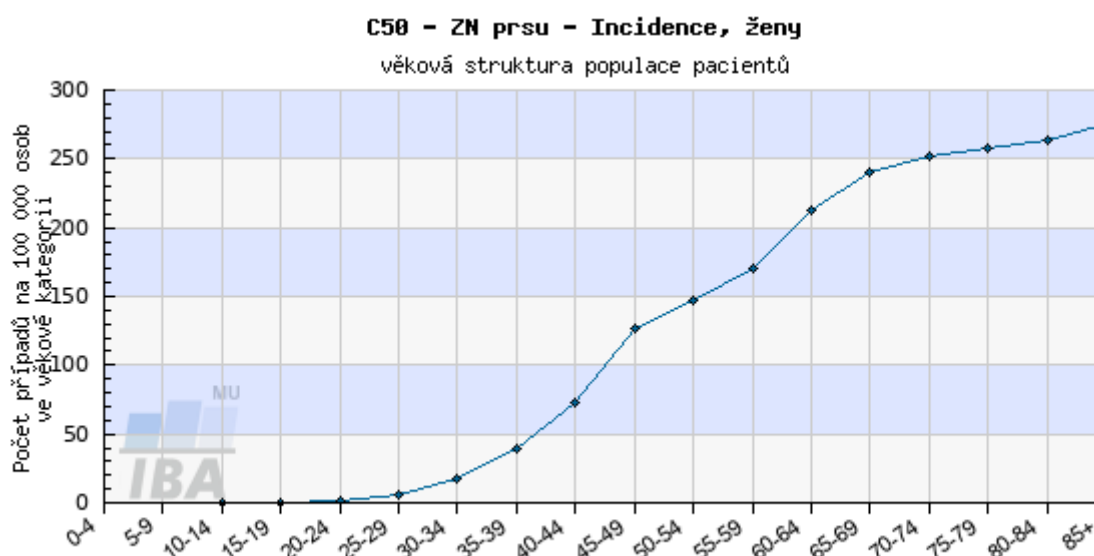
U žen do 35 let věku je karcinom prsu vzácný – představuje pouze 2 % nově diagnostikovaných případů. Mladších žen se však častěji týkají agresivnější typy nádorů s brzkým rozvojem metastáz. Průběh onemocnění je u mladších patientek rychlejší a prognóza méně příznivá. V mladším věku se objevují zejména karcinomy prsu z **genetických příčin**. Častěji než u starších patientek se objevují tzv. triple negativní karcinomy, které jsou obtížně léčitelné (Metelková, Skálová, & Fínek, 2017).

Typický věk české pacientky s karcinomem prsu se pohybuje mezi 60–69 lety. U starších žen převažují nádory z **hormonálních příčin**, spojené s nižším rizikem a vyšším počtem příznivých biologických charakteristik. I tak se mnoho starších patientek potýká s komplikovaným průběhem. Ačkoliv se karcinomy starších žen jeví jako méně agresivní a prognosticky příznivější, léčba nemusí být vždy úspěšná. Jedním z možných vysvětlení je modifikace léčebných postupů s ohledem na věk. Například chemoterapie podávaná starším patientkám je obvykle méně invazivní než u mladších žen (Kolářová et al., 2018).

Věkové rozložení nově diagnostikovaných pacientek ukazuje následující graf. U části pacientek kolem 70. roku, které mohou být 15 až 20 let po menopauze, lze uvažovat o druhé nebo další epizodě nemoci. Rakovina prsu se podle Prausové (2010) může vrátit i po deseti nebo dvaceti letech od vyléčení.

### Graf 1 Incidence zhoubných nádorů prsu v ČR u žen podle věku

(zdroj grafu: [www.svod.cz](http://www.svod.cz))



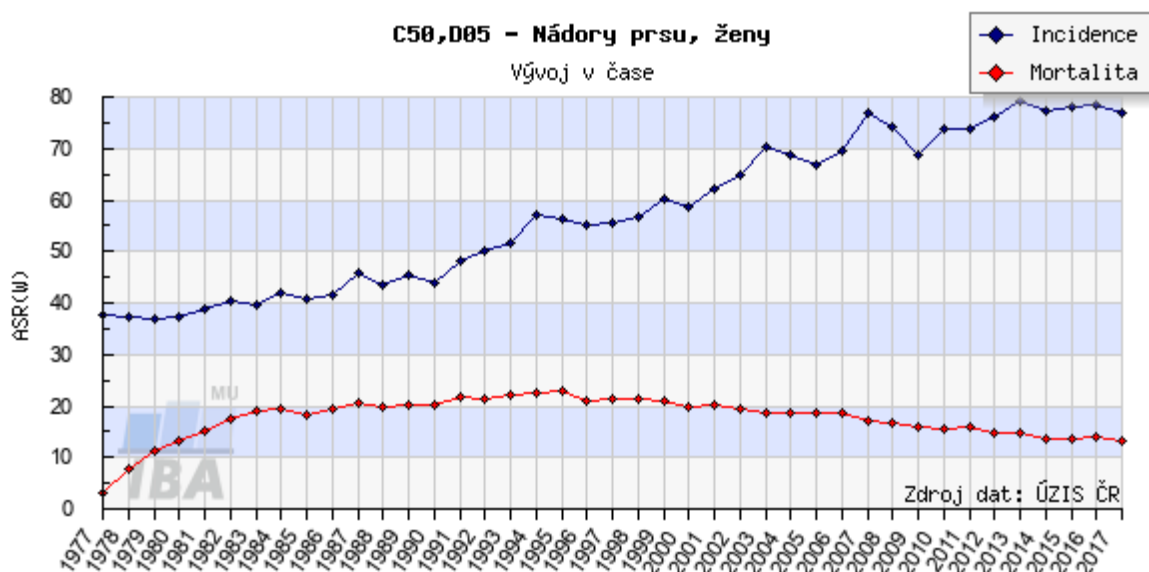
## 1.4 Epidemiologie

### 1.4.1 Incidence

V roce 2017 onemocnělo karcinomem prsu 7 877 českých žen. V přepočtu na věkově standardizovanou incidenci se jedná o 76,97 případů na 100 000 žen. Výskyt průběžně vzrůstá. Například v roce 2000 bylo nově diagnostikováno 5 168 žen, což podle věkově standardizované incidence odpovídá 58,59 případům na 100 000 žen (Dušek et al., nedat.). Incidence rakoviny prsu stoupá i celosvětově. Nejvíce nových pacientek je podle nejnovějších dat statistiky GLOBOCAN 2018 diagnostikováno v Austrálii, Západní Evropě, Severní Evropě a Severní Americe, kde se věkově standardizovaná incidence pohybuje kolem 84,8–94,2 nových případů na 100 000 žen (Bray et al., 2018).

## Graf 2 Incidence a mortalita rakoviny prsu u žen v ČR

(zdroj grafu: www.svod.cz)



### 1.4.2 Mortalita

Zatímco incidence rakoviny prsu vzrůstá, mortalita má mírně klesající tendenci. V roce 2017 zemřelo v ČR na karcinom prsu 1 871 žen, což podle věkově standardizovaného přepočtu odpovídá 13,26 případům na 100 000 žen. Například v již porovnávaném roce 2000 se jednalo o 2 096 žen, standardizovaně 19,89 případů na 100 000 (Dušek et al., nedat). To jednoznačně souvisí s úrovní zdravotní péče a možnostmi prevence. V ČR byl bezplatný screeningový program zaveden v roce 2003, a to pro ženy od 45 do 69 let. V roce 2009 byla horní věková hranice zrušena. Po zavedení programu počet nových případů průběžně vzrůstá, jedná se však zejména o nádory zachycené v časných a dobře léčitelných stadiích (Bébarová, Zlámalová, Švach, & Neoral, 2015; Skovajsová, 2011).

### 1.5 Klinické projevy a diagnostika

Klinicky se karcinom prsu projevuje jako **bulka**, která na pohmat nebolí. Pokud není onemocnění včas řešeno, při dalším růstu nádoru může docházet ke změnám. Mezi nejčastější příznaky patří vtahování kůže nebo bradavky (kdy bulka částečně vtahuje kůži na prsu), výtok z bradavky, nepravidelnost bradavky, asymetrie prsů (kdy se nápadně zvětší

pouze jeden prs), bolestivost na dotek či zarudnutí a oteplení kůže připomínající zánět (Abrahámová, 2009; Fínek, 2018).

Nádor v prsu žena často odhalí sama, kdy si nahmatá bulku. Lékaři ženám doporučují v rámci prevence provádět pravidelné samovyšetření, ideálně každý druhý nebo třetí den po menstruaci. Průměrná velikost nádoru, který si žena nahmatá sama, je 2 cm. Samovyšetření tedy není metodou časně diagnostiky (Chovanec, Dostálová, & Navrátilová, 2008). Rakovina prsu má v nejčasnějším stadiu podobu tzv. **nehmatného nádoru** (*carcinoma in situ*), který dokáže spolehlivě zjistit pouze mamograf. Ženy v ČR jsou na preventivní mamografické vyšetření zvány ve dvouletých intervalech. Vyšetření probíhají ve specializovaných centrech a výhodou je, že výsledek se pacientka dozví hned. Biopsie podezřelých ložisek se provádí do několika dnů, což urychluje zahájení případné léčby. Plošný screeningový program významně přispívá ke snížení mortality rakoviny prsu, a to zejména u žen nad 50 let věku (Abrahámová, 2009; Skovajsová, 2011).

Pro stanovení individuálního léčebného postupu je nezbytná podrobná diagnostika, která zahrnuje několik kroků (Abrahámová, 2009; Büchler, & Čejková, 2015; Chovanec et al., 2008; Prausová, 2010; Skovajsová, 2011):

- **Základní vyšetření.** Lékař získá podrobnou rodinnou i osobní anamnézu, která může upozornit na možný genetický původ nemoci. Následuje fyzikální vyšetření, kdy je prs (včetně lymfatických uzlin) vyšetřen pohledem a pohmatem.
- **Mamografické vyšetření.** Odhalí jak hmatný, tak nehmatný nádor. Během vyšetření lze také stanovit velikost nádoru a jeho vztah k okolním strukturám. Průměrná velikost nádoru zjištěného mamografem je 9–10 mm. Nádory tohoto rozměru by prakticky neměly vykazovat metastázy, což je prognosticky příznivé.
- **Ultrasonografické vyšetření.** Ultrazvuk je využíván jako doplňkové vyšetření u hmatných nálezů. Má opodstatnění zejména u mladších žen, kde může být obraz nasnímaný mamografem nepřehledný. Ultrazvuk dokáže odhalit nádor až od velikosti 1 cm, není tedy vhodný pro plošný screening.
- **Histopatologické vyšetření.** Při podezření na zhoubný nádor se provádí biopsie (napíchnutí tkáně jehlou a odběr vzorku). Na základě toho je stanoven typ nádoru. Nejčastějšími typy jsou karcinomy *duktální* (84 %) a *lobulární* (15 %). Určí se také histologický grade nádoru, tedy stupeň jeho zhoubnosti. Grade 1 znamená dobře

diferencovaný nádor, grade 2 středně diferencovaný a 3 níže diferencovaný. Čím méně je nádor diferencovaný, tím je agresivnější a obtížněji léčitelný.

- **Imunohistochemické vyšetření.** V nádoru se stanovuje procento buněk s přítomností receptorů pro estrogény nebo progesterony. Pokud je nádor hormonálně závislý, je možné zahájit hormonální léčbu. Zjišťuje se rovněž přítomnost receptoru HER2 na membránách nádorových buněk. Nadměrná exprese tohoto receptoru podněcuje růst prsního nádoru. Karcinomy s HER2 odolávají chemoterapii i hormonální léčbě, dobře však reagují na cílenou biologickou léčbu, která dokáže utlumit růstové signály.
- **Stav lymfatických uzlin.** Jako první se vyšetřuje spádová uzlina a zjišťuje se její napadení nádorovými buňkami. Pokud se prokáže, je nutné vyšetřit další uzliny.
- **Stanovení stadia onemocnění.** Rozsah nemoci se stanovuje pomocí klasifikace TNM. T znamená *tumor*, kdy se určuje velikost nádoru a jeho typ. N znamená *uzlinu*, kdy se hodnotí stav lymfatických uzlin. M znamená *metastázy*, tedy informaci o rozšíření primárního nádoru do dalších orgánů. Dále se určuje stadium nádoru (0–IV). Stadium 0 znamená neinvazivní a na léčbu dobře reagující nehmotný nádor, stadium IV je rakovina prsu s průkazem mnoha vzdálených metastáz.

## 1.6 Možnosti léčby

Karcinom prsu je morfologicky i geneticky velmi různorodé onemocnění s různým stupněm závažnosti, průběhem i prognózou. Léčba je tedy volena individuálně podle situace konkrétní pacientky (Petruželka, 2007). Plán léčby nestanovuje pouze onkolog, ale jedná se o několikačlenný tým specialistů zahrnující také gynekology, radiology a pathology zabývající se laboratorní diagnostikou (Friedrichs et al., 2017).

V následujícím přehledu budou stručně uvedeny **současné možnosti léčby**. Pacientky obvykle absolvují kombinaci několika typů léčby.

- **Chirurgická léčba.** Operační výkon může být radikální (amputace prsu, tedy *mastektomie*) nebo částečný, kdy prs zůstává zachován. Rozsah operace závisí zejména na velikosti a umístění nádoru. V posledních letech se prosazují záchovné, prs šetřící operace, kdy je odstraněn pouze příslušný kvadrant prsu s nádorem –

*kvadrantektomie*, nebo je vyjmut pouze nádor s okrajem zdravé tkáně – *lumpektomie* (Abrahámová, 2009; Prausová, 2010).

- **Radioterapie.** Ozařování je možné provádět během operace nebo po ní. Pooperační radioterapie má za cíl snížit riziko recidivy. Ozařování se provádí ambulantně, kdy pacientka leží na kovovém lůžku a přístroj cíleně ozařuje vybranou část hrudníku. Na radioterapii žena dochází 6–7 týdnů (Friedrichs et al., 2017).
- **Chemoterapie.** Nemocným je obvykle podávána kombinace dvou až tří cytostatik. *Adjuvantní chemoterapie* je indikována u pacientek po operaci agresivnějších typů nádorů a slouží k doléčení zbytku onemocnění. *Neoadjuvantní chemoterapie* se týká pacientek s pokročilým onemocněním a cílem je zmenšení nádoru, aby byl lépe operabilní. *Paliativní chemoterapie* je indikována u rakoviny prsu s metastázami a cílem je především zachování nejlepší možné kvality života (Prausová, 2010).
- **Hormonální léčba.** Je možné ji zahájit, pokud je v tumoru zjištěno určité množství hormonálních receptorů. Na rozdíl od chemoterapie není podávána kombinace preparátů. Hormonální terapie je dominantní metodou léčby u žen po menopauze a často navazuje na předchozí chirurgickou operaci (Chovanec et al., 2008).
- **Biologická léčba.** Užívá se u nádorů s přítomností receptoru HER2. Tento receptor je zjištěn u 20–30 % karcinomů prsu. Jedná se o agresivnější nádory se zhoršenou prognózou. Biologická léčba je cílená (terčová), její mechanismus účinku se tedy liší od necílené klasické chemoterapie. Biologickou léčbou lze dobře ovlivnit chování nádorových buněk (Fínek, 2018).

**Prognóza** rakoviny prsu je velmi odlišná, zejména s ohledem na typ nádoru a rozsah onemocnění. Prausová (2010) uvádí, že pokud nejsou postiženy lymfatické uzliny, má i objemnější nádor prsu pětileté přežití 82 %. Při postižení uzlin úspěšnost léčby klesá. Pokud jsou postiženy více než tři uzliny, představuje pětileté přežití jen 45 %. Medián přežití pacientek s metastatickou rakovinou prsu je 24 měsíců.



## 2 Psychosociální aspekty rakoviny prsu

Onkologické onemocnění zasáhne všechny sféry života – kromě těla se projeví i na úrovni emocí a prožívání, sociálních vztahů a spirituality. Zkušenost s léčbou má široké psychosociální dopady, které budou podrobně rozebrány v následující kapitole. Jako ukotvující teoretický rámec poslouží bio-psycho-sociálně-spirituální model, který se na zdraví a nemoc dívá komplexně a zohledňuje individuální kombinaci životních podmínek.

### 2.1 Celostní model zdraví a nemoci

Mohou mít psychosociální faktory vliv na vznik onkologického onemocnění? Tschuschke (2004) se domnívá, že tato hypotéza může být platná, ale výzkumné důkazy zatím chybí. Důvodem je metodologické omezení. Výzkumy, které by potvrdily vztah mezi psychosociálními faktory a rozvojem rakoviny, by bylo nutné provádět s velkými soubory, a tyto respondenty průběžně sledovat po dobu několika let. Mnohem více výzkumných důkazů nalezneme pro tvrzení, že psychosociální faktory ovlivňují průběh onkologického onemocnění. Jedná se zejména o proměnné *emocionální tlak*, *sociální opora* a *stres*.

Biologicky orientovaná medicína pracuje převážně s tělesným pojetím nemoci, což není dostačující. Psychosomatický pohled se snaží brát v potaz celkový životní příběh a zdůrazňovat, že pacient je vždy jedinečnou osobností, nikoliv jen anonymním nositelem nemoci (Honzák, 2017). Pohled založený na spojení tělesné a psychické složky je však pořád svým způsobem redukovaný. Celostní model (též *komplexní* nebo *bio-psycho-sociálně-spirituální*) proto k somatické a psychické složce přidává ještě roviny sociální a spirituální. Všechny čtyři roviny spolu neustále interagují, proto je nemoc chápána jako událost, která se projeví ve všech oblastech. Jinými slovy: nerovnováha vzniklá v jedné složce (tělo) ovlivní také psychiku, sociální vztahy a duchovní prožívání pacienta (Orel, 2014).

Raudenská (2011) popsala, jak lze v kontextu celostního modelu vnímat onkologické onemocnění. Somatická rovina zahrnuje především geny, imunitu a hormony, které mohou hrát roli při vzniku nádoru. V průběhu léčby pak dochází k mnoha biologickým změnám, jako je zásah do tělesného schématu, únava, nevolnost, ztráta vlasů apod. Tyto změny se odrazí i v psychické rovině – v myšlení, emocích a představách. Psychologické faktory, jako emoční stažení, úzkost, strach či deprese, významně ovlivňují průběh léčby.

Člověk s nádorovým onemocněním se téměř vždy nachází v nějaké soustavě vztahů. Onkologická diagnóza tedy ovlivní i sociální rovinu jeho bytí, například partnerský vztah, rodinu, přátele nebo ukotvenost v rámci profese. V neposlední řadě je tu spirituální rovina, kam patří osobní hodnoty či subjektivní vnímání smyslu života, zdraví a utrpení. Rakovina znamená strach z nejistoty, opuštění a ze smrti, konfrontuje pacienta s bolestí z nedokončených úkolů nebo přerušeni kontinuity (Raudenská, 2011).

Lékaři by podle Berana (2010) měli brát v potaz popsanou provázanost jednotlivých složek a zajímat se při kontaktu s onkologickým pacientem o mnohem širší bázi informací. Například hledat souvislosti mezi událostmi v životě nemocného a aktuálním klinickým obrazem, všímat si také neverbálních projevů, snažit se poznat osobnost pacienta a rozklíčovat, jakou roli nemoc v jeho životě hraje.

## 2.2 Psychosociální potřeby onkologických pacientů

Sdružení Amelie, které pomáhá onkologicky nemocným a jejich blízkým, provedlo v roce 2018 výzkum psychosociálních potřeb lidí s nádorovým onemocněním (n=250). Nejsilnější psychickou potřebou je pro většinu respondentů (93 %) potřeba *nacházet naději, optimismus a sílu k léčbě*. Druhou nejčastější potřebou (90 % respondentů) je *být svému okolí i přes onemocnění stále užitečný* (Tisková zpráva Amelie, 2018).

Podobně zaměřený výzkum provedly Bužgová, Hajnová, Sikorová, & Kozáková (2013), které zkoumaly bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby onkologických pacientů v paliativní péči (n=52). V tělesné oblasti považovali pacienti za nejdůležitější *řešit bolesti, únavu, dušnost a únik stolice*. Bolest a únavu pak označili jako nejméně saturované potřeby. Nejdůležitější psychickou potřebou bylo *vyrovnat se s nemocí*. Nejméně důležitou potřebou bylo *hovořit o pocitech z umírání a smrti*. Za nedostatečně saturované potřeby v psychické oblasti pacienti označili *být vyrovnaný s nemocí, strach ze závislosti a přítomnost blízkého člověka*. V sociální oblasti pacienti považovali za důležité *komunikovat se zdravotnickým personálem* a cítit k němu *důvěru*. V oblasti spirituality pacienti dávali přednost nenáboženským potřebám (*vnitřní klid, naděje, smysl života*). Za nedostatečně saturované spirituální potřeby nejčastěji označili *pozitivní náhled na život a naději*.

Onkologická diagnóza znamená distres nejen pro pacienta, ale také pro jeho blízké. Zatímco možnosti medicíny se neustále zlepšují, psychologická pomoc není zdaleka tak rozšířená. Incidence rakoviny přitom celosvětově roste, a tato nemoc se tak primárně nebo sekundárně týká čím dál většího množství lidí. Mezinárodní psychoonkologická společnost (IPOS) proto navrhla zařadit psychologickou intervenci do standardů péče o onkologicky nemocné. Léčebný plán konkrétního pacienta by se tedy měl zcela samozřejmě opírat o medicínskou i psychologickou doménu. Kromě toho IPOS navrhla měřit u lidí s nádorovým onemocněním přítomnost distresu a uvažovat o něm v tomto kontextu podobně jako o dalších fyziologických ukazatelích typu krevní tlak, teplota nebo dýchání, jež jsou běžně monitorovány (Holland, Watson, & Dunn, 2011).

## 2.3 Rakovina prsu optikou celostního modelu

Všechny čtyři zmíněné roviny jsou propojené a neustále se navzájem ovlivňují. Jak si ukážeme v další části kapitoly, u většiny situací a prožitků souvisejících s rakovinou prsu je v podstatě nemožné stanovit ostrou hranici typu: tento faktor spadá pouze do tělesné složky a tento pouze do sociální. V některých pasážích bude text doplněn o citace z knih, které napsaly ženy se zkušeností s rakovinou prsu. Jejich osobní vzpomínky přiblíží subjektivní pohled někoho, kdo situaci prožil.

### 2.3.1 Tělesná rovina

Jak bylo popsáno v první kapitole, léčba rakoviny prsu vždy znamená zásah do tělesného schématu. Každá pacientka dostane sestavený léčebný plán, který typicky zahrnuje kombinaci několika metod. Podle typu nádoru a dalších diagnostických charakteristik se v různých variantách kombinuje chirurgická operace, radioterapie, chemoterapie, biologická a hormonální léčba (Abrahámová, 2009; Prausová, 2010).

Fenoménem, který s léčbou významně souvisí, je **bolest**. Kolem 75 % patientek v pokročilejších stádiích nemoci musí užívat analgetika na tlumení chronických bolestí, což negativně ovlivňuje kvalitu jejich života. Každá bolest má komplexní charakter a kromě tělesné (smyslové) složky zasahuje i oblast emocí, kognice a chování. Vnímání bolesti je vždy subjektivní a může být ovlivněno různými psychosociálními faktory. Výzkum se 118 pacientkami s chronickou bolestí, které podstoupily mastektomii a následně docházely na

chemoterapii, potvrdil vliv emočního stresu na intenzitu vnímání bolesti. Respondentky, které se cítily úzkostně, depresivně a/nebo agresivně, vnímaly bolest intenzivněji (Orel, 2014; Stepien, Wiraszka, Zdiebło, & Majnzer, 2014).

Zásah do tělesného schématu se může projevit také **změněným vnímáním vlastního těla**. Jabłoński, Streb, Mirucka, Slowik & Jach (2018) zkoumali tento aspekt u 50 pacientek po chirurgickém zákroku (úplné nebo částečné odstranění prsu) proti kontrolní skupině zdravých žen. Respondentky po obou typech zákroků dosáhly signifikantně nižšího skóre v subkategoriích *akceptace vlastního těla a prožívání intimacy*. Ženy po operaci tedy mohou mít tendenci vnímat své tělo nadměrně kriticky a mohou mít problém jeho novou podobu přijmout. Tyto egodystonní myšlenky protahují distres z léčby. Respondentky po chirurgické operaci však v porovnání s kontrolní skupinou dosáhly signifikantně vyššího skóre v subkategorii *projevování ženství*. Bylo pro ně velmi důležité dbát na úpravu zevnějšku směrem k větší ženskosti (make-up, účes, šaty), zřejmě aby tak kompenzovaly prožitou ztrátu/změnu prsu.

Paterson, Lengacher, Donovan, Kip, & Toftthagen (2016) provedli přehledovou studii o dopadech rakoviny prsu na vnímání vlastního těla. Několik výzkumů zjistilo, že mladší pacientky (do 50 let) vnímají své tělo po chirurgickém zákroku signifikantně hůře než starší pacientky. Na změnu postoje má významný vliv možnost podstoupit plastickou rekonstrukci prsu. Ženy mladší 60 let, které rekonstrukci absolvovaly, vnímaly své tělo pozitivněji. U starších pacientek nebyl zjištěn signifikantní rozdíl. Některé studie podle Paterson et al. (2016) zjistily, že zadané ženy vnímají své tělo po zákroku signifikantně hůře než pacientky bez partnera.

**Zkušenost bývalé pacientky:** „*Takže mě čeká druhá operace – radikální řez. Budu žena s jedním prsem. Vlastík se mě snaží utěšovat. ‚Co je jedno prso proti životu? Jestli ti to má pomoci, tak je to to nejmenší.‘ Ano, já vím. Ale přesto se s tím zatím neumím vyrovnat. Jaký to pro mě bude pocit? A jaký pro Vlastíka? Jaký to bude pocit, až bude po všem a já vedle něj budu uléhat jako Amazonka? Ne, nesmím takhle uvažovat. Má pravdu, můj miláček, nesmím si svou situaci příliš připouštět.*“ (Vojáčková, 2003, s. 18).

Také další typy onkologické léčby znamenají zásah do tělesné roviny a ovlivní další sféry života pacientky. Například chemoterapie je vedle bolesti spojena s řadou **fyzicky nepříjemných vedlejších účinků**, jako je vypadávání vlasů, podráždění kůže, záněty ústní

sliznice, problematické hojení ran, vyčerpanost, zvracení či problémy se spánkem (Friedrichs et al., 2017). Obava z nežádoucích účinků chemoterapie patří k výrazným stresorům. Některé pacientky se například obávají, že budou vedlejší efekty příliš silné a ony jim nezvládnou čelit. Necítí se také dostatečně připravené na to, co během série chemických infuzí přijde. Při chemoterapii jsou vedle zhoubných buněk částečně ničeny i ty zdravé – některé pacientky se proto obávají, že by léčbu nemusely přežít. Chemoterapie je tak konfrontuje s otázkou vlastní smrtelnosti a bezmocnosti. Dalším stresorem je obava z neúspěchu chemoterapie, tedy že se nádor nepodaří zcela odstranit (Nies, Ali, Abdullah, Islahudin, & Shah, 2018).

**Zkušenost bývalé pacientky:** „Léčba pokračuje, absolvuji nekonečné infúze. Spojuje mě ta hadička plná jedů se životem nebo se smrtí? Můj stav se zhoršuje. Jsem u konce svých tělesných sil jako vážně zraněné zvíře, ale stále se snažím přežít. Jedná se o vedlejší účinky terapie nebo další stádium nemoci? Má smysl nadále bojovat?“ (Casiraghi, 2009, s. 31).

### 2.3.2 Psychická rovina

Vyrovňávání se s onkologickým onemocněním je proces. Raudenská (2011) uvádí, že pacienti procházejí několika stadii, ve kterých se mění jejich emoční stav i způsob, jakým o své situaci uvažují. Ve všech stadiích lze rozlišit **adaptivní a maladaptivní reakce**. Onkolog (případně psychoonkolog) by měl být schopen tyto stavy sledovat, aby pacientovi pomohl vyrovnat se nejen s fyzickými, ale i psychickými následky léčby. Raudenská (2011) popisuje stadia a s nimi spojené psychologické reakce takto:

- **Období příznaků.** Objevily se podezřelé tělesné symptomy (např. bulka v prsu), které je potřeba vyšetřit. Běžnou reakcí pacienta je nadměrná úzkostnost. Maladaptivní reakcí je přehnané pozorování tělesných symptomů a katastrofické představy o očekávaných výsledcích vyšetření.
- **Období stanovení diagnózy.** Pacient se od lékaře dozvídá, že má nádorové onemocnění. Typické jsou pocity zlosti, popírání a šoku, případně přechodná depresivní nebo úzkostná nálada. Normální psychologickou reakcí je snaha získat odborný názor dalšího lékaře, rozhodování se o přijetí navržené léčby a přizpůsobení se novým povinnostem. Maladaptivní reakcí je popření stanovené diagnózy, odmítnutí léčby a těžká klinická deprese.

- **Období léčby.** Pacient se potýká s obavami, samotou, ztrátou kontroly a závislostí na druhých. Je konfrontován s eventualitou smrti. I když existuje naděje na vyléčení, pacient se musí vyrovnat se zásahem do tělesného schématu, bolestí a vedlejšími účinky. Normální psychologickou reakcí je přiměřený strach z bolesti a přiměřená obava ze zásahu do těla a nežádoucích účinků. Maladaptivní reakcí je striktní odmítnutí chirurgického řešení, vyhledávání pouze alternativních postupů léčby a neustálé vyhledávání názorů dalších lékařů.

Kübler-Ross (2015) popsala fáze vyrovnávání se s nevyhnutelností smrti u terminálně nemocných. Její teorie byla později přijata obecněji jako popis procesu vyrovnávání se s traumatizující událostí. Pacient nejprve reaguje na zprávu o život ohrožujícím onemocnění **popřením**. Domnívá se, že se mu to ve skutečnosti neděje, že se jedná o omyl – například že došlo k záměně rentgenových snímků. Když už je popírání skutečnosti nevyhnutelné, nastoupí **zlost**. Pacient reaguje hostilně a je všeobecně negativně naladěný. Klade si otázku: *Proč já?* Je našťvaný, když si uvědomí, jak nemoc zasáhla do jeho života, aktivit a plánů. Zlost pacient ventiluje vůči svým blízkým i vůči zdravotníkům – tato fáze je tedy mimořádně náročná nejen pro něho, ale také pro jeho okolí.

Po odeznění fáze zlosti následuje **smlouvání**, kdy se pacient snaží „vyjednat“ odklad. Stanovuje si například nějaký cíl, kterého se chce ještě dočkat (svatba dospělého dítěte). Tato vidina mu dodává optimismus a motivaci k léčbě. Postupující vyčerpání z následků léčby však po čase znamená přesun do fáze **deprese**. Nejsilnějším pocitem je prožitek velké ztráty. Žena s rakovinou prsu se vyrovnává se ztrátou postavy a pocitem, že ztratila kus ženství. Pacientka může trpět pocity viny vůči svým dětem, protože jim nedokáže věnovat tolik pozornosti jako dřív. Pátou fází procesu je **přijetí**, kdy se pacienti se svou situací smiřují a nepociťují už pocity zoufalství ani strachu. Nejedná se však o pasivitu, ale spíše o realistický pohled na to, co se děje a bude dít (Kübler-Ross, 2015).

**Zkušenost bývalé pacientky:** Casiraghi (2009) ve své knize subjektivně popisuje proces vyrovnávání se s rakovinou prsu téměř totožně v souladu s fázemi Kübler-Ross. Po sdělení diagnózy pacientka zažívala **šok a popření**. *„Všechno jedním rázem zavrhuji. Jsem pobouřená, rozčilená, neústupná, popírám skutečnost, vyvracím každý argument, odmítám zmračení. Nenechám své levé ňadro na operačním stole. Nádor je v mém těle už víc než rok, odmítám věřit, že situace je natolik naléhavá.“* (Casiraghi, 2009, s. 19).

Následovalo období **hněvu a zoufalství**. „Zlobím se na celý svět. Zlobím se na svého gynekologa, toho bezcitného člověka, nelidu, posla krutých zpráv, který mě zahání do úzkých, zneužívá svého postavení, mluví o rezervaci operačního sálu, řeší technickou stránku věci a organizuje operaci, zatímco můj život jde do háje.“ (Casiraghi, 2009, s. 21).

Období **smlouvání** mělo v jejím případě podobu vnitřního dialogu s Bohem. „Nechť vezme můj život do svých rukou. Úpěnlivě Ho prosím jako nezralé dítě, jež vidí svět zjednodušeně.“ (Casiraghi, 2009, s. 22).

Léčba zahrnovala v jejím případě kromě mastektomie také radioterapii a chemoterapii. V průběhu léčby lékaři potvrdili přítomnost metastáz. Kombinace tohoto zjištění a náročnosti léčby se projevila **depresivním laděním** a pocitem, že už nezbývají žádné síly: „Cítím se čím dál nemocnější a unavenější. Vypadaly mi všechny vlasy a ztratila jsem chuť k jídlu. V mém nitru i všude kolem panuje naprostá prázdnota. (...) Už nemůžu dál, trvá to příliš dlouho. Přestávám věřit, že se uzdravím.“ (Casiraghi, 2009, s. 34).

Postupně pacientka dospěla k **přijetí** situace a začala si plánovat život po uzdravení: „Přijala jsem skutečnost, že jsem vážně nemocná, ale stále si držím od své nemoci odstup. Nechávám minulost minulosti. Stejně už nic není jako dřív. (...) Musím se oprostít od starých pocitů, vytvořit v sobě prázdno, ze kterého vzejde něco nového. Musím o sebe začít pečovat a přestat se šířat pocitem viny. Bude to práce na plný úvazek. Cesta, která mě dovede k budoucnosti a novým plánům.“ (Casiraghi, 2009, s. 37–38).

Psychosociální zátěž, kterou zažívají onkologicky nemocní při stanovení diagnózy a v průběhu léčby, mohou zdraví lidé jen velmi těžko pochopit. Pacienti se 24 hodin denně potýkají se **strachem a nejistotou** – uvědomují si, že rakovina je život ohrožující onemocnění a nejsou si jisti, jak poznají, že se skutečně uzdravili. Nejen okolí pacienta, ale často ani lékaři a další zdravotnický personál nedokáží odhadnout, v jakém emočním stavu se pacient nachází a jakou podporu aktuálně potřebuje (Tschuschke, 2004).

Strachu a obavám v souvislosti s rakovinou prsu se věnuje mnoho studií. V jejich závěrech můžeme opět sledovat propojenost v kontextu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Například Brufsky, Ormerod, Dickson, & Citron (2017) zkoumali psychické potřeby pacientek s metastatickou rakovinou prsu. Zjistili, že míra obav z průběhu a úspěchu léčby může souviset s věkem a rodinnou situací. Mladší ženy (21–53 let) pociťovaly v porovnání

se staršími (54+ let) vyšší distres a také se častěji obávaly, že se v léčbě dostaly na samou hranici toho, co jim ještě medicína může nabídnout. Stejným způsobem uvažovaly pacientky, které měly děti mladší sedmnácti let v porovnání s pacientkami, které měly starší potomky nebo byly bezdětné.

Prožívaný strach, nejistota a zranitelnost se netýkají jen průběhu léčby, ale i **očekávaného budoucího života po vyléčení**. Corney, Puthussery, & Swinglehurst (2014) uskutečnili kvalitativní studii s bezdětnými a nezadanými pacientkami ve věku 30–44 let. Nezadané ženy si připadaly během léčby zranitelné kvůli nepřítomnosti partnera, který by jim poskytl emocionální i praktickou podporu. Ačkoliv některé respondentky uváděly, že se mohou opřít o své rodiče a jiné příbuzné, nepovažovaly to za stejné, jako mít po svém boku milujícího partnera. Nezadané ženy se také obávaly, že je muži budou kvůli následkům onemocnění odmítat – rakovinu prsu vnímaly jako stigma pro budoucí seznámení. Dalším významným stresorem nezadaných pacientek byla obava ze ztráty plodnosti, případně problémů s početím v budoucnu. K podobným závěrům dospěli Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury (2004). Mladší nezadané ženy uvedly, že negativní vliv na plodnost byl pro ně hlavním znepokojujícím efektem léčby.

Podle výzkumu Thewes et al. (2004) se ženy po rakovině prsu obávají **recidivy nemoci**. Cítí úzkost, pokud zpozorují fyzické symptomy, které by mohly návrat karcinomu signalizovat. Úzkostňovat je může také kontrolní vyšetření, na které jednou za čas docházejí všichni bývalí onkologičtí pacienti. Watson, Havilang, Greer, Davidson, & Bliss (1999) zkoumali vliv psychologické odpovědi na pětileté přežití nebo relaps onemocnění u 578 žen, které se vyléčily z rakoviny prsu. Ženy, kterým byly naměřeny vysoké skóry depresivity, bezmocnosti a beznaděje, přežívaly v průměru kratší dobu nebo byly ve větší míře ohroženy návratem onemocnění. Jedním z možných vysvětlení je, že psychologická odpověď ovlivňuje také imunitní a hormonální systém. Prožívaná bezmoc a beznaděj se také pravděpodobně promítne do sociálního fungování pacientky, která může být méně aktivní při hledání řešení svých zdravotních problémů.



### 2.3.3 Sociální rovina

Přítomnost onkologického onemocnění zasáhne **rodinný a partnerský život pacientky**. Rodinní příslušníci jsou těmi nejbližšími, kdo s ní nemoc a veškeré dopady prožívají. Pochopitelně i jich se týká významná emoční a psychologická odezva. V kvalitativní studii Thewes et al. (2004) zmiňovaly zejména mladší pacientky, že diagnóza a léčba s velkou intenzitou zasáhla jejich vztah s partnerem. Ženy své partnery, kteří s nimi prožívali rakovinu prsu, popsaly jako *zranitelné* nebo jako *tiché oběti*.

Gürsoy, Koçan, & Aktuğ (2017) provedli zajímavou kvalitativní studii s muži, jejichž partnerky prošly léčbou rakoviny prsu. Do vzorku bylo zařazeno 16 mužů ve věku 42–65 let. Výzkumnou metodou byla interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Partnerky respondentů podstoupily mastektomii a po chemoterapii přišly o vlasy. Muži popisovali pocity bezmoci, kdy vnímali partnerčin distres z léčby, ale nevěděli, jak jí pomoci. Někteří si nebyli jisti, jak se svou ženou mluvit a jak se k ní chovat. Okamžik, kdy ženu viděli poprvé bez prsu, popsala většina mužů jako *emocionálně náročný*. Cítili lítost, bolest a strach. Někteřím trvalo týden nebo dva, než tento zážitek zpracovali – popisovali, že jim žena připadala *neúplná*. Většina mužů nicméně uvedla, že mastektomie nijak nezměnila jejich pohled na atraktivitu partnerky. Uvedli, že důležitější je pro ně zdraví ženy než to, zda přišla o prs nebo o vlasy. Zkušenost s onkologickou léčbou měla podle většiny mužů pozitivní vliv na partnerský vztah – uváděli, že je celá situace sblížila a prohloubila intimitu.

Karcinom prsu se ve větší míře týká starších pacientek, ale postihuje i ty mladší, které mají malé děti. Tyto ženy se obávají rizika smrti jiným způsobem než člověk, který je bezdětný – vědí, že dítě může potenciálně vyrůst bez matky, což přináší silný distres (Thewes et al., 2004). Výzkum Huang, O'Connor, Hu, Gao, & Lee (2018) zjišťoval, jak děti žen s rakovinou prsu onemocnění a následky vnímají. Jednalo se o kvalitativní studii s osmi dětmi ve věku 8–18 let. Všechny děti si o nemoci vytvořily také vlastní úsudek – nebyly tedy pouze pasivními příjemci informací, které slyšely v rodině nebo od zdravotníků. Všechny děti zařazené do výzkumu si uvědomovaly, že rakovina je potenciálně smrtelné onemocnění, všechny však zároveň věřily, že jejich matky se úspěšně vyléčí. Ztrátu prsu nebo vlasů děti vnímaly jako následky, které k léčbě prostě patří, a mnohem důležitější je úzdruha matky. Starší děti dobře rozuměly tomu, co znamená chirurgická léčba a

chemoterapie, ale do ostatních léčebných metod už neměly takový vhléd. Výzkum probíhal na malém vzorku, takže širší interpretace není možná. Analýza nicméně naznačila, že úroveň znalostí o rakovině prsu nesouvisí ani tak s věkem dítěte, jako spíše s tím, co se o nemoci dozvědělo od matky a jak ho na léčbu a budoucí změny připravila.

**Sociální opora** je obecně důležitým faktorem v onkologické léčbě. Stejně jako v jiných životních krizích, i tady je důležité mít kolem sebe vztahové osoby. Lidé jsou primárně sociálními bytostmi a pro pocit smysluplného života potřebují někoho dalšího. Dodává jim to pocit nevyřazenosti a důstojného bytí (Tschuschke, 2004).

**Zkušenost bývalé pacientky:** Walló (2005) zdůrazňuje, jak je důležité umět si říct v určité fázi léčby o pomoc: *„Jsem velmi rozumná a vím, že je čas, kdy musím žádat o pomoc. Jít za svými přáteli a říct: Já jsem nemocná, našli mi rakovinný nádor. Vědomě se nebojím, vidíte, žádné drama! Ale bojím se – toho se bojím moc – že se nesvedu chovat jako svéprávný pacient, že nedokážu inteligentně spolupracovat, zkrátka že budu nemožná a protivná a lékaři se mnou budou právem nakládat podle toho. Prosím, poradte mi a dohlédněte na mne. Jsem vděčná, že vás mám.“* (Walló, 2005, s. 22).

Někteří onkologičtí pacienti však ze svého okolí nezažívají jen podporu. Nemoc může působit jako **stigma** a vést ke **sociálnímu uzavření**. Okolí si někdy není jisto, jak s ženami o rakovině prsu mluvit a jak se k nim chovat. Reakce někdy mohou být necitlivé a zraňující, například když se lidé vyptávají na detaily podstoupené léčby (Tsuchiya, Horn, & Ingham, 2015). Pro mnoho pacientek je důležité, pokud si o svých obavách a nejistotách mohou popovídat s ženou, která tuto zkušenost prožila. Pacientky, které měly tuto možnost, dosáhly vyššího posttraumatického rozvoje (Weiss, 2004).

Rakovina prsu vyžaduje několikaměsíční léčbu, proto je často spojena se **ztrátou zaměstnání**. To má nejen existenční, ale i psychologické důsledky, protože žena přerušuje profesní vazby a částečně ztrácí samostatnost. Moment, kdy ženy po úspěšném vyléčení znovu nastupují do zaměstnání, proto mohou vnímat jako velmi pozitivní a důležitý pro další život. V kvalitativní studii Bilodeau, Tremblay, & Durand (2019) to některé respondentky popsaly tak, že se *vše vrací zase do normálu*.

**Zkušenost bývalé pacientky:** „*Jak ráda bych teď vstávala s budíkem do práce! Dvacet let na šachtě a jako kdyby ani nebyly. Najednou mám pocit, že ty roky utekly strašně rychle. Ještěže mě holky nechají občas pozdravovat. A taky se mě prý chystají navštívit. Těším se na ně. Vždycky pookřeju, když se za mnou zastaví Milada. Dělalý jsme spolu celé roky, strávily jsme vedle sebe kus života.*“ (Vojáčková, 2003, s. 18)

Kvantitativní studie provedená mezi českými respondentkami (n=68) zjistila, že nejvíce žen se do pracovního procesu vrací rok od zahájení léčby. Ženy se typicky vrací na své původní působiště – nebyl totiž prokázán statisticky významný rozdíl v návratu do zaměstnání, pokud žena zastávala manuální nebo administrativní pozici (Fockeová, Uhlířová, & Švestková, 2018).

#### 2.3.4 Spirituální rovina

Diagnóza rakoviny prsu často vzbuzuje **otázky po smyslu**. Pacientka si klade otázku: *Proč zrovna já?* Pátrání po smyslu je současně pokusem získat zpět kontrolu – nad vlastním tělem i životem. Nalezení smyslu a objevení naděje přináší úlevu a dává sílu pro učinění pozitivních rozhodnutí do budoucna. Nemoc může znamenat příležitost pro změnu. Jedná se o extrémní situaci, která pacientku vytrhla z klidu a ukázala jí, co je v životě skutečně důležité (Friedrichs et al., 2017).

V podkapitole 2.3.2 byly popsány fáze vyrovnávání se s diagnózou závažného onemocnění. Pocity provázející jednotlivá stadia po čase pominou, respektive změní se v jiné emoce. Tím, co dokáže přetrvat napříč všemi fázemi, je **naděje**. I terminálně nemocní, kteří jsou se svou situací smířeni, si stále ponechávají prostor pro možnost, že se nakonec podaří vyvinout nový lék nebo se objeví účinná léčba. Tyto *záblesky naděje* jim pomáhají překonat každodenní utrpení a těžké chvíle (Kübler-Ross, 2015).

Podle závěrů výzkumu Meraviglia (2006) mezi pacientkami s rakovinou prsu (n=84) mají spirituální obsahy jako je *nalezení smyslu života* a *pravidelná modlitba* vliv na jejich fyzickou i psychickou osobní pohodu (well-being). Zapojení spirituálních zdrojů pacientkám pomáhá lépe snášet náročná období po sdělení diagnózy a v průběhu léčby.

## 3 Psychické trauma

Rakovina prsu je vážná a potenciálně život ohrožující diagnóza. Zkušenost s touto nemocí může být prožívána jako psychické trauma, kdy stresor působí dlouhodobě. V následující kapitole bude popsáno, jak psychické trauma vzniká, jaké má dopady do všech sfér života a jakým způsobem se s ním jedinec vyrovnává.

### 3.1 Co je psychické trauma a jak vzniká

Slovo trauma bylo poprvé použito v 17. století anglickými lékaři, kteří jím označovali propichování a zraňování těla. Postupem času se význam rozšířil i na psychická zranění. Jedním z prvních psychiatrů, kteří se zabývali dopadem traumatizujících zážitků na psychické zdraví, byl v 19. století Jean-Martin Charcot. Domníval se, že hysterické projevy mohou být důsledkem prožitého traumatu. Jeho žák Pierre Janet později objasnil princip *disociace* u traumatizovaných pacientů. Všiml si, že příliš intenzivní až zahlcující zážitky jedinec nedokáže adekvátně zpracovat a dochází k odštěpení zraňujících částí mimo běžnou úroveň prožívání. Problematiky se později chopil Sigmund Freud. Pracoval s pojmem *traumatická neuróza* a zabýval se tím, jak mohou události přicházející zvnějšku narušit psychické hranice člověka. Hysterické symptomy Freud nepovažoval za projev přímé vzpomínky na trauma, ale za následek vnitřního konfliktu, syceného nezpracovanými a nepřijatelnými obsahy (Hupertz, 2019; Joseph, 2017).

Každý člověk se v průběhu života dostává do náročných a obtížně řešitelných situací. Některé z nich mají podobu *přechodné stresové události*, se kterou se jedinec dokáže relativně rychle vyrovnat a brzy zapomene na nepříjemné pocity s ní spojené. Příkladem může být stres prožívaný během státní zkoušky. Jiné situace jedince zasáhnou mnohem závažněji a na jeho psychiku mají doslova paralyzující efekt. **Trauma** je tedy událostí, která zanechává dlouhodobé, závažné a emocionálně zraňující důsledky. Podstatou traumatu je, že selžou dosavadní psychické a biologické adaptační mechanismy (Porterfieldová, 1997; Vizínová & Preiss, 1999). Může se jednat o trauma, se kterým se jedinec dosud neseťkal a nemá připravený postup, jak na něj reagovat. Jiná traumata se opakují a člověk už ví, co nepříjemného bude následovat (Mareš, 2012). Příkladem opakovaného traumatu může být další epizoda onkologického onemocnění.

Podle Vizinové & Preisse (1999) psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo vlivem déletrvající stresové situace. Traumatizující zážitky mají několik společných prvků: příčina přichází zvnějšku a je pro jedince je extrémně děsivá; bezprostředně ho ohrožuje na životě nebo hrozí zásahem do jeho tělesné identity; vytváří v člověku pocit bezmocnosti. Trauma paralyzuje pocit vnitřní kontroly a kompetence, narušuje důvěru ve smysl a kontinuitu života. Podle Mahlera (2017) dochází vlivem dezintegrujícího traumatu k vážnému narušení běžného životního fungování. Jedinci přestali věřit ve spolehlivost a předpověditelnost jevů, svět se jim zdá chaotický a cítí se izolování a vzdálení od druhých.

V dřívějším pojetí byl pojem trauma spojen zejména s působením přímých objektivních faktorů, jako jsou válka nebo zemětřesení. V současnosti jsou brány v potaz i významné subjektivní faktory, například postupující nemoc. Traumatickou zkušeností se může stát ztráta či utrpení blízkého člověka, náročný rozchod, těžká nehoda, napadení nebo diagnóza závažné nemoci. V širším pojetí, a zejména v pojetí konceptu posttraumatického rozvoje lze trauma chápat také jako synonymum k pojmům *krize* nebo *závažná životní událost*. Prožívání situace je vždy individuální. Záleží na osobní historii jedince, psychické odolnosti, věku, hodnotách nebo citlivosti, s jakou stresory vyhodnocuje. Traumatem se tedy potenciálně může stát jakákoliv náročná nebo nečekaná situace (Joseph, 2017; Porterfieldová, 1997; Preiss, 2009).

## 3.2 Reakce na stres a traumatický zážitek

### 3.2.1 Okamžitá reakce organismu

Setkání s významným stresorem má na biologické úrovni podobu automatické **fyziologické odezvy**, která člověku pomáhá přežít a dostat se mimo vliv ohrožujícího podnětu. Jedná se o kaskádu dějů. Nadledviny spustí produkci adrenalinu a noradrenalinu, což organismus aktivuje ke dvěma základním reakcím: *útok* nebo *útek*. Kortizol zvyšuje pohotovost organismu a dokáže jedinci přechodně dodat až nadlidskou sílu. Tento nával energie je po odeznění zátěže zpravidla vystřídán pocitem naprostého vyčerpání. Noradrenalin podporuje bdělost organismu a zrychluje myšlení, což jedinci pomáhá najít cestu ven z krize. Uvolňují se také endorfiny, které dočasně blokuji pocit bolesti a zostřují

smyslové vnímání. Výsledkem je tzv. *tunelové vidění*, kdy je jedinec schopen vnímat jen to, co je před ním, ale nikoliv dění okolo. Objevit se může i dočasná ztráta sluchu (Porterfieldová, 1997).

Jak již bylo zmíněno, podstatou traumatu je selhání dosavadních adaptačních mechanismů (Vizinová & Preiss, 1999). V průběhu traumatizujícího zážitku nebo krátce po něm dochází k utlumení emočního doprovodu. Jedinec necítí strach nebo soucit, což má za úkol zajistit jeho přežití například v boji. Emoční uzavření lze popsat jako *rozštěpení mysli*, kdy se člověk nevnímá jako součást probíhající události, ale připadá mu, jako by se vše odehrávalo za sklem. Změněné může být i vnímání času. Takový člověk se nachází ve stavu **disociace** a na své okolí působí nezvykle klidným dojmem. Efekt disociace přetrvává dlouhodobě a projevuje se změnou zejména v oblasti emocí a paměti. Dotyčný si například detailně vzpomíná na celou událost, ale neprojevuje vůči ní žádný emoční doprovod. Anebo naopak – prožívá intenzivní emoce, ale nedokáže je propojit se vzpomínkou (Mareš, 2012; Porterfieldová, 1997; Vizinová & Preiss, 1999).

### 3.2.2 Reakce na dlouhodobě působící zdroj stresu

Popsanou fyziologickou odezvu můžeme sledovat v situaci, kdy se jedinec setkává s nebezpečím přicházejícím zvnějšku, třeba při napadení. Tento zážitek má zpravidla jasně ohraničený začátek a konec. Jiné stresory, například **léčba vážné nemoci**, však působí dlouhodobě. Stresová reakce pak má komplexnější podobu a kromě biologické složky zahrnuje i rovinu psychosociální. K těmto poznatkům ve 20. století významně přispěl fyziolog Hans Selye. Už během studií na lékařské fakultě si všiml, že pacienti zotavující se z různých typů onemocnění vykazují určité společné příznaky – únavu, nechutenství, ztrátu váhy, pasivitu či pokleslou náladu. Podle Selyeho pozdějších závěrů se jedná o nespecifické symptomy nemoci, které jsou vyvolány stresem (Tan & Yip, 2018).

Selye definoval *všeobecný adaptační syndrom*, který lze popsat jako snahu organismu vyrovnat se zátěžovou situací – podobně jako se při zánětu aktivuje imunitní systém. Všeobecný (ve smyslu nespecifický) adaptační syndrom má tři fáze: *poplachovou reakci*, *rezistenci* a *vyčerpání*. V první fázi se jedinec snaží zabránit působení stresoru a usiluje o obnovení homeostázy. Když se mu to nepodaří (selže strategie *útok/útěk*), jedinec situaci zdánlivě přivyká. Pokud stresor působí příliš dlouho, jedinec rezistenci postupně ztrácí a

dochází k jeho fyzickému i psychickému vyčerpání (Tan & Yip, 2018; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Jak uvádí Porterfieldová (1997), následky traumatické zkušenosti se dlouhodobě promítanou prakticky do všech sfér života jedince:

- **Biologická oblast.** Nejčastější jsou problémy se spánkem a chronickou únavou. Pokud biologické následky traumatu přetrvávají příliš dlouho, mohou se po čase konverzně projevit jako nemoc – zvýšený krevní tlak, žaludeční vředy apod.
- **Emoční oblast.** I po odeznění traumatu může přetrvávat emoční otupělost. Se zpožděním dnů až týdnů po události se potlačené emoce začnou postupně vynořovat. Může se jednat o náhlé a bezdůvodné výbuchy vzteku, pláče nebo agrese. Zasažený člověk nemusí těmto intenzivním posttraumatickým stavům rozumět a může je prožívat jako další formu stresu.
- **Psychická oblast.** Pro zasaženého je obtížné myslet na cokoli jiného než na traumatický zážitek. Potýká se s vtíravými myšlenkami a vzpomínkami, které nedokáže potlačit. Neodbytně ruminuje o tom, co se stalo a co by se mohlo stát, kdyby se tehdy zachoval jinak. Bolestné zážitky se mu vracejí ve snech a nočních můrách – jeho psychika tedy prakticky vůbec neodpočívá.
- **Oblast chování.** Lidé, kteří prožili trauma, někdy zůstávají ve vleku emocí a uchylují se k sebedestruktivním formám chování, jako je automutilace, poruchy příjmu potravy nebo rozvoj různých typů závislostí.
- **Sociální oblast.** Jedinci po traumatu mohou mít problémy ve vztazích a sociálních kontaktech. Nevědí, jak se k lidem chovat a jak s nimi mluvit. Častou strategií je stažení ze vztahů, vyhýbání se, nedůvěřivost a pasivita.

### 3.2.3 Posttraumatická stresová porucha

V některých případech se vlivem traumatu rozvine **posttraumatická stresová porucha** (PTSP). Nejdůležitějším faktorem je pravděpodobně závažnost traumatické situace, nikoliv osobnost jedince. Některé výzkumy však našly souvislost mezi věkem, emoční vyzrálostí a rozvojem PTSP – větší riziko se týká mladších a citově méně vyzrálých jedinců. (Porterfieldová, 1997). V MKN-10 je PTSP zařazena pod poruchy přízpusobení. Rozvinout se může bezprostředně po traumatické události, ale i s několikaměsíční prodlevou.

Podstatou PTSP je znovuprožívání traumatické události různými způsoby. Bolestné zážitky se opětovně vybavují v bdělém stavu anebo jsou prožívány ve snech. Méně často se objevují *disociativní epizody*, během kterých se jedinec chová, jako by dřívější traumatickou událost aktuálně prožíval (Vizinová & Preiss, 1999).

V současné době je PTSP popisována jako souběh tří shluků příznaků: *znovuprožívání*, *vyhýbání* a *nabuzení*. První symptom může jedinec prožívat jako vtíravé myšlenky, pocity a vzpomínky, které i delší dobu po události vyvolávají intenzivní emoční odpověď (děs, paniku, zoufalství). Druhým typickým příznakem je usilovné vyhýbání se podnětům souvisejícím s traumatem. Jedinec se vyhýbá místům, hovorům nebo vzpomínkám souvisejícím s tím, co se stalo. Třetím symptomem je přetrvávající nabuzení organismu, které se v tělesné rovině projevuje podobně jako úzkost (zrychlený srdeční tep, studený pot). Jedinec je neustále podrážděný a přehnaně ostražitý, v okolním světě vyhledává známky ohrožení a reaguje na ně přehnaným strachem (Joseph, 2017).

### 3.3 Proces zpracování traumatu

#### 3.3.1 Etapy vyrovnávání se s traumatem

Proces zpracování traumatu vyžaduje čas a jedinec během něj prochází několika fázemi. V podkapitole 2.3.2 jsou popsány etapy postupného vyrovnávání podle Kübler-Ross (2015): *popření*, *zlost*, *smlouvání*, *deprese* a *přijetí*. Mohou trvat různě dlouho a jsou spojeny se silnou emoční odezvou. Pro každou z etap procesu je typické, že se jedinec nachází v určitém bodě a je schopen emočně i kognitivně zpracovat jen určitý typ informací. Proto například nemá smysl někoho ve fázi *popření* přesvědčovat, aby skutečnost *přijal*.

Kübler-Ross (2015) uvádí jako příklad pacientku s rakovinou prsu, která čeká na operaci a diagnózu se dozvěděla teprve nedávno. Vše je pro ni čerstvé a nedokáže svou situaci vnímat jako celek a se všemi důsledky. „*Když se pacientka po chirurgickém zákroku probudí, může doktor říct: ‚Velmi mě to mrzí, ale museli jsme provést tu rozsáhlejší operaci.‘ Pokud pacientka odpoví: ‚Díky Bohu, že to nebylo zhoubné,‘ může na to lékař prostě říct: ‚Kéž byste měla pravdu,‘ a potom s ní chvíli tiše posedět a nikam nespěchat. Pacientka může předstírat, že o ničem neví, třeba i několik dní. Bylo by příliš kruté, aby ji lékař nutil smířit se*



*s realitou, když pacientka jasně dává najevo, že ještě není připravena přijmout skutečnost.*“ (Kübler-Ross, 2015, s. 41).

Etapy vyrovnávání se s traumatickým zážitkem kromě Kübler-Ross popisuje také Kořán, a to následovně: (Kořán, 2009, in Mareš, 2012):

- **Fáze omráčení a šoku.** Začíná okamžitě po události a trvá prvních 24–36 hodin.
- **Fáze výkřiku.** Jedinec zjišťuje, co se vlastně stalo. Přítomny jsou pocity disociace, ochromení nebo naopak puzení k nadměrné aktivitě. Odezní do 3 dnů od události.
- **Fáze hledání smyslu.** Jedinec se snaží přijít na to, proč jej traumatizující zkušenost potkala. Přemítání trvá 3–14 dnů od události.
- **Fáze popření a znovuprožívání.** Člověku se zážitek vrací ve vzpomínkách a postupně se s ním vyrovnává. Etapa nastupuje 2–8 týdnů po traumatu.
- **Posttraumatická fáze.** Jedinec dokázal traumatický zážitek zpracovat a integrovat do své životní zkušenosti. Etapa nabíhá 1–3 měsíce po události.

### 3.3.2 Obranné mechanismy

Lidská adaptace na zátěž se uskutečňuje dvěma základními způsoby: obranou a zvládním (copingem). Oba způsoby mají několik společných prvků. Ovlivňují emoce, snižují stres, jsou dynamické, potenciálně vratné a vztahují se na situace, které jedinci připadají neřešitelné. Podstatné rozdíly však nalezneme ve způsobu užití. Obranné mechanismy jsou často nevědomé a lze je chápat jako iluzorní a klamná pojetí skutečnosti, které mají zastřít skutečný zdroj obtíží a jako příčinu krize uvádějí něco jiného. Copingové strategie jsou naproti tomu aktivovány vědomě, respektují realitu a jejich základem jsou kognitivní a volní procesy (Křivohlavý, 1994; Paulík, 2010).

Obranné mechanismy vycházejí z psychoanalytické teorie, kdy je Freud popsal jako nevědomý souboj jedince s nepříjemnými psychickými obsahy. Freud původně pracoval s pojmem *vytěsnění*. Později dospěl k tomu, že jde pouze o jednu z možných obran a definoval deset základních obranných mechanismů. Jeho dcera Anna ve 40. letech 20. století seznam možných obran ega rozšířila. Freudová byla první, která si všimla, že některé obranné mechanismy se jeví patologičtější než jiné – přispěla tak k dalšímu zkoumání obran podle stupně jejich zralosti (Tschuschke, 2004).

Vaillant (2011) obranné mechanismy rozdělil hierarchicky do čtyř pater. Na nejnížší úrovni se nacházejí *psychotické obrany* – například bludná projekce nebo psychotické popření – které můžeme sledovat u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou. Druhým stupněm jsou *nezralé obrany*, které jedinec zpravidla nedokáže verbalizovat. Rovněž je můžeme sledovat u lidí po traumatech, spadá sem například disociace. Třetí stupeň tvoří *neurotické obrany*, jako je izolace afektu nebo vytěsnění. Jejich cílem je udržet ohrožující myšlenky, vzpomínky nebo přání mimo vědomí. Čtvrtým stupněm jsou *zralé obrany*, jejichž zapojení pozitivně koreluje s věkem. Patří sem například humor, jehož užití v krizi má na autonomní nervový systém podobně zklidňující efekt jako meditace.

Podle McWilliams (2015) lze obrany rozdělit na *primární* a *sekundární*. Primární patří k méně zralým – fungují nediferencovaně a spojují rozměr kognice, emocí a chování. Sekundární, pokročilejší obrany aktivně přetvářejí myšlenky, pocity nebo chování.

Mezi obranné mechanismy související se situací traumatu patří například:

- **Popření.** Jedná se o základní bezděčnou reakci většiny lidí na jakoukoliv katastrofu nebo významný stresor. Jedinec odmítá přijmout, že se věci skutečně dějí a navenek trvá na tom, že je vše v pořádku (McWilliams, 2015).
- **Vytěsnění.** Nevědomé zapomenutí traumatizující události, vzpomínky nebo myšlenky. Jedinec reaguje na emocionální konflikt nebo silný stresor tím, že si není schopen událost či její traumatizující momenty vybavit ani je kognitivně zhodnotit. Emoční komponenta zůstává zachována (Vaillant, 1992).
- **Potlačení.** Zralejší verze vytěsnění. Jedinec rovněž přesouvá část nežádoucích emocí nebo vzpomínek mimo vědomí, ale činí tak cíleně. Chce se chránit před nepříjemným znovuprožíváním. Událost však není zapomenuta, jedinec si ji může do vědomí kdykoliv vrátit (Vaillant, 1992).
- **Izolace afektu.** Traumatická část zkušenosti není zcela vymazána, ale je odstraněn její emoční význam. Jedinec si na rozdíl od vytěsnění detailně vzpomíná na vše, co se mu stalo, ale o svém utrpení mluví přehnaně racionálně až nezúčastněně, chybí adekvátní emoční odezva (McWilliams, 2015).

- **Disociace.** Tomuto mechanismu byla věnována pozornost v předchozích podkapitolách. Jedinec reaguje na trauma dočasnou změnou integračních funkcí vědomí nebo identity. Určitý afekt nebo impuls je prožíván jiným než běžným způsobem. Nepříjemný obsah zůstává ve vědomí, ale jedinec k němu nedokáže zaujmout zdravý a adaptivní postoj (Vaillant, 1992).

Di Giuseppe et al. (2018) publikovali srovnávací studii o užití obranných mechanismů u pacientů s rakovinou. Ze skupiny zralých obran onkologicky nemocní nejčastěji zapojují *altruismus*, kdy se snaží naplňovat potřeby ostatních a získávají tak pocit smysluplnosti a užitečnosti. Z neurotických obran je typicky aktivováno *popření, disociace, přesunutí, odčinění a izolace afektu*. Výzkumníci v komparaci výzkumů dospěli k závěru, že čím zralejší obrany onkologický pacient používá, tím vyšší je úroveň jeho fyzického i emocionálního fungování.

### 3.3.3 Copingové strategie

Koncept zvládacích (copingových) strategií je v porovnání s obrannými mechanismy podstatně mladší. Empirické výzkumy objevily v průběhu let mnoho zvládacích strategií a stylů (Tschuschke, 2004). Shoda panuje na dvou základních kategoriích, které definoval Lazarus (Lazarus, 1993, 1994, in Paulík, 2010): zvládání *zaměřené na problém* a zvládání *zaměřené na emoce*. Tyto dva druhy copingových stylů se prosazují na základě vyhodnocení situace a mohou mít následující podobu (Joseph, 2017; Paulík, 2010):

- **Zvládání zaměřené na problém.** Tento styl jedinec zvolí, pokud usoudí, že proti působení zátěže může sám něco aktivně udělat. Naučí se novou dovednost, změní své chování nebo získá nové informace. Snaží se zátěži čelit tím, že se zabývá praktickými problémy, které je nutné řešit. Jedinec krok za krokem vymýšlí, jak se naučit v životě znovu fungovat i přes určitá omezení.
- **Zvládání zaměřené na emoce.** Tento styl jedinec aktivuje při potřebě zmírnit emoční nepohodu. Například vyhledá pomoc ostatních lidí, aby získal emoční podporu – radu, pomoc nebo se mohl někomu svěřit. Dalšími účinnými strategiemi jsou různá cvičení a relaxace a snaha zaměřit se na pozitivní stránky života nebo situace. Adaptivní strategií je rovněž přisoudit události jiný význam.

Coping zaměřený na problém i coping zaměřený na emoce pozitivně koreluje s posttraumatickým rozvojem (Linley & Joseph, 2004). Existuje však ještě další zvládací styl, který s posttraumatickým rozvojem spojen není – **vyhýbání**. Podle Josepha (2017) se lidé k vyhýbání uchylují tehdy, když zátěžové situace vnímají jako neměnné nebo nekontrolovatelné. Vyhýbání je častou reakcí na trauma, když jedinec ještě není připraven zážitek zpracovat. V této fázi tedy může být vyhýbání (popření) prospěšné. Dysfunkčním se stává, pokud není po čase vystřídáno copingem zaměřeným na problém nebo na emoce, protože jedinec pak není schopen zátěž adaptivně zpracovat.

Peterková, Zamastilová, Skřivanová, Brancíková, & Temoshok (2017) zjistily, že české ženy léčící se s rakovinou prsu mají tendenci k maladaptivnímu copingovému stylu, který je typický popíráním, nerozpoznáváním a nevyjadřováním emocí a psychosociálních potřeb. Tyto ženy se navenek jeví jako nesmírně silné, uvnitř jsou však křehké a zranitelné. Motivem zadržování emocí je snaha nezatěžovat okolí svými problémy. Výzkumný soubor tvořilo 118 žen v I.– III. stadiu karcinomu prsu, medián věku byl 65 let.

Zda jedinec zvolí adaptivní nebo maladaptivní formu copingu závisí na několika faktorech. Roli hraje například **osobnostní nastavení**. Je prokázáno, že lidé s *vnitřním místem kontroly* jsou zdravější, aktivnější a sociálně úspěšnější. Další důležitou charakteristikou je *nezdolnost*. Tu lze chápat například v pojetí *resilience*, kdy jsou jedinci připraveni s těžkostmi bojovat, nevzdávají se a dokáží se rychle vzpamatovat. Nezdolnost v pojetí *hardiness* se vyznačuje vysokou mírou kontroly a chápáním problémů jako výzev k boji. Lidé s vysokými hodnotami *hardiness* lépe zvládají životní těžkosti, jako je například diagnóza vážné nemoci (Křivohlavý, 2009).

Osobnostní charakteristiky jsou však jen částí toho, co moderuje konkrétní podobu copingu. Do situace vždy vstupuje také **vnější prostředí**, které jedinci nabízí určité zdroje, ale přináší i omezení. Coping je tedy neustálou transakcí mezi jedincem a prostředím. Obojí se dynamicky mění – stresová situace změní jak chování a emoce jedince, tak podmínky ve vnějším prostředí. Při utváření konkrétních copingových strategií hrají nejdůležitější roli kognitivní procesy, kdy člověk situaci vyhodnocuje a hledá v danou chvíli nejlepší možnosti, jak zátěži čelit (Lazarus & Launier, 1978).

## 4 Posttraumatický rozvoj

Posttraumatický rozvoj je proces nebo důsledek zpracování traumatické události, kdy jedinec dosáhne trvalé pozitivní změny. Vlivem zkušenosti se změní jeho pohled na život, priority nebo budoucí cíle. Trauma tedy nemusí přinášet jen bolestné dopady, ale v některých případech i pozitivní důsledky (Joseph, 2017; Preiss, 2009). V následující kapitole bude vymezen pojem posttraumatický rozvoj a dimenze, ve kterých se může projevit. Bude představen Dotazník posttraumatického rozvoje včetně jeho kritiky a faktory, které s posttraumatickým rozvojem souvisejí.

### 4.1 Vymezení pojmu

Termín *posttraumatický rozvoj* poprvé použili v polovině 90. let 20. století Tedeschi a Calhoun, když sestavili Dotazník posttraumatického rozvoje (Tedeschi & Calhoun, 1996). Posttraumatický rozvoj podle nich popisuje zkušenost lidí, jejichž osobní rozvoj překonal alespoň v některých oblastech to, jak žili před krizí. Nejde tedy pouze o to, že se jedinec vrátil na původní úroveň fungování, ale že nějakou dobu po události zaznamenal pozitivní změny, které považuje za důležité, a které přesahují původní status quo. Posttraumatický rozvoj je zkušenost, která vede k trvalému zlepšení kvality života (Tedeschi & Calhoun, 2004). Podle Josepha (2017) lze posttraumatický rozvoj chápat nejen jako důsledek změny, ale také jako její proces, který je ovlivněn například zapojením copingových strategií.

Posttraumatický rozvoj je v psychologii zkoumán zhruba posledních 30 let a je v různé míře zjištěn u lidí, kteří prošli krizemi a traumatickými událostmi, jako jsou přírodní katastrofy, zneužívání v dětství, ztráta domova, zranění vlivem násilí, ztráta blízké osoby, únos nebo diagnóza vážné nemoci. Ve skutečnosti je však tento fenomén mnohem starší a je historicky přítomen v mnoha kulturách a náboženstvích. Společným obsahem je přesvědčení, že možnost získat něco dobrého přichází na základě předchozího utrpení nebo strádání. Už od antiky lidé zažívají nepřízeň mocných, jsou nespravedlivě vězněni nebo vypovězeni do vyhnanství. Celé křesťanství staví do centra své pozornosti pozitivní důsledky utrpení Ježíše jako otevření cesty k novému životu. Po celém světě po staletí probíhají války a lokální konflikty, kdy jsou lidé pronásledováni kvůli odlišnostem. Zároveň se ukazuje, že jedinci, kteří čelili těžkým zkouškám osudu, mohou za určitých podmínek vyjít z krizí

posílení. Přesvědčení o pozitivních důsledcích traumat je historicky přítomno i v řadě přísloví, úsloví a lidových moudrostí, které se předávají z generace na generaci. Například *Všechno zlé je k něčemu dobré; Čím hůře, tím lépe; Čas zhojí všechny rány nebo Co tě nezabije, to tě posílí* (Calhoun & Tedeschi, 1999; Mareš, 2012; Preiss, 2009).

Kromě termínu posttraumatický rozvoj se používají i další pojmy, například *rozvoj spojený se stresem* nebo *pozitivní psychologická změna*. Tedeschi & Calhoun (2004) považují svůj termín za nejpřiléhavější pro vystižení podstaty fenoménu. Do češtiny je pojem Posttraumatic Growth někdy překládán také jako *posttraumatický růst*. Mareš (2012) doporučuje užívat termín *rozvoj*, protože růst podle něj implikuje kvantitativní změnu v životě jedince, zatímco podstatou rozvoje je změna kvalitativní.

## 4.2 Dimenze posttraumatického rozvoje

Posttraumatickým rozvojem se zabývá mnoho autorů, kteří mají rozdílný pohled na mechanismus vzniku rozvoje i na oblasti, ve kterých se změna může projevit. Existuje několik modelů posttraumatického rozvoje, které Mareš (2012) shrnuje následovně:

- **Model Tedeschiho a Calhouna.** Posttraumatický rozvoj je definován jako trvalá změna, při níž se jedinec dostává na vyšší úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života než v době před událostí. Souběžně s rozvojem může jedinec prožívat i zbytky posttraumatického stresu, který byl vyvolán událostí. Posttraumatický rozvoj se může projevit v pěti dimenzích (viz níže).
- **Model Janoff-Bullmanové.** Jedinec dosáhne vlivem posttraumatického rozvoje změny ve třech oblastech: získá vnitřní sílu a vyšší odolnost; provede existenciální přehodnocení života a získá psychologickou připravenost na budoucí negativní události, kterými je na základě zkušenosti méně traumatizován.
- **Dvousložkový model Maeckera a Zöllnerové.** Autoři předpokládají, že posttraumatický rozvoj navozený stresem má dvě podoby. První je *konstruktivní* a jedinci přináší sebepřesah a benefity. Druhá je *sebeobelhávající*, kdy jedinec dospěje k určité pozitivní iluzi. Druhá podoba nemusí být nutně dysfunkční, protože může přinést smíření se sebou samým a tlumit negativní dopady traumatu.
- **Model Josepha a Linleye.** Jedinec během krize prožívá určité emoční stavy a snaží se událost zvládnout. Průběžně kognitivně hodnotí, jak se mu to podařilo.

Hodnocení probíhá dvojnásobným způsobem: *asimilací*, kdy jedinec negativní zážitek zapracuje do již existujícího modelu světa anebo *akomodací*, kdy jedinec dosavadní model světa přebuduje s ohledem na nové skutečnosti. Akomodace může jedinci přinést pozitivní nebo negativní změnu představ o světě.

V dalších částech této diplomové práce bude odkazováno na pojetí posttraumatického rozvoje podle Tedeschiho a Calhouna, které je nejznámější. Jak již bylo zmíněno, Tedeschi & Calhoun (1996) jsou autory Dotazníku posttraumatického rozvoje (PTGI), který obsahuje 21 položek a měří posttraumatický rozvoj v **pěti dimenzích**: Nové možnosti, Vztahy s druhými, Osobní růst, Spirituální změna a Ocenění života. Dotazník zjišťuje, jak lidé s časovým odstupem od krizové události subjektivně hodnotí pozitivní změny dosažené v daných oblastech. Ženy mají tendenci dosahovat vyššího posttraumatického rozvoje než muži. Vyšší skóre v PTGI byl také naměřen u respondentů po traumatických zážitcích v porovnání s těmi, kteří trauma nebo krizi neprožili.

Přehledová studie provedená Ramos & Leal (2013) upřesňuje pět výše zmíněných dimenzí posttraumatického rozvoje následovně:

- **Nové možnosti.** Jedinec objeví nové životní cesty a příležitosti, které před traumatem neexistovaly nebo o nich neuvažoval. Jedinec nyní vnímá, že mu život nabízí mnohem více než před událostí.
- **Vztahy s druhými.** Během krize jedinec hledá podporu například u rodiny a přátel. Důsledkem může být prožitek hlubšího emocionálního propojení s druhými. Během události člověk může navázat i zcela nové vztahy, například s těmi, kteří podobnou událost prožili nebo prožívají. Zrovna tak může dojít k přehodnocení dosavadních vztahů, kdy jsou některé rozpoznány jako nevyhovující a ukončeny.
- **Osobní růst.** Jedinec zjišťuje, že z krize vychází posílen. Cítí se vybavenější čelit budoucím životním výzvám a těžkostem. Subjektivně vnímá, že mu událost přinesla více dovedností a osobní síly. Souběžně s tím si však uvědomuje svou zranitelnost danou negativními dopady traumatické události.
- **Spirituální změna.** V průběhu krize si jedinec klade řadu přesahových otázek, například pátrá po smyslu. Víra může působit i jako copingová strategie a po odeznění zátěže se jedinec může k víře ještě více přimknout. Také nevěřící mohou dosáhnout rozvoje v duchovní oblasti, kdy začnou své bytí prožívat jinak.

- **Ocenění života.** Vlivem traumatické události jedinec zjišťuje, že nemůže předvídat a kontrolovat vše, co v životě přichází. Je konfrontován s vlastní zranitelností. Změní tedy dosavadní pohled na to, co je v životě důležité, přehodnotí priority a začne si života více vážit. Například oceňuje i maličkosti, které předtím považoval za samozřejmé nebo nedůležité.

Preiss (2009) upozorňuje, že dotazník PTGI by měl být vyplňován s určitým časovým odstupem od události. V některých oblastech může trvat déle, než si jedinec změnu uvědomí. Respondenti často zaznamenají rozvoj jen v některých dimenzích a jen vzácně ve všech najednou ve stejný čas. Je také otázkou, zda je posttraumatický rozvoj v tomto pojetí umožněn jak v případě lehčích, tak v případě těžších traumat. U lehčích traumat jedinec může subjektivně zhodnotit, v jaké oblasti pociťuje změnu v porovnání s dobou před událostí. U případů těžkých traumat, které se přenášejí přes generace a vytvářejí specifické vzorce chování souvisejících s traumatem, může být měření pozitivních důsledků spekulativní. Stejného názoru je i Joseph (2017), podle kterého lidé po traumatických událostech nepochybně zažívají rozvoj, ale jejich výpověď nemusí být zcela přesná ve vybavování, v jaké oblasti se skutečně změnili. Platí to zejména u lidí, kteří zažili vysokou míru stresu a nepohody.

PTGI podle Josepha (2017) není ideální metodou pro měření posttraumatického rozvoje z několika důvodů. Jedinec musí subjektivně posoudit nejen svůj stav po traumatu, ale také před ním a musí uvažovat o rozdílu. Někteří respondenti mohou vnímané změny nadhodnocovat a mít tendenci tvrdit, že se změnili více, než odpovídá skutečnosti. Motivací může být snaha vypadat lépe sami před sebou nebo před ostatními. Jiní respondenti mohou rozvoj naopak podhodnocovat, protože jim připadá nepatřičné uvažovat o pozitivních důsledcích traumatu. Dalším problémem je, že pokud jedinec dotazník vyplňuje s delším časovým odstupem od události, k rozvoji mohly během té doby přispět i další faktory. Jako vhodnější se tedy jeví metody pracující s otevřenými otázkami.



## 4.3 Faktory posttraumatického rozvoje

Posttraumatický rozvoj je syčen množstvím faktorů. Pojdme se blíže podívat, jak jsou některé z nich uvedeny v literatuře i ve výzkumech.

### 4.3.1 Osobnost před traumatem

Pro pozdější vyrovnávání se s traumatem jsou důležité charakteristiky jedince „Já“ – sebepojetí, sebedůvěra, sebekontrola a odolnost (resilience). Odolní jedinci se vyrovnávají s traumatem jinak – zažijí jen krátké období emočního vychýlení a relativně rychle se vrací zpět k normálu. Méně odolné jedince trauma zasáhne hlouběji a vyrovnávají se s ním déle. Odolnost můžeme chápat nejen jako osobnostní charakteristiku, která byla přítomna ještě před událostí, také jako důsledek procesu, kdy se jedinec adaptivně vyrovnal se zátěží (Mareš, 2012).

V několika studiích byl nalezen pozitivní vztah mezi posttraumatickým rozvojem a čtyřmi dimenzemi inventáře NEO-FFI: *extraverzí, otevřeností vůči zkušenostem, přívětivostí a svědomitostí*. U poslední dimenze, *neuroticismu*, byla nalezena negativní korelace. Vyššího posttraumatického rozvoje dosahují také lidé s optimistickým naladěním. Optimisté jsou zřejmě lépe schopni zaměřit pozornost na vyhledání podpůrných zdrojů a dokáží přestat nahlížet na událost tak, že je nepřekonatelná a nevyřešitelná (Linley & Joseph, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004).

### 4.3.2 Doba uplynulá od události

Vždy nějakou dobu trvá, než jedinec událost zpracuje a dojde u něj k posttraumatickému rozvoji. Mnoho studií prokázalo, že čím delší doba uplynula, k tím výraznějšímu rozvoji došlo. Období, které lze považovat za spolehlivý bod, od kdy lze o posttraumatickém rozvoji uvažovat, se liší podle druhu traumatu. Časové rozmezí je pak poměrně široké: od několika měsíců po 3 roky (Linley & Joseph, 2004).

Danhauer et al. (2014) měřili posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu prostřednictvím dotazníku PTGI ve čtyřech časových úsecích. Nejvyššího rozvoje dosáhly ženy, které byly 18–24 měsíců po diagnóze. Určitá míra rozvoje se však projevila už v průběhu prvních šesti měsíců. Největší zlepšení v dosaženém skóre bylo zaznamenáno

mezi prvním a druhým měřením, které se uskutečnilo v průběhu prvního roku po sdělení diagnózy. V tomto období už pravděpodobně většina respondentek absolvovala hlavní část léčby (operaci, chemoterapie), a mohly tak zaznamenat pozitivní změnu. K podobným závěrům dospěli i Manne et al. (2004), kteří nejvyšší hodnoty posttraumatického rozvoje naměřili u žen, které byly nejméně 18 měsíců po sdělení diagnózy rakoviny prsu.

#### 4.3.3 Distres

Traumatický zážitek je zdrojem distresu, který jedinec postupně zpracovává. Lidé, u kterých byl zjištěn posttraumatický rozvoj, typicky stále prožívají i určitou míru posttraumatického stresu, byť v menší intenzitě než na začátku. I když se u nich projevily pozitivní změny, stále si uchovávají vzpomínky na událost a mohou pociťovat různé obavy. Posttraumatický rozvoj a stres tedy vedle sebe existují souběžně (Joseph, 2017).

Při zátěži je jedinec konfrontován s vlastní zranitelností a ztrátou kontroly nad svým životem. Několik studií prokázalo, že lidé, kteří dosáhli vyšších hodnot posttraumatického rozvoje, pociťují méně úzkosti a distresu (Ramos & Leal, 2013). Posttraumatický rozvoj tedy jedinci umožňuje například vnímat smysl krize, čímž zmírňuje její negativní dopady. Určitá míra distresu je však stále přítomna (Tedeschi & Calhoun, 2004).

#### 4.3.4 Kognitivní zpracování

Traumatická událost vyvolává především silné emoce. Rozumové zhodnocení se objevuje až s určitým časovým odstupem. Zpočátku mohou mít kognitivní procesy podobu *vtíravých myšlenek*, kdy se jedinec znovu vrací k prožitému traumatu. Uvědomuje si, že něco skončilo, že se mu změnil nebo dokonce zhroutil svět. Později nastupuje *opětovné promýšlení*, kdy už je jedinec klidnější. Snaží se na událost podívat z různých hledisek a zjistit, co se vlastně stalo. Toto promýšlení už není spojeno se skličujícími pocity, ale člověk se pokouší ozdravit svůj pohled na svět a mobilizovat síly. Oba tyto kognitivní styly lze shrnout pod termín *ruminace* (Mareš, 2012).

Podle závěrů řady studií jsou oba typy ruminace spojeny s posttraumatickým rozvojem. Opakované zhodnocování a promýšlení události časem vede k nalezení benefitů a nových příležitostí, které jedinec může zahrnout do svého života (Ramos & Leal, 2013).

#### 4.3.5 Copingové strategie

Jak bylo podrobněji popsáno v podkapitole 3.3.3., s posttraumatickým rozvojem pozitivně koreluje zvládání zaměřené na problém i zvládání zaměřené na emoce. Copingová strategie spojená s vyhýbáním naopak k rozvoji nesměřuje (Linley & Joseph, 2004).

#### 4.3.6 Sociální opora

Sociální opora může podpořit posttraumatický růst jedince. Blízcí lidé mu umožňují o události mluvit a sdílet své obavy, což napomáhá emočnímu i kognitivnímu propracování (Tedeschi & Calhoun, 2004). Součástí konceptu posttraumatického rozvoje je i vztahová dimenze, kdy jedinec následkem události může své vztahy prožívat jako bližší a kvalitnější. K tomuto výsledku napomáhá právě dobrá zkušenost se sociálním okolím v průběhu zpracování traumatu (Ramos & Leal, 2013).

Pacientkám s rakovinou prsu k rozvoji pomáhá, pokud se v průběhu léčby mohou obrátit na ženu se stejnou zkušeností. Vztah mezi tímto typem sociální opory a posttraumatickým rozvojem prokázala například Weiss (2004).

#### 4.3.7 Sociodemografické ukazatele

Ženy mají tendenci dosahovat vyššího posttraumatického rozvoje než muži. Posttraumatický rozvoj je také pravděpodobnější u mladších jedinců, například u diagnóz chronické nemoci. Mladší jedinci se dokáží na omezení snáze adaptovat a směřovat k posttraumatickému růstu. Vyšší hodnoty rozvoje jsou spojeny také s vyšším vzděláním a vyšším socioekonomickým statusem (Linley & Joseph, 2004).

Andysz, Najder, Merecz-Kot, & Wójcik (2015) zjistili negativní korelaci mezi věkem žen po rakovině prsu a posttraumatickým rozvojem. K tomuto závěru jsem došla i ve své bakalářské práci, kdy vyššího skóru v PTGI dosáhly mladší ženy (Kutarňová, 2018).

## 5 Výzkumy posttraumatického rozvoje

V podkapitole 2.3 bylo citováno mnoho výzkumů, které zkoumaly psychosociální aspekty rakoviny prsu. Jejich souhrn ukázal, že tato nemoc má široký dopad do všech sfér života. Reflexe výzkumů nastínila konkrétní témata a oblasti, se kterými se ženy v průběhu léčby i po jejím ukončení potýkají. Následující kapitola, která zároveň uzavírá teoretickou část této diplomové práce, je věnována aktuálním výzkumům, které se specificky zabývaly **posttraumatickým rozvojem žen po rakovině prsu.**

### 5.1 Kvantitativní výzkumy

Hamama-Raz, Pat-Horenczyk, Roziner, Perry, & Stemmer (2019) si položili zajímavou otázku: *Vede posttraumatický rozvoj dosažený po vyléčení z rakoviny prsu k posílení pozitivních copingových strategií, nebo jsou to naopak pozitivní copingové strategie, které po léčbě vedou k vyšším hodnotám posttraumatického rozvoje?* Do longitudinální studie bylo zařazeno 198 žen (průměrný věk 51,8 let), které se měření zúčastnily celkem pětkrát, a to v období 3 měsíce až 7 let po ukončení léčby. Výzkumníci došli k závěru, že realitě odpovídá spíše první část otázky, tedy že dosažený posttraumatický rozvoj upevňuje pozitivní copingový styl, pro který je typické například *přijetí, pozitivní přerámování* nebo *zaměření na plány do budoucna*. Nejsilnější vztah mezi posttraumatickým rozvojem a pozitivním copingem byl naměřen po dvou letech od vyléčení. Sedm let od ukončení léčby už korelace nalezena nebyla, což je možné vysvětlit tím, že po takové době už byla zkušenost s rakovinou zpracována.

Vztahem mezi copingovými strategiemi a posttraumatickým rozvojem se zabýval i výzkum Lisica, Kolenović-Đapo, Džubur, Abdulahović, & Ejubović (2019), do kterého bylo zapojeno 100 žen (průměrný věk 55 let) po rakovině prsu. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak faktory *proaktivní coping, sebevědomí* a *optimismus* souvisejí s posttraumatickým rozvojem. Bylo zjištěno, že zmíněné faktory se váží zejména ke třem konkrétním dimenzím posttraumatického rozvoje: *novým možnostem, osobnímu růstu a ocenění života*. Byl také nalezen vztah mezi *optimismem* a *proaktivním copingem* a dimenzí *vztahy s druhými*. Zmíněné tři faktory celkově vysvětlily 20,4 % rozptylu sdíleného s posttraumatickým rozvojem. Výzkumníci výsledky interpretovali tak, že optimistické ženy s vyšším

sebevědomím, které jsou zvyklé aktivně čelit problémům, dokáží ke zkušenosti s rakovinou prsu přistoupit jako k příležitosti změnit dosavadní pohled na svět, revidovat životní priority, zaměřit se na nové možnosti a posílit vlastní kompetence.

Znamená to tedy, že depresivní ženy po rakovině prsu nemohou dosáhnout posttraumatického rozvoje? Podle závěrů výzkumu Romeo et al. (2019) to do jisté míry platí. Je však třeba rozlišovat, v jaké fázi se depresivní nálada objevuje. Do výzkumu bylo zahrnuto 147 žen (průměrný věk 54 let), u kterých byly měřeny depresivní symptomy krátce po sdělení diagnózy a dva roky poté. Respondentky byly rozděleny do čtyř skupin podle toho, jak depresivní symptomy prožívaly: *nikdy v depresi, již bez deprese, stále v depresi a aktuálně v depresi*. Bylo zjištěno, že skupina *již bez deprese* dosáhla statisticky významně vyššího skóru v dotazníku PTGI než ostatní skupiny. Jednalo se o ženy, u kterých se po sdělení diagnózy projevily depresivní symptomy, ale jednalo se pouze o ojedinělou epizodu související s reakcí na prožívaný stres. Následně respondentky zkušenost zpracovaly a dosáhly posttraumatického rozvoje. V této souvislosti tedy depresivní ladění může být prediktorem pozdějšího rozvoje. Naopak pokud respondentka měla zkušenost s depresí ještě před onemocněním, anebo pokud u ní depresivní symptomy přetrvávaly i dva roky po sdělení diagnózy, jednalo se podle závěrů výzkumu o překážku v dosažení posttraumatického rozvoje.

## 5.2 Kvalitativní výzkumy

Výzkum Fallah, Keshmir, Kashani, & Azargashb (2012) zkoumal posttraumatický rozvoj v souboru 23 íránských žen (ve věku 34–61 let) se zkušeností s rakovinou prsu. Zvolenou metodou analýzy dat byla interpretativní fenomenologická analýza. Respondentky dosáhly největšího rozvoje v dimenzích *spiritualita, ocenění života a osobní rozvoj*. Většina respondentek dosáhla vlivem zkušenosti rozvoje v duchovní oblasti. Spiritualita se projevovala zejména příklonem k víře a hledáním smyslu utrpení, což respondentkám pomáhalo vyrovnávat se s následky léčby. Mnoho žen uvedlo, že zkušenost s nemocí jejich víru ještě posílila. Přihlédnout však musíme ke kulturnímu kontextu, protože v Íránu je víra v Boha obecně prožívána intenzivněji než ve většině evropských zemích. Pozitivní změna v oblasti osobního rozvoje měla podobu větší sebedůvěry, vyšší odolnosti a lepší schopnosti čelit problémům. Respondentky vlivem zkušenosti zjistily, že jsou silnější, než si o sobě před

onemocněním myslely. Třetí pozitivní změnou byla pro mnoho respondentek změna pohledu na život jako takový, kdy po vyléčení dokázaly lépe vnímat jeho krásu i možnosti, které nabízí. Mnoho žen také změnilo dosavadní životní styl, kdy zapojily fyzickou aktivitu a snažily se vyvarovat stresu.

Studie Tsuchiya, Horn, & Ingham (2013) provedená mezi japonskými ženami po ukončené léčbě rakoviny prsu měla za cíl zmapovat pozitivní změny, kterých respondentky po zpracování traumatu dosáhly. Výzkumný soubor tvořilo 10 žen ve věku 39–69 let, z nichž osm podstoupilo mastektomii prsu. Respondentky byly v průměru pět let od ukončení léčby. Analýza rozhovorů zjistila sedm společných témat:

- *Změna postoje k životu.* Některé aspekty života se změnily, když se ženy ocitly v ohrožení života kvůli vážné diagnóze. Uvědomily si, že život je křehký, často nepředvídatelný a je potřeba naučit se s tímto vědomím žít.
- *Posílení vztahů s rodinou a přáteli.* Zkušenost s rakovinou prsu znamenala příležitost přehodnotit některé vztahy. Většina participantek uvedla, že jejich rodinné a přátelské vztahy jsou vlivem zkušenosti pevnější.
- *Ocenění života.* Ženy cítily vděk za podporu ze strany rodiny, které se jim během léčby dostalo, protože díky tomu překonaly nejhorší chvíle. Některé participantky pak uvedly, že nyní dokáží mnohem více ocenit krásu přírody.
- *Osobní rozvoj.* Zejména respondentky, které onemocněly před pěti a více lety, si vlivem zkušenosti uvědomily, jak po osobnostní stránce vyrostly, například ohledně sebevědomí. Zlepšila se také jejich schopnost empatie vůči druhým.
- *Budoucí perspektivy.* Většina respondentek se po vyléčení začala zabývat plánováním budoucnosti a vyhledáváním nových možností, například v kariéře.
- *Edukace přátel.* Zvýšená empatie se u některých respondentek projevila tím, že začaly působit na své kamarádky a známé, aby se také nechaly preventivně vyšetřit na rakovinu prsu.
- *Změna životního stylu.* Respondentky se začaly vlivem zkušenosti více starat o své tělo, začaly zdravěji jíst a pravidelně cvičit. Cílem opatření bylo zvýšit odolnost organismu a zabránit možnému návratu nemoci.

Kvalitativní studie Van Ee et al. (2019) se zaměřila na to, jak zkušenost s rakovinou prsu prožívají ženy starší 70 let. Výzkumný soubor tvořilo 21 nizozemských žen. Výsledky

naznačují, že starší ženy jsou schopny se s rakovinou prsu dobře vyrovnat. Zvládání jim ztěžují zejména vedlejší účinky léčby, které jsou ve vyšším věku prožívány intenzivněji. Na základě polostrukturovaných rozhovorů byla nalezena čtyři společná témata:

- *Prožívání a zvládání emocí.* Ženy mluvily především o zkušenostech z nemocnice a s léčbou. Zmiňovaly, že v průběhu léčby nebo po ní zažívaly určitý diskomfort, daný například vedlejšími účinky léků. Reakce a coping respondentek byly velmi pestré. Některé ženy se snažily zachovat si pozitivní mysl, jiné propadaly strachu a úzkosti. Zvládání nemoci bylo zvláště těžké pro osaměle žijící ženy.
- *Získávání informací.* Většina respondentek neměla před léčbou téměř žádné informace o rakovině prsu. Pro některé bylo šokující, že se s takovou diagnózou ve svém věku vůbec setkaly. Většina respondentek byla spokojená se zdravotnickou péčí, zejména ze strany onkologických sester.
- *Zkušenost s podporou.* Ženy oceňovaly podporu od lékařů a dalších zdravotníků. Mnoho žen získalo podporu ze strany své rodiny, zejména dospělých dětí. Respondentky však pociťovaly, že možnosti popovídat si o svých emocích jsou limitované. Některé ženy nechtěly o své zkušenosti s nemocí s nikým mluvit.
- *Dopad na běžný život.* Většina žen zmiňovala nutnost cestovat pravidelně do nemocnice, což znamenalo zapojit i zbytek rodiny. Některé ženy využily podpůrných služeb, jako je třeba speciální medicínské taxi. Většina respondentek se snažila pokračovat v běžném životě, pokud to okolnosti umožnily. Mnoho žen se na základě zkušenosti více věnovalo fyzické aktivitě a aktivnímu životnímu stylu.

## 6 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky

Posttraumatický rozvoj žen po rakovině prsu je častým předmětem zájmu výzkumníků. V řadě případů je zvolena kvantitativní metodologie, kdy je rozvoj měřen na velkých souborech za použití dotazníku PTGI. Mnoho těchto výzkumů přináší zajímavé výsledky, protože se snaží hledat vztah mezi posttraumatickým rozvojem a různými faktory. Například *věkem* (Andysz et al., 2015; Manne et al., 2004), *časovým odstupem od diagnózy* (Danhauer et al., 2014) *sociální oporou* (McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2014; Weiss, 2004), *copingovými strategiemi* (Hamama-Raz et al., 2019) nebo *optimistickým* či naopak *depresivním naladěním* v průběhu léčby (Lisica et al., 2019; Romeo et al., 2019).

PTGI měří posttraumatický rozvoj v pěti dimenzích: *vztahy s druhými, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života*. Dokáže tedy zmapovat, v jakých oblastech respondent pociťuje případné pozitivní změny v porovnání s obdobím před událostí (Tedeschi & Calhoun, 1996). I při rozšíření o další faktory se však stále jedná o redukovanou informaci. Například proto, že uvědomění rozvoje může v některých dimenzích trvat déle. Respondenti také typicky zaznamenají rozvoj jen v některých oblastech, ale jen vzácně ve všech najednou ve stejný čas (Preiss, 2009).

Posttraumatickým rozvojem žen po rakovině prsu jsem se zabývala již ve své bakalářské práci (Kutarňová, 2018), kdy výzkumný soubor tvořilo 87 respondentek nacházejících se nejméně rok po sdělení diagnózy. Zvolenou metodou byl dotazník PTGI. Průměrné skóre dosažené v PTGI bylo v rámci souboru 63,68 (SD: 20,32), což odpovídalo výsledkům jiných výzkumů podobného typu. Analýza zjistila statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem respondentky v okamžiku sdělení diagnózy a pozdějším posttraumatickým rozvojem. Toto zjištění jsem interpretovala tak, že v čím mladším věku žena onemocní, tím vyššího rozvoje v budoucnu dosáhne.

Nejistila jsem však nic o tom, jaké faktory nebo události k posttraumatickému rozvoji přispěly, ani jak zpracování traumatu probíhalo. V rámci magisterské diplomové práce jsem se proto rozhodla v tématu pokračovat a zabývat se jím do více hloubky. Rozhodla jsem se pro kvalitativní design, jehož výhodou je idiografický přístup. **Cílem práce je tedy prozkoumat zkušenost žen s rakovinou prsu, konkrétně s průběhem zpracování traumatu** (diagnóza, léčba, širší psychosociální dopady, zvolené copingové strategie) a



**efektem zpracování traumatu** (kterým je v tomto kontextu chápán posttraumatický rozvoj). Na základě stanoveného cíle výzkumu byly formulovány dvě hlavní a pět dílčích výzkumných otázek:

**Hlavní výzkumné otázky:**

- Jakou zkušenost mají ženy po rakovině prsu s průběhem zpracování traumatu?
- Jakou zkušenost mají ženy po rakovině prsu s efektem zpracování traumatu?

**Dílčí výzkumné otázky:**

- Jaká byla zkušenost žen s podstoupenou léčbou?
- Jaké copingové strategie ženy zvolily?
- Jak nemoc a léčba zasáhla do dalších sfér jejich života?
- Jaké pozitivní zisky ženy zaznamenaly vlivem zkušenosti?
- V jaké dimenzi posttraumatického rozvoje je změna vnímána nejintenzivněji?

## 7 Metodologický rámec

### 7.1 Zvolená výzkumná strategie

Jako hlavní výzkumná strategie byl zvolen **kvalitativní přístup**. V psychologii je využíván pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů, které se nacházejí ve vnitřní nebo vnější realitě jedince (Miovský, 2006).

Kvalitativní výzkum je orientovaný holisticky. Člověk, skupina či událost jsou zkoumány v celé své šíři a ve všech možných rozměrech. Cílem je pochopit všechny tyto rozměry integrovaně, v jejich vzájemných souvislostech a návaznostech. Kvantitativní výzkum je naproti tomu reduktivní. Výzkumník stojí před mnohvrstevnatostí objektu, kterou není schopen zachytit ve všech podobách. Ke studiu proto vybírá jen některé aspekty. Tato zjištění mohou být přesnější, ale chybí jim kontext (Ferjenčík, 2010).

Hendl (2008) přirovnává práci kvalitativního výzkumníka k detektivní práci. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které přispívají k zodpovězení zvolených výzkumných otázek. Setkává se s lidmi přímo v terénu, kde se něco děje. Sběr dat je rozložen do delšího časového období, výzkumný proces má tedy longitudinální charakter. Analýza a sběr dat probíhají současně – výzkumník sesbírá data, provede analýzu a na základě výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a analýzou. I z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum považován za emergentní (pružný) typ výzkumu. Kvalitativní výzkum pracuje s menšími soubory, výsledky proto obvykle nelze zobecnit. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je také obtížně replikovatelný.

Miovský (2006) uvádí několik klíčových charakteristik kvalitativního výzkumu:

- **Jedinečnost a neopakovatelnost.** Kvalitativní výzkum je idiografický. Zkoumá fenomény, které jsou jedinečné, neopakovatelné, a které lidé mohou vnímat rozdílně.
- **Kontextuálnost.** V psychologii nalezneme jen málo pravidel s obecnou platností. Mnoho psychologických fenoménů je tedy vázáno jen na určitý kontext, například na uspořádání určitých osobnostních vlastností.

- **Procesuálnost a dynamika.** Každý fenomén určitým způsobem vznikl, rozvíjí se a zaniká. Prostřednictvím dynamiky zkoumáme, jaké faktory mají na proces vliv a jaké kvality tyto jevy nabývají.
- **Historičnost.** Souvisí s kontextuálností. Vznik, rozvoj a zánik každého jevu v psychologii je vázán především kontextem.
- **Reflexivita.** Při využití kvalitativního přístupu se výzkumník přímo či nepřímo podílí na procesech, jež zkoumá. Určitým způsobem je ovlivňuje a sám je jimi ovlivňován.

## 7.2 Metoda získávání a analýzy dat

### 7.2.1 Příprava a sběr dat

Pro získávání dat byla zvolena metoda **polostrukturovaného rozhovoru**, která je nejrozšířenější podobou metody rozhovoru, protože dokáže vyvážit nevýhody nestrukturovaných a plně strukturovaných interview. Výzkumník si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné. Zpravidla se jedná o okruhy otázek, které budou respondentům položeny. Je možné měnit pořadí okruhů podle toho, jak se rozhovor vyvíjí, což zajišťuje maximální výtěžnost interview (Miovský, 2006).

Při plánování obsahu rozhovoru je vhodné stanovit si typ otázek, které mají být probrány. Hendl (2008) doporučuje do schématu zařadit otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování, otázky vztahující se k názorům, pocitům a vnímání a otázky demografické a kontextové. Vhodné je klást otevřené otázky, které participantovi umožňují rozvinout odpověď volným způsobem. Skutečná otevřená otázka nepředpokládá, jakou dimenzi pocitů nebo myšlení bude respondent považovat za důležitou, ale umožňuje mu zvolit si z několika variant dimenzí. Otázka tedy může znít například: „*Jaký je váš názor na tuto činnost?*“ Nebo: „*Jak se cítíte při této činnosti?*“

Polostrukturované rozhovory s respondentkami probíhaly v lednu až březnu 2020 a byly s jejich ústním souhlasem nahrávány na diktafon. Délka rozhovorů byla různá a pohybovala se v rozmezí 1–2 hodin. Všechny účastnice výzkumu odpovídaly otevřeně a se zájmem. Seznam zvolených okruhů otázek uvádím v seznamu příloh.

## 7.2.2 Zpracování a vyhodnocení dat

Rozhovory s respondentkami byly přepsány do textové podoby. Následně byla data zpracována v programu Atlas.ti, který slouží pro kvalitativní analýzu. Zvolenou metodou vyhodnocení dat byla **interpretativní fenomenologická analýza (IPA)**.

IPA umožňuje porozumět individuální zkušenosti člověka s určitým fenoménem a detailně prozkoumat proces, jakým k utvoření zkušenosti došlo. Cílem je porozumět zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam své zkušenosti přisuzuje. Teoretická pozice IPA je zakotvena ve třech zdrojích: *fenomenologii*, *hermeneutice* a *idiografickém přístupu*. Výzkumník prozkoumává individuální zkušenost člověka z jeho perspektivy a následně se jí snaží interpretovat. Výzkumník si je vědom, že v procesu interpretace hraje roli i jeho osobní zkušenost, postoje, přesvědčení a interakce mezi ním a respondentem. Tyto vstupy ze strany výzkumníka nejsou v rámci IPA vnímány jako nežádoucí. Naopak jsou nezbytné pro to, aby bylo možné zformulovat, jaký význam pro účastníka jeho zkušenost má (Čermák & Koutná Kostínková, 2013).

Jedná se tedy o dynamický proces, ve kterém výzkumník zastává aktivní roli. Analýza je v rámci IPA spojena s termínem *dvojitá hermeneutika*. Nejprve je to respondent, kdo přiřazuje určitý význam své žité zkušenosti, a poté se výzkumník snaží tento význam dekodovat. Jinými slovy, výzkumník se snaží porozumět, jak se zkušenost nebo událost jeví z perspektivy účastníka (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Čermák & Koutná Kostínková (2013) doporučují šest kroků analýzy dat:

- **Čtení a opakované čtení.** Cílem je vzbudit aktivní zájem výzkumníka o data. Kromě opakovaného čtení je vhodný i opakovaný poslech nahrávky. V rámci analýzy byla následována obě tato doporučení.
- **Počáteční poznámky a komentáře.** Výzkumník by neměl apriori zavrhnout žádné části textu, aby mohl zachytit vše, co je v rámci fenoménu důležité. V této části analýzy byly vytvářeny doporučené typy komentářů – deskriptivní, lingvistické a konceptuální.
- **Rozvíjení vznikajících témat.** V této fázi výzkumník pracuje více se svými poznámkami než s původním přepisem textu, organizuje je a interpretuje. Cílem je přetvořit poznámky do výstižných témat, která zachytí esenci respondentovy

zkušenosti. V souladu s doporučením Miovského (2006) bylo v této fázi analýzy přistoupeno k *otevřenému kódování*, kdy byly porovnávány a tříděny významové jednotky a zjišťováno, zda náleží nebo nenáleží k jinému jevu. V této fázi zatím nebylo uvažováno o nadřazených kategoriích kódů.

- **Hledání souvislosti napříč tématy.** Výzkumník propojuje zformulovaná témata a mapuje, jakým způsobem se k sobě vztahují. Některá témata je možné vyloučit, pokud se nevztahují k výzkumné otázce. V rámci analýzy bylo sebráno 459 kódů, které byly následně sdruženy do tematických kategorií podle podobnosti témat.
- **Analýza dalšího případu.** Výzkumník předchozí případ ukončuje a přistupuje k dalšímu. V této fázi analýzy byly odstraněny předchozí vztahy mezi kódy.
- **Hledání vzorců napříč případy.** Dochází k propojení jednotlivých analýz. Je zjišťováno, jak spolu zkušenosti jednotlivých respondentů souvisí. V této fázi byla využita *metoda prostého výčtu*, kterou Miovský (2006) popisuje jako sledování frekvence a intenzity výskytu daného jevu, kdy zjistíme významnost jeho přítomnosti napříč celým datovým souborem.

### 7.2.3 Etické hledisko výzkumu

Všechny respondentky byly předem informovány o předmětu a cílech výzkumu. Okruhy otázek k polostrukturovanému rozhovoru jim byly zaslány dopředu, aby se mohly rozhodnout, zda chtějí na takto zaměřeném výzkumu participovat. Všem respondentkám bylo v případových studiích v rámci ochrany jejich soukromí vymyšleno fiktivní křestní jméno a záměrně není upřesněno, z jakého regionu pocházejí. Respondentky udělovaly souhlas se zapojením do výzkumu a s pořízením nahrávky ústně, a mohly jej kdykoliv odvolat. Byly ujištěny, že zjištěná data budou sloužit pouze pro výzkum v rámci této diplomové práce a nebudou využita jiným způsobem. Účast ve výzkumu nebyla spojena s finančním honorářem ani jiným typem odměny.

## 7.3 Výzkumný soubor

### 7.3.1 Způsob výběru souboru

Výzkumný soubor byl získán prostřednictvím **účelového výběru**, kdy jsou cíleně vyhledáváni účastníci, kteří splňují zvolená kritéria a jsou ochotni se do výzkumu zapojit. Tento způsob výběru se uplatňuje zejména tehdy, kdy není sestavován příliš velký výběrový soubor (Miovský, 2006). Účelový výběr je vhodnou volbou v situaci, kdy není možné provést pravděpodobnostní výběr. Závěry výzkumu na základě účelového výběru mohou být užitečné, ale zobecnění výsledků má své limity (Disman, 2002).

Respondentky byly pro výzkum získávány dvěma způsoby. Byly osloveny patientské organizace (konkrétně *Bellis Young & Cancer*, *ALEN – ženy s rakovinou prsu* a *Klub ŽAP – ženy s nádorovým onemocněním*). S jejich laskavou pomocí byly získány dvě respondentky. Zbývající participantky byly získány na základě dotazování v okolí autorky této práce.

### 7.3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět žen mezi 34–66 lety, které se vyléčily z rakoviny prsu a od sdělení diagnózy uplynulo nejméně 18 měsíců. Čermák & Koutná Kostínková (2013) doporučují pro výzkum v rámci diplomové práce s využitím metody IPA volit soubory o 3–6 účastnících. Výběrovým kritériem bylo, aby ženy byly nejméně 18 měsíců od sdělení diagnózy. Tento časový odstup byl zvolen na základě výzkumů, které zjistily nejvyšší hodnoty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu v období 18–24 měsíců po sdělení diagnózy (Danhauer et al., 2014; Manne et al., 2004). Nebyla stanovena horní hranice doby, která musela uplynout od sdělení diagnózy. Riziko rakoviny prsu významně stoupá po padesátém roce, ale tato diagnóza se nevyhýbá ani mladším ženám (Abrahámová, 2009; Metelková et al., 2017). Z tohoto důvodu nebyla stanovena spodní ani horní věková hranice pro zařazení do výzkumu. Rakovina prsu je z hlediska etiologie i průběhu velmi různorodé onemocnění, které se v průběhu života může objevit i opakovaně. Nositelky genetické mutace BRCA1/BRCA2 jsou kromě karcinomu prsu ohroženy i rakovinou vaječníků a dalších ženských orgánů (Abrahámová, 2009; Prausová, 2010). Ve výzkumném souboru se nacházejí dvě respondentky, které mají s nemocí opakovanou zkušenost.

### 7.3.3 Popis výzkumného souboru

Pro lepší přehlednost uvádím popis výzkumného souboru v následující tabulce, včetně základních anamnestických a sociodemografických charakteristik.

**Tabulka 1 Popis výzkumného souboru**

<b>Respondentka</b>	<b>Věk</b>	<b>Doba od diagnózy</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Podstoupená léčba</b>	<b>Rodinný stav</b>
<b>Patricie</b>	34	23 měsíců	středoškolské	mastektomie, chemoterapie, hormonální léčba	vdaná, dvě děti
<b>Marcela</b>	66	8–26 let (opakovaná zkušenost s nemocí)	středoškolské	mastektomie, chemoterapie, hormonální léčba	rozvedená, jedno dítě
<b>Dana</b>	58	3–12 let (opakovaná zkušenost s nemocí)	vysokoškolské	parciální mastektomie, chemoterapie	vdaná, dvě děti
<b>Pavla</b>	53	22 měsíců	vysokoškolské	lumpektomie, chemoterapie, radioterapie	rozvedená, jedno dítě
<b>Regina</b>	38	3,5 roku	středoškolské	mastektomie, chemoterapie, hormonální a biologická léčba	svobodná, bezdětná

## 8 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu budou prezentovány třemi způsoby. Prvním jsou **případové studie**, které do hloubky reflektují zkušenost jednotlivých respondentek a v souladu se zvolenou metodou obsahují také interpretaci výzkumníka. Tuto formu prezentace dat doporučují Čermák & Koutná Kostínková (2013). V další části kapitoly budou uvedena a interpretována společná, tzv. **vynořující se témata**, která se vztahují k hlavním výzkumným otázkám. Bude zároveň provedena **reflexe dalších zjištění** s ohledem na dílčí výzkumné otázky.

### 8.1 Případové studie

#### Patricie

##### Osobní anamnéza

34 let, žije ve velkém městě s manželem a dvěma dětmi (3,5 roku a 19 měsíců). Má středoškolské vzdělání, pracuje v kanceláři. Karcinomem prsu onemocněla v březnu 2018 (bylo jí 32 let), kdy byla těhotná s druhým synem. Během léčby podstoupila mastektomii prsu, chemoterapii a hormonální léčbu. Na začátku roku 2019 jí byl z preventivních důvodů odstraněn druhý prs a vaječníky, protože je nositelkou genetické mutace BRCA2.

##### Podstatné aspekty zkušenosti

Ještě před onemocněním Patricie věděla, že se jí rakovina prsu může potenciálně týkat. Matka jejího otce zemřela na tuto diagnózu v mladém věku. Patricie chodila na kontrolní ultrazvuk, prevenci vynechala jen během těhotenství a kojení s prvním synem. Během kojení si všimla, že se jedno prso chová jinak, ale vysvětlovala si to slábnoucí laktací a předchozí hormonální léčbou užívanou na podporu početí. Tu zpětně vnímá jako jednu z možných **příčin vzniku nádoru**. („*Nemohla jsem otěhotnět, takže jsem užívala hormonální léčbu. A vybavuju si, jak jsem četla letáček toho léku, že zvyšuje riziko rakoviny prsu. To mi tehdy utkvělo v paměti a zpětně to vidím jako vykřičník, nad kterým jsem se pozastavila. Měli jsme to v rodině, plus jsem do sebe cpala ty hormony, abych otěhotněla.*“).

Bulku si nahmatala na podzim 2017, když byla podruhé těhotná. Gynekolog jí vystavil žádanku do mamocentra. Patricie se shodou okolností dostala na vyšetření mimo



obvyklý pořadník, což urychlilo začátek její léčby. Zpětně to vnímá jako **šťastný zásah osudu**. („*Jeden den jsem náhodou jela kolem mamocentra a říkám si: ‚No, tak se tam skočím objednat.‘ A byl to takový ten osud, protože mi řekli: ‚Zrovna nám vypadla paní, tak pojdte.‘ Protože normálně se na mamograf čeká x měsíců, že jo. Tak to už bylo takový první znamení. Takže mě prohlídli a nelíbilo se jim to, a dva dny jsem šla na biopsii.*“).

Na výsledky biopsie Patricie čekala týden. **Sdělení diagnózy** v mamocentru bylo traumatizujícím zážitkem kvůli necitlivému přístupu personálu. Její první obava se týkala probíhajícího těhotenství. („*Vešla jsem do ordinace a tam seděl nějaký saniták nebo nevím, kdo to byl. A řekl mi: ‚Mám pro vás špatnou zprávu, ten nádor je maligní.‘ V tu chvíli já byla zmatená – maligní, benigní, co to je. Takže říkám: ‚Jako já mám rakovinu?‘ A on: ‚Ano.‘ Rozbrečela jsem se a říkám: ‚Ale vždyť já jsem v sedmnáctém týdnu, co se jako bude dít, budu muset jít na potrat, nebo jak se to dělá?‘ On mi řekl: ‚Víte co, tomu já moc nerozumím, to vám řekne paní doktorka.‘ Pak po mně chtěl, abych si šla sednout zpátky do čekárny mezi ty další ženský. Takže mi vlastně mezi řečí sdělil: máte rakovinu a jděte si sednout do čekárny. Řekla jsem, že ani náhodou, že jdu hned k té paní doktorce.*“ Lékařka jí ale k diagnóze v podstatě nic neřekla. „*Doktorka mě nepozdravila, ani se na mě nepodívala. Sestra řekla: to zvládnete. A dala mi žádanku, abych si hned v pondělí došla do nemocnice. To byl veškerý přístup, jak mi sdělili diagnózu.*“).

V nemocnici všechno probíhalo velmi rychle. Přístup tamních lékařů během celé léčby Patricie velmi oceňuje. („*Oni to brali strašně vážně, jak jsem byla těhotná. Takže já jsem cítila, že opravdu mám péči a že jim záleží na tom, abych se uzdravila.*“). Týden po sdělení diagnózy šla na operaci, kdy jí byly z prsu vyjmuty dva zhoubné nádory. Pár dní na to lékaři zjistili, že v tkáni zůstal ještě jeden malý nádor a rozhodli o **mastektomii prsu**.

Po racionální stránce Patricie toto rozhodnutí vítala, byla přesvědčená, že se v dané situaci jedná o nejlepší možné řešení. („*Když mi přišli říct, že mi musí vzít celý prso, tak já jsem se z toho na jednu stranu složila, ale ve finále se mi hrozně ulevilo, protože jsem věděla, že všechno bude pryč. Vlastně když mi vyndali jen ty nádory, tak jsem byla pořád taková na trní, prostě nebyla jsem s tím spokojená.*“). Po emoční stránce však byla ztráta prsu traumatizující zkušeností. („*Dokud jste v nemocnici a těch ženských je tam víc, tak jste mezi svýma. Jenomže pak přišel manžel a já jsem se oblíkla, že jedeme domů. Měla jsem upnutý šaty a najednou jsem viděla, že tam to jedno velký prso není. Takže jsem se tam manželovi*

*strašně rozbřečela, to si pamatuju. Jakože mi to bylo líto, asi ta ženskost. Že vám dojde, že je tam najednou prázdný místo.“).*

Po operaci Patricie absolvovala ještě sérii **chemoterapií** – pět do porodu a šestou týden po něm. Chemoterapie vnímala jako pojistku, která zničí možné zbývající rakovinné zárodky. Chemoterapie snášela dobře, i když si všímala, že v jejich průběhu se nenarozený syn choval jinak. Poslední chemoterapii prožívala euforicky, s pocitem, že všechno zlé už je pryč. (*„Paradoxně těm těhotným není při chemoterapii špatně. Ale vždycky, když mi kapala oranžáda, tak on kopal. Nevím, jestli cejtíl, že jsem třeba byla nervózní, nebo mu to tam nedělalo dobře. A když jsem šla na tu šestou chemoterapii po porodu, tak jsem byla v takové euforii, že kdyby mě někdo potkal, vůbec neví, že jsem byla na nějaký chemoterapii. Byla jsem strašně šťastná, že už je to všechno za mnou.“).*

Nejhůře prožívaným následkem léčby bylo pro Patricii **vypadání vlasů**. Připadala si nežensky, přestala dbát o vzhled. Nepříjemnou zkušenost ale po čase pozitivně přerážovala a našla v nastalé situaci výhody. (*„Já jsem vždycky jsem měla strašně dlouhé vlasy. Takže jak jsem o ně přišla, to bylo asi nejhorší. Připadala jsem si nehezky. Ani jsem se nemalovala, chodila jsem tady v teplákách. Přestala jsem o sebe dbát, protože mi přišlo, že už je to stejně jedno. Pak jsem se v tom ale našla. Vyhovovalo mi, že mi nebylo vedro na hlavu, nosila jsem výrazný náušnice a malovala jsem se.“).* Optimistické naladění a odhodlání nemoc porazit jí pomáhalo zvládnout i další situace, které se se ztrátou vlasů pojily – například **negativní reakce okolí**. (*„Lidi blbě čuměli, protože jsem měla břicho a byla jsem holohlavá. Mysleli si, že jsem nějaká punkerka nebo co. Vůbec je nenapadlo, že bych mohla bejt nemocná. To byly takový až opovržlivý pohledy, hlavně od starších lidí. Já jsem si ale řekla, že bojuju s rakovinou a že to zvládnou. A že ty lidi, co mě odsuzujou, by nedokázali to, co já. A že mi jsou vlastně u zadku, ať si myslí, co chtějí.“).*

**Porod** druhého syna představoval zároveň okamžik, kdy byla onkologická léčba již téměř u konce. I z tohoto důvodu byl porod velmi silným a úlevným zážitkem, a to nejen pro Patricii, ale i pro zdravotníky. Proběhl císařským řezem a narodil se zcela zdravý chlapec. (*„Když ho vyndali, tak tam byla taková atmosféra, jako by všichni byli dojatý, že to všechno dobře dopadlo. Fakt to bylo hezký. Po porodu se o mě hezky starali, pořád se ptali, jestli něco nepotřebuju, chodili se na malýho koukat. Jak jsem tam prožila skoro celý těhotenství, tak už jsme tam byli známý a všichni se na něj těšili.“).*

Období, které následovalo po **ukončení léčby**, nebylo pro Patricii paradoxně až tak šťastným. Začala si zpětně uvědomovat, čím vším si vlastně prošla a potýkala se obavami z možného návratu nemoci. *(„Byla jsem vlastně v pohodě celou léčbu a pak mě někdo upozornil, že ty stavy přichází až potom, a to je pravda. Nevím, jak dlouho po léčbě na mě padla depka. Byla jsem taková negativní a začala jsem se hrozně bát, že se to vrátí. Vlastně jak jsem už nebyla těhotná, tak jsem najednou spadla do té reality a došlo mi, co se vlastně za těch pět měsíců stalo. Byla jsem vlastně v takový bublině, taková statečná, silná, prostě bojovala jsem. A potom to na mě hrozně padlo.“).*

Nemoc měla **dopad na partnerský a rodinný život**. Patricie vnímala jako největší oporu své rodiče a manžela. Situace však byla pro ně jako pro pár zcela nová a místy nevěděli, jak si s ní poradit. *(„Někdy nevěděl, jak se ke mně chovat. Takže docházelo k takovým třenicím. Potřebovala jsem nějakou podporu, ale jakoby jinou, ale nedokázala jsem mu to říct, nebo jsem mu to nedokázala tak vysvětlit, a on to blbě pochopil. Ale jako co se týče chlapa k ženské, tak mi nikdy v životě nedal najevo, že jsem ženská s jedním prsem nebo že nemám vlasy. To vůbec.“).* Onemocnění Patricie a změny ve fungování rodiny vnímal i starší syn, kterému byl v době léčby rok a půl. Došlo u něj k zastavení vývoje řeči. *(„Bohužel ten to taky odnesl psychicky, protože přestal mluvit. Ty děti okolo roku, roku a čtvrt začínají žvatlat a on se úplně zasekl a začal nám všechno ukazovat. Pro něj se toho hodně změnilo. Do roku a čtvrt ho vůbec nikdo nehlídal, byli jsme pořád spolu. A pak ze dne na den jsem šla do nemocnice a jeho si příbuzný přehazovali jako horkej brambor. Pak najednou viděl, že maminka leží, že maminka přišla o vlasy. A myslím, že to v něm doteď je. Je na mě upnutej, bojí se o mě. A o bráchu se taky hodně bojí.“).*

Velkým rozčarováním byla pro Patricii nastalá **sociální izolace**. Zjistila, že má kolem sebe jen málo lidí, kteří jsou ochotni ji v léčbě napřímo podpořit. *(„Vždycky jsem kolem sebe měla hodně lidí a byla jsem oblíbená. Takže mě pak překvapilo, kolik lidí pak nestojí o to se s váma vidět, nebo se bojí možná. Jako já to chápu, možná teď na to koukám zpětně jinak. Ale přišla jsem o spoustu lidí. Když jsem se pak s někým viděla, tak z něj vypadlo, že se báli mě vidět. Že nevěděli, jak reagovat. A já říkám: ‚No to je sice fajn, ale kdybych teď umřela, tak jsi vlastně promarnila tu šanci se se mnou ještě vidět.‘ Zpětně to беру tak, že jsem těm lidem nestála za to se se mnou vidět, kdyby to jako nedopadlo.“).* Zkušenost ze širšího sociálního okolí vedla k většímu ocenění **podpory v rodině**. Patriciina rodina se semkla. Její

rodiče i prarodiče se hodně zapojili, pomáhali například hlídat staršího syna. („*Ta největší opora je prostě v rodině. Ať si říká kdo chce, co chce, když je špatně, tak se to stmelí.*“).

Po roce šla Patricie na **další operaci**. Vzhledem k přítomnosti genu BRCA2 lékaři doporučili preventivní odstranění druhého prsu a vaječníků. Podobně jako u první operace, i v tomto případě Patricie prožívala konflikt mezi racionální a emocionální složkou. Zákrok vnímala jako dobré řešení, díky kterému bude zdravotně v bezpečí. Krátce po operaci však došlo ke katarzi nashromážděných emocí. („*To jsem měla divnej stav, když jsem přijela domů. To jsem byla za blázna. Nepoznávala jsem sama sebe a manžel říkal, že už to teda nikdy zažít nechce. Všechny jsem od sebe odháněla, přitom jsem strašně chtěla pomoci. Chtěla jsem obejmout, ale nikdo to neuměl tak, jak já jsem to v tu chvíli cejtila. Pak se to nějak srovnalo.*“). Situaci, kdy přišla o obě prsa, nakonec podobně jako ztrátu vlasů pozitivně přerážovala. („*Já jsem vždycky měla strašně velký prsa. Moje prsa byly všude středem pozornosti, furt někdo řešil moje prsa. Už to bylo takový otravný. Teď jsem se cejtila taková svobodná. Cejtla jsem se štíhlejší, hezčí. Při sportu to bylo hrozně pohodlný.*“).

Zpětně se Patricie na svou zkušenost s nemocí dívá tak, že jí do života přinesla i mnoho pozitivního. Jedním z prožívaných zisků je **větší citlivost vůči utrpení druhých**. („*Já jsem vždycky byla takovej cynik, takže mě nic nerozhodilo. Támhle válka, támhle teroristi, dobrý, no, ještě jsem si z toho dělala srandu. Ale teď, když mi někdo řekne, že je nemocnej nebo že se trápí, tak jsem taková citlivá. Asi jsem si předtím nedokázala představit, když někdo prožívá něco hroznýho, dokud jsem to sama neprožila.*“).

Zároveň Patricie získala větší **citlivost vůči sobě**. („*Uvědomila jsem si, že se taky musím starat o sebe. Já jsem pořád upřednostňovala ostatní. Myslela jsem si, že když budou šťastný oni, budu šťastná taky. Tak tohle se mi přetočilo. Dřív jsem dělala spoustu věcí, který nechci, a to už nedělám.*“).

Vlivem zkušenosti Patricie **pozitivně změnila vztah k vlastnímu tělu**. („*Já jsem dřív třeba nebyla úplně spokojená se sebou, věděla jsem, že mám špek na břicho nebo na ruce, nebo někde. Ale zpětně, když se dívám na starší fotky, tak to vidím jinak. Byla jsem dobrá, byla jsem hezká a nevím, na co jsem si stěžovala. (...) Já nevím, já se teď cejtím strašně žensky. Jestli je to tím mateřstvím, nebo jak mi konečně dorostly ty vlasy. Těším se na nový prsa. A že budu mít holt jizvy – kdybych si nechala zmenšit prsa, tak ty jizvy budu mít taky. Takže takhle to беру.*“).

Došlo také ke **změně dosavadních priorit**, například ohledně trávení času s rodinou. (*„Furt jsem řešila, hlavně aby bylo navařeno, aby byla plná lednice. Ted' už to nehrotím. Nebudu dělat šestichodový meničko, jako jsem dělala. Já tady měla dřív naklizeno, naleštěno, už mi z toho samotný hrabalo. Ted' kolikrát odložím spoustu věcí a řeknu si – proč budu ted'ka prát, když můžeme jít s klukama ven nebo si hrát.“*).

Patricie vnímá, že má nyní **vyšší sebevědomí** – díky uvědomění, co ona i její tělo dokážou. (*„Ted' jsem člověk, kdo měl a zvládnul rakovinu. Jsem obohacená o to, že mám nějakou zkušenost, co zvládnou a co moje tělo dokáže. Já to na jednu stranu беру jako takovej životní úspěch.“*).

Obohacující je pro Patricii i zkušenost s kontaktem s dalšími onkologickými pacienty. Připadá si nyní jako **členka nové sociální skupiny**. (*„Poznala jsem lidi, co jsou nemocný, co přežili. Kdo to nezažije, tak neví. Já nevím, jak bych to popsala. My jsme prostě taková planeta a nikdo nám nerozumí tak, jako my sobě navzájem. Zdravej člověk si neuvědomí tolik, jako si uvědomíme my.“*).

## Rozvaha

Pětiměsíční léčba rakoviny prsu je v životě Patricie obdobím, kdy se změnilo téměř všechno. Vlivem chirurgických zákroků se proměnilo její tělo. Druhé těhotenství a porod prožívala souběžně s chemoterapiemi. Vlivem nemoci byly přerušeny některé dosavadní sociální vazby a situace zasáhla také její blízké – u staršího syna se následkem traumatu z onemocnění matky zastavil vývoj řeči.

V průběhu kazuistiky sledujeme, jak nemoc postupně zasáhla všechny sféry života a stavěla Patricii do nečekaných a obtížných situací, se kterými se musela rychle vyrovnávat. Z obranných mechanismů je na samém začátku patrné *popření*, kdy Patricie sice vnímala nestandardní změny v jednom prsu, ale spoléhala se na alternativní vysvětlení a lékařské vyšetření odkládala. Z vytvořených copingových strategií dominuje *pozitivní přerámování*, kdy Patricie dokázala v traumatizujících následcích léčby (ztráta vlasů, sejmutí obou prsů) po čase najít nějakou výhodu a adaptivně se s nimi vyrovnat. Optimistické naladění a odhodlání se s nemocí „poprat“ jí obecně velmi pomohlo celou zkušeností projít. Převládající copingový styl lze popsat jako **zvládnání zaměřené na emoce**, kdy byl událostem přisouzen jiný význam, což v literatuře uvádí například Paulík (2010).

Z kazuistiky je patrné, že Patricie se nerozhodovala pouze za sebe, ale také za své nenarozené dítě a zbytek rodiny, vůči kterému cítí zodpovědnost. Nutnost radikálních chirurgických zákroků přijala s úlevou a nadějí, že napomohou k rychlému uzdravení a přinesou jí i jejím blízkým bezpečí. Tempo nutnosti adaptovat se na změny ale bylo patrně rychlejší než Patriciina momentální kapacita se s nimi vyrovnávat. V zásadních momentech, jakými byly obě operace, sledujeme, že emoce „doběhly“ až se zpožděním. Onkologická diagnóza je situací, kdy je potřeba jednat rychle zejména po medicínské stránce. Už týden po sdělení diagnózy Patricie absolvovala první operaci, kdy jí byly odstraněny zhoubné nádory a krátce na to i celý prs. Dříve, než si stihla uvědomit, co se vlastně děje, už bylo svým způsobem po všem a ona musela čelit dlouhodobým následkům.

Tento průběh můžeme sledovat i v období po ukončení léčby. To bylo spojeno s pocity euforie, že všechno včetně porodu dobře dopadlo, na druhou stranu se Patricie propadla do depresivní nálady, kdy jí zpětně došlo, čím vlastně prošla a objevily se obavy z možného relapsu. Porterfieldová (1997) uvádí, že emoce potlačené při traumatu se mohou vynořovat se zpožděním dnů až týdnů po události. Jedinec zažívá intenzivní posttraumatické stavy, kterým nemusí rozumět a prožívá je jako další zdroj stresu.

Rok po ukončení léčby Patricie dokáže popsat hned několik zisků, které jí nemoc přinesla. **Posttraumatický rozvoj** má v jejím případě podobu vyššího sebevědomí a lepšího vztahu k vlastnímu tělu v porovnání s obdobím před nemocí. Stala se také empatičtější vůči utrpení ostatních lidí a je citlivější i sama k sobě. Proměnily se priority ohledně trávení času s rodinou, kdy potřebu dokonale naklizené domácnosti vystřídala radost z každodenních chvil strávených s dětmi. Patricie se nyní cítí být člověkem, který prožil a porazil rakovinu a tuto novou zkušenost zahrnula do své identity.

## Marcela

### Osobní anamnéza

66 let, žije v okresním městě. Má dospělou dceru a vnuka. Vzdělání středoškolské s maturitou, celoživotně pracuje v technické profesi. Karcinomem prsu onemocněla v průběhu života třikrát (v letech 1995, 1999 a 2012, když jí bylo 41, 45 a 58 let). Během léčby podstoupila mastektomii obou prsů, ozařování, chemoterapie a hormonální léčbu.

## Podstatné aspekty zkušenosti

Marcela rakovinou prsu **poprvé onemocněla** v roce 1995, kdy jí bylo 41 let. Onemocnění se podařilo zachytit díky pozorné gynekoložce. K té Marcela dochází dodnes a má k ní plnou důvěru. (*„Navštívila jsem gynekoložku a jí se nelíbilo moje prso a poslala mě na vyšetření do nemocnice. Tam mi udělali biopsii a za týden mi pan doktor oznámil, že je všechno v pořádku, že to není zhoubný nádor. Asi za měsíc mi volala paní doktorka. Říkala, že to není možné, že se jí to nezdá, protože jsem učebnicovej příklad toho, jak má vypadat rakovina prsu. A že si myslí, že sáhli vedle. Pozvala si mě, udělali znovu biopsii a řekli: „Ano, musí to jít pryč.““*).

Při sdělení diagnózy se Marcela setkala s **necitlivým přístupem lékaře**, který jí výsledky řekl za chůze na chodbě. Marcela z toho byla v šoku, pravděpodobně krátkodobě ztratila vědomí, detaily si však nepamatuje. (*„Doktor mě potkal na chodbě, jdouc, a říká mi: „No, asi máte rakovinu prsu, budeme vám muset sejmout celý prso.“ Na chodbě jako. Já jsem cupitala za ním, on šel takhle. Načež já si z toho jenom pamatuju, že jsem se probrala a seděla na lavici. Že jsem teda nespada na zem z tohohle oznámení, ale že jsem seděla na té lavici a zhluboka dýchala. A on šel dál.“*).

Lékaři rozhodli o **mastektomii prsu**. Po tomto zákroku Marcela docházela ještě na ozařování a chemoterapie, které snášela psychicky i fyzicky dobře. Lékaři jí řekli, že pokud se nemoc do pěti let nevrátí, má v podstatě vyhráno.

První epizoda nemoci Marcelu zastihla v nelehkém období, kdy byla rok po rozvodu, vychovávala sama dvanáctiletou dceru a začínala podnikat. Důvodem rozvodu bylo psychické násilí ze strany manžela. **Dlouhodobý stres** zpětně vidí jako jednu z možných příčin vzniku nádoru. (*„I paní doktorka říká, že to může bejt jeden z důvodů. Říkala, že jsem se zbavila velkého břemene a je možný, že to vyplulo na povrch tímto způsobem.“*).

První léčbu Marcela prožívala jako situaci, kterou jí život prostě přinesl a musí ji nějak zvládnout. **Upnula se na práci**, což mělo jednak existenční důvod, ale také jí to pomáhalo získat od nemoci odstup. (*„Vůbec jsem to nemohla řešit, nebyl čas to řešit. Byla jsem rozvedená, měla jsem dceru a podnikala jsem. Začínala jsem v těch začátcích po revoluci, to znamená bez jakýkoliv jistoty příjmu. Nemohla jsem ležet doma a litovat se. Dá se říct, že jsem to skoro neřešila. Měla jsem to i všechno tak zařízený. Na chemoterapie jsem*

*jezdila autem a pak honem rychle domů, protože jsem věděla, že za dvě hodiny mi začne bejt zle. Zbytek toho dne jsem už byla doma, ale druhý den jsem šla normálně do práce, jako by se nic nedělo“.*

Na celou léčbu byla téměř sama, malou dceru a svoje rodiče **nechtěla nemocí zatěžovat**. *(„Dcera byla napoprvé příliš malá, než aby si uvědomovala nějaký důsledek. Protože nikde jsem určitě nemluvila o tom, že je to smrtelná nemoc a tak dále. Ale myslím si, že tím, jak jsem se v tom neštourala, tak jsme žily dál, jako by se nic nedělo.“ (...))* „Rodiče už byli starší. Takže já jsem je s tím taky neobtěžovala. Proč jako, byli starý, tak proč jim dělat těžkou hlavu s takovejma věcmi. Asi dvakrát jsem potřebovala, aby mě tatínek někam odvezl. Ale jinak jsem vůbec nepotřebovala.“).

V roce 1999 byl Marcela zjištěn **zhoubný nádor v druhém prsu**, s čímž se vyrovnávala mnohem hůře než poprvé. *(„Vrátilo se to za čtyři roky. Poprvé si říkáte: ‚No dobře, stane se.‘ Podruhé si říkáte: ‚Proč já? Komu jsem ublížila, proč?‘“)*. Během léčby jí byl odstraněn druhý prs a podstoupila chemoterapie. S druhou mastektomií se smířila relativně rychle. *(„Nejdřív mi uřízli jedno prso, což je strašný. Je vám jednačtyřicet roků, nejste nejstarší. Když se pak večer svlíknete, tak v jednom prsu máte epitézu a druhý nemáte vůbec. Takže to bylo nepříjemný. Když vám pak uříznou i to druhý, už je to lepší. Protože znovu získáte souměrnost, víte co. Pak mi obě prsa udělali nový, dali mi implantáty.“)*.

Marcela podruhé zvolila **stejný zvládací styl** jako poprvé: hodně se zaměstnat v práci, uchovat si autonomii, snažit se žít co možná nejvíce běžným životem a odpoutat se od negativních myšlenek. *(„Víte to, já jsem se tím moc nezabývala, že jsem nemocná. Já jsem se nikdy nepřihlásila do žádných spolků, kde si o tom povídaj. Já jsem měla svojí práci, která mě nesmírně baví a kterou jsem musela dělat, abych uživila sebe a dceru. Vlastně já jsem se v tom vůbec neštourala. Byly jsme s dcerou na dovolený u moře, klidně, já v baru se šátkem, prostě normálně jsem jela, jako by se nic nedělo. Protože ty drobnosti, jako plešatá hlava, to je to nejmenší, že jo. Prostě jsem dělala, co mi řekli doktoři a tím jsem končila. Doma jsem byla zase zdravá.“)*.

Následovalo třináctileté období bez nemoci. Velkým šokem bylo, když se **karcinom prsu objevil potřetí**: v roce 2012, kdy jí bylo 58 let. Zhoubný nádor se vytvořil v pooperačních jizvách. Pro Marcelu bylo velmi těžké tuto skutečnost přijmout. Obtížně hledala nějaké racionální vysvětlení, proč se jí to děje znovu. Tehdejší převládající emoci



nepopisuje jako strach, ale jako zlost. („*Ne, ne, strach to určitě nebyl. Spíš jsem zuřila. Jak to, že to nestačilo jednou, jak to, že to nestačilo dvakrát? Když už je to potřetí, tak si říkáte, že to snad není normální. Proč už tomu není konec, proč není klid. Vždyť už to stačí, aby vás to srovnalo a naučilo vážit si života.*“).

Následovala **třetí série chemoterapií**, kterou Marcela v polovině dobrovolně ukončila. Vedlejší účinky snášela velmi špatně. („*To už jsem snášela úplně nejhůř. Jednak jsem byla starší a jednak ty chemoterapie jsou opravdu vražedný. Paní doktorka mi jich naordinovala osm a po čtvrtý jsem řekla, že už nechci. Zamlada to bylo lepší, ale ty poslední chemoterapie už byly tragický, to už prostě nezvládáte. Po tý první mi ani neslezly vlasy, po té druhé už ano a po té třetí jsem byla už troska. A to ne, to ne. Já buď žiju důstojně, nebo nežiju vůbec.*“).

Při třetí epizodě nemoci už byla Marcelina dcera dospělá a samostatná. Matce byla během léčby oporou. („*Největší oporou je asi ta moje dcera. Ona mi od malička dělala radost, dobře se učila, všechno.*“). Během třetí léčby už Marcela **nemusela prožívat existenční stres** z toho, že sebe a dceru neuživí. Práce však byla i tentokrát tím, co jí pomáhalo léčbu psychicky zvládat. („*Základem všeho je podle mě práce a nešťourat se v tom. Nemyslet si, že když si o tom popovídáte, že vám to pomůže. Ba naopak, jitrí to mysl a je s tím potom daleko větší problém.*“).

Dnes je Marcele 66 let a má za sebou zkušenost se třemi epizodami rakoviny prsu. Zpětně **oceňuje zejména kvalitu a dostupnost lékařské péče**. Dvě ze tří léčeb absolvovala v situaci samoživitelky s malou dcerou, bezplatný zdravotní systém proto vnímala jako významný benefit. („*Já myslím, že je to nejlepší nemoc, jaká existuje. Nic jsem neplatila, všechny léky, veškerý vyšetření, všechno platí pojišťovna. S přístupem lékařů jsem spokojená, s výsledky jejich práce jsem taky spokojená, o čemž svědčí, že už několik desítek let přesluhuju. A myslím, že když se to chytí včas v rámci prevence, tak to není nic, co by člověka mělo dostat do kolen.*“).

Zkušenost s nemocí Marcele přinesla **jiný pohled na to, co je v životě důležité**. („*Člověk jinak vnímá ten život. A vlastně to bylo moje heslo od mládí, říkal to už můj děda: ,Když nejde o život, jde o h...‘ A protože mě o ten život šlo, tak se tím heslem řídím furt.*“).

Marcela během rozhovoru dvakrát zmínila, že už téměř dvacet let „přesluhuje“. Z toho lze usoudit, že **oceňuje čas navíc**, který díky úspěšným léčbám získala. Svůj život vnímá jako naplněný a smysluplný, protože měla příležitost uskutečnit to, co chtěla.

Dnes jí radost do života dodává hlavně vnuk, kterého často hlídá. (*„Ve chvíli, kdy dcera dostudovala a stala se samostatnou, já jsem splnila svůj úkol na této Zemi. Porodila jsem dítě a vychovala z něj kvalitního člověka. Tudiž si myslím, že kdybych odešla, tak to není takovej problém. Dneska to vnímám už trochu jinak, ale ne zásluhou nemoci, ale zásluhou vnuka. Takže dneska pro mě má ten život smysl větší, protože vím, že dcera mě potřebuje. Ještě tady potřebuju pár let zůstat kvůli vnukovi a kvůli dceři. Ona by to zvládla i tak, ale teď si myslím, že jsem zase platnej člen týhle společnosti.“*).

## Rozvaha

Marcela prožila trauma z rakoviny prsu v průběhu života třikrát, a to v rozmezí sedmnácti let, kdy jí bylo mezi 41 až 58 lety. V lidském životě je to dlouhá doba, během které dojde k řadě osobních i společenských změn. Tyto faktory mohou ovlivňovat také proces vyrovnávání se s nemocí. Poprvé měla Marcela 41 let, byla krátce po rozvodu a sama vychovávala dvanáctiletou dceru. Poslední epizoda nemoci ji zastihla v předdůchodovém věku, kdy člověku přirozeně ubývají síly – a Marcela byla v situaci, že se má znovu „rvát“ s rakovinou a podstoupit vysilující chemoterapie.

V průběhu kazuistiky sledujeme **změnu ve způsobu prožívání nemoci**. Poprvé byla diagnóza přijata jako událost, která do života prostě přišla a bude nezbytné jí nějak zvládnout. Podruhé se objevily pocity zoufalství a bezmoci. Marcela si kladla otázku *Proč já?* a měla potřebu najít nějaké vysvětlení. Třetí epizoda vyvolala emoce zlosti a vzteku – Marcela byla konfrontována se zjištěním, že ani oboustranná mastektomie není zárukou, že se rakovina prsu neobjeví znovu. Taková zkušenost může například podle Mahlera (2017) znamenat ztrátu důvěry ve spolehlivost a předvídatelnost světa, kdy jedinec ztrácí logická vodítka, pomocí kterých si může novou situaci vysvětlit.

Zatímco vztah k nemoci se v průběhu zkušenosti měnil, převládající copingový styl byl během všech tří epizod velmi podobný. Marcela vše prožívala především v sobě, nechtěla své blízké zatěžovat. Aby se odpoutala od myšlenek na nemoc, snažila se žít co možná nejvíce běžným životem a upnula se na svou práci, kterou má celý život velmi ráda

a ve které nachází seberealizaci. Práci lze označit za jeden ze dvou hlavních zdrojů opory v životě Marcely – tím prvním je její dnes už dospělá dcera. Převažující copingový styl lze popsat jako **zaměřený na emoce s prvky vyhýbání**. Joseph (2017) tvrdí, že vyhýbavé zvládání nevede k postraumatickému rozvoji, protože jedinci neumožňuje událost dostatečně zpracovat. Marcela je v rámci souboru respondentkou, která uvedla nejméně uvědomovaných pozitivních změn. S tím však nemusí souviset jen copingový styl, ale také delší doba, která od události uplynula a fakt, že se s nemocí setkala opakovaně.

Ohledně **posttraumatického rozvoje** došlo ke změně pohledu na to, co je v životě důležité. Marcela to zmiňuje stručně v podobě přísloví „Když nejde o život, jde o h...“, což možná vyznívá jako fráze, ale jen do chvíle, než si uvědomíme, že ji vyslovuje člověk, který se opakovaně ocital v ohrožení života. Druhým výrazným efektem zkušenosti je ocenění času, který byl díky třem úspěšným léčbám rakoviny prsu získán navíc. Za svým životem se Marcela nyní ohlíží jako za smysluplným a naplněným.

## Dana

### Osobní anamnéza

58 let, žije s manželem na vesnici. Má dvě dospělé děti. Vzdělání vysokoškolské, nyní je v invalidním důchodu. Je nositelkou genetické mutace BRCA1. V roce 2008 (ve věku 46 let) onemocněla rakovinou prsu a v roce 2017 (bylo jí 55 let) rakovinou vaječníků. Během léčby podstoupila parciální mastektomii a chemoterapie. Vytvořila si však také vlastní způsob léčení, který zahrnoval práci s tělem a psychikou.

### Podstatné aspekty zkušenosti

Dana si **bulku v prsu** nahmatala v roce 2008, s čímž se svěřila svému gynekologovi. Ten jí vystavil žádanku do mamocentra. Na mamograf se dostala za tři týdny a bulka se mezitím zvětšila. Dana podstoupila biopsii, která se kvůli nezkušenosti lékařky nepovedla, a její stav se významně zhoršil. (*„Když jsem se dostala na mamograf, tak podle vzhledu zjistili, že to nebude v pořádku a poslali mě na biopsii. Tam byla úplně nová paní doktorka, učila se to a než nabrala vzorek, tak do té bulky musela několikrát píchnout, protože se jí to nedařilo. Byla z toho sama nešťastná, že se jí to nedaří. A tím, jak do toho několikrát štouchla, tak ta bulka začala růst ale šíleně rychle.“*).

Diagnóza byla pro Danu velkým šokem. Několik členů její rodiny zemřelo na onkologické onemocnění, takže verdikt lékařů pro ni znamenal bezprostřední **konfrontaci s možností smrti**. (*„Babička umřela na rakovinu prsu a dědeček umřel na rakovinu střev a plic. Takže když se u nás doma o tom mluvilo, tak rakovina rovnala se smrt. Když jsem vyslechla tu diagnózu, řekla jsem si: ‚Fajn, je mi 46 a umřu.‘ A byla jsem z toho špatná, protože jsem to slýchala opravdu jen s tím rovnítkem, že rakovina je smrt. Takže u mě to byla velká cesta dostat se k tomu, že na sobě budu pracovat a že teda ne, já neumřu.“*).

Než se Dana dostala k onkologovi, bulka se zvětšila na osm centimetrů, což lékař zhodnotil jako neoperabilní nádor. Navrhl chemoterapie, které bulku zmenší a poté že se přistoupí k operaci – mastektomii. Na začátek chemoterapií Dana čekala tři týdny a prožívala emoce strachu a úzkosti. Obávala se dalšího zvětšování bulky a připadalo jí, že lékaři nepostupují dost rychle. Napadlo ji proto, že si **léčbu zkusí nastartovat svépomocí**. (*„Doktor mi řekl, že jsem ve třetím stadiu a že je to velice vážný. Ale ať na ty chemoterapie přijdu skoro až za měsíc. Po týdnu přemýšlení a strachu, že jsem na tom takhle a oni čekají měsíc, jsem sedla na autobus a jela tam. Počkala jsem si na něj a říkám: ‚Pane doktore, já nejsem objednaná, ale chci vědět, proč musím čekat tak dlouho, když jsem na tom tak špatně.‘ Na to on mi s úsměvem řekl: ‚No jo, je vás moc, musíte si počkat, to se nedá nic dělat.‘ Tak mě napadlo, že vlastně znám alternativní způsoby léčení, že jsem prošla různý duchovní směry, bylinky, a že si začnu pomáhat sama. Že když na mě nemaj čas, musím začít sama. Ne, že se na medicínu vykašlu, on ten nádor byl opravdu velký, tak to bych si sama netroufla. Ale řekla jsem si, že to skloubím s tou alternativní léčbou.“*).

Jako první Dana začala **pracovat se svým tělem**. Upravila jídelníček a snažila se povzbudit imunitu. (*„Řekla jsem si: ‚S čím asi tak začít? No vyčistit tělo. Máš to přece načtený z knih, že dokud nevyčistíš tělo, imunita nemůže naskočit.‘ Takže jsem z jídelníčku vyřadila všechny masa, konzervy, pečený, smažený. Byla jsem na zelenině a zeleninových šťávách. Místo masa jsem jedla ořechy a semínka, abych pokryla bílkoviny.“*).

Brzy zjistila, že detoxikovat tělo nestačí, že je potřeba **pracovat i s psychikou**. Respektive že problém, který řeší, má širší souvislosti. Dana se v té době starala o staré rodiče, kteří se nastěhovali k ní domů a očekávali od ní veškerou péči – i přesto, že sama byla vážně nemocná. Dům, kde tehdy všichni i s Daniným manželem žili, se zrovna rekonstruoval. Do toho Dana řešila problémy v práci – dostala za parťáčku neoblíbenou

kolegyni. („*Já jsem byla strašně našťvaná na moje rodiče, který byli nemocný a můj tatínek chtěl, abych žila i za ně. Myslel si, že se na mě pověsej a já jím budu dávat veškerou energii. Tak ty se mi nastěhovali domů, ten dům se teprve budoval. K tomu jsem měla novou práci, na kterou jsem nebyla zvyklá a dostala jsem kolegyni, kterou nikdo nechtěl, která byla opravdu obtížná. Já jsem byla našťvaná na celý svět a říkala si, že vlastně ani nechci žít. Uvědomila jsem si to a říkala jsem si: „No jo, jak se mám uzdravit, když tady vlastně nechci být?“ Tak jsem začala pracovat na tom, aby se mi tady líbilo.“*).

Dana **přeorganizovala dosavadní život** a rozhodla se, že minimálně po dobu léčby bude klást svoje potřeby na první místo. („*Hromadu věcí, kterou jsem do té doby dělala, jsem dělat přestala. Řekla jsem, že jsem nemocná a musím mít klid pro sebe. A ejhle, ono to šlo. Nikdo ani nepíp, bylo to úplně v pohodě. Já to mohla udělat už dávno, kdybych nechtěla být furt ta nepostradatelná. Byla jsem zvyklá dělat blbečka. Kdo co písknul, tak jsem letěla. Takže jsem se naučila sednout si na ruce a oni si to udělali. Nebo jsem normálně řekla, že já to teď dělat nebudu a udělal to manžel. A to jsem mohla udělat už dávno. Takže pro mě je nemoc velkej učitel, kterej mě naučil, že jsem se sebou zacházela špatně. A když se sebou zacházíte špatně, tak se ta nemoc musí někde projevit, když vás to má zastavit. A já jsem jela jako na vozečku do destrukce.“*).

Dana zajistila rodičům garsonku, kam je přestěhovala a pečovatelku, která za nimi pravidelně docházela. A začala se více věnovat sobě. Přihlásila se dálkově na vysokou školu, aby neměla tolik času přemýšlet o rakovině. Začala si psát deník, kam si zapsala všechny kroky alternativní terapie, které dodržovala souběžně s konvenční medicínskou léčbou. Kromě změny jídelníčku to byly i různé **meditace a sugesce** vycházející z východních směrů. Do deníku si pak zapisovala změny, které na sobě pozoruje. („*Jak třeba jdu ven a tam koukám deset minut na mravenečka, jak něco někam nese. Dřív bych to vůbec nesledovala, protože bych si myslela, že musím to a tamto. Najednou máte strašně času všechno pozorovat. Jak člověk předtím furt lítá, tak když vám řeknou, že tady dlouho nebudete, člověk najednou vnímá úplně jinak. Najednou si to všechno tak užíváte.“*).

Začátek chemoterapií Danu zastihl v rozpoležení, kdy se snažila své uzdravení již nějakou dobu aktivně ovlivnit, a kdy nabírala stále větší sebevědomí, že se jí to podaří. **Chemoterapie** však byly pro organismus velmi náročné a prožívala je těžce. („*Ty chemoterapie byly strašně silný, byla to taková ta červená, co se jí všichni bojí. Strašně jsem*

*zvracela, bylo mi hrozně zle a sotva jsem lezla. Ale nejsou to jen nevolnosti. Je to i slabost a všechno. Pak ze sebe i cítíte ty látky a chce se vám zvracet, jen k sobě čuchnete.“).*

Zvládat tyto těžké stavy jí pomáhala meditační a dechová cvičení. Dana také změnila svůj **vztah k nemoci**, kterou přijala a během cvičení k ní začala dokonce promlouvat. (*„Ze začátku jsem se tý nemoci bála, pak jsem jí nenáviděla a pak jsem zjistila, že jsem si jí udělala sama a musela jsem jí přijmout. Protože rakovinu si vytvoříte z vlastního těla. Jsou to buňky, který zmutujou. A když je hezky poprosíte, tak se zmutujou zpátky. A já jsem jí (rakovině) říkala: ‚Hele, holka, přeměň se a já ti slibuju, že ten život bude stát za to. Takhle umřeš ty, umřu i já, tak se pojd’ přeměnit, zmizni a budeme hezky žít.‘ To byl velkej přerod.“).*

Po čtyřech chemoterapiích se při kontrole zjistilo, že se nádor zmenšil z osmi centimetrů na osm milimetrů a bude stačit **parciální mastektomie**. Operace měla proběhnout za měsíc, během kterého Dana pokračovala ve své alternativní léčbě. Uvádí, že během měsíce nádor zmizel úplně. (*„Ptala jsem se doktora, že když zdravě jím, starám se o sebe, pozitivně myslím, psychiku jsem si vyčistila, jestli za ten měsíc ten nádor může zmizet. Bylo mi řečený, že to není možný. A pak jsem šla za měsíc na operaci a nenašli nic. Protože já jsem mezitím na sobě pracovala. Tím jsem zjistila, že to funguje.“).*

Následovalo osmileté období remise. V roce 2017 si Dana všimla, že se jí podezřele zvětšuje břicho. K tomu cítila velkou únavu, která ji připomněla stavy, které zažívala během rakoviny. V břiše se tvořila tekutina, jejíž objem se neustále zvětšoval. Lékaři dlouho nemohli přijít na příčinu. Z testů vyšly vysoké hodnoty onkologických markerů na více místech těla. Daně byla také zjištěna přítomnost genu BRCA1. Nakonec byl diagnostikován **nádor na vaječnících** a onkolog navrhl chemoterapie. Dodal, že tentokrát je vyléčení nemožné. (*„Říkala jsem: ‚Nádor na vaječnících, to je fajn, to se dá operovat.‘ On na mě koukal a říká, že ta tekutina mi roztahala metastáze po celým těle. Takže bohužel žádná operace nepřipadá v úvahu. Řekl, že mě těma chemoterapiema budou držet tak dlouho, jak to půjde, ale uzdravit se nemůžu. Náš pan doktor to říká takhle na rovinu.“).*

Dana přesto přijala druhou diagnózu rakoviny klidněji než tu první. Vliv na to měla **předchozí zkušenost** s nemocí a vlastními alternativními postupy. Povzbuzovala ji také rodina a přátelé, což jí dodávalo sil. (*„Větší strach byl při tom prvním. Jak jsem říkala, že u nás na to vždycky umírali ty příbuzný, tak jsem si myslela, že je konec. Tam mi trvalo dýl se přesvědčit. Podruhé jsem se lekla hodně, to je pravda, ale říkala jsem si, že když jsem to*

*zvládla jednou a už vím, jak na to, tak udělám všechno pro to, abych se uzdravila. Do toho chodily kamarádky a říkaly: ‚Ty to dáš.‘ I můj tatínek: ‚A ty se z toho dostaneš.‘ Tak jsem si říkala, že musím, když mi všichni tak věří.“).*

Stav Dany byl velmi vážný. Tekutina v břiše se postupně rozšířila do plic, což způsobovalo velké **problémy s dýcháním**. Zvládat tento stav jí částečně pomáhala dechová cvičení, ale ta přinášela spíše psychickou úlevu. Vše se rapidně zlepšilo až poté, co lékaři tekutinu odstranili. (*„Měla jsem plíce plný tekutiny, tady mi to nikdo neuměl píchnout, tak mě snacha odvezla do (název krajského města) a tam mi to píchlí. Řekli, že ještě dva dny a byla bych zadušená. Tehdy jsem se léčila dechovými cvičeními, kdy si vedete dech do těch míst a čistíte si to tam, prostě Pránájáma od jogínů. Když si člověk dá tu myšlenku, že se uzdravuje, začne mu být líp. Jednak psychicky, ale i na těle cítíte více síly. Ale je pravda, že kdyby mi nepíchlí tu plíci, mohla bych se udýchat a byla bych mrtvá.“).*

Po odstranění tekutiny z plic mohla Dana znovu naplno najet na **vlastní program podpůrné léčby**. K tomu docházela na chemoterapie, které tentokrát snášela lépe, vnímala je jako šetrnější než před osmi lety, což přisuzuje medicínskému pokroku. Nádory na vaječnících se zmenšily na velikost, že šly operovat. (*„Měla jsem pět sérií chemoterapií, pak jsem šla na rentgen a ukázalo se, že metastáze jsou fuč. Na vaječnících byly jen tři malý ložiska, který se daly vzít. Pan doktor nad tím kroutil hlavou a mnul si pacičky, jak chemoterapie pěkně zabrala. A po tý operaci jsem byla už úplně čistá.“).*

Nyní je Dana téměř tři roky v remisi. Zkušenost s nemocí pro ni znamenala velké množství pozitivních zisků. Některé z nich byly zmíněny už v průběhu kazuistiky – například to, že **nemoc chápe jako učitele**, který jí ukázal, že musí brát ohled také na sebe. Anebo když popisovala, že nyní si dokáže **více vychutnat krásu přírody**.

U Dany sledujeme **jiné vnímání života**, kterého si nyní mnohem více váží. (*„Život je pro mě něco úžasného. Dřív jsem si života nevážila. Dokonce jsem dokázala říct, že se mi tu nelíbí a že se mi tu ani nechce být. To bych už nikdy neřekla. Já jsem za každé den šťastná. Mám vnučka, z toho jsem úplně hin. A teď si sednu ven a drbu ty naše pejsky a koukám, jak tady lítají sýkorky. Vždyť je to tak nádherný.“).*

Dalším významným přínosem je **objevení nových možností**. Po druhé zkušenosti s nemocí Dana napsala knížku, ve které shrnula poznatky z alternativní léčby. Pořádá také

přednášky a semináře a pomáhá ženám rakovinu lépe zvládat. („*Já jsem pořád věděla, že mám něco předat, ale radši jsem dělala všelijaký pitomosti a musela jsem být až nemocná, abych začala něco předávat. Mám velkou radost, že jsem to dokázala.*“ (...) „*Nešířím zprávy, který jsou vycucaný z prstu, ale mám to sama na sobě ověřený. Tím, že zdravotnictví na vás nemá čas, nikdo vám nic pořádně nevysvětlí, tak chci, aby ženy měly naději, až jim zase nějaký dobrák řekne: ‚Jděte v klidu umřít.‘ Aby otevřely knihu a řekly: ‚A ne.‘ Rozhodně nikomu neradím vykašlat se na doktory, nejsem žádný léčitel. Ale můžu poradit, jak si můžou pomoci a ty krizový situace zvládat líp.*“).

Dana vlivem zkušenosti **změnila vztah sama k sobě**. Nyní se cítí sebevědomější, více si sebe váží a vnímá, že se na sebe může za všech okolností spolehnout. („*Jako největší oporu vnímám sebe. Zjistila jsem, že to za mě na mém těle nikdo neudělá, vlastně ani ten doktor. Sám sebe zná člověk nejlíp, tak by na sobě měl souběžně s medicínou dělat. Doktor na vás má málo času a neví, jaké máte pochody. To se mu snad ani nedá předat.*“).

Zlepšení zaznamenala také v oblasti mezilidských vztahů, konkrétně **hlubšího vztahu s manželem**. („*Když byla ta druhá rakovina, kdy jsem na tom byla mnohem hůř, tak na něm bylo vidět, že se strašně bojí. A byl z něj úžasnej ošetřovatel. Myslím si, že i jemu to dalo strašně moc. Ted' spolu líp vycházíme, líp komunikujeme, jsme na stejný vlně. Já na tu nemoc nemůžu nadávat. Bylo to hrozný, bolelo to a nevím co všechno, ale přinesla mi do života poznání, že to jde jinak a líp. A za to děkuju, protože bych to jinak nezjistila.*“).

Dana prožívá také změnu náhledu na to, **co je v životě důležité**. („*Myslím, že je důležitý poslouchat svojí dušičku. Protože jakmile člověk jenom něco automaticky jede a nedělá mu to radost, tak ho to jenom vyčerpává a je to takový život jepičí. Takže poslouchat sám sebe a když já jsem v pořádku, tak můžu pomáhat druhým. Když se nechám vyštavit, tak těm druhým k ničemu moc nejsem. Mně se to asi poskládalo tak.*“).

## Rozvaha

Dana je nositelkou genetické mutace BRCA1, která je spojena se zvýšeným rizikem rakoviny prsu a vaječníků. V průběhu života se setkala s obojím. Zpětně se na zkušenost s nemocí dívá jako na události, které ji vystavily mnoha těžkým zkouškám, ale zároveň jí přinesly nové možnosti, jak uplatnit svůj potenciál a více si užívat života.



Dana byla v péči onkologů, ale připadalo jí, že dostatečně nezohledňovali závažnost jejího stavu. Nechtěla pasivně čekat, až na ni přijde řada, ale rozhodla se léčbu vzít částečně do vlastních rukou. Důležitým aspektem pro toto rozhodnutí bylo vnímání hrozby smrti. Při první diagnóze Dana na základě oznámení lékařů propadla myšlence, že nemá šanci přežít. Její strach ze smrti se vlivem zkušenosti postupně změnil v ocenění života.

Dana si vytvořila alternativní léčebný program, který zahrnoval úpravu jídelníčku a různá cvičení. Zvolila tedy **zvládací strategii zaměřenou na problém**, kterou Paulík (2010) popisuje jako snahu jedince bránit se aktivně zátěži tím, že proti ní něco udělá, například se naučí novou dovednost. Dana je přesvědčená, že pokud by se na svém uzdravování nezačala sama podílet, nemuselo to s ní dopadnout dobře. Sledovat můžeme i prvky **copingu zaměřeného na emoce**, kdy se Dana v těžkých momentech věnovala meditacím nebo se dálkově přihlásila na vysokou školu, aby nepropadala negativním myšlenkám. Tímto způsobem chápe coping zaměřený na emoce například Joseph (2017). V rámci zkušenosti Dana zjistila, že má v sobě velkou vnitřní sílu, na kterou se může v krizových momentech spolehnout.

Svou situaci nevnímala jen jako na zdravotní problém, ale nahlížela ji komplexně – neřešila jen tělesnou, ale i psychickou, sociální a také spirituální stránku. Intervence ve všech těchto oblastech zlepšily celkovou kvalitu Danina života. Během léčby si například narovнала vztahy se svými blízkými. Konkrétně se starými rodiči, kteří očekávali maximální péči i přesto, že jejich dcera byla vážně nemocná. Dana si uvědomila, že v určitých situacích, které život přináší, je v pořádku klást na první místo sebe a své potřeby a přestala se kvůli tomu cítit provinile. Díky tomu našla ve vztazích větší stabilitu.

**Posttraumatický rozvoj** je v případě Dany velmi bohatý. V rámci výzkumného souboru se jedná o respondentku, která dosáhla největšího rozvoje. Dana byla v přímém ohrožení života, a tak si jej nyní mnohem více váží. Poznala, že život může být smysluplný, i když okolní podmínky nejsou ideální. Získala také vyšší sebevědomí a lepší vztah k sobě, protože si ověřila, že sama dokáže mnoho věcí ovlivnit a vyřešit. Objevily se nové možnosti, kdy Dana napsala o své zkušenosti knihu a pořádá přednášky a semináře pro nově diagnostikované pacientky. To Daně přináší do života další naplnění.

## Pavla

### Osobní anamnéza

53 let, žije ve velkém městě v rodinném domě se synem. Má vysokoškolské vzdělání, pracuje v kanceláři. Karcinomem prsu onemocněla na jaře 2018 (bylo jí 51 let). Během léčby podstoupila chemoterapie, chirurgické odstranění nádoru a radioterapii.

### Podstatné aspekty zkušenosti

Na Velikonoce 2018 si Pavla všimla, že jí **pobolívá místo v levém prsu**. Pociťovala velkou únavu, ale dál chodila do práce a žila běžným životem. Po třech týdnech neustávající bolesti se objednala na mamograf. (*„Bolelo mě to stále asi tři týdny, říkám si, že to můžou být hormony. Pak se k tomu ještě přidala únava. Nikomu jsem nic neřekla, úplně jako hrob sama v sobě. Zhruba tři týdny jsem to pozorovala, bylo mi všelijak. Volala jsem do mamocentra a sestra mi dala termín za dva měsíce. Tak jsem řekla: ‚Prosím vás, mě to opravdu bolí,‘ a ona řekla, že mám přijít za dva týdny.“*).

Týden po mamografu šla na biopsii, která potvrdila zhoubný nádor v prsu. **Sdělení diagnózy** nebylo ze strany lékařky příliš citlivé. (*„Nějaká paní lékařka mě pozvala dovnitř a úplně natvrdo mi povídá: ‚Tak, je to karcinom prsu, vyléčíme vás, ale dáte nám za to vaše vlasy.‘ Takhle to řekla a já byla úplně per plex. Vůbec jsem nepochopila tu souvislost a říkám: ‚Jak vám za to dám svoje vlasy?‘ Pak mi to samozřejmě došlo, že chemoterapie. Jenom jsem lapala po dechu a mačkala slzy v očích. Před ní jsem samozřejmě nemohla plakat.“*).

Emoce však povolily prakticky okamžitě po opuštění ordinace. Pavla prožívala **obavy o svůj život a budoucnost**. Řešila, komu v rodině může a nemůže svou diagnózu sdělit. (*„Vyšla jsem z toho zařízení, šla jsem zpátky do práce, šla jsem po ulici a fakt jsem jako plakala. Říkala jsem si: ‚Ježíši, co to znamená, co se bude dít.‘ Synovi tehdy bylo 18, byl v předposledním ročníku. Tak jsem si říkala – maturitní ples, půjdu tam, nepůjdu tam? Budu žít, nebudu žít? Můžu to říct tatínkovi? Nemůžu. Tehdy mu bylo 88 let, byl na vozíčku, nemocen vzhledem k věku.“*).

Dříve než Pavla informaci o své nemoci řekla blízkým, **vyhledala pomoc v Mammahelp**. Tato organizace poskytuje i specifické poradenství, kdy ženy, které rakovinou prsu prošly, předávají své zkušenosti nově diagnostikovaným pacientkám. Pavla si

potřebovala ujasnit, co jí během léčby čeká a na co se má připravit. Její největší obava se týkala ztráty vlasů po chemoterapii. Radila se také, jak a s kým má o nemoci mluvit. Během schůzky, která trvala zhruba 1,5 hodiny, získala řadu praktických informací – třeba jak chemoterapie skloubit se zaměstnáním. *(„Držela jsem to v sobě asi týden. Já jsem fakt nevěděla, komu to mám říct. Tak jsem napsala mail na Mammahelp a oni mi okamžitě odepsali, že můžu přijít kdykoliv. Tak jsem tam jela a bylo to skvělý. Jedna z těch žen si mě vzala do takového obývacího a řekla, že se můžu zeptat, na co chci. A já: ‚Kdy mi začnou padat vlasy?‘ Ona mi začala odpovídat – zhruba týden po první chemoterapii. A já: ‚Ježišmarja, a jak to probíhá, to se jako ráno proberu a budu bez vlasů, nebo jak?‘ To byly těžký okamžiky. Pak mi dala seznam prodejen a doporučila, kam si mám jít koupit paruku. Taky jsem se ptala, jestli můžu chodit do práce. A ona říká: ‚No jasně, spousta žen chodí normálně do práce.‘ Poradila mi, jak to vyřešit v práci, že si mám třeba na ten den vzít náhradní volno nebo dovolenou. A jestli mám v práci nějakou blízkou kamarádku, že alespoň té bych to měla říct.“).*

Jako první to Pavla **řekla synovi**. Svěřila mu svou největší obavu – že přijde o vlasy. Syn ji psychicky podržel. *(„Sedli jsme si v kuchyni, já jsem plakala. Řekla jsem, že mám to a to a že vůbec nevím, co se mnou bude. A tehdy ten kluk, osmnáctiletý, dalo by se říct nezkušené mládí, řekl: ‚Mami, co blbneš, vždyť ti vlasy dorostou. Až na to dojde, půjdeme si tu paruku vybrat spolu a já ti řeknu, jak v tom vypadáš.‘ Tak to mě potěšil fantasticky.“).*

O své nemoci Pavla řekla ještě několika dalším ženám v rodině. Jednou z nich byla **družka jejího otce**, která rakovinou prsu před lety sama onemocněla. Ta jí rovněž dodala odvahu a sílu. Obě ženy se dohodly, že před otcem nemoc utají. *(„Ona mi řekla takovou hezkou povzbuzující větu: ‚Podívej, jak dlouho tady jsem, a v té době bylo zdravotnictví na nižší úrovni. Jsem tady, podívej, žiju, takže ty to zvládneš taky.‘“ (...))* „A řekla mi: ‚Tátovi to říkat nebudeme, on by z toho byl nešťastnej.‘ A já říkám: ‚Jak mu vysvětlíme všechny ty věci okolo, nebudu mít vlasy, budu nosit paruku.‘ Ona mi řekla: ‚Vůbec to nepozná.‘ A měla pravdu. Takovou milosrdnou lží jsme ho obelhali, že on se to vůbec nedozvěděl.“).

Krátce na to Pavla začala s léčbou. První návštěva onkologa pro ni byla emočně velmi náročná. Jednak stále neměla pocit, že je dostatečně připravená na to, co ji čeká a jak to bude snášet. Po této návštěvě jí rovněž definitivně došlo, že se v jejím životě něco zásadního změnilo: **stala se onkologickým pacientem**. *(„Seděla jsem na takové židli a*

*doktor povídá: ‚Začneme chemoterapií, hned za týden.‘ Já byla úplně vydřená. Ptala jsem se, jestli je špatně člověku. A on: ‚Ne, to už dávno špatně není, my vám dáme léky, které potlačí tu reakci organismu.‘ Tak jsem si říkala, že mám štěstí, že ten pokrok je už takový. Stejně jsem se tam u něho rozplakala, prostě jsem to nějak neukočírovala.“ (...) „Takže mi předepsal všechno, od sestry jsem dostala průkazku pacienta, těch papírů bylo hodně. Vyšla jsem ven a v klidu, mimo čekárnu, jsem si sedla. Rovnala jsem si ty papíry a teď jsem to viděla černé na bílém: za týden chemoterapie, průkazka. Tak jsem se rozplakala.“).*

Na **chemoterapie** Pavla docházela do onkologického stacionáře a fyzicky je snášela velmi dobře. Návštěvy jí pomáhaly i psychicky. Právě ve stacionáři načerpávala nejvíce síly s nemocí bojovat. Zaměřovala se na ostatní pacienty – sledovala, jak léčbu snášejí a porovnávala se s nimi. Chtěla být statečná a zvládat to stejně jako oni. Uvědomovala si také, že v porovnání s mnoha dalšími prochází spíše jednodušším typem léčby. (*„Na své návštěvy na stacionáři vzpomínám jako na návštěvy v překrásném prostředí, kde jsem si odpočinula. Nebudete tomu věřit – kde jsem si odpočinula a kde je nesmírně milý personál. Bylo tam hodně pacientů, já jsem se na ty lidi dívala. Člověk vnímá to prostředí a působí to na něj. Jsou to jedinečné situace z hlediska života. Někteří pacienti u toho leželi, já se ptala sestry a ta říkala, že jsou tam třeba osm hodin. Já jsem si říkala: ‚Jestli někdo bere osm hodin chemoterapie, to už je velká dávka, tak ty se prosím tě, vzpamatuj.‘ O přestávce jsem si všimla paní, která byla holohlavá, s někým si tam povídala a smála se. A já jsem si říkala: ‚Ta paní se tady směje, normálně vegetuje, tak to není tak strašný.‘ Hodně mladých lidí tam bylo. Jedné slečně někdo zavolal a ona: ‚Teď jsem na chemošce, ale tak za hodku jsem volná.‘ Já jsem si připadala jako v úplně jiném světě. Viděla jsem, jak ty lidi žijou. To mi dodalo takovou sílu.“).*

Těžkým okamžikem však pro Pavlu bylo, když jí **začaly vypadávat vlasy**. Stalo se tak krátce po první chemoterapii. (*„Asi týden po chemoterapii jsem si myla vlasy a zůstala mi hrst v ruce. To mě samozřejmě rozhodilo. Vylezla jsem z koupelny, byla naštěstí neděle, v kuchyni seděl můj syn a já říkám: ‚Ježiši, už je to tady, já nevím, co budu dělat.‘ A on mi poradil, ať si na to dám nějaký klobouček.“).* Pro Pavlu byla ztráta vlasů nejcitlivějším momentem léčby. Na nastalou situaci však **zareagovala velmi kreativně**. Ustříhla si zbytek delších vlasů a vytvořila si z nich falešnou ofinu, kterou si lepila na čelo a schovávala pod kloboučkem. Na první pohled to tedy vypadalo, že má pořád svoje vlasy. Chodila takto do

zaměstnání, kde se s nemocí příliš nesvěřovala. („Vepředu jsem to měla ještě docela dlouhý. Syn mi to zastříhl a já jsem si normálně vytvořila vlastní ofinku. Měla jsem to na tvrdém papíru, přilepené izolepou a prošila jsem to ještě ručně nití. Ten pásek vlasů jsem si dala na hlavu a na to jsem si dala klobouček, abych i uši měla schovaný. Vlastně mi vyčuhovaly ty moje vlastní vlasy. S tímhle jsem v kritických momentech mého života simulovala, že mám vlasy. Do práce jsem přes léto chodila takhle a opravdu to vypadalo docela dobře.“).

Pro Pavlu bylo důležité, aby o její nemoci **věděl jen úzký okruh lidí**. V zaměstnání se proto svěřila pouze jedné blízké kolegyni. Nechtěla, aby ji ostatní s nemocí konfrontovali, například proječováním lítosti. („Říct to v zaměstnání je úplně nejhorší. Ta rodina se dá vždycky nějak zvládnout, člověk si vybere třeba jen někoho, komu se svěří. V zaměstnání je to horší problém, už proto, že je tam mnohem víc lidí než v nejbližší rodině. Já bych nesnesla, aby mě někdo litoval. V zaměstnání jsem ze sebe nechtěla absolutně dělat chudinku. Ne, že by se člověk styděl, protože za nemoc nemůže. Naprosto jsem nechtěla, aby mě někdo litoval, abych měla úlevy nebo aby si v duchu říkali: „Ježíšmarja, ty umřeš.““).

Od září Pavla začala nosit paruku. Doma ji už měla delší dobu připravenou. Se synem ji nakonec koupili mnohem dřív, než začala ztrácet vlasy. I to Pavle na začátku poradily ženy v Mammahelp – aby do salonu s parukami zašla ještě před první chemoterapií. Díky tomu se **s předstihem připravila** na něco, co pro ni bylo zdrojem největší úzkosti. („Šli jsme tam se synem. Prodavačka mi přinesla asi osm kusů paruk a jedna vypadala, jako když mám svoje vlasy a zrovna odcházím od kadeřnice. Já jsem byla tak šťastná! Bála jsem se, že budu mít nějakou příšernou paruku, že to každé pozná.“). Později už paruku nosila běžně. Kolegové v zaměstnání byli taktí, někteří si ani nevšimli.

Po dokončení chemoterapií Pavlu čekala **operace**, kdy jí byl z prsu odstraněn nádor. Operace dopadla dobře a Pavla se začala vnímat jako zdravá. („V mém případě vlastně všechno dopadlo ideálně. I ta operace byla bezvadná. Prso zůstalo celé, jen odstranili nádor. Ve čtvrtek byla operace a v neděli jsem šla domů. Četla jsem si, odpočívala. Já jsem si opět odpočinula v nemocnici. Byla jsem tak šťastná, jak mi zase hrozně pomohli.“).

Nyní již je Pavla vyléčená, ale zároveň si uvědomuje, že zkušenost s rakovinou **nemá jasně ohraničený konec**. Stále dochází na pravidelné kontroly, v čekárně potkává velké množství lidí a občas i někoho známého. Zjistila, kolika lidí se onkologické onemocnění týká, a že sama do této skupiny i nadále patří. („Pacient zůstává v pozorování onkologického

pracoviště, což je úžasná věc. Někdy mi to bylo i trošku nepříjemné, ale pochopila jsem, že to není nepříjemné. Chodím sem jednou za rok, vždycky se bojím, jaké budou výsledky těch markerů. V čekárně jsem potkala i mnoho lidí, co znám, třeba sousedku z ulice. Obě jsme na sebe koukaly. Ona vlasy, já vlasy, takže už jsme věděly. To je poznávací znamení – kdo projde onkologickým onemocněním, už ví, v jaké je kdo fázi.“).

Pavla je nyní rok a půl po ukončení léčby. Zkušenost jí do života přinesla i pozitivní zisky. Jedním z nich je **změna pohledu na to, co je v životě důležité**. („Moje poznání z toho je: nervovat se z blbostí, které nemají vliv na život člověka. Samotnou mě to někdy dostihne, že se rozčílím, protože nestihnu nějakou hloupost. A pak si řeknu: ‚Ježiši, uklidni se, uděláš to zítra. Zdraví a život je přednější.‘“).

Zjistila také, že těžké situace v životě dokáže **vyřešit nebo ovlivnit svým postojem**. Například když si více důvěřuje a udržuje si pozitivní naladění. („Když se člověk utápí v těch starostech, pláče a je sebelítostný, což se mi taky stalo, tak to jen zhoršuje, protože mozek to pak vysílá tělu. A já věřím, že když si člověk řekne, že to překoná, nastartuje sám v sobě ty procesy a pak to s podporou lékařů a léčby zvládne. Ono se říká: Věř a víra tvá tě uzdraví. A to je přesně ono. Člověk musí věřit, že nad tou nemocí zvítězí.“).

Pavla nyní věnuje více času sobě, **dělá si častěji radost**. („Snažím si užívat si života. Třeba každý týden chodím plavat a mám z toho hroznou radost. Nebo když vidím hezké divadelní představení, tak si koupím vstupenku a nehledím na cenu. Řeknu si: ‚Já budu čekat pět let a představení nebude – nebo na co budu čekat?‘ Třeba tu pozitivní nemusím být.“).

Vlivem zkušenosti se objevily **nové možnosti trávení volného času**. Zapojila se do turistické skupiny a našla nové přátele. („V lednu jsem se dala dohromady s partou milých přátel, kteří chodí každou sobotu na pěší výlety. Už jsem s nima byla asi pětkrát, všichni jsme se seznámili. A já to teď mám v programu a když je v sobotu něco, tak řeknu: ‚Až odpoledne nebo večer, teď jdu na výlet.‘ I to se změnilo až teď.“).

Nyní také více než před nemocí **oceňuje dobré vztahy v rodině** a snaží se posilovat jejich soudržnost. („Mnoho věcí se mi změnilo v životě k lepšímu. I si víc vážím rodiny. Já se vždycky snažila setkávat a hodně to udržuju, protože to je taky hodnota, ta rodinná soudržnost. Mám radost, že jsme se všichni sešli na devadesátinách tatínka. Dávám teď přednost aspoň někdy se potkat nebo si volat i se vzdálenější rodinou.“).

## Rozvaha

Diagnóza rakoviny prsu byla pro Pavlu novou zkušeností. Cítila se vykolejená z rovnováhy a postupně začala hledat cesty, jak se adaptovat. Našla mnoho způsobů, jak projít náročnou léčbou, zachovat si běžný život a uchránit své blízké od negativních emocí. Zpětně se za vším ohlíží jako za zkušeností, která ji naučila více si užívat života.

Než Pavla o diagnóze řekla své rodině, navštívila organizaci Mammahelp a poradila se se zkušenějšími pacientkami. Získala od nich nejen emocionální podporu, ale i řadu praktických nápadů, jak se vyrovnat se ztrátou vlasů nebo jak skloubit docházení na chemoterapie s prací, kterou nechtěla přerušit (respektive nemohla, protože sama vychovávala dospívajícího syna). Díky návštěvě v Mammahelp byla Pavla mnohem lépe připravena na to, co ji během léčby čeká. Mohla své největší obavy probrat s někým, kdo danou zkušeností prošel, a byl jí tak schopen poskytnout úplně jinou úroveň podpory. Zvolenou copingovou strategií bylo **zaměření na problém** a podle Paulíka (2010) se aktivuje v situaci, kdy jedinec dospěje k názoru, že proti působení zátěže může něco sám udělat, například vyhledá nové informace.

U Pavly sledujeme snahu převzít nad situací kontrolu. Například v momentu, kdy si paruku zakoupila ještě před začátkem chemoterapie, aby byla připravena na vypadání vlasů. To pro ni bylo nejcitlivější změnou v průběhu léčby. Ztrátu vlasů přechodně maskovala kloboučkem, do kterého si vyrobila maketu ofiny z vlastních vlasů. Hledala tedy způsoby, jak si co nejdéle uchovat pocit, že o vlasy nepřišla. I v tomto případě lze mluvit o copingu zaměřeném na problém. Pavla však volila i **coping zaměřený na emoce**, který úspěšně využívala během chemoterapií. Když ve stacionáři viděla další pacienty, uklidnilo ji, že ve své situaci není sama a dodalo jí to sílu s nemocí bojovat. Cítila také vděčnost k možnostem současné medicíny, kterých mohla v roli pacienta s rakovinou využít. Získala tedy nad svou situací nadhled, což jí přineslo emoční zklidnění.

**Posttraumatický rozvoj** má u Pavly podobu změny pohledu na to, co je v životě důležité, kdy se snaží nestresovat malichernostmi. Vlivem zkušenosti změnila způsob trávení volného času, kdy si nyní častěji než dřív dělá radost a vyhrazuje si čas jen pro sebe. Našla si také nové přátele, se kterými chodí na pěší výlety. Zkušenost s nemocí přinesla také ocenění dobrých vztahů v rodině a snahu je nadále posilovat.

## Regina

### Osobní anamnéza

38 let, žije s přítelem v menším městě. Vzdělání středoškolské, pracuje v gastronomii. Rakovinou prsu onemocněla v červnu 2016 (bylo jí 35 let). V průběhu léčby absolvovala mastektomii, chemoterapie a biologickou a hormonální léčbu.

### Podstatné aspekty zkušenosti

Regina je přesvědčená, že rakovina prsu je v jejím případě **následkem dlouhodobého stresu**. Regina žila mnoho let v turbulentním partnerském vztahu plném nejistoty. Rozešli se na konci roku 2015. *(„Já jsem měla dlouholetý vztah, deset let jsme spolu byli. Stokrát se rozcházeli, nerozcházeli. A já jsem přesvědčená, že to (rakovinu) mám kvůli tomu. Ne kvůli němu, ale kvůli tomu – kvůli tomu vztahu, tý situaci a z těch nervů.“)*

Na jaře 2016 si Regina všimla, že se její **pravé prso zvětšuje**. Bulku si přímo nenahmatala, ale měla ho tvrdé a horké. Když se to nelepšilo, vyhledala gynekologa, který ji odeslal do prsní poradny, a následně do mamocentra. *(„Zjistila jsem, že moje pravý prso se zvětšuje a je tvrdý. A bylo horký trošku. Šla jsem na gynekologii a doktor mě poslal na prsní. Tam se jim to okamžitě nelíbilo. A ještě mi začalo z toho prsu vytékat. Na prsním jsem věděla, že je zle, to poznáte podle výrazu. Okamžitě mě hnali na mamograf do (název krajského města), a to už jsem tušila.“)*

**Zkušenost z mamocentra** byla velmi nepříjemná. Zdravotní sestra se během vyšetření chovala necitlivě a lékařka pronesla při sdělení diagnózy hrubou poznámku, kterou Regina raději vytěsnila. *(„Mě z toho prsu vytekalo a když jdete na mamograf, tak oni vám zplasknou prso. A tohle jak mi udělali s tím nemocným prsem, tak z té bradavky vylítlo to bílý. A sestra mi na to řekla: ‚Ježišmarja, co to je?‘ A ještě mi říká: ‚Vy máte silikon?‘ Já ho měla tvrdý, to prso, tak říkám: ‚Ne, asi mám rakovinu, asi tam mám velkej nádor.‘ Takt to byla sestra. No a pak ta doktorka, když jsem u ní seděla. Řekla mi jednu ošklivou větu, a já na to konto jsem jí řekla: ‚Je to rakovina?‘ A ona mi to potvrdila. Ale já si nepamatuju tu větu, kterou mi řekla, to jsem úplně vytěsnila. Protože ostatní doktoři vám to pak vykompenzují, takže já si pamatuju ty dobré věci.“)*



Regina z mamocentra odjížděla v návalu pláče. Propadala zoufalství a beznaději. Jako první diagnózu řekla **kamarádce Lence**, se kterou po rozchodu s přítelem bydlela. (*„Odjížděla jsem samozřejmě s ohromným pláčem. Vykouřila jsem krabičku cigaret cestou domů. Hrozně jsem brečela, v tu chvíli pro mě úplně skončil život. Říkala jsem si: ‚Co teď?‘ Člověk vůbec neví, co bude. Přijela jsem domů. Tehdy jsem bydlela s kamarádkou, jak jsme se rozešli s tím mým partnerem. Ona měla zrovna volno z práce, tak jsem jí to všechno řekla. Ta mě nějak uklidnila, no a žily jsme dál.“*).

**Léčba** začala dva měsíce po sdělení diagnózy. Operace proběhla v nemocnici v jiném městě, kam Regina později dojížděla i na chemoterapie. Důležitou osobou byla pro Reginu v průběhu léčby jedna konkrétní lékařka, která ji celou dobu povzbuzovala a dodávala naději. (*„Hned první den, co jsem tam u ní byla, tak jsem věděla, že to bude v pořádku. Možná to dodá i ona. Že vás bere jako pacienta, ale řekne: ‚Podívejte se na tu nástěnku,‘ – a má tam plnou nástěnku dětí s maminkama, co jí posílají. Tak jsem věděla, že ona mě tam vidí na té nástěnce. Že teď máme blbý období, ale to vyléčíme a pak budu moct rodit ty děti. Ona se mnou i tak hezky mluvila: ‚Jděte si teď nakoupit, udělejte si radost, pak si skočíte na chemoterapii.“*).

Rozhodnutí o **mastektomii prsu** Regina přijala jako úlevu. (*„Já jsem se strašně těšila, až mi to prso vezmou. Těsně před operací jsem ležela ve vaně a z toho prsa mi vytejkalo. Mě to pořád připomínalo, že tam je něco, co tam nepatří.“*). V den plánované operace přišlo a Regina to pojala jako příležitost se pozitivně naladit na nelehký zákrok, který ji čekal. (*„V den mojí operace přišlo. Já za vším hledám něco hezkého a věřím, že všechno něco znamená. Tak jsem si říkala, že mi prší štěstí.“*).

Období těsně po operaci bylo emočně velmi citlivé. Na základě slov ošetřující lékařky Regině až v tento moment došlo, že kvůli nádoru byla v ohrožení života. (*„Takže mě odoperovali a pamatuju si, že doktorka za mnou přišla, když mi to měli převazovat. A mě tekly slzy. Ona řekla, že mi ho museli vzít celý, aby mě zachránili. Pak to sundala ty obvazy a já jsem koukala stranou, že to nechci vidět. Že třeba až napodruhý, napotřetí. Nedalo mi to, sklonila jsem hlavu, podívala se a zjistila, že to není tak hrozný.“*).

Po operaci Regina nastoupila na **chemoterapie**, které vnímala jako pojistku, že bude zdravá. Snášela je dobře fyzicky i psychicky. Opět se snažila udržovat si pozitivní naladění. Na chemoterapie dojížděla jednou za tři týdny. Mezitím se snažila žít běžný život. (*„Brala*

*jsem to tak, že to ošklivý vyndali a že ta chemoterapie je vlastně jenom doničení toho, co tam mohlo zůstat. Já jsem si to vždycky nějak odůvodnila, abych si do té hlavy hodila pozitivní věci. Třeba jsem si hodila do hlavy, že mě z chemoterapií nebude špatně. A opravdu jsem nezvracela. Jediný, co mi bylo, tak cestou z chemo jsem byla taková voflákaná, jak já říkám. Byl to vždycky čtvrtek jednou za tři týdny a vždycky jsem si naordinovala, že budu pátek až neděle doma. Že nepůjdu do práce, že nepůjdu nikam a budu opravdu v klidu. A jinak jsme s Lenkou žily normálně dál. Chodila jsem do práce, vínko jsme si daly.“).*

Kamarádku a v té době zároveň spolubydlící Lenku vnímala Regina jako **hlavní oporu**. Pomáhaly jí také další kamarádky, které ji střídavě vozily na chemoterapie a dělaly jí během nich společnost. Svě rodiče se Regina snažila nemocí nezatěžovat, nechtěla je dostávat do emočně vypjatých situací. („*Největší opora byla určitě Lenka a pak ty holky, co mě vozily. Ty si vždycky udělaly čas, vyčkaly se mnou chemo a zase jsme odjely. Ale ta hlavní byla Lenka. My jsme spolu žily, ale opravdu jen jako kamarádky, v tom nebylo nic intimního. Ona mě brala jako zdravou. Neuhlodávala mě v té nemoci, spíš naopak. Přijela jsem třeba z chemo a ona se nezeptala, jaký to bylo, nešťourala se v tom. Ona mě nechtěla utápět, brala to tak, že jsem si prostě jela pro injekci. To mi asi pomohlo. Takže já jsem měla kamarádky.“ (...)* „*Tu mámu, paradoxně, já jsem se o ní bála víc než o sebe. Jakože jsem ta její holčička, která onemocněla. Naši samozřejmě všechno věděli, ale vždycky jsem říkala: „Mami, jdi klidně do práce, holky si vezmou volno.““).*

Týden po první chemoterapii začaly Regině **vypadávat vlasy**. S tímto důsledkem léčby se vyrovnávala vůbec nejhůře, vnímala to i jako horší zásah než mastektomii. Vlasy začaly Regině vypadávat během dovolené na chatě, kam vyrazila s Lenkou. („*Já měla dlouhý, blondátý, hustý vlasy. A to mě paradoxně asi jako víc sebralo než to prso. V září jsme byly na chalupě, na takový podzimní dovče, a tam mi začaly padat vlasy. A to tak, že když se češete, máte chomáče v hřebenu. Nevěděla jsem, co tam s tím na té chalupě budu dělat. Takže jsem je stáhla do drdolu a tři dny přežívala v tom drdolu. Nemohla jsem to rozpustit, protože by mi jich zůstalo strašně moc v ruce.“).*

Po návratu z chalupy šla Regina s kamarádkou **koupit paruku**. Na její nošení si rychle zvykla, udělala si z toho módní doplněk. Nosila ji všude, jen jednou zkusila vyjít do společnosti bez ní. Reakce okolí však psychicky neunesla. („*Byla u nás ve městě taková akce, že jsou stánky na náměstí a lidi tam dělají, co mají rádi, třeba pečou. S kamarádkou jsme na*

to vyrazily a já šla jenom s čepičkou. Cestou jsme potkávaly známý lidi a oni na mě koukali. A já se tak strašně vyhysterčila, že jsme se otočily a šly domů. Najednou jsem si nedokázala představit, že si řeknou: ‚Co je? Ona nemá vlasy, aha.‘ Ty pohledy. To bylo poprvé, kdy jsem si uvědomila, že to fakt nedám bez té paruky, a pak jsem ji nosila.“).

V průběhu léčby se Regina **snažila žít běžným životem**. Domluvila si v práci úpravu směn a pokračovala ve své profesi dál. („Měla jsem omezený šichty, nedělala jsem tři dny v kuse, ale jen dva dny. Takže trochu omezená jsem byla. Nicméně úplně v pohodě. Akorát jednou za tři týdny mi to připomnělo, když jsem jela na tu chemoterapii. Nebo když jsem přišla domů a sundala paruku. My jsme si z toho pak už s Lenkou dělaly srandu, že jsem říkala: ‚Ježíš, mě je vedro, já musím sundat vlasy.‘“). Po ukončení chemoterapie se Regina cítila zdravá. Dva roky pak ještě užívala biologickou a hormonální léčbu, kterou už ale nepociťovala jako významné omezení života.

V tomto období se v jejím životě objevil nový muž, se kterým nyní plánuje založení rodiny. Vnímá to tak, že nový partner přišel v pravý čas. Regina je nyní v osobním životě spokojená a je **pozitivně naladěná ohledně budoucnosti**. („No, a najednou jsem potkala Lukáše. V průběhu hormonální léčby. Přišel, když už jsem měla vyřešeného toho bejvalýho, když jsem měla vyřešenou léčbu, když jsem měla vlasy. Já jsem ho znala od dětství. Takže věděli jsme o sobě, ale mě nenapadlo, že budeme spolu. Pak mě jednou pozval na rande, já jsem šla, zamilovali jsme se do sebe a teď to budou dva roky, co spolu naplno žijeme. Stavíme baráček a chceme miminko. Takže jsem po poradě s doktorkou vysadila Tamoxifen (hormonální léčba), kterež bych měla brát pět let, ale řekla, že dovoluje ho vysadit už po těch dvou letech. Řekla mi, že až bych odrodila, tak by mi ho zase nasadila, čemuž já se samozřejmě nebráním. Nicméně jsem v remisi, jsem připravená na mimčo, třikrát už jsem menstruovala. Nevěřila byste tomu, jakou jsem měla radost z první menstruace. A já prostě věřím, že to bude dobrý.“).

Regina je po ukončení léčby v období nových začátků. Našla si nového partnera, se kterým plánuje založení rodiny. Onemocnění rakovinou prsu je pro ni už svým způsobem minulost. V průběhu rozhovoru několikrát zmínila přesvědčení, že **nemoc přišla, protože ji měla něco naučit** – podívat se na dosavadní život s odstupem a získat odvahu definitivně ukončit předchozí nefunkční vztah. („Ten vztah byl stres, já jsem deset let brečela. Jsem přesvědčená, že mě to mělo nakopnout, že mi to mělo ukázat, co dělám špatně. Mě ta

*nemoc musela odklonit od bejvalýho partnera, kterej si mě nezasloužil. Já bych se s ním asi nikdy nerozešla, nedokázala bych to, furt by v tom mým životě byl.“).*

S předchozím souvisí **pozitivní změna v sebevědomí**. Nyní si Regina více důvěřuje, více spoléhá na sebe a své kompetence. Už není ochotna se ve vztahu podřizovat tolik, jako dříve. (*„Říkám si: ,Uklidni se, hlavně, že jsi zdravá. Když nebude Lukáš, bude jinej chlap. Když nebude jinej chlap, máš kamarádky. Když nebude tenhle chlap, tak ale bude mít jinou holku a bude se k ní chovat jako k tobě, tak to tě může držet. Tak ať si jde, když mu nejsem dost dobrá. Tohle si říkám, že je důležitý a vždycky se vnitřně uklidním.“*).

Dalším vnímaným ziskem je **změna pohledu na to, co si zaslouží pozornost**. Zároveň Regina přiznává, že ne vždy se jí daří nové nastavení udržet. (*„Snažím se nestresovat. Říkám si, že jestli budu, tak zase něco přijde. Všechno má svůj důvod.“* (...)) *„Říkám si, že nebudu řešit malichernosti. Ale ono vám za chvíli zase otrne. Když se cejtíte dobře, tak zase řešíte ty samý kraviny. Určitě jsem se změnila, neřeším to tak, ale pak na tu nemoc zapomenete a jste zase to svý starý já. Myslím, že to má každěj.“*).

Vlivem zkušenosti zaznamenala změnu i na poli mezilidských vztahů. Vnímá, že se **změnil způsob, jak se k ní chová širší okolí**. Připadá jí, že lidé jsou teď vůči ní citlivější. (*„Přijde mi, že se teď lidi ke mně chovaj úplně jinak. A nemyslím soucitně. Řeknou si, nebo mám z toho ten pocit – ,Ty jo, ať byla předtím jaká byla, tohle si nezaslouží a hlavně, že je zdravá.‘ Potkala jsem kolegyni z práce, nebyly jsme extra kámošky, a ona mě objala a hlavně, že už jsem zdravá. A cejtíte, že to myslí upřímně. Myslím, že si to lidi v okolí uvědomujou, že jsou rádi, že nebyli nemocný, ale že jim něco dokázalo otevřít oči, a to jsem byla já. Protože já jsem omarodila, oni ne, ale vnímají, že se to může stát každému.“*).

## Rozvaha

Na jaře 2016 byla Regina krátce po těžkém rozchodu a začínala nový život. Právě v tomto období jí byla diagnostikována rakovina prsu. Regina je přesvědčena, že nemoc se objevila následkem dlouhodobého stresu, který prožívala v nefunkčním vztahu. Rakovinu zpětně vnímá jako životní lekci, která ji měla naučit fungovat jinak a více si sebe vážit.

Regina je člověk, který se snaží na svět dívat pozitivně. Toto nastavení jí pomáhalo projít i těžkými situacemi během léčby, ať už to byla mastektomie nebo začátek chemoterapií. Místo utápění se v negativních myšlenkách a obavách si Regina vytvořila

pozitivní představu: bude to dobré, uzdravím se, projdu tím bez vážných komplikací. Toto lze v jejím případě chápat jako hlavní copingovou strategii, kterou během zkušenosti zvolila. Druhou strategií byla snaha žít do co nejvyšší možné míry běžný život, tedy chodit do práce a věnovat se svým zájmům. Obojí se dá shrnout jako **coping zaměřený na emoce**, což například Paulík (2010) definuje jako snahu vyhnout se myšlenkám na ohrožení.

Regina má kolem sebe bohatou síť sociální opory. Největší oporou byly v průběhu léčby kamarádky, které ji střídavě doprovázely na chemoterapie. Zvláštní úlohu měla kamarádka Lenka, se kterou Regina bydlela. Po celou dobu tedy vedle sebe měla blízkého člověka, kterému důvěřovala a o kterého se mohla opřít. Zřejmě i díky tomu se se vším, co během léčby přicházelo, adaptivně vyrovnávala. V předchozím partnerském vztahu Regině chyběl pocit bezpečí a skutečného zájmu – je tedy možné, že pokud by ji nemoc zastihla ještě během trvání tohoto vztahu, byla by pro ni celá zkušenost mnohem těžší.

Před nedávnem Regina po domluvě s lékařkou vysadila hormonální léčbu, aby mohla otěhotnět. Krátce po skončení hlavní části léčby se totiž v jejím životě objevil nový partner, se kterým plánuje budoucnost. I tento aspekt Regině pomáhá zkušenost s rakovinou prsu dále zpracovat – jako náročnou událost, která ji potkala, ale kterou zvládla a která ve výsledku přispěla k tomu, že nyní žije spokojeněji než před nemocí.

**Posttraumatický rozvoj** má u Reginy podobu vyššího sebevědomí, kdy dokáže více spoléhat na sebe a své kompetence. Snaží se také vyhýbat stresu, protože ten vnímá jako jednu z příčin vzniku rakoviny. Snaží se nezabývat malichernostmi a uvědomovat si, že tím hlavním je zdraví. V současné době je výrazně orientovaná na budoucnost, od které má pozitivní očekávání.

## 8.2 Přehled vynořujících se témat

V rámci analýzy bylo nalezeno několik tzv. vynořujících se témat, které pomohly zodpovědět hlavní výzkumné otázky: *Jakou zkušenost mají ženy po rakovině prsu s průběhem zpracování traumatu?* a *Jakou zkušenost mají ženy po rakovině prsu s efektem zpracování traumatu?* V rámci výzkumu bylo označeno celkem 459 kódů, které byly následně shromážděny do nadřazených kategorií.

Na základě další analýzy byla zjištěna tato vynořující se témata:

1. Téma: **Ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím**
2. Téma: **Ztráta vlasů jako nejhůře prožívaný následek léčby**
3. Téma: **Ukončení chemoterapií prožíváno jako návrat zdraví**
4. Téma: **Jiné ženy se zkušeností s rakovinou prsu jako významný zdroj opory**
5. Téma: **Zkušenost přinesla změnu náhledu na to, co je v životě důležité**
6. Téma: **Zkušenost přinesla vyšší sebevědomí a sebedůvěru**

Prvním tématem je **ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím**. Většina respondentek zažila necitlivý přístup zdravotníků při sdělení diagnózy. Respondentky si diagnózu typicky vyslechly v mamocentru, kam je s podezřením na rakovinu prsu odeslal gynekolog. Setkaly se s necitlivým až hrubým přístupem personálu. Sdělení diagnózy tak mají spojeno s emočním otřesem a stalo se pro ně momentem, na který nerady vzpomínají.

**Patricii** diagnózu sdělil nekompetentní pracovník, který jí nedokázal poskytnout adekvátní informace. *„V ordinaci seděl nějaký saniták nebo nevím, kdo to byl. A řekl mi: ‚Mám pro vás špatnou zprávu, ten nádor je maligní.‘ Rozbrečela jsem se a říkám: ‚Ale vždyť já jsem v sedmnáctém týdnu, budu muset jít na potrat, nebo jak se to dělá?‘ On mi řekl: ‚Víte co, tomu já moc nerozumím, to vám řekne paní doktorka.‘“*

K **Regině** se v mamocentru chovala hrubě sestra, kdy nevhodně komentovala sekreci z bradavky, která byla jedním z projevů nemoci. Přístup lékařky byl rovněž necitlivý. *„Doktorka mi řekla jednu ošklivou větu, a na to konto jsem řekla: ‚Je to rakovina?‘ A ona mi to potvrdila. Ale já si nepamatuju tu větu, to jsem úplně vytěsnila.“*

S výše popsaným kontrastuje jiná společná zkušenost: pozitivní zkušenost s lékaři během léčby. Všechny respondentky se v průběhu léčby (ve větší či menší míře) setkaly s profesionálním a vstřícným přístupem, ať už se to týká nemocnic, radiologických pracovišť nebo onkologických stacionářů. Některé respondentky zmínily, že jim přístup lékařů vykompenzoval nepříjemnou zkušenost při sdělení diagnózy.

Díky vstřícnému personálu **Pavla** vnímala návštěvy onkologického stacionáře, kam docházela na chemoterapie, jako příjemnou zkušenost. Pro **Reginu** byla jedna z lékařek důležitou osobou v rámci léčby, kdy jí dodávala naději a psychickou podporu. *„Hned první*

den, co jsem tam u ní byla, tak jsem věděla, že to bude v pořádku. Že teď máme blbý období, ale to vyléčíme a pak budu moct rodit ty děti.“).

**Tabulka 2 Ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím**

Ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím	Počet kódů
Pozitivní zkušenost s lékaři během léčby	10
Necitlivý přístup zdravotníků při sdělení diagnózy	8
Špatná zkušenost se zdravotnictvím během léčby	3
Ocenění práce lékařů a možností medicíny	3

Druhým společným tématem je **ztráta vlasů jako nejhůře prožívaný následek léčby**. Všechny respondentky absolvovaly chemoterapie, které se ne vždy pojily s vypadáním vlasů. Pokud se tak stalo, byl tento aspekt prožíván jako nejvíce negativní vedlejší účinek léčby. Zkušenost s tím mají tři respondentky z pěti. Zvládnání tohoto stresoru bylo spojeno s použitím různých copingových strategií.

Respondentky Regina a Patricie během léčby absolvovaly mastektomii i chemoterapie, po kterých jim vypadaly vlasy. Obě respondentky to prožívaly subjektivně hůře než odstranění prsu. **Patricie:** „V létě jsem chodila s tím jedním prsem. I před manželovými rodičema. Když jsem pak po druhý chemošce přišla o ty vlasy, to bylo asi nejhorší. Já jsem vždycky měla strašně dlouhý vlasy.“ **Regina:** „Já měla dlouhý, blondatý, hustý vlasy. A to mě paradoxně sebralo víc než to prso.“

Vypadání vlasů bylo citlivým tématem také pro **Pavlu**. Obávala se ho od samého začátku, kdy jí byla sdělena diagnóza. „A já jsem říkala: Ježíšmarja, vždyť já nebudu mít vlasy, co budu dělat. Teď jaký jsou ty paruky, to je něco příšerného, to bude poznat.“ V rámci copingu se snažila na tuto situaci připravit s předstihem. Například konzultovala vypadání vlasů s pacientkou, která už zkušeností prošla. „A já: ‚Kdy mi začnou padat vlasy?‘ Ona mi začala odpovídat – zhruba týden po první chemoterapii. A já: ‚Ježíšmarja, a jak to probíhá, to se jako ráno proberu a budu bez vlasů, nebo jak?‘“ Když pak k vypadání vlasů skutečně

došlo, Pavla to dočasně maskovala maketou ofiny z vlastních vlasů. „*S tímhle jsem v kritických momentech mého života simulovala, že mám vlasy.*“

**Marcela** zažila chemoterapie třikrát. Vlasy jí vypadaly při druhé a třetí zkušenosti. Tento následek léčby nevnímala jako závažný, mnohem horší pro ni byly nevolnosti při chemoterapiích. „*Paní doktorka mi jich naordinovala osm a po čtvrtý jsem řekla, že už nechci. Zamlada to bylo lepší, ale ty poslední chemoterapie už byly tragický, to už prostě nezvládáte.*“ **Dana** vypadání vlasů vůbec nezmínila, není tedy jasné, zda k němu došlo. Pro Danu byly také nejhorší nevolnosti. „*Strašně jsem zvracela, bylo mi hrozně zle a sotva jsem lezla. Ale nejsou to jen nevolnosti. Je to i slabost a všechno.*“).

**Tabulka 3 Nejhůře prožívaný následek léčby**

Nejhůře prožívaný následek léčby	Počet kódů
Ztráta vlasů	11
Nevolnosti po chemoterapii	4
Bolest a jiné fyzické omezení	4

Třetím společným tématem je, že **ukončení chemoterapií bylo prožíváno jako návrat zdraví**. Poslední chemoterapii některé respondentky vnímaly jako moment, kdy se cítily uzdravené nebo jako moment, kdy už měly to nejhorší za sebou. A to i přesto, že pak následovaly ještě další typy léčby, například operace nebo užívání léků.

**Regina** absolvovala nejprve mastektomii a pak chemoterapie. Po nich docházela ještě na injekce s biologickou a hormonální léčbou. „*U injekcí jsem si říkala, že to je jen takový zajišťující. Po chemoterapiích jsem si říkala, že už jsem zdravá.*“ **Marcela** ukončení chemoterapií vždy vnímala jako významný předěl v léčbě. „*Po těch chemoterapiích se vám strašně uleví. To máte úplně jinou chuť do života.*“ **Patricie** prožívala poslední chemoterapii vzhledem k okolnostem euforicky. „*A když jsem šla na tu šestou chemoterapii po porodu, tak jsem byla v euforii. Byla jsem strašně šťastná, že už je to všechno za mnou.*“



**Tabulka 4 Pocit vyléčení nebo že to nejhorší už je za mnou**

Pocit vyléčení nebo že to nejhorší už je za mnou	Počet kódů
Po ukončení chemoterapií	4
Po operaci	2

Čtvrtým tématem je, že **jiné ženy se zkušeností s rakovinou prsu byly vnímány jako významný zdroj opory**. Respondentky uváděly jako hlavní sociální oporu nejbližší rodinné příslušníky. Tři respondentky v různých fázích léčby navázaly kontakt se ženami, které prožily nebo prožívají rakovinu prsu. Získaly od nich jinou úroveň emocionální i praktické podpory, jakou jim člověk bez přímé zkušenosti s nemocí poskytnout nemohl.

**Patricie** a **Regina** se zapojily do projektu Bellis Young & Cancer. Kontakt s dalšími pacientkami oběma pomáhal. **Regina**: „*Několikrát jsem měla depku, splín, něco mě trápilo a oni napíšu: ‚To já měla taky.‘ Takže to není, že to mám jenom já. Uklidní vás to.*“ **Pavla** vyhledala pomoc mentorek z organizace Mammahelp. „*Ženy v tom Mammahelpu podají tu ženskou radu, napůl odbornou, ale spíš je to jejich zkušenost.*“

**Tabulka 5 Sociální opora během léčby**

Sociální opora během léčby	Počet kódů
Jiné ženy se zkušeností s rakovinou prsu	3
Ostatní rodinní příslušníci (prarodiče, snacha...)	3
Manžel	2
Dospělé děti	2
Rodiče	2
Přátelé	2

Páté a šesté téma se týkají posttraumatického rozvoje, proto budou probrána společně. Všechny respondentky dosáhly posttraumatického rozvoje, který se nejvíce projevil ve dvou dimenzích: *ocenění života* a *osobní růst*. V první jmenované dimenzi měl rozvoj nejčastěji podobu **změny náhledu na to, co je v životě důležité**. Respondentky uváděly, že přeskládaly dosavadní priority nebo se přestaly trápit věcmi, které nejsou důležité nebo které nemohou ovlivnit.

**Pavla:** „*Moje poznání z toho je: nervovat se z blbostí, které nemají vliv na život člověka. Samotnou mě to někdy dostihne. A pak si řeknu: ‚Uklidni se, uděláš to zítra.‘ Zdraví a život je přednější.*“ **Dana** zjistila, že je důležité být v kontaktu sám se sebou. „*Myslím, že je důležitý poslouchat svojí dušičku. Protože jakmile člověk jenom něco automaticky jede a nedělá mu to radost, tak ho to jenom vyčerpává a je to takový život jepičí.*“).

**Tabulka 6 Dimenze Ocenění života**

<b>Dimenze Ocenění života</b>	<b>Počet kódů</b>
Změna pohledu na to, co je v životě důležité	7
Více si užívat života	4
Ocenění krásy přírody	2
Jiné vnímání života	2

Šesté téma rovněž souvisí s posttraumatickým rozvojem, a to s dimenzí *osobní růst*. V této dimenzi respondentky vlivem zkušenosti nejčastěji zaznamenaly **zvýšení sebevědomí a sebedůvěry**. Zjistily, že jsou silnější, než si před léčbou myslely. Vztah k sobě nyní prožívají pozitivněji, důvěřují ve své kompetence.

**Dana** již v průběhu léčby převzala nad svým uzdravením kontrolu, nespolehala jen na lékaře. „*Jako největší oporu vnímám sebe. Zjistila jsem, že to za mě na mém těle nikdo neudělá, vlastně ani ten doktor. Sám sebe zná člověk nejlíp, tak by na sobě měl souběžně s medicínou dělat.*“ **Patricie** považuje vyléčení za svůj životní úspěch. „*Ted' jsem člověk, kdo měl a zvládnul rakovinu. Jsem obohacená o to, že mám nějakou zkušenost, co zvládnou a co moje tělo dokáže. Já to na jednu stranu beru jako takovej životní úspěch.*“

**Tabulka 7 Dimenze *Osobní růst***

<b>Dimenze <i>Osobní růst</i></b>	<b>Počet kódů</b>
Vyšší sebevědomí, sebedůvěra	7
Větší spokojenost sama se sebou	3
Nemoc ukázala nutnost změnit dosavadní směr	2
Pozitivní vztah k vlastnímu tělu	1

### 8.3 Dílčí výzkumné otázky

Předchozí podkapitola se věnovala vynořujícím se tématům a pomohla zodpovědět hlavní výzkumné otázky. Nyní bude pozornost věnována dílčím výzkumným otázkám, které rozšíří a doplní nastíněný kontext.

#### **Jaká byla zkušenost žen s podstoupenou léčbou?**

Jak již bylo uvedeno v rámci vynořujících se témat, téměř všechny respondentky mají sdělení diagnózy spojeno s *nepříjemným zážitkem* kvůli necitlivým zdravotníkům. V průběhu léčby zároveň většina zažila *profesionální a vstřícný přístup lékařů*. Výjimkou je částečně Dana. Setkala se s několika nezkušenými lékaři, kteří nebyli schopni její stav adekvátně řešit. Tato *negativní zkušenost* vedla k tomu, že na druhou důležitou operaci raději cestovala téměř 200 kilometrů za chirurgem, který patří k vyhlášeným kapacitám. Pavla v průběhu léčby pociťovala *vděčnost* k současným možnostem medicíny. Uvědomovala si, že pokud by onemocněla o několik let nebo desetiletí dříve, mohla zkušenost probíhat úplně jinak.

Všechny respondentky absolvovaly více než jeden typ léčby. Všechny absolvovaly *chemoterapie* a některé z nich také *mastektomii, radioterapii a hormonální* nebo *biologickou léčbu*. Dana a Marcela špatně snášely vedlejší účinky chemoterapie, které absolvovaly před více než osmi lety. Pavla, Regina a Pavla, které chemoterapiemi prošly relativně nedávno, neuváděly fyzicky nepříjemné vedlejší účinky, což lze zřejmě přičíst medicínskému pokroku v podobě šetrnějších preparátů.

Patricie podstoupila oboustrannou mastektomii a Regina jednostrannou. Respondentky uváděly, že tuto *radikální operaci svým způsobem vítaly*, protože ji pociťovaly jako nejlepší možné řešení jejich zdravotního stavu. Ztráta prsou však pro obě byla emočně náročnou situací, se kterou se nějakou dobu vyrovnávaly.

### **Jaké copingové strategie ženy volily?**

Zvládací strategie jsou významnou součástí procesu vyrovnávání se s traumatem. V případech onkologického onemocnění pomáhají čelit dlouhodobě působícímu zdroji stresu. Respondentky měly tendenci volit zejména **coping zaměřený na emoce**.

Patricie překonala nejhorší okamžiky pomocí *pozitivního přerámování*, kdy ve vypadání vlasů a odstranění prsou nakonec objevila výhody. Ve zvládnání jí významně pomáhalo také *optimistické naladění a odhodlání nemoc porazit*. U Marcely, Reginy a Pavly sledujeme snahu *zachovat si co nejvíce běžný život* – zejména nepřerušit práci, která je nejen nutná k udržení autonomie, ale také zaměstná hlavu něčím jiným než myšlenkami na nemoc. Dana nejhorší chvíle překonávala pomocí *dechových a meditačních cvičení*, díky kterým si uchovala pocit, že neztratila kontrolu nad svým tělem. Významným krokem bylo v jejím případě *přijetí nemoci*. Začala rakovinu vnímat jako něco, co bylo svým způsobem vždy součástí jejího těla. Dospěla k tomu, že pokud se chce uzdravit, je lepší s „nepřítelem“ vyjednávat, než ho nenávidět nebo se mu vzdát.

V menší míře se objevoval **coping zaměřený na problém**. Přistoupila k němu Pavla, když se cítila vykořeněná závažnou diagnózou. Dříve než začala cokoli podnikat, *vyhledala pomoc žen*, které již rakovinu prsu prodělaly a získala od nich spoustu praktických tipů, jak situaci zvládnout. Dana zareagovala na laxní přístup lékařů *vytvořením vlastního léčebného postupu*, do kterého postupně zapojila všechny roviny podle bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Zřejmě i díky tomuto velmi adaptivnímu copingu dosáhla v rámci souboru nejvýraznějšího posttraumatického rozvoje.

### **Jak nemoc a léčba zasáhla do dalších sfér jejich života?**

Rakovina prsu je onemocnění s mnoha psychosociálními dopady. V případě Patricie měla nemoc *vliv na celou rodinu*. V době zahájení léčby měla roční dítě a zároveň byla podruhé těhotná. U staršího syna se vlivem traumatu z onemocnění matky dočasně zastavil vývoj řeči. Mladší, v té době ještě nenarozený syn, s Patricií prenatálně absolvoval dvě

operace a pět chemoterapií. Manžel byl pro Patricii velkou oporou, ale situace byla pro ně jako pro pár zcela nová a chvílemi nevěděli, jak s ní naložit.

Marcela absolvovala léčbu rakoviny prsu v průběhu života třikrát, z toho dvakrát v roli *samoživitelky s dospívající dcerou*. Musela najít způsob, jak skloubit náročnou léčbu a zároveň nepřerušit práci. Ve stejné situaci byla Pavla, která sama vychovávala studujícího syna a nemohla si dovolit přestat pracovat. Pavla také nemoc celou dobu *cíleně tajila před svým otcem*, protože se obávala, jak by reagoval na psychickou zátěž. Patricie *přišla o několik přátel a známých*, když se ukázalo, že se jí místo podpory začali vyhýbat.

Důsledky však nebyly pouze negativní. Regina zkušenost s nemocí vnímá jako *probouzející zážitek*, který ji donutil definitivně ukončit nefunkční partnerský vztah. Krátce po ukončení léčby poznala nového muže, se kterým nyní plánuje rodinu. Dana uvádí *zlepšení partnerského života*, protože si s manželem rozumí víc než před nemocí.

#### **Jaké pozitivní zisky ženy zaznamenaly vlivem zkušenosti?**

Jak již bylo uvedeno, všechny respondentky dosáhly posttraumatického rozvoje. Respektive všechny dokázaly pojmenovat pozitivní změny, které se v jejich životě vlivem zkušenosti udály. Nejvýraznějšího rozvoje dosáhly Patricie a Dana. Tyto respondentky v průběhu léčby procházely velmi těžkými fyzickými i psychickými stavy. S odstupem prožívají *zvýšení sebevědomí a sebedůvěry*, kdy obě zjistily, co jejich tělo dokáže, a že se samy na sebe mohou v krizových momentech spolehnout. Obě si nyní více než před onemocněním váží života, jsou empatičtější a samostatnější. Marcela prožila s rakovinou prsu třikrát v rozmezí sedmnácti let. Zpětně se za náročnou zkušeností ohlíží s tím, že oceňuje roky navíc, které díky úspěšným léčbám získala.

Patricie a Pavla začaly více *oceňovat vztahy v rodině*. Patricie zjistila, že když je nejhůř, její rodina se dokáže obdivuhodně semknout a podpořit. Pavla si více než před nemocí váží harmonických vztahů v rodině a snaží se udržovat častější kontakty i se vzdálenějšími příbuznými. Daně a Pavle přinesla zkušenost s rakovinou prsu *objevení nových možností*. Dana o své léčbě napsala knihu a pořádá různé semináře a přednášky, aby pomohla nově diagnostikovaným pacientkám zátěž lépe zvládat. Pavla si po uzdravení začala vyhrazovat více času pro sebe. Našla si *nový způsob trávení volného času*, díky kterému poznala nové přátele.

## V jaké dimenzi posttraumatického rozvoje je změna vnímána nejintenzivněji?

Respondentky dosáhly nejvýraznějších změn v dimenzích *ocenění života* a *osobní růst*. Pro větší přehlednost uvádím výsledky v tabulce.

<i>Respondentka</i>	<i>Vztahy s druhými</i>	<i>Nové možnosti</i>	<i>Osobní růst</i>	<i>Spirituální změna</i>	<i>Ocenění života</i>
<b>Patricie</b>	větší empatie; ocenění rodiny		vyšší citlivost vůči sobě; pozitivní vztah ke svému tělu; zvýšení sebevědomí	rozšíření identity	změna priorit
<b>Marcela</b>					změna pohledu na to, co je v životě důležité; ocenění času navíc
<b>Dana</b>	hlubší vztah s manželem	napsání knihy a pořádání přednášek	větší spokojenost sama se sebou; nemoc ukázala nutnost změnit směr; vyšší sebevědomí		jiné vnímání života; ocenění krávy přírody; změna pohledu na to, co je v životě důležité
<b>Pavla</b>	ocenění rodiny	nové možnosti trávení volného času	vyšší sebevědomí		změna pohledu na to, co je v životě důležité; více si užívá života
<b>Regina</b>	okolí se k ní chová citlivěji		nemoc ukázala nutnost změnit směr; vyšší sebevědomí		změna pohledu na to, co si zaslouží pozornost

## 9 Diskuze

Cílem práce bylo prozkoumat zkušenost žen s rakovinou prsu, konkrétně s průběhem zpracování traumatu a efektem zpracování traumatu, kterým byl v tomto kontextu chápán posttraumatický rozvoj. V předchozí kapitole byly prezentovány hlavní výsledky a v rámci diskuze se otevírá prostor pro jejich širší interpretaci. Pozornost bude rovněž věnována limitaci výzkumu a možnostem jeho dalšího rozšíření.

### 9.1 Interpretace zjištěných výsledků

Ve vztahu k cíli práce a hlavním výzkumným otázkám bylo nalezeno šest vyořujících se témat. Chápat je můžeme také jako společné aspekty zkušenosti. Významným společným tématem je **ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím**. Téměř všechny respondentky zažily v určité formě necitlivý přístup zdravotníků při sdělení diagnózy. Zároveň se většina setkala se vstřícným a profesionálním přístupem během léčby.

Respondentky si diagnózu typicky vyslechly v mamocentru, kam je s podezřením na karcinom prsu odeslal gynekolog. Mamocentra řeší pouze diagnostiku a k léčbě jsou pacientky odkazovány zase jinam. Návštěva mamocentra je tedy v rámci celého procesu jednorázovou záležitostí, kdy mezi pacientkami a zdravotníky nevzniká žádný vztah. Může pak chybět zájem o individuální situaci pacientky i zodpovědnost za to, v jakém rozpoložení bude z mamocentra odjíždět. Zcela jiná situace nastává během léčby, která trvá měsíce, a vztah mezi pacientkou a lékařem se vytvoří zcela přirozeně. Ze zkušenosti respondentek vyplývá, že kvůli rutinnímu přístupu mamocenter začíná léčba rakoviny prsu větším traumatem, než z objektivních důvodů musí. Následně jsou lékaři a zdravotní sestry vnímáni jako spojenci, kteří nejen léčí, ale také dodávají odvalu a naději.

*„Když ho vyndali, tak tam byla taková atmosféra, jako by všichni byli dojatý, že to všechno dobře dopadlo. Fakt to bylo hezký. Po porodu se o mě hezky starali, pořád se ptali, chodili se na malýho koukat. Jak jsem tam prožila skoro celý těhotenství, tak už jsme tam byli známý a všichni se na něj těšili.“*

Dalším významným tématem, které souvisí s průběhem zpracování traumatu, je **ztráta vlasů jako nejhůře prožívaný následek léčby**. Všechny respondentky absolvovaly chemoterapie, což pro některé znamenalo vypadání vlasů. Subjektivně se jednalo o velmi citlivé téma. Některé respondentky ztrátu vlasů prožívaly hůře než mastektomii. Vypadání

vlasů je viditelným následkem léčby, které informaci o probíhajícím onkologickém onemocnění „sděluje“ prakticky všem, kteří se s pacientkou potkávají – včetně lidí, před kterými by to ráda utajila. Zároveň je spojeno s pocitem ztráty kontroly nad situací. Vlasy začnou typicky vypadávat týden až dva po první chemoterapii a není možné tomu jakkoliv zabránit. Chemoterapie probíhají několik měsíců a následné dorůstání vlasů trvá minimálně rok až dva – jedná se tedy o déletrvající následek léčby. Vlasy jsou navíc symbolem ženské krásy, a tak jejich ztráta narušuje i sebevědomí.

*„Já měla dlouhý, blondatý, hustý vlasy. A to mě paradoxně sebralo víc než to prso.“*

*„Já jsem vždycky jsem měla strašně dlouhý vlasy. Takže jak jsem o ně přišla, to bylo asi nejhorší. Připadala jsem si nehezky. Přestala jsem o sebe dbát, protože mi přišlo, že už je to stejně jedno.“*

Zkušenost s vypadáním vlasů byla spojena s aktivací zajímavých copingových strategií. Jedna respondentka si vytvořila ze zbytku vlasů maketu ofiny, kterou si lepila do kloboučku. Pomohlo jí to uchovat si pocit, že má pořád vlastní vlasy a oddálila nutnost nošení paruky. Jiná respondentka tento nepříjemný následek léčby pozitivně přerámovala. Zjistila, že holá hlava znamená zejména v létě určitou výhodu. Nakoupila si také výrazné náušnice a začala se více malovat, aby své ženství podpořila jiným způsobem. Zároveň jde o respondentku, která v rámci souboru dosáhla druhého nejvýraznějšího posttraumatického rozvoje. Hamama-Raz et al. (2019) našli v rámci svého kvantitativního výzkumu silný vztah mezi posttraumatickým rozvojem a pozitivním copingovým stylem, který se projevuje například pozitivním přerámováním.

Zmiňme ještě jedno společné téma týkající se průběhu zpracování traumatu, a sice: **jiné ženy se zkušeností s rakovinou prsu jako významný zdroj opory.** K tomuto závěru dospěly i některé dřívější výzkumy, například Weiss (2004). Bývalé nebo současné pacientky dokáží ženám procházejícím léčbou poskytnout úplně jiný typ emocionální i praktické podpory. Jedna z respondentek ji vyhledala bezprostředně po sdělení diagnózy, dokonce ještě předtím, než se s nemocí svěřila v rodině. Kontaktovala organizaci Mammahelp a zkušenější pacientky se vyptala na vše, co ji zajímalo: od vypadání vlasů, přes to, jak diagnózu sdělit synovi až po tipy na skloubení chemoterapií se zaměstnáním.

V České republice funguje mnoho organizací zaměřených na pomoc ženám s rakovinou prsu, tento specifický typ sociální opory je tedy relativně dobře dostupný. Komunita se navíc přirozeně rozšiřuje, protože mnoho pacientek po úspěšném vyléčení



začne pomáhat těm, které jsou teprve na začátku. To přispívá i k dalšímu propracování zkušenosti s nemocí a může to vést k upevnění posttraumatického rozvoje.

*„Reaguju a odpovídám, když sama vím, jak to pomůže. Snažím se ale nebýt úplně líbezná. Neřeknu to negativně, protože jí chci podpořit, ale zase nechci mazat med.“*

Důležitou součástí procesu vyrovnávání se s traumatem jsou zvládací strategie. Respondentky měly tendenci vytvářet především **coping zaměřený na emoce**. Jednalo se třeba o již zmíněný pozitivní coping, který se projevoval optimistickým naladěním a pozitivním přerámováním. U tří respondentek bylo možné sledovat tendenci zachovat si do co nejvyšší možné míry běžný život, například nepřerušit zaměstnání nebo trávit volný čas obvyklým způsobem. Oblast práce pak byla pro některé respondentky současně zdrojem opory i distresu. Dvě ženy v souboru zastihla diagnóza v roli samoživitelek s nezaopatřenými dětmi. Přerušování zaměstnání tak nebylo možné z existenčních důvodů, a toto vědomí nepochybně přispívalo k určité nepohodě. Zároveň si díky práci zachovaly autonomii a získaly způsob, jak odklonit proud negativních myšlenek.

*„Základem všeho je podle mě práce a nešťourat se v tom. Nemyslet si, že když si o tom popovídáte, že vám to pomůže. Ba naopak, jitrí to mysl a je s tím potom daleko větší problém.“*

V některých případech se objevil **coping zaměřený na problém**, který měl podobu snahy získat nad situací kontrolu. Jedna z respondentek nepociťovala dostatečnou podporu ze strany lékařů a rozhodla se vzít uzdravení částečně do svých rukou. Vytvořila si vlastní program alternativní léčby, který postupně zahrnoval práci se všemi složkami bytí podle pojetí bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Zároveň se jedná o respondentku, která v rámci souboru dosáhla největšího posttraumatického rozvoje. Copingový styl zaměřený na emoce i na problém je podle závěrů mnoha autorů spojen s posttraumatickým rozvojem (Joseph, 2017; Ramos & Leal, 2013; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Výzkum zároveň ukázal, že rakovina prsu má široké psychosociální dopady. Nemoc sekundárně traumatizuje i další rodinné příslušníky, například syn jedné z respondentek přestal vlivem traumatu z onemocnění matky mluvit. Jiná respondentka svou léčbu celou dobu cíleně tajila před otcem, protože se obávala jeho reakce na psychickou zátěž. V tomto smyslu rakovina prsu přesahuje hranice jednoho člověka a ovlivňuje i okolí pacientky. Zkušenost některých respondentek však ukazuje, že stejně jako je distres z nemoci v rámci rodiny sdílenou záležitostí, platí totéž i pro posttraumatický rozvoj. Několik respondentek

uvedlo, že vlivem zkušenosti zaznamenaly zlepšení partnerských a rodinných vztahů, které jsou hlubší a intimnější.

Cílem této práce bylo také prozkoumat, jakou zkušenost mají ženy s efektem zpracování traumatu, tedy v jakých dimenzích dosáhly posttraumatického rozvoje. Respondentky uvedly největší počet pozitivních změn v dimenzích **ocenění života** a **osobní růst**. Jednalo se zejména o změnu pohledu na to, co je v životě důležité a nárůst sebevědomí. Tyto závěry odpovídají zjištěním jiných kvalitativních studií, které jako hlavní společná témata také identifikovaly změnu postoje k životu, ocenění života nebo osobní rozvoj (Fallah et al., 2012; Tsuchiya et al., 2013).

Léčba rakoviny prsu trvá několik měsíců až let. I přes možnost čerpat různé zdroje opory je pacientka na podstatnou část zkušenosti sama. Musí se vyrovnat s tím, že onemocněla potenciálně smrtelným onemocněním. V průběhu léčby zažívá náročné fyzické i psychické stavy, kdy je konfrontována s vlastní zranitelností a bezmocností. Možná proto se pak posttraumatický rozvoj může objevit právě v těchto oblastech, které znamenají vyšší sebedůvěru a větší ocenění vzácnosti života. Některé respondentky uvedly, že vlivem zkušenosti se začaly mít raději, jsou k sobě citlivější a zjistily, že jsou silnější, než si o sobě myslely. Uvědomily si také, že život je křehký a nelze ho brát jako samozřejmost.

*„Jsem obohacená o to, že mám nějakou zkušenost, co zvládnou a co moje tělo dokáže. Já to na jednu stranu beru jako takovej životní úspěch.“ (Patricie)*

*„Člověk jinak vnímá ten život. A vlastně to bylo moje heslo od mládí, říkal to už můj děda: ‚Když nejde o život, jde o h...‘ A protože mě o ten život šlo, tak se tím heslem řídím furt.“ (Marcela)*

*„Život je pro mě něco úžasného. Dřív jsem si života nevážila. Dokonce jsem dokázala říct, že se mi tu ani nechce být. To bych už nikdy neřekla. Jsem za každý den šťastná. Mám vnoučka, z toho jsem úplně hin. A teď si sednu ven a drbu ty naše pejsky a koukám, jak tady lítají sýkorky. Vždyť je to tak nádherný.“ (Dana)*

*„Snažím si užívat si života. Třeba každý týden chodím plavat a mám z toho hroznou radost. Nebo když vidím hezké divadelní představení, tak si koupím vstupenku a nehledím na cenu. Řeknu si: ‚Já budu čekat pět let a představení nebude – nebo na co budu čekat?‘ Třeba tu pozitivní nemusím být.“ (Pavla)*

*„Jsem přesvědčená, že mě to mělo nakopnout, že mi to mělo ukázat, co dělám špatně. Mě ta nemoc musela odklonit od bejvalýho partnera, kterej si mě nezasloužil. Já bych se s ním asi nikdy nerozešla, nedokázala bych to, furt by v tom mým životě byl.“ (Regina)*

## 9.2 Limitace výzkumu

Limitací tohoto výzkumu je částečně složení respondentek v souboru. Lze předpokládat, že o zkušenost se budou chtít podělit zejména ženy, které se s nemocí úspěšně vyrovnaly, a které dokáží vedle ztrát vnímat i pozitivní změny. Dvě z respondentek jsou aktivní v projektu Bellis Young & Cancer, kde předávají dalším pacientkám svou zkušenost s léčbou. Jedna respondentka o své zkušenosti napsala knihu a pořádá přednášky a semináře pro pacientky. Tyto ženy jsou zvyklé o své nemoci mluvit a dá se předpokládat, že i toto opětovné propracovávání zkušenosti napomohlo k upevnění jejich posttraumatického rozvoje.

Jednalo se o kvalitativní výzkum s malým výzkumným souborem, a tak výsledky nelze šířeji interpretovat. Výzkum představuje pět individuálních zkušeností s rakovinou prsu, které jsou ovlivněny širším životním kontextem respondentek: jejich věkem, závažností diagnózy, dobou uplynulou od léčby, sociální oporou i socioekonomickým statutem. Výsledky mohou sloužit jako doplnění ke kvantitativním výzkumům na dané téma, které na problematiku přinášejí poněkud redukováný pohled. Kvalitativní studie jako tato mohou přispět k lepšímu pochopení toho, co posttraumatickému rozvoji předcházelo a co patří k jeho hlavním zdrojům.

## 9.3 Aplikace výsledků do praxe, možnost dalších výzkumů

Z psychologického hlediska vnímám jako závažné jedno z nalezených společných témat, a sice **ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím**. Téměř všechny respondentky zažily necitlivý přístup zdravotníků při sdělení diagnózy. Byť výsledky vzhledem k omezené velikosti souboru nelze chápat jako široce platné, přišlo by mi vhodné tento aspekt blíže prozkoumat. Potenciálně může být identifikována oblast nabízející prostor pro zlepšení v rámci zdravotní péče o nově diagnostikované pacientky.

V této diplomové práci byla věnována značná pozornost psychosociálním dopadům rakoviny prsu (viz kapitola 2). Pro další výzkumy by se mi jevil vhodné prozkoumat zkušenost s onemocněním nejen z pohledu pacientek, ale i z pohledu jejich rodinných příslušníků. Takový výzkum by nejen ještě více rozšířil kontext, ale mohl by identifikovat nová témata, využitelná například v intervenční a psychoterapeutické práci.

## 10 Závěry výzkumu

Cílem práce bylo **prozkoumat zkušenost žen s rakovinou prsu, konkrétně s průběhem zpracování traumatu a efektem zpracování traumatu**, kterým byl v tomto kontextu chápán posttraumatický rozvoj. V souladu s cílem a hlavními výzkumnými otázkami byla nalezena tato vyoňující se témata:

- **Ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím.** Většina respondentek zažila necitlivý přístup zdravotníků při sdělení diagnózy. Zároveň se téměř všechny setkaly s profesionálním a vstřícným přístupem během onkologické léčby. Možnou interpretací je, že diagnostika a léčba se často odehrávají v jiných typech zařízení. Diagnostika je jednorázovou záležitostí a mezi pacientkou a zdravotníkem nevzniká žádný vztah. Během onkologické léčby, která trvá měsíce, naproti tomu vztah mezi pacientkou a lékařem vzniká zcela přirozeně.
- **Ztráta vlasů jako nejhůře prožívaný následek léčby.** Většina respondentek vnímala vypadání vlasů po chemoterapii jako nejcitlivější oblast v rámci zkušenosti s léčbou. Pro některé ženy byla ztráta vlasů větším traumatem než mastektomie. Vypadání vlasů bylo spojeno s aktivací mnoha copingových strategií.
- **Ukončení chemoterapií prožíváno jako návrat zdraví.** Poslední chemoterapii mají respondentky spojenou s velkou úlevou a pocitem, že se uzdravily nebo mají to nejhorší za sebou. Lze to vysvětlit množstvím nepříjemných vedlejších účinků, které se k chemoterapiím váží. Další části léčby, například užívání hormonálních nebo biologických preparátů, nejsou spojeny s pocitem takové fyzické zátěže.
- **Jiné ženy se zkušeností s rakovinou prsu jako významný zdroj opory.** Tři respondentky v různých fázích zkušenosti vyhledaly podporu jiných žen, které rakovinou prsu procházely nebo procházejí. Tyto ženy jim dokázaly poskytnout unikátní typ emocionální i praktické podpory. Některé dřívější výzkumy dospěly k závěru, že možnost promluvit si s bývalou pacientkou je jedním z prediktorů pozdějšího posttraumatického rozvoje (Weiss, 2004).
- **Zkušenost přinesla změnu náhledu na to, co je v životě důležité.** Respondentky dosáhly největšího posttraumatického rozvoje v dimenzi *ocenění života*. Nejčastěji změnilý náhled na to, co je v životě důležité. Respondentky uváděly změnu priorit

nebo větší ocenění vzácnosti života. K podobným závěrům dospěly i jiné kvalitativní studie (Fallah et al., 2012; Tsuchiya et al., 2013).

- **Zkušenost přinesla vyšší sebevědomí a sebedůvěru.** Druhou dimenzí, ve které respondentky dosáhly největšího posttraumatického rozvoje, je *osobní růst*. U většiny došlo vlivem zkušenosti ke zvýšení sebevědomí a sebedůvěry, které se projevilo například větší citlivostí vůči sobě nebo spoléháním na vlastní kompetence. I tyto závěry nalezneme v dřívějších studiích (Fallah et al., 2012).

Zohlednění dílčích výzkumných otázek přineslo zjištění, že všechny respondentky absolvovaly **více než jeden typ léčby**. Všechny ženy v souboru podstoupily chemoterapie a většina z nich i nějaký typ mastektomie.

Z copingových strategií převládalo **zvládání zaměřené na emoce**, kdy respondentky zapojily například optimistické naladění a pozitivní přerámování. Pozitivní coping je podle závěrů některých dřívějších výzkumů významně spojen s posttraumatickým rozvojem (Hamama-Raz et al., 2019; Lisica et al., 2019).

Bylo také zjištěno, že zkušenost s nemocí měla **významné psychosociální dopady**, nejčastěji do oblasti rodinného a profesního života.

Všechny respondentky dokázaly popsat pozitivní změny, které vlivem zkušenosti zaznamenaly. **Posttraumatický rozvoj** se nejvíce projevil v dimenzích **ocenění života** a **osobní rozvoj**, kdy respondentky uvedly, že vlivem zkušenosti se začaly mít raději, jsou k sobě citlivější a zjistily, že jsou silnější, než si o sobě myslely. Uvědomily si také, že život je křehký a nelze ho brát jako samozřejmost.

## Souhrn

Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat zkušenost žen s rakovinou prsu, konkrétně s průběhem zpracování traumatu a efektem zpracování traumatu, kterým byl v daném kontextu chápán posttraumatický rozvoj.

Rakovina prsu je závažné a časté onkologické onemocnění, které je z hlediska etiologie i průběhu velmi různorodé. Z tohoto důvodu byla v teoretické části věnována pozornost medicínskému kontextu. U žen do 35 let věku je karcinom prsu vzácný a představuje pouze 2 % nově diagnostikovaných případů. Mladších žen se však častěji týkají agresivnější typy nádorů s komplikovaným průběhem (Metelková, Skálová, & Fínek, 2017). Typický věk české pacientky s karcinomem prsu se pohybuje mezi 60–69 lety. U starších žen převažují nádory z hormonálních příčin, spojené s nižším rizikem a vyšším počtem příznivých biologických charakteristik (Kolářová et al., 2018).

V druhé kapitole byla věnována pozornost psychosociálním dopadům rakoviny prsu, a to s využitím rámce bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Nemoc se nějakým způsobem projeví ve všech těchto rovinách. Na tělesné úrovni se pacientka vyrovnává s bolestí a řadou fyzicky nepříjemných vedlejších účinků léčby. V psychické rovině se potýká zejména s obavami a úzkostí. Rakovina prsu zasáhne i do sociální sféry pacientky, kdy ovlivní její partnerský vztah a rodinný život, promítne se také do oblasti práce. Spirituální rovina není spojena pouze s vírou, ale například také s hledáním smyslu.

Ve třetí kapitole je popsána teorie psychického traumatu, kdy je nastíněn mechanismus jeho vzniku a popsán způsob, jakým na něj jedinec v krátkodobém i dlouhodobém časovém rámci reaguje. Popsány jsou také možné dopady traumatu do všech sfér života. Pozornost je věnována procesu zpracování traumatu, které kromě fází podle Kübler-Ross (2015) zahrnuje i zapojení specifických obranných mechanismů a copingových strategií, jež mají jedinci pomoci adaptovat se na zátěž.

Ve čtvrté kapitole je popsán teoretický rámec posttraumatického rozvoje jako konceptu, který podle jeho autorů (Tedeschi & Calhoun, 1996) vede k trvalým pozitivním změnám dosaženým v pěti oblastech: *vztahy s druhými, nové životní možnosti, osobní růst, spirituální změna a ocenění života*. Posttraumatický rozvoj nastupuje s určitým časovým odstupem od události, podle typu traumatu několik měsíců až tři roky poté (Linley &

Joseph, 2004). Principem posttraumatického rozvoje je, že osobní rozvoj jedince překonal alespoň v některých oblastech to, jak žil před krizí. Člověk tedy dosáhne trvalé pozitivní změny a vyšší kvality života (Linley & Joseph, 2004).

Pátá kapitola, která uzavírá teoretickou část, je věnována reflexi aktuálních kvantitativních i kvalitativních výzkumů na téma posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu.

Jako hlavní výzkumná strategie byl zvolen kvalitativní přístup, který je orientovaný holisticky a umožňuje zkoumat člověka, skupinu či událost v celé své šíři a ve všech možných rozměrech (Ferjenčík, 2010). Zvolenou metodou analýzy dat byla interpretativní fenomenologická analýza (IPA), která umožňuje porozumět individuální zkušenosti člověka s určitým fenoménem a detailně prozkoumat proces, jakým k utvoření zkušenosti došlo. Cílem je porozumět zkušenosti člověka se zaujetím pro to, jaký význam své zkušenosti přisuzuje (Čermák & Koutná Kostínková, 2013).

Výzkumný soubor tvořilo pět žen mezi 34–66 lety, které se vyléčily z rakoviny prsu a od sdělení diagnózy uplynulo nejméně 18 měsíců. Tento časový odstup byl zvolen s ohledem na výzkumy, které zjistily nejvyšší hodnoty posttraumatického rozvoje 18–24 měsíců po sdělení diagnózy rakoviny prsu (Danhauer et al., 2014; Manne et al., 2004).

Výsledky jsou prezentovány třemi způsoby. Prvním jsou případové studie, které popisují individuální zkušenost každé respondentky a v souladu se zvolenou metodou obsahují také interpretaci výzkumníka. Druhou částí je prezentace tzv. vynořujících se témat, která lze chápat jako společné aspekty zkušenosti. Třetí část výsledků se věnuje reflexi dalších zjištění s ohledem na dílčí výzkumné otázky.

V souladu s cílem práce a zvolenou metodou bylo nalezeno šest společných témat:

- **Ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím.** Většina respondentek zažila necitlivý přístup zdravotníků při sdělení diagnózy. Zároveň se téměř všechny setkaly s profesionálním a vstřícným přístupem během onkologické léčby.
- **Ztráta vlasů jako nejhůře prožívaný následek léčby.** Většina respondentek vnímala vypadání vlasů po chemoterapii jako nejcitlivější oblast v rámci zkušenosti s léčbou. Pro některé ženy byla ztráta vlasů větším traumatem než mastektomie. Vypadání vlasů bylo spojeno s aktivací mnoha copingových strategií.

- **Ukončení chemoterapií prožíváno jako návrat zdraví.** Poslední chemoterapii mají respondentky spojenou s úlevou a pocitem, že se uzdravily. Další části léčby, například užívání hormonálních nebo biologických preparátů, nejsou spojeny s pocitem takové fyzické zátěže.
- **Jiné ženy se zkušeností s rakovinou prsu jako významný zdroj opory.** Tři respondentky v různých fázích zkušenosti vyhledaly podporu jiných žen, které rakovinou prsu procházely nebo procházejí. Některé dřívější výzkumy dospěly k závěru, že možnost promluvit si s bývalou pacientkou je jedním z prediktorů pozdějšího posttraumatického růstu (Weiss, 2004).
- **Zkušenost přinesla změnu náhledu na to, co je v životě důležité.** Respondentky vlivem zkušenosti nejčastěji změnilы náhled na to, co je v životě důležité. K podobným závěrům dospěly i jiné kvalitativní studie (Fallah et al., 2012; Tsuchiya et al., 2013).
- **Zkušenost přinesla vyšší sebevědomí a sebedůvěru.** U většiny respondentek v souboru došlo vlivem zkušenosti ke zvýšení sebevědomí a sebedůvěry. I tyto závěry nalezneme v dřívějších kvalitativních studiích (Fallah et al., 2012).

Zohlednění dílčích výzkumných otázek přineslo zjištění, že z copingových strategií převládalo **zvládnání zaměřené na emoce**, kdy respondentky zapojily například optimistické naladění a pozitivní přerámování. Pozitivní coping je dle některých výzkumů spojen s posttraumatickým rozvojem (Hamama-Raz et al., 2019; Lisica et al., 2019). Všechny respondentky dokázaly popsat pozitivní změny, které vlivem zkušenosti zaznamenaly. **Posttraumatický rozvoj** se nejvíce projevil v dimenzích *ocenění života* a *osobní rozvoj*.

Limitací výzkumu je částečně složení respondentek v souboru. Lze předpokládat, že o zkušenost se chtěly podělit zejména ženy, které se s nemocí úspěšně vyrovnaly, a které dokázaly vedle ztrát vnímat i pozitivní změny. Jednalo se o kvalitativní výzkum s malým výzkumným souborem, a tak výsledky nelze šířeji interpretovat. V navazujícím výzkumu by bylo vhodné prozkoumat zkušenost s onemocněním nejen z pohledu pacientek, ale i z pohledu jejich rodinných příslušníků, což by mohlo identifikovat nová témata využitelná v intervenční a psychoterapeutické praxi.



## Seznam literatury a použitých zdrojů

- Abrahámová, J. (2009). *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada Publishing.
- Andysz, A., Najder, A., Merecz-Kot, D., & Wójcik, A. (2015). Posttraumatic growth in women after breast cancer surgery – preliminary results from a study of Polish patients. *Health Psychology Report, 4*(4), 336–344. <https://doi.org/10.5114/hpr.2015.52383>
- Bébarová, L., Zlámalová, N., Švach, I., & Neoral. (2015). Karcinom prsu na I. chirurgické klinice FN Olomouc - zhodnocení počtu a věku pacientek a přínosu mamárního screeningu. *Rozhledy v Chirurgii, 94*(1), 25–29.
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Bilodeau, K., Tremblay, D., & Durand, M. J. (2019). Return to work after breast cancer treatments: Rebuilding everything despite feeling “in-between.” *European Journal of Oncology Nursing, 41*(December 2018), 165–172. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.06.004>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68*(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brufsky, A. M., Ormerod, C., Bell Dickson, R., & Citron, M. L. (2017). Understanding the Needs of Patients with Metastatic Breast Cancer: Results of the Make your Dialogue Count Survey. *Breast Journal, 23*(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/tbj.12675>
- Büchler, T., & Čejková, J. (2015). Přehled biologické léčby HER2-pozitivního metastatického karcinomu prsu. *Klinická Farmakologie a Farmacie, 29*(1), 8–11.
- Bužgová, R., Hajnová, E., Sikorová, L., & Kozáková, R. (2013). Pilot testing of pnap questionnaire “patient needs assessment in palliative care” at oncological clinic | Pilotní testování dotazníku pnap “hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči” na onkologickém oddělení. *Osetrovatelství a Porodní Asistence, 4*(3), 628–633.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Casiraghi, L. (2009). *Diagnóza rakovina*. Olomouc: Fontána.
- Čermák, I., & Koutná Kostínková, J. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Tomáš Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (pp. 9–43). Brno: Masarykova univerzita.
- Chovanec, J., Dostálová, Z., & Navrátilová, J. (2008). Karcinom prsu - aktuální problém. *Interní Medicína, 10*(2), 84–89.
- Corney, R., Puthussery, S., & Swinglehurst, J. (2014). The stressors and vulnerabilities of young single childless women with breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing, 18*(1), 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.003>
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Triplett, K., Ip, E. H., ... Forest, W. (2014). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology, 22*(12). <https://doi.org/10.1002/pon.3298>. Predictors
- Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Micheloni, T., Bertolucci, I., Marchi, L., & Conversano, C. (2018). Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 115*(August), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.016>
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost* (3. vydání). Praha: Karolinum.
- Dušek, L., Mužík, J., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., & Vyzula, R. (2005). Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Retrieved January 12, 2020, from Masarykova univerzita website: <http://www.svod.cz>
- Fallah, R., Keshmir, F., Kashani, F. L., & Azargashb, E. (2012). Post-traumatic growth in breast cancer patients: a qualitative phenomenological study. *Middle East Journal of Cancer, 3*, 35–44.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2nd ed.). Praha: Portál.
- Fínek, J. (2018). Co by měl praktický lékař vědět o nejčastějších karcinomech prsu. *Medicína Po Promoci, 19*(1), 46–48. Retrieved from <https://www.tribune.cz/clanek/42969-co-by-mel-prakticky-lekar-vedet-o-nejcastejsich-karcinomech-karcinom-prsu>

- Fockeová, E., Uhlířová, J., & Švestková, O. (2018). Návrat žen po karcinomu prsu do pracovního procesu. *Revizní a Posudkové Lékařství*, 21(1), 3–8.
- Friedrichs, K., Oellerichová, H., & Wesselová, M. (2017). *Rakovina prsu*. Praha: Euromedia Group.
- Gürsoy, A., Koçan, S., & Aktuğ, C. (2017). Nothing is more important than my partner's health: Turkish men's perspectives on partner's appearance after mastectomy and alopecia. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.006>
- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Roziner, I., Perry, S., & Stemmer, S. M. (2019). Can posttraumatic growth after breast cancer promote positive coping?—A cross-lagged study. *Psycho-Oncology*, 28(4), 767–774. <https://doi.org/10.1002/pon.5017>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Holland, J., Watson, M., & Dunn, J. (2011). The IPOS new international standard of quality cancer care: Integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*, 20(7), 677–680. <https://doi.org/10.1002/pon.1978>
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad.
- Huang, X., O'Connor, M., Hu, Y., Gao, H., & Lee, S. (2018). Children's understanding of maternal breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 34(February), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.02.006>
- Hupertz, B. (2019). *Approaches to psychic trauma*. London: The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc.
- Jabłoński, M. J., Streb, J., Mirucka, B., Słowik, A. J., & Jach, R. (2018). The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients. *Psychiatria Polska*, 52(5), 859–872. <https://doi.org/10.12740/PP/91916>
- Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije... Možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.
- Kolářová, I., Vaňásek, J., Odrážka, K., Hlávka, A., Štuk, J., Sákra, L., & Mergancová, J. (2018). Karcinom prsu ve vyšším věku. *Onkologie*, 12(6), 267–271. Retrieved from

[https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201806-0003\\_Karcinom\\_prsu\\_ve\\_vyssim\\_veku.php](https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201806-0003_Karcinom_prsu_ve_vyssim_veku.php)

- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Kutarňová, J. (2018). *Posttraumatický rozvoj u žen po rakovině prsu* (Univerzita Palackého v Olomouci). Retrieved from <https://theses.cz/id/j4rl8h/>
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In L. A. Pervin & L. M. (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287–327). [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7\\_12](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12)
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Lisica, D., Kolenović-Đapo, J., Džubur, A., Abdulahović, D., & Ejubović, M. (2019). The relationship between protective factors and a measure of psychological resistance in women diagnosed with breast cancer. *Medicinski Glasnik, 16*(2), 317–322. <https://doi.org/10.17392/1034-19>
- Mahler, M. (2017). Člověk, trauma a psychoanalýza. *Psychoterapie, 11*(2), 83–97.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d>
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
- Mcdonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors : the role of social support and stress. *120*(August 2013), 114–120.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 33*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.E1-E7>

- Metelková, A., Skálová, A., & Fínek, J. (2017). Karcinom prsu u mladých žen – korelace klinických, histomorfologických a molekulárně-genetických nálezů karcinomu prsu u žen mladších 35 let. *Klinická Onkologie*, 30(3), 202–209. <https://doi.org/10.14735/amko2017202>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Nies, Y. H., Ali, A. M., Abdullah, N., Islahudin, F., & Shah, N. M. (2018). A qualitative study among breast cancer patients on chemotherapy: Experiences and side-effects. *Patient Preference and Adherence*, 12, 1955–1964. <https://doi.org/10.2147/PPA.S168638>
- Orel, M. (2014). *Somatopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Toftthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing*, 39(1), E39–E58. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Peterková, H., Zamastilová, H., Skřivanová, K., Brančíková, D., & Temoshok, L. (2017). Coping strategies among female Czech breast cancer patient. *Československá Psychologie*, LXI(5), 488–502.
- Petruželka, L. (2007). Současné možnosti a nové perspektivy systémové léčby karcinomu prsu. *Klinická Farmakologie a Farmacie*, 21(3–4), 103–113.
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, 20(1). <https://doi.org/10.14691/cppj.20.1.7>
- Porterfieldová, K. M. (1997). *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Prausová, J. (2010). Karcinom prsu – problém i v 21. století. *Interní Medicína pro Praxi*, 12(1), 26–32. Retrieved from <https://www.solen.cz/pdfs/int/2010/01/05.pdf>
- Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro Praxi*, 10(1), 12–18. Retrieved from <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/01.pdf>

- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology, Community & Health, 2*(1), 43–54. <https://doi.org/10.5964/pch.v2i1.39>
- Raudenská, J. (2011). Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *Onkologie, 5*(4), 244–246.
- Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Torta, R., & Castelli, L. (2019). Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: Are Depressive Symptoms Really Negative Predictors? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000508>
- Skovajsová, M. (2011). *O rakovině prsu beze strachu*. Praha: Mladá fronta.
- Sriraman, N. K. (2017). The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47*(12), 305–310. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.10.001>
- Stępień, R. B., Wiraszka, G. R., Zdziebło, K., & Majzner, M. (2014). Pain as a determinant of the emotional state of women after radical cancer surgery and chemotherapy. *Medical Studies, 30*(4), 241–246. <https://doi.org/10.5114/ms.2014.47922>
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal, 59*(4), 170–171. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth : Conceptual Foundations and Empirical Evidence of North Carolina Charlotte circumstances. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology, 13*(3), 177–189. <https://doi.org/10.1002/pon.710>
- Tisková zpráva Amelie. (2018). Výsledky výzkumu potřeb pacientů s nádorovým onemocněním. Retrieved January 28, 2020, from <https://www.amelie-zs.cz/o-nas/publicita/tiskove-zpravy/>

- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Praha: Portál.
- Tsuchiya, M., Horn, S., & Ingham, R. (2013). Positive changes in Japanese breast cancer survivors: A qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, *18*(1), 107–116. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.686620>
- Tsuchiya, M., Horn, S., & Ingham, R. (2015). Social disclosure about lymphoedema symptoms: A qualitative study among Japanese breast cancer survivors. *Psychology, Health and Medicine*, *20*(6), 680–684. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.986140>
- Vaillant, G. (1992). *Ego Mechanism of Defence: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Vaillant, G. (2011). Involuntary coping mechanisms: A psychodynamic perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *13*(3), 366–370.
- Van Ee, B., Smits, C., Honkoop, A., Kamper, A., Slaets, J., & Hagedoorn, M. (2019). Open wounds and healed scars: A qualitative study of elderly women's experiences with breast cancer. *Cancer Nursing*, *42*(3), 190–197. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000575>
- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres , Eustres a Distres. *Interní Medicína pro Praxi*, *10*(4), 188–192. Retrieved from <http://www.internimedicina.cz>
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.
- Vojáčková, Z. (2003). *Kromě prsu mi nic nechybí*. Praha: TRITON.
- Walló, O. (2005). *Neutíkejte před rakovinou prsu*. Praha: Gutenberg.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., & Davidson, J. (1999). *Influence of psychological response on survival in breast cancer : a population-based cohort study*. *354*, 1331–1337.
- Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(5), 733–746. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.733.50750>

# Seznam příloh

**Příloha č. 1:** Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

**Příloha č. 2:** Seznam tabulek a grafů

**Příloha č. 3:** Seznam použitých zkratk

**Příloha č. 4:** Okruhy otázek k polostrukturovanému rozhovoru



## **Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Aspekty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu

**Autor práce:** Bc. Jana Machálková

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kupka, PhD.

**Počet stran a znaků:** 111, 229 729

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 82

**Abstrakt:** Tato diplomová práce se zabývá aspekty posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu. V první kapitole je popsán medicínský kontext, a to z hlediska etiologie i epidemiologie onemocnění, diagnostických ukazatelů a současných možností léčby. Druhá kapitola je věnována psychosociálním dopadům rakoviny prsu z v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Tato kapitola představuje témata a oblasti, s jakými se pacientka v průběhu vyrovnávání s nemocí setkává. Třetí kapitola je věnována teorii psychického traumatu a čtvrtá posttraumatickému rozvoji. Pátá kapitola je reflexí aktuálních výzkumů posttraumatického rozvoje žen po rakovině prsu. Ve výzkumné části byla využita kvalitativní metodologie. Cílem práce bylo prozkoumat, jakou zkušenost mají ženy s průběhem zpracování traumatu a efektem zpracování traumatu, kterým byl v daném kontextu chápán posttraumatický rozvoj. Výzkumný soubor tvořilo pět respondentek – žen po rakovině prsu. Zvolenou metodou pro analýzu dat byla Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Na základě polostrukturovaných rozhovorů s respondentkami byly vytvořeny případové studie a na základě další analýzy bylo nalezeno šest tzv. vynořujících se témat, které lze chápat jako společné aspekty zkušenosti.

**Klíčová slova:** rakovina prsu, psychosociální dopady, trauma, posttraumatický rozvoj, interpretativní fenomenologická analýza, případové studie

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Aspects of Posttraumatic Growth in Women after Breast Cancer

**Author:** Bc. Jana Machálková

**Supervisor:** Mgr. Martin Kupka, PhD.

**Number of pages and characters:** 111, 229 729

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 82

**Abstract** Thesis deals with aspects of posttraumatic growth in women after breast cancer. The first chapter of theoretical part describes medicinal context at terms of etiology and epidemiology of the disease, diagnostic indicators and current treatment options. The second chapter describes psychosocial impacts of breast cancer at perspective of bio-psycho-social-spiritual model. Second chapter presents topics that patients deal with during coping with the disease. The third and fourth chapters explains theory of both psychological trauma and posttraumatic growth. The fifth chapter reflect current research of posttraumatic growth in women after breast cancer. The empirical part is based on qualitative methodology approach. Final sample contained five respondents – women after breast cancer. Data were analysed by Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The aim of the research was to explore experience with trauma coping and development of posttraumatic growth. Research revealed six emerging themes that can be understood as shared aspects of experience.

**Key words:** breast cancer, psychosocial impacts, trauma, posttraumatic growth, interpretative phenomenological analysis, case studies

## **Příloha č. 1: Seznam tabulek a grafů**

Graf 1	Incidence zhoubných nádorů prsu v ČR u žen podle věku .....	12
Graf 2	Incidence a mortalita rakoviny prsu u žen v ČR.....	13
Tabulka 1	Popis výzkumného souboru .....	55
Tabulka 2	Ambivalentní zkušenost se zdravotnictvím .....	87
Tabulka 3	Nejhůře prožívaný následek léčby.....	88
Tabulka 4	Pocit vyléčení nebo že to nejhorší už je za mnou .....	89
Tabulka 5	Sociální opora během léčby .....	89
Tabulka 6	Dimenze <i>Ocenění života</i> .....	90
Tabulka 7	Dimenze <i>Osobní růst</i> .....	91

### **Příloha č. 3: Seznam použitých zkratek**

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

PTGI – Dotazník posttraumatického rozvoje

IPA – Interpretativní fenomenologická analýza

## **Příloha č. 4: Okruhy otázek k polostrukturovanému rozhovoru**

### **O nemoci**

Jak jste diagnózu rakovina prsu vnímala předtím, než jste jí sama onemocněla?

Jak jste prožívala, když jste dozvěděla, že jste onemocněla?

Kolik Vám bylo let?

O jaký typ rakoviny prsu se ve Vašem případě jednalo? (typ nádoru, stadium)

Jakým způsobem s Vámi lékaři mluvili o Vaší nemoci?

Měla jste v období po sdělení diagnózy možnost se někomu svěřit a sdílet to s ním?

Jak na Vaše onemocnění reagovali lidé ve Vašem blízkém a širším okolí?

### **O léčbě**

Jak jste prožívala, když Vám lékaři předestřeli a vysvětlili léčebný plán?

Jak dlouho trvala Vaše léčba a jaké postupy zahrnovala?

Zjišťovala jste si informace o možnostech léčby i sama?

Cítila jste se dostatečně připravená na to, co Vás během léčby čeká?

Jak jste léčbu v jejím průběhu snášela? (po fyzické i psychické stránce)

Jak jste v průběhu léčby vnímala roli lékařů a zdravotníků?

Jak jste prožívala to, jakým způsobem se léčba promítla do dalších sfér Vašeho života?  
(partnerský vztah, profesní život, rodinný život, plány do budoucna apod.)

Jak Vaši léčbu prožívali Vaši blízcí?

### **Vyrovnavání se s nemocí**

Měnil se v průběhu léčby Váš vztah k této nemoci?

Koho nebo co jste v průběhu léčby vnímala jako největší oporu?

Co myslíte, že Vám nakonec nejvíce pomohlo se vyléčit?

Zažila jste v průběhu léčby něco, co jste vnímala jako bariéru pro úspěšné vyléčení?

Měla jste možnost průběh své léčby konzultovat a sdílet s nějakou jinou ženou, která rakovinu prsu prodělala?

Kdy Vás poprvé napadlo, že to nejhorší už máte za sebou?

Jak jste prožívala ukončení léčby?

### **Život po vyléčení**

Jak diagnózu rakovina prsu vnímáte dnes, kdy s ní máte přímou zkušenost?

Změnil se nějak Váš vztah k vlastnímu tělu?

Prožíváte dnes vztah sama k sobě jinak než před nemocí?

Prožíváte své mezilidské vztahy jinak než před nemocí?

Změnilo se nějak Vaše vnímání pojmů „život“ a „smrt“?

Přinesla Vám zkušenost s nemocí do života něco pozitivního?

Vnímáte dnes jinak než před nemocí svůj vztah k víře nebo spiritualitě?

Změnila nemoc Váš pohled na to, co považujete v životě za důležité?

Otevřela Vám nemoc nějaké nové možnosti, které jste předtím neměla nebo nevnímala?