

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**ÚROVEŇ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI,
JEJICH SLOŽEK A POHYBOVÉ AKTIVITY
U ŽEN PO TERAPII KARCINOMU PRSU
V PRŮBĚHU 18 MĚSÍCŮ**

Diplomová práce

Autor: Monika Velichová, Rekreatologie - Mgr. navazující
Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Monika Velichová

Název závěrečné písemné práce: Úroveň životní spokojenosti, jejich složek
a pohybové aktivity u žen po terapii karcinomu prsu
v průběhu 18 měsíců

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Rok obhajoby: 2015

Abstrakt:

Ženy, u nichž byl diagnostikován a léčen karcinom prsu, se potýkají se změnami, které jim toto onemocnění přinese. Zasáhne do oblasti psychické, sociální, rodinné, pracovní i volnočasové. Problematika zhoubných nádorů zahrnuje rizikové faktory, prevenci, diagnostiku, léčbu a s ní související komplikace. Důležitá pro pacientky je rehabilitace, která pomáhá nejen s fyzickou kondicí, psychickou rovnováhou, sociálními kontakty, ale také se smysluplným trávením volného času a dostatečným odpočinkem, což se následně projevuje v subjektivním vnímání kvality života. Výzkumná část práce se zabývá hodnocením životní spokojenosti a jejich jednotlivých složek a hodnocením úrovně pohybové aktivity u skupiny žen po léčbě karcinomu prsu a změnami v tomto hodnocení po 18 měsících. Hodnocení životní spokojenosti onkologicky nemocných žen je v průměru výrazně nižší, než jsou normativní hodnoty obyvatel České republiky. Pozitivním výsledkem výzkumu s odstupem 18 měsíců je zjištění, že průměrná hodnota se téměř nezměnila, tedy i po dosažení vyššího věku nedošlo ke zhoršenému vnímání životní spokojenosti.

Klíčová slova: nádor prsu, prevence, léčba, rehabilitace, volný čas, pohybová aktivita, kvalita života

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Monika Velichová

Title of the bachelor's thesis: Satisfaction with Life, its Components
and Physical Activity in Women after Breast Cancer
Therapy in Course of 18 Months

Department: Department of Recreology

Supervisor: PhDr. Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of the presentation: 2015

Abstract:

Women who have been diagnosed and treated for breast cancer face changes that this disease brings about. It affects mental, social, family, work and leisure time spheres. The issue of malignant tumours includes risk factors, prevention, diagnostics, treatment and related complications. Rehabilitation of female patients is crucial as it enhances not only physical condition, mental balance, social contacts, but also meaningful ways of spending leisure time and sufficient relaxation, which consequently contributes to a subjective perception of life quality. The research part of the thesis focuses with assessment of satisfaction with life and its individual components and with evaluation of physical activity in a group of women after breast cancer treatment and with differences in this assessment after 18 months. The assessment of life satisfaction in women suffering from oncological disease is on average significantly lower in comparison with normative values of the Czech Republic population. The positive outcome of the research with a time difference of 18 months is the finding that the average value has remained almost the same, i.e. even with a higher age perception of life satisfaction did not deteriorate.

Keywords: breast cancer, prevention, treatment, physiotherapy, leisure time, physical activity, quality of life

I agree with lending the thessis within the librarian services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 21. března 2015

Děkuji PhDr. Dr. Martinovi Sigmundovi, Ph.D. za metodickou pomoc, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování diplomové práce.

Obsah

| | |
|---|----------|
| 1 Úvod | 8 |
| 2 Přehled poznatků | 9 |
| 2. 1 Civilizace a civilizační onemocnění | 9 |
| 2. 1. 1 Epidemiologie civilizačních onemocnění | 14 |
| 2. 1. 2 Epidemiologie nádorových onemocnění | 17 |
| 2. 2 Nádor prsu – celospolečenský problém | 18 |
| 2. 2. 1 Něco z historie | 18 |
| 2. 2. 2 Mamografický screening a samovyšetřování prsu..... | 19 |
| 2. 3 Příčiny vzniku karcinomu prsu a rizikové faktory | 20 |
| 2. 3. 1 Obezita | 21 |
| 2. 3. 2 Pohybová aktivita | 21 |
| 2. 3. 3 Stres | 25 |
| 2. 4 Prevence civilizačních chorob | 29 |
| 2. 4. 1 Prevence nádorových onemocnění | 29 |
| 2. 5 Mám „něco“ v prsu ... co dál? | 31 |
| 2. 5. 1 Příznaky a projevy onemocnění prsu | 31 |
| 2. 5. 2 Vše začíná dokonalou diagnostikou | 32 |
| 2. 6 Možnosti léčby | 33 |
| 2. 6. 1 Hodnocení výsledku léčby..... | 35 |
| 2. 6. 2 Následná péče | 35 |
| 2. 7 Nejobávanější komplikace - lymfedém | 36 |
| 2. 7. 1 Stadia lymfedému | 36 |
| 2. 7. 2 Léčba lymfedému..... | 36 |
| 2. 7. 3 Doporučená opatření | 37 |
| 2. 7. 4 Jak je to se cvičením?..... | 37 |
| 2. 7. 5 Doporučené druhy pohybu | 38 |
| 2. 7. 6 Únava | 41 |
| 2. 8 Rehabilitace a regenerace | 43 |
| 2. 8. 1 Rehabilitace u onkologických pacientek..... | 44 |
| 2. 8. 2 Cíle rehabilitace | 45 |
| 2. 8. 3 Fyzikální rehabilitace | 46 |

| | |
|---|------------|
| 2. 8. 4 Psychologická rehabilitace..... | 46 |
| 2. 8. 5 Sociální rehabilitace | 47 |
| 2. 9 Vyrovnaní se s novým stavem | 47 |
| 2. 9. 1 Volný čas | 48 |
| 2. 9. 2 Životní způsob a životní styl..... | 50 |
| 2. 10 Kvalita života | 53 |
| 2. 10. 1 Zdraví a nemoc..... | 56 |
| 2. 10. 2 Zdraví a výživa..... | 58 |
| 2. 10. 3 Osobní pohoda | 60 |
| 2. 11 Prožitky spojené s onkologickým onemocněním | 61 |
| 2. 11. 1 Občanská sdružení pro pacientky s karcinomem prsu..... | 62 |
| 3 Cíle diplomové práce..... | 66 |
| 4 Metodika výzkumu..... | 67 |
| 4. 1 Metodika a techniky výzkumu | 67 |
| 4. 2 Dotazník pro výzkumné šetření | 68 |
| 4. 3 Organizace výzkumného šetření | 70 |
| 5 Výsledky výzkumu | 71 |
| 5. 1 Hodnocení zdravotního stavu | 71 |
| 5. 2 Hodnocení životní spokojenosti | 72 |
| 5. 2. 1 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu ke vzdělání | 74 |
| 5. 2. 2 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu k manželství a partnerství | 77 |
| 5. 2. 3 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu k zaměstnání | 79 |
| 5. 2. 4 Hodnocení životní spokojenosti – srovnání výsledků 1. a 2. výzkumu..... | 81 |
| 5. 3 Hodnocení pohybové aktivity | 82 |
| 5. 3. 1 Hodnocení pohybové aktivity – srovnání 1. a 2. výzkumu | 84 |
| 6 Diskuse..... | 85 |
| 7 Závěr..... | 96 |
| 8 Souhrn | 97 |
| 9 Summary | 100 |
| 10 Referenční seznam | 104 |
| 11 Přílohy | 109 |

1 Úvod

Diplomová práce se zabývá diagnózou karcinomu prsu u žen a zjištění, zda mohou ženy i přes přítomnost závažného onemocnění prožívat spokojený a aktivní život.

V České republice jsou nádory prsu nejčastějším onkologickým onemocněním u žen, jejich výskyt se každoročně zvyšuje. Téměř se nevyskytuje u žen mladších 20 let, řídký výskyt je do věku 30 let, po této hranici počet nemocných výrazně narůstá.

Nádorové onemocnění závažným způsobem ovlivní život nejen samotné pacientky, ale i jejího nejbližšího okolí.

Je velice náročné, vypořádat se se sdělením diagnózy, léčbou, trvalými následky, které tato nemoc v mnoha případech přináší, s omezeními plynoucími z těchto skutečností. Projevuje se na vzhledu, psychické rovnováze, fyzické kondici, mezilidských vztazích i denním režimu.

Sdělení lékaře, že se potvrdila rakovina, je pro každého šok. Ale už dávno neplatí mýty o rakovině jako nevléčitelné nemoci. Je důležité, aby se pacientky nepoddaly smutku a depresi. Nesmí být pasivní k tomu, co se děje, musí bojovat s nemocí a snažit se být aktivní při návratu do normálního života.

Moderní medicína každým rokem přináší nové vyšetřovací metody, modernější a účinnější způsoby léčby. To přináší nejen větší šance na úplné vyléčení, ale i komfortnější prožívání léčby a lepší kvalitu života. Pacientkám jsou také dostupnější potřebné informace, ať už v podobě informačních letáků, knih, internetových stránek nebo osobních zkušeností dobrovolnic působících v občanských sdruženích na podporu pacientek s rakovinou prsu.

Onemocnění, i přes svoji závažnost, nemusí přinést jen negativní zkušenosti. Někomu může přinést upevnění stávajícího vztahu, změnu postojů k životu a přehodnocení priorit, radost z věcí, které dříve ani nevnímal, nová přátelství...

2 Přehled poznatků

2. 1 Civilizace a civilizační onemocnění

Slova civilizace a civilizační nemoci jsou všeobecně známé, většina dospělé populace jim rozumí a také dokáže některé z těchto onemocnění jmenovat.

Civilizace je obvykle chápána jako stav kultivované lidské společnosti charakterizované rozvojem kultury, vědy, výroby i sociální organizace. Lze ji vyjádřit i „jako stupeň vývoje lidské společnosti, jako souhrn hmotných i duchovních hodnot a aktivit“ (Dolina & kol., 2009, 3). Každý sociální proces, tedy i civilizace, má své kladné a záporné stránky. Nové příležitosti sebou nesou i nová rizika. Například technický pokrok může ohrožovat životního prostředí, urbanizace bývá provázána zrychlením životního rytmu, narůstá také potřeba soustavného vzdělávání a nutnost přizpůsobovat se novým věcem. Ale „byla by chyba spojovat civilizaci jen s rozvojem techniky a výroby. Civilizace znamená i kultivaci celé společnosti, institucí, organizací, rodin a samozřejmě i jednotlivců“ (Dolina & kol., 2009, 6).

Podle Adámkové (2010) se každá civilizace pokládá za moderní a choroby, které ji v daném čase provázejí, se označují civilizačními nemocemi. Jejich seznam se mění podle toho, jak se mění společnost a styl jejího života. V každém případě takto označujeme choroby, které danou společnost nejvíce trápí.

„Před padesáti tisíci lety odpovídal život člověka potřebám „lovce a sběrače“, který trávil několik hodin denně v pohybu, aby si zabezpečil dostatečný příjem energie“ (Stejskal, 2004, 11). Dnešní člověk je vystaven jiným životním podmínkám. Nedostatek pohybu a nadbytek energetického příjmu vede často ke zdravotním poruchám, které časem vyúsťují do onemocnění, které nazýváme civilizační. Název nevystihuje podstatu věci, neboť za nemoci nemůže technický pokrok spojený s civilizací, ale lidé, kteří výhody civilizace nesprávně využívají. Přesnější název by byl hromadná neinfekční onemocnění, protože jimi trpí většina populace a šíří se jako epidemie, i když nejsou infekční.

„Historie dokládá, že nemá smysl klást civilizaci vinu za vznik celé řady nemocí. V demokratické společnosti narůstají možnosti lidí ovlivnit svůj život i své zdraví.... Lidé se svým rozhodováním i způsobem života výrazně podílejí na svém zdravotním osudu“ (Dolina & kol., 2009, 267). V každé civilizované zemi

se vynakládá velké úsilí na ochranu a rozvoj zdravých životních podmínek, ochranu bezpečnosti a zdraví lidí při práci, posilování zdraví lidí s jejich vlastní účastí, přispívá se ke kvalitě jejich života. Civilizace je pro člověka obrovským zdravotním přínosem.

Ale pouze rozvoj klinické medicíny ke zvládnutí zdravotních problémů nestačí. Je nezbytné pátrat po příčinách nemocí a využívat všech metod, které mohou přispět ke zdraví, například se věnovat zdravotní výchově, podpoře zdraví, prevenci, včasné diagnostice, účinné terapii i vhodné rehabilitaci. V povědomí lidí ale často převládá představa, že žít zdravě je výsadou bohatých. Vhodné potraviny jsou drahé, sportování finančně a časově náročné. Ale při troše snahy nemusí být zdravý životní styl extrémně nákladný. „Střídmá, pestrá a čerstvá strava, přiměřený pohyb, základní tělesná hygiena, pozitivní a aktivní vztah k životu, rovnováha mezi prací a odpočinkem i dobrý vztah k sobě samému a k ostatním lidem, to nejsou věci, které by stály moc peněz“ (Dolina & kol., 2009, 6). Lidé by si měli uvědomit, že jediná schůdná cesta, jak se civilizačním onemocněním vyhnout, je komplexní změna životního stylu.

Ten lze vyjádřit jako soubor názorů, postojů, temperamentových vlastností a návyků, které mají individuální povahu a jsou pro každého specifické. Také jako *„souhrn životních činností, prostřednictvím kterých lidé reprodukuji svoji existenci, uspokojují a rozvíjejí svoje potřeby, vstupují do konkrétních ekonomických a sociálních vztahů“* (Hodaň & Dohnal, 2008, 89).

Životní styl dnešních lidí je charakterizován fyzicky méně náročnými a ve velké většině sedavými zaměstnáními, masivním používáním dopravních prostředků a pasivním trávením volného času. Podle Adamírové a Javůrka (1989) došlo v současnosti ke značnému úbytku pohybu, a to vlivem automatizace a technizace práce. Nedostatek se však prohlubuje i ve volném čase většiny lidí nesprávným životním stylem. Týká se množství pohybu, frekvencí a délky jeho trvání, také intenzity jeho provádění, všestrannosti a pestrosti.

Kalman, Hamřík a Pavelka (2011) uvádí, že podporu pohybové aktivity můžeme chápat jako systémový nástroj facilitace behaviorálních změn úrovně pohybové aktivity obyvatel na úrovni individuální, komunální, národní i nadnárodní a jako systémový nástroj prevence hromadných neinfekčních nemocí. Může zahrnovat například aktivity zaměřené na edukaci společnosti o významu a přínosech pohybové aktivity, činnosti zaměřené na vytváření podmínek a zvýšení dostupnosti venkovních i vnitřních

prostředí, ve kterých je možné být aktivní, motivovat obyvatelstvo k aktivnímu životnímu stylu, podporovat programy a projekty podpory pohybové aktivity. Podpora pohybové aktivity má značně multidisciplinární charakter a čerpá z poznatků společenských, technických, zdravotnických i přírodovědných oborů. Z pohledu podpory pohybové aktivity je nejdůležitější vzdělávací oblastí člověk a zdraví, Tato oblast je rozdělena do dvou vzdělávacích předmětů, výchova ke zdraví a tělesná výchova a cílevědomě prohlubuje vztah žáků ke zdraví a ovlivňuje kvalitu jejich života v dospělosti. P ředmět výchova ke zdraví předkládá základní poznatky o člověku v souvislosti s prevencí zdraví. Učí rozvíjet a chránit zdraví a být za něj zodpovědný. Žáci si upevňují hygienické, stravovací a zdravotní návyky, rozvíjí dovednosti odmítat škodlivé látky, předcházet úrazům, prohlubují si poznatky o rodině, mezilidských vztazích, o přírodě. Předmět tělesná výchova směřuje na jedné straně k poznání vlastních pohybových možností a zájmů, na druhé straně k poznání účinků pohybových aktivit na tělesnou zdatnost a duševní a sociální pohodu.

Blahutková, Řehulka a Dvořáková (2005) doplňují, že pohybová aktivita vede k posilování tělesné zdatnosti. Ta je organická – fyzické předpoklady člověku vrozené a dynamická – vybudovaná na základě cvičení a tréninku. Tělesná aktivita se využívá v rámci prevence mnoha onemocnění, př. snižování cholesterolu v krvi, posílení kardiovaskulárního systému, příznivě působí při diabetu, redukuje nadváhu, má pozitivní vliv na hustotu kostní tkáně, ovlivňuje - snižuje deprese a úzkost, pomáhá zvládat stres, zvyšuje sebevědomí a zlepšuje vztah jedince k sobě samému, posiluje imunitu. Sportovně pohybová aktivita je v podstatě simulátorem bio-psycho-sociální adaptace na pohybové zatížení. Prostřednictvím adaptačních mechanismů dochází k morfologickým, somatickým, funkčním, psychickým změnám, ke změnám sociálního chování a ke zvyšování motorické výkonnosti, tělesné zdatnosti, formování pohybových dovedností a k upevňování zdraví. Tyto prvky často označujeme jako zdravý životní styl, který je společensky chápán jako styl wellness. Je symbolem i měřítkem veřejného zdraví populace.

S wellness Müllerová (2008) spojuje příjemné aktivity psychického i fyzického charakteru, které dávají člověku pohodu a uspokojení. Zahrnuje sem pozitivní vjemy z požitků jakéhokoliv druhu, pohyb a správnou kondici, dostatek energie, tělesnou pohodu, regeneraci, příjemnou hudbu, uklidnění, relaxaci, zpomalení stárnutí, racionální stravu, jídlo a pití v rozumné míře a v poměru s aktivitami, zkrátka všechno,

co vede k souladu těla, mysli a ducha. Všechno to souvisí s odpovědností každého jednotlivce za svoje vlastní zdraví.

Výživa a pohybová aktivita jsou podle Stejskala (2004) dvě nejdůležitější složky životního stylu, které můžeme ovlivnit svým chováním. Vzhledem k vysoké variabilitě lidských činností je i spektrum nabízených pohybových aktivit velmi široké. Jestliže sledujeme množství denní pohybové aktivity, musíme do ní zahrnout i pohybovou aktivitu habituální. Ta je přirozenou součástí našich každodenních povinností. Patří sem cesta do zaměstnání, nákupy, práce v domácnosti, práce na zahradě a podobně. Množství těchto činností s technickým pokrokem klesá, stejně jako fyzická náročnost většiny zaměstnání. Jestliže tedy náš zdravotní stav vyžaduje zvýšení tělesné aktivity, musíme zvýšit i aktivitu habituální. Toho dosáhneme snadno, například můžeme chodit pěšky místo využívání dopravních prostředků nebo omezíme jízdy výtahem a budeme chodit po schodech pěšky.

Lidské tělo se během svého dlouhého vývoje utvářelo tak, aby zvládalo celodenní tělesnou námahu, bylo silné a vytrvalé. Pohyb je pro něj přirozenou potřebou a jeho nedostatek vede k tomu, že tělo chátrá. Nedostatek pohybu má celkově negativní dopad na lidské zdraví. Ovlivňuje metabolismus, způsobuje nárůst tělesné hmotnosti, svalstvo ochabuje, zhoršuje se držení těla, člověk se cítí více unavený, dochází k celkovému tělesnému i psychickému chátrání. Podle Hodaně a Dohnala (2005) vyplývá vztah pohybové aktivity a zdraví z faktu, že pohyb patří mezi nejzákladnější potřeby lidského organismu. S pohybem souvisí kvalita života po stránce biologické a také samotná existence člověka.

Pohybová činnost je spjata s celým vývojem lidstva od jeho počátku. Vliv těchto činností poznával člověk od pradávna, ale o záměrné poznávací činnosti lze v této oblasti hovořit až od počátku historického období. S prvními ucelenými poznatky o vlivu pohybových aktivit na tělesný rozvoj, zdraví a tělesnou krásu se setkáváme už v nejstarších kulturách (v Indii, Číně, Egyptě i antice). Středověk se naopak staví k pohybu zcela odmítavě. Změnu k lepšímu přináší období renesance, kdy zásluhou humanistů toužících po ozdravení a obrodě člověka, je význam pohybu zdůrazňován. Myšlenky humanismu ovlivňují i vývoj a změny v období nástupu kapitalismu, kdy jako odraz společenské nutnosti nastává prudký rozvoj tělesného pohybu, který odpovídá požadavkům rychlého rozvoje společnosti vyžadující pozitivní změnu zdraví a zdatnosti. Vznikají nové systémy, například sokolský. Současné pojmání

tělesného pohybu má velmi široký charakter, s cílem humanizace a kultivace člověka. Analyzujeme-li možnosti, které tělesná aktivita díky svojí mnohotvárnosti má, můžeme vyvodit vztahy i rozdílnost uplatnění tělesné aktivity a rozlišujeme následující druhy pohybové aktivity, a to tělesnou výchovu, tělocvičnou rekreaci a sport (Hodaň, 1997).

Podle Stejskala (2004) není pohybová aktivita jen sportování, ale jedná se o nesmírně účinný prostředek předcházení a léčení řady zdravotních onemocnění a poruch. Žádný jiný prostředek nemá na zdraví a kvalitu života takový vliv, jako právě pohybová aktivita a zdravá strava. Jak příjem formou výživy, tak výdej formou pohybové aktivity by měl být v rovnováze. Je třeba proto zavést vhodná opatření k dosažení vyrovnaní příjmu a výdeje. Lékaři i nemocní by si měli uvědomit, že změna životního stylu a adekvátní skladba výživy se pro léčbu chronických chorob jeví stejně důležité, ne-li důležitější než léky. Správná výživa, fyzická aktivita a duševní činnosti působí nejen preventivně, ale u nemocných mohou urychlit uzdravování, zvýšit kvalitu a prodloužit délku jeho života.

„Sport v menších dávkách prakticky bez vedlejších účinků a za minimálních nákladů pomáhá předcházet nemocem a symptomy mnohých z nich zmírňuje“ (Meryn, 2005, 82). Tři až čtyřikrát půlhodina týdně sníží riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění na polovinu, v případě mozkových příhod je snížení tří až šestinásobné, až u 75% pacientů s hypertenzí může upravit hodnoty tlaku na normální. Není potřeba každodenní trénink, ten by mohl vést k přetrénovanosti. Ta vede ke stagnaci výkonů, bolestem svalů, poruchám spánků a zvyšuje náchylnost k infekcím. Pravidelnost vykonávání pohybové aktivity je mnohem důležitější než její intenzita. Pozitivních výsledků lze tedy dosáhnout s poměrně malou námahou. To má pro mnoho osob povzbuzující a motivující účinek.

V současné době je relativně dobrá informovanost lidí o rizikových faktorech působících negativně na lidské zdraví, přesto se řada lidí prohřešuje proti svému zdraví, což dokazují fakta o nárůstu obezity, rostoucím počtu kuřáků a uživatelů drog, snižujícím se podílu tělesné aktivity. Ze statistických údajů vyplývá, že se zdraví české populace nijak výrazně nezlepšuje. Zvyšuje se průměrná délka života, roste úmrtnost na civilizační choroby, především nemoci oběhové soustavy, nádorová onemocnění a cévní onemocnění mozku. To klade větší důraz na oblast životosprávy jako jednu z nejdůležitějších složek zdraví. „Cílem lidského života není jeho pouhé prodloužení, ale současné přidání životu smysluplný a kvalitní obsah, jehož prvořadým

předpokladem je dobrá fyzická a psychická kondice do vysokého věku“ (Marková, 2012, 5).

Technický pokrok podle Müllerové (2008) zmechanizoval většinu lidských činností, vybavil lidstvo řadou přístrojů, strojů a spotřebičů usnadňujících život, ale zároveň ho připravují o většinu přirozeného pohybu. Pod významnou změnu životního stylu většiny civilizované populace se podepsal také nadbytek potravy. Hypokineze (nedostatek pohybu) a nadměrný příjem potravy mají za následek vznik civilizačních chorob. A o co méně máme pohybu, o to více se stresujeme v důsledku dalšího negativního faktoru současného životního stylu, a to vysoké psychické zátěže. Přestože máme díky už zmíněné mechanizaci a technickému pokroku mnohem více času, trávíme ho většinou spíše pasivně, u televize, počítače, povalováním u moře nebo vysedáváním v některém z restauračních zařízení. Nijak nekompenzujeme stres a opotřebovaný organismus nemá dostatek potřebné regenerace. Dolina et al. (2009) uvádí, že pravidelný pohyb je základním prostředkem také proti stresu. Adámková (2010) dodává, že každá „současná“ doba je z pohledu historie rychlejší než ta předchozí, přibývá také množství stresu. Přestože ho neumíme změřit ani objektivizovat, je v současné době pokládám za příčinu mnoha zdravotních problémů. Stres a emoce, které mění řadu vitálních funkcí, mohou ovlivnit prakticky každou chorobu, od obyčejné rýmy až po rakovinu a srdeční selhání. To všechno si dnes začíná uvědomovat stále více lidí, takže pojmy zdraví a životní styl jsou v posledních letech často skloňované. Přitom nejde o nic převratného ani nového, co by lidstvo neznalo. „Harmonie, vyrovnanost, souznění s okolím a se sebou samým jsou odvěké touhy člověka, jen se teď mnohým skrývají pod nánosem civilizačního bahna“ (Müllerová, 2008, 6).

2. 1. 1 Epidemiologie civilizačních onemocnění

„Pojem civilizační nemoci se prolíná celou historií lidstva, protože každá doba s sebou nese své civilizační nemoci, které jsou pro danou dobu, lokalitu a společenství nejožehavější“ (Adámková, 2010, 17).

Jak uvádí Dolina et al. (2009), od nepaměti sužovaly obyvatelstvo infekční choroby. V poslední třetině 19. století a v první polovině 20. století vlivem protiepidemických opatření úmrtnost na tato onemocnění výrazně klesla. V průmyslově

rozvinutých zemí došlo v průběhu dvacátého století k tzv. epidemiologickému tranzitu - přechodu od nemocí akutních a infekčních k nemocím chronickým. Došlo ke zřetelnému nárůstu výskytu především nemocí srdečně cévních a zhoubných nádorů. Jejich vznik a rozvoj je podmíněn nebo výrazně ovlivněn především technikou, stresem a vysokým pracovním vypětím, znečištěním životního prostředí, negativními změnami ve stravování, obezitou, zvýšeným krevním tlakem, kouřením, nadměrnou konzumací alkoholu, nedostatkem pohybu. Mezi civilizační nemoci se kromě výše zmíněných nemocí srdečně cévních a zhoubných nádorů řadí i obezita, vysoký krevní tlak, alergie, zubní kaz, cukrovka, astma, osteoporóza, deprese a další. V současnosti v České republice umírá na srdečně cévní choroby zhruba každý druhý člověk, každý čtvrtý zemře v důsledku nádorového onemocnění.

Ve vyspělé společnosti vystupuje stále více do popředí potřeba teoretické reflexe životního stylu, který je objektivně existujícím společenským jevem. Tuto reflexi je nutno chápat jako základní podmínku prostorového a obsahového vymezení podílu tělesné kultury na životním stylu společnosti v jednotlivých etapách společenského vývoje (Hodaň, 1997, 86).

Podle Kalmana, Hamříka a Pavelky (2009) byla pohybová aktivita v průběhu fylogenetického vývoje člověka vždy součástí jeho životního stylu. Technický rozvoj v posledních letech ovšem usnadnil lidem život natolik, že adekvátní pohybová aktivita, která byla po tisíce let nezbytnou podmínkou přežití, téměř vymizela z běžného každodenního života u většiny populace. V dřívějších dobách, když člověk nebyl fyzicky zdatný a aktivní, nemohl v přírodě přežít. Dnes je to obdobné. Pokud není jedinec aktivní, zemře předčasně v důsledku některé civilizační choroby

Máček a Radvanský (2011) doplňují, že projevem inaktivity je i vyplavování vápníku z kostí, úbytek svalové hmoty projevující se poklesem síly a poruchami koordinace pohybů, snížení metabolismu a místního prokrvení. Pohybová inaktivita je jedním z rizikových faktorů způsobujících stoupající výskyt některých onemocnění, obzvláště oběhového ústrojí a metabolismu. Nízká pohybová aktivita může způsobovat dušnost již při malé zátěži, rychlou únavnost, zvýšenou nervozitu, poruchy spánky, pocity slabosti, závratě, bolesti hlavy nebo zad, bušení srdce.

Zdravotní stav společnosti se hodnotí na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z výzkumu chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují již popsané rizikové faktory. Tyto faktory nepůsobí izolovaně,

ale ovlivňují se a jsou mezi nimi těsné vazby. Hovoříme o multifaktoriálním působení (Kopecký & kol, 2012).

Jak uvádí Blahutková, Řehulka a Dvořáková (2005), obyvatelstvo České republiky je na přelomu 20. a 21. století nejstarší v celé své dosavadní historii. Nabídka sportovních vzdělávacích aktivit musí reagovat na měnící se demografickou strukturu obyvatelstva, která se projevuje růstem podílu seniorů. Očekávané prodloužení průměrné doby života bude znamenat pro společnost přínos pouze v případě, že bude spojeno s dostatečnou kvalitou života těchto seniorů.

Nejdůležitějším klíčem k pochopení starších věkových kategorií obyvatel je jejich segmentace. Nejčastěji se užívá rozdělení do tří etap:

- 50 – 62 let (předdůchodový věk) – aktivní skupina zapojená do pracovního procesu;
- 63 – 74 let (aktivní důchodci) – početně velmi malá skupina;
- nad 75 let („opravdoví senioři“) – vyžadují priority v péči o zdraví a mezilidské vztahy. Je třeba si uvědomit, že výchova a vzdělávání člověka se nesmí omezit pouze na období dětství a mládí. V souvislosti se vzděláváním v postproduktivním věku se můžeme setkat s pojmem Univerzita třetího věku, kde se senioři mimo jiné vzdělávají i v oblasti sportovně pohybových aktivit, které vedou ke zlepšení jejich zdravotního stavu a také ke zlepšení duševního zdraví prostřednictvím nově vytvořených sociálních kontaktů.

U starších osob dochází ke snížení počtu dní v týdnu, kdy provozují pohybovou aktivitu a k poklesu času věnovanému libovolnému pohybu. Podle Kalmana, Hamříka a Pavelky (2009) si lidé neuvědomují, že stárnutí není překážka toho, aby zůstali aktivní.

Máček a Radvanský (2011) doplňují, že z odhadů a průzkumů vyplývá, že pouze 13% mužů a o něco méně žen ve věku mezi 60 a 70 lety provádí pravidelně pohybovou aktivitu v doporučené intenzitě. V dalším desetiletí života jsou aktivní jen 4% žen, počet mužů se nemění. Prvotní příčinou ovlivňující průběh stárnutí je pokles rozsahu pohybové aktivity. S úbytkem svalové hmoty vyvolané věkem klesá kvalita koordinace pohybů a rychlost svalové kontrakce. Vhodný pohyb může zpomalit věkově podmíněné změny ve struktuře kosterního svalstva, kostí, šlach a vaziva, působí preventivně proti vzniku osteoporózy. Navíc seniory, kteří pravidelně cvičí, postihují méně často úrazy pohybového aparátu. I přestože vliv zvýšené pohybové aktivity na složení těla

u seniorů je malý nebo těžko prokazatelný, lze pozorovat kladný všestranný vliv na celkový funkční stav organismu. Je třeba si uvědomit, že cílem cvičení je zlepšení koordinace pohybů, udržení rovnováhy, zpomalení úbytku svalové hmoty a zvýšení možnosti sociálního uplatnění.

2. 1. 2 Epidemiologie nádorových onemocnění

Epidemiologie nádorových onemocnění je samostatný vědní obor, který sbírá a analyzuje údaje týkající se výskytu a úmrtnosti na zhoubné choroby. Jeho cílem je mimo jiné hledání příčin současné situace, odhadování budoucího vývoje, hodnocení efektu léčby a významu aktivit namířeným proti nádorovým nemocem (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003).

Od konce padesátých let minulého století jsou zhoubné novotvary vyskytující se v České republice systematicky a celoplošně evidovány. V roce 1976 byl založen Národní onkologický registr. Účelem je evidovat onkologická onemocnění a periodicky sledovat jejich další vývoj, což zahrnuje shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. Poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum.

Závazné předpisy a metodika:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- NOR byl vyhlášen ve Věstníku MZ, částka 14, Ročník 2001
- Výnos MZSV ČSR č. 3/1989 Věstníku MZSV ČSR (reg. ve Sbírce zákonů částka 19/1988) - Dispenzární péče o nemocné s přednádorovými stavy a novotvary a povinné hlášení novotvarů.

Hlášení novotvaru je povinné pro každé zdravotnické zařízení, které novotvar diagnostikuje. Formulář Hlášení výskytu zhoubného novotvaru obsahuje nejdůležitější parametry nádorového onemocnění. Jsou to: údaje související se zdravotním stavem

pacienta ve vztahu k jeho onemocnění a léčbě, údaje o sledovaném onemocnění, údaje o způsobu léčby onemocnění, údaje o úmrtí pacienta, informace o dalším sledování pacienta, informace o zdravotnických zařízeních podílejících se na léčbě.

Data Národního onkologického registru jsou podkladem pro tvorbu, realizaci a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů a pro odhady potřebných finančních nákladů na zabezpečení komplexní onkologické péče. Slouží také k podpoře včasné diagnostiky a léčby novotvarů a přednádorových stavů, ke sledování trendů jejich výskytu, příčinných faktorů a společenských důsledků. Anonymní individuální data mohou být poskytnuta pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum jen v souladu s platnými zákony a se souhlasem Rady Národního onkologického registru (<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>).

2. 2 Nádor prsu – celospolečenský problém

Nádor prsu je nejčastější zhoubné nádorové onemocnění u žen. Vzbuzuje hluboké city a pocity, svými důsledky zasahuje do všech oblastí života nejen samotné ženy, ale i její rodiny a tím vlastně do celé společnosti (Abrahámová, 2009). Rakovina prsu není pouze zdravotnickým problémem, ale také ekonomickým a sociálním.

2. 2. 1 Něco z historie

Ňadra jako atribut ženství, ženské krásy, symbol plodivé síly a zdroje výživy byla zobrazována od nepaměti. Objevují se ve výtvarném umění po celé dějiny, například v antickém světě (krásné bohyně) nebo křesťanském světě (kojící madony). Existují i četná vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly zhoubným nádorem prsu. Na obrazech například Rembrandta, Michelangela, Rafaela, Rubense jsou věrně zachyceny ženy s viditelnými známkami pravděpodobného nádoru prsu, který umělec jako vynikající pozorovatel věrně zobrazil na svém plátně.

Patronkou žen se zhoubným nádorem prsu je svatá Agáta. Karcinomem prsu nikdy netrpěla, ale zemřela mučednickou smrtí ve 3. století na Sicílii, kdy jí byly během tortury odejmuté oba její prsy (Abrahámová, 2009).

Nádorová onemocnění se vyskytovala již před miliony let. Změny související s nádorovým procesem byly objeveny na zbytcích kostry dinosaura. Paleontologové našli nádorové změny na kostře z období mladší doby kamenné. Stopy této nemoci lze nalézt i na obrazech starých civilizací. Nádory močového měchýře a kostí byly objeveny u egyptských mumií (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003).

Většina zhoubných nádorů se považuje za civilizační chorobu, ale karcinom prsu je onemocnění se starobyrou historií provázející lidstvo od počátku jeho dějin. První zmínky o této chorobě můžeme nalézt v papyrech z doby 3000 let před Kristem, nyní uložených v Britském muzeu v Londýně. Touto chorobou se zabývali už Hippokrates a Galén. Snahy o odhalení charakteru onemocnění a účinnou léčbu se datují na počátek 19. století. Druhá polovina 20. století byla ve znamení komplexní všestranné léčby, především se snahami o včasné rozpoznání choroby, snížení úmrtnosti a zlepšení kvality života. 21. století přineslo screeningové programy a biologickou léčbu (Abrahámová, 2009).

2. 2. 2 Mamografický screening a samovyšetřování prsu

Ve statistikách se uvádí údaje o počtech nemocných s nádory prsu, o úmrtnosti na toto onemocnění. Nejsou zde ale žádné údaje o prožitcích žen, psychickém strádání, snaze vyrovnat se s nemocí a mnohdy tělesným postižením způsobeným ablačním výkonem (chirurgickým odstraněním). Dnešní terapeutické snahy směřují k zachovným chirurgickým výkonům. Aby mohly být indikovány, je nutná včasná diagnóza a zachycení co nejmenšího nádoru. K tomu všem ženám slouží propagovaná preventivní opatření, jako je nabádání k pravidelnému samovyšetřování prsů a mamografický screening (aktivní vyhledávání) zahrnující ultrazvukové vyšetření a mamografii. „Skríning je metodou velkoplošného vyšetřování zdravé populace s cílem zachytit jak přednádorové stavy, tak počáteční formy maligního onemocnění“ (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003, 36). Samovyšetřování prsů si provádí žena sama, musí být pravidelné, žena musí svá prsa dobře znát, ale ani důkladné prohmatání neodhalí malé, hluboko uložené nebo nehmatné léze. K jejich objevení slouží již zmíněné diagnostické metody. Jejich dostupnost se za posledních pár let zlepšila, přibýlo mamologických center a vyšetření v nich jsou v daných intervalech a pro určité věkové skupiny pacientek hrazeny zdravotními pojišťovnami. Mamografický screening funguje

v České republice od roku 2002 a jeho úspěšnost se projevuje ve snížení výskytu pozdních stádií karcinomu a vyšším zachytem časných stádií.

2. 3 Příčiny vzniku karcinomu prsu a rizikové faktory

Podle Abrahámové (2009) je rakovina prsu onemocnění, u něhož nebyla dosud vysvětlena příčina vzniku. Nelze jednoznačně říct, které ženy jsou ohroženy vývojem nádoru a kterým rizikovým faktorům je třeba v rámci prevence věnovat zvýšenou pozornost. „Rizikovými faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme určité údaje ze života ženy (např. věk při prvním porodu apod.), které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života“ (Abrahámová, 2009, 33). Pro objasnění pojmu lze použít i následující definici: „Rizikový faktor – Způsob vlastního chování, genetické predispozice, vystavení vlivům přesvědčivě spojeným se zvýšeným výskytem nádorového onemocnění“ (Hrubá, Foretová, & Vorlíčková, 2001, 7).

Jak dále uvádí Abrahámová (2009), studium rizikových faktorů karcinomu prsu umožňuje formulaci obecných zásad prevence, jejichž respektování snižuje riziko vzniku onemocnění a nabízí možnost péče o vlastní zdraví. Umožňuje také vymezit skupinu žen se zvýšeným rizikem, u kterých lze vhodnou úpravou zdravotnické péče zabezpečit včasnou diagnostiku nemoci. Metody studia a využití znalostí o rizikových faktorech můžeme rozdělit na přístup epidemiologický (populační) a přístup individuální (osobní riziko). Individuální přístup sleduje možnosti prevence u každé jednotlivé ženy. Jeho cílem je volba individuálního preventivního programu každé ženy na základě osobního zvážení rizik a přínosů jednotlivých programů. Existuje skupina parametrů ovlivnitelných změnou životního stylu (stres, expozice karcinogenů, fyzická aktivita, obezita, stravovací návyky, kouření, alkohol, životní prostředí a další) a skupina parametrů neovlivnitelných (genetická dispozice, věk, tělesná výška, věk menopauzy, hormonální léčba, nádorové onemocnění v rodině).

2. 3. 1 Obezita

Podle Abrahámové (2009) obezita, množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a mohou zvýšit riziko vzniku nádoru prsu. Fyzická aktivita (denní režim, vrcholový nebo rekreační sport, typ zaměstnání) představuje významný, epidemiologicky potvrzený faktor sníženého rizika vzniku karcinomu prsu. Zvýšená tělesná námaha snižuje produkci steroidních hormonů ve vaječnících a snižuje hladinu krevního inzulinu.

Obezita patří podle Irwina (2014) mezi ovlivnitelné rizikové faktory v prevenci nádorů prsu. Výzkumy v této oblasti ukázaly, že ženy, které jsou obézní v době diagnostiky rakoviny prsu, mají přibližně o třetinu vyšší riziko recidivy a úmrtí ve srovnání s ženami s normální hmotností. Naopak pravidelné provádění pohybové aktivity je spojeno s 30 - 40% nižším rizikem recidivy nádoru a předčasného úmrtí.

2. 3. 2 Pohybová aktivita

„S pohybem jsou úzce spjaty všechny funkce lidského těla“ (Měkota & Cuberek, 2007, 39). Za posledních sto let došlo ke snížení objemu a intenzity přirozené pohybové aktivity, převládá sedavý způsob života. Ten Stejskal (2004) definuje jako nedostatek tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak i během volného času.

Sabiston et al. (2014) ve svém výzkumu zkoumali podíl sedavého času a středně až intenzivní fyzické aktivity po dobu jednoho roku po ukončení primární léčby nádoru prsu. Doba sezení zůstala u zúčastněných osob vysoká a stabilní, zatímco doba střední až intenzivní fyzické aktivity klesla. Těchto výsledků bylo dosaženo i přesto, že je prokázáno, že u fyzicky aktivních osob je méně pravděpodobná recidiva onemocnění a je delší doba přežití. Nicméně, současné odhady naznačují, že zhruba 50 až 80% osob po léčbě rakoviny prsu nesplňuje všeobecná doporučení pro pohybovou aktivitu, tedy 150 minut střední až intenzivní zátěže za týden. Účastníci výzkumu věnovali vyhovující tělesné aktivitě pouze 1,1% svého času, tedy méně než 4 minuty a sedavým způsobem trávili čas v průměru 66%, což znamená asi 9 hodin denně. Tyto výsledky by měly podpořit intervenci do životního stylu jedinců

po léčbě, výrazně snížit sedavý čas a zvýšit pohybovou aktivitu a tím podpořit zdravější a plnější život.

„Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žití, tedy pokud chceme žít zdravý, plnohodnotný život“ (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2011, 10). Adekvátní pohybová aktivita přináší lidem všech věkových skupin, různých zdravotních stavů, včetně lidí postižených, širokou škálu fyzického, sociálního i mentálního užítku.

Dříve lékaři u pacientů s rakovinou odmítali pohybové aktivity nemocných, aby neoslabily jejich imunitní systém. Studie však podle Kukačky (2009) ukázaly, že tyto obavy byly zcela bezdůvodné a naopak pohyb měl pozitivní účinky. Tělesná aktivita může prodloužit život u onkologických pacientů a u některých druhů nádorů výsledky ukazují, že pacienti provozující dvě až tři hodiny týdně pohybovou aktivitu měli mnohem méně projevů recidivy.

Pohybová aktivita by se měla stát přirozenou součástí našeho života. Stejskal (2004) uvádí, že pravidelné cvičení i přirozená pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním (často i léčebným) prostředkem většiny civilizačních onemocnění. U osob zdravých se pohybová aktivita zařazuje v rámci primární prevence (předcházení vzniku onemocnění). Má však velký význam i u osob nemocných, při léčení celé řady jejich chorob. Může hrát důležitou roli pro udržení správné činnosti tělesných funkcí a zlepšení těchto funkcí u osob již nemocných. Tomu pak říkáme sekundární prevence (zlepšování zdravotního stavu nemocného a předcházení klinickým projevům onemocnění). Můžeme hovořit i o prevenci terciální, což je předcházení opakování onemocnění.

Kalman, Hamřík a Pavelka (2009) doplňují preventivní vliv pohybové aktivity na zdraví člověka tím, že stimuluje produkci endorfinu v mozku, uvolňuje svalové napětí a odstraňuje záporné emoce, má také preventivní vliv na úbytek vápníku z kostí, zvyšuje pevnost a pružnost kloubů a svalů, zlepšuje schopnost krve přenášet kyslík, normalizuje krevní tlak, zpomaluje proces stárnutí, prodlužuje délku života, je podstatnou součástí léčby některých onemocnění, jako hypertenze, ischemická choroba srdeční, obezita, diabetes mellitus nebo poruchy hybného systému. Přes všechny přínosy má pohybová aktivita i určitá rizika. Především zranění pohybového aparátu a akutní kardiovaskulární příhody spojené především s nadměrnou

intenzitou vykonávané aktivity či přetížení organismu při nadměrné délce vykonávaného pohybu.

Vzájemné propojení pohybové aktivity a zdraví provází podle Hardmana a Stensela (2009) lidstvo po celý fylogenetický vývoj. Hnacím motorem vývoje lidstva byl pohyb a fylogenetický pohled dokazuje, že lidské tělo je pohybové aktivitě velice dobře přizpůsobeno. Organismus dokáže zvládnout široké metabolické požadavky vynucené prací nebo cvičením. Stavba těla je dobře uzpůsobena k různorodé svalové činnosti různých rychlostí i intenzit. Nízká aktivita je spojována se sníženou odolností vůči nemocem, ztrátou funkční kapacity organismu a častějším výskytem předčasných úmrtí. Lidský druh by při svém vývoji v náročných životních podmínkách nepřežil bez schopnosti provádět tělesně náročnou práci. Autoři takové uvádí, že pravidelně prováděná pohybová aktivita v dětském věku a v období dospívání je nezbytná pro zdravý vývoj kostí a svalové soustavy, dále je udržovatelem optimální tělesné hmotnosti a pokladnicí zdravotních benefitů v dospělosti a ve stáří.

Veškerý život se podle Kubíčkové (1996) projevuje pohybem, proto je pohyb základní potřebou člověka, předpokladem zdraví a prostředníkem spokojeného životního pocitu. Je k tomu zapotřebí citlivě vnímat svoje tělo a vykonávaný pohyb. Ten může také pomáhat ke změnám postoje k sobě samému a vlastnímu tělu, překonávat nedůvěru ve svoje tělo, je tedy sebevýchovám činitelem. Vědomí, že pohyb přináší radost a zlepšuje zdraví, může posílit zájem jedince o jeho pravidelné vykonávání. Pohyb zprostředkovává spojení se sebou samým, se svým já a také kontakt s okolním světem a plní v životě člověka mnoho funkcí. Je to například funkce posturální (vede ke vzpřímenému držení těla a jisté chůzi), dechová (podporuje plné a pravidelné dýchání), zklidňující (uvolňuje tělo i mysl od napětí), energetizující (dodává sílu a energii), rozvíjející (zlepšuje všechny funkce těla a obohacuje mysl), orientační (seznamuje s okolním prostorem), komunikační (je prostředkem vyjadřování), koncentrační (zlepšuje soustředění a bdělost), zdravotně preventivní (zlepšuje imunitu, podporuje činnost orgánů), rekreační (pohyb obohacuje náplň volného času a dává radost), estetickou a duchovní (probouzí úctu k životu a prožitkům). Pohyb je funkcí hybného systému a je vnímán smysly pohybovými, polohovými, hmatem a zrakem. Řídí a regulují ho kinestetická paměť a inteligence spolu s pohybovými centry v mozkové kůře, míše, mozkovém kmeni a mezimozku. Volní pohyb je spojen s čelní mozkovou kůrou a limbickým systémem,

proto má soustředěné prožívání pohybu vliv na duševní pohodu a emocionální ladění člověka. Cvičící člověk má větší důvěru v sebe sama, snadněji se vyrovná se stresem a obavami každodenního života.

...celá plejáda pohybových činností člověka má dvojitý charakter - ty, které jsou svým dopadem zaměřeny vně člověka a ty, které jsou svým dopadem zaměřeny přímo na člověka. Mezi tyto pohybové činnosti řadíme především tělesná cvičení. Ta můžeme charakterizovat *jako záměrné pohybové chování, které je cíleně, vědomě zaměřeno na fyzický a s ním související psychický a sociální rozvoj člověka*. Je to druh pohybu, který je cíleně zaměřen ve prospěch komplexního rozvoje člověka, tedy i ve prospěch jeho zdraví. Objektem jejich působení je sám člověk. Jsou prostředkem jak k jeho rozvoji, tak k regeneraci (Hodaň & Dohnal, 2005, 100).

Hodaň (1997) zdůrazňuje, že význam pohybu pro rozvoj člověka byl pochopen velmi brzy a následně začal být umocňován právě formou tělesných cvičení. Jejich předmětem je na rozdíl od ostatních oblastí pohybových činností sám člověk. Spolu s vývojem člověka jako druhu se postupně vyvíjela a diferencovala i jeho motorika. Lidská motorika je celá suma všech pohybových činností a pohybů člověka, kterou je schopen v průběhu života realizovat. Je to tedy celý pohybový potenciál člověka. Oproti tomu je pohybová aktivita suma všech skutečně realizovaných pohybových aktivit. Tělocvičná motorika je suma všech možných tělocvičných činností. Naproti tomu suma skutečně realizovaných tělesných cvičení je tělocvičnou aktivitou. Pohybové činnosti realizované v tělocvičné aktivitě označujeme jako tělesná cvičení. Uplatňuje se v ní podíl možností člověka a především míra jeho vlastní aktivity v této oblasti.

Kukačka (2009) dodává, že účinky pohybové aktivity mohou být bezprostřední, krátkodobé, ale i relativně trvalé. To v případě, že se pohybová aktivita stane nedílnou součástí života a přispěje tak k aktivnímu životnímu stylu. Pohybová aktivita by měla být pravidelná. V opačném případě nejsou vytvořeny adaptační mechanismy pro zátěžové situace. Jednak anatomicko-morfologické, jako kvalitní svalový a vazivový aparát včetně posílených šlach a kostí, a také funkční, jako připravenosti kardiiovaskulárního a dýchacího systému dodat pracujícímu organismu dostatek energetických zdrojů a kyslíku. K adaptačním mechanismům patří i schopnost trénovaného jedince odolávat únavě, neboť má vyšší schopnost odvádět metabolity

z pracujících tkání. Svalstvo, které není pravidelně zatěžováno a uvolňováno, má tendence ke ztuhlosti a zkrácenosti a to se může projevovat svalovou bolestí.

Bez přiměřené pohybové aktivity nevyprodukuje naše tělo dostatek endorfinů. Ty tlumí bolest, přináší příjemné pocity, snižují napětí a stres. Při jejich nedostatku se cítíme bez nálady, maličkosti se mění v nepřekonatelné překážky, čímž se jedinec víc dostává do stresu a neumí se vyrovnat s požadavky vnějšího světa. Tělo necvičícího jedince může být ochablé, obézní, nepřitažlivé pro příslušníky opačného pohlaví. Fyzická aktivita způsobuje zvýšenou produkci glukagonu, který uvolňuje tukové zásoby, testosteronu, který je považován za nejefektivnější přirozený prostředek proti stárnutí, melatoninu zlepšujícím kvalitu spánku, testosteronu a estrogenu pozitivně ovlivňujícími kvalitu a hloubku sexuálního prožitku, po zátěži je produkován růstový hormon somatotropin podporující regenerační procesy v těle (Kukačka, 2009).

Celý život všech primátů je bezprostředně propojen s pohybem. Aktivně ovlivňuje všechny vývojové etapy, spolupodílí se na jejich dynamice a také usměřuje jejich průběh. V raných stádiích ontogeneze spolurozhoduje i o tom, jak bude jedinec utvářen v dospělosti a jak bude vypadat období regresivních změn. Pohyb se podílí na tvorbě aktivního zdraví, nemocnosti, výkonnosti a dokonce ovlivňuje i příští generace. Stává se nutností pro proces utváření a potencování životního stylu (Kučera & Dylevský, 1999, 22).

„Cvičení je nutné zařadit do denního programu stejně jako ostatní hygienické úkony. Tak jako si vždycky najdete čas na umytí, učešání a čištění zubů, tak cvičení musí být samozřejmou činností, na kterou si uděláme čas, ať se děje, co se děje“ (Rheinwaldová, 1991, 112).

2. 3. 3 Stres

Na vzniku nádorových chorob se podílí účinek řady škodlivin (kouření, některé chemické látky, záření, dědičnost) a především způsob života (stres, nedostatek odpočinku a fyzické aktivity) (Dienstbier & Stáhalová, 2009).

„... je dokázáno, že chronický stres snižuje účinnost imunitního systému, který je zodpovědný za destrukci maligních buněk“ (Hrubá, Foretová, & Vorlíčková, 2001, 21). Odpočinek přeruší stresovou reakci, jeho úroveň se vrátí na normál, proto je každodenní odpočinek velmi důležitý.

Stres je nedílnou součástí našeho života, neboť je v jistém smyslu reakcí těla a duše na energii. Není-li energie, život končí. Ostatně, stres, i když velmi nepatrný, je přítomen i za hlubokého spánku. „Stres je tedy neustálou součástí života a zahrnuje vzájemné působení mezi jednotlivcem a tělesnými, psychologickými, duchovními a společenskými nároky. Nejen životní krize vyvolávají stres; všechny životní potřeby jsou stresory“ (Foster, 1996, 141).

Blahušová (1995) označuje stres za odpověď lidského těla na nějakou novou, nepříjemnou nebo příliš vzrušující situaci neboli stresor. Tělo reaguje tak, že se uvolní adrenalin a další stresové hormony, což způsobí zvýšení tepové frekvence, současně se zvýší srdeční objem, roztáhnou se zornice, abychom lépe viděli, myslíme jasněji a rychleji, do krve proudí ze zásobáren glykogen, aby dodal rychlou energii, zvýší se krevní tlak, aby zajistil kyslík svalům, zvětšuje se svalové napětí, zrychluje se dýchání, aby se do plic dostalo hodně vzduchu a tak se ke svalům přeneslo více kyslíku, zastaví se trávicí proces, protože se krev přesune z trávicího ústrojí do svalů a mozku, zvýší se vylučování moči a potu, stoupne hladina kyselin v žaludku a v podstatě všechny smysly jsou připraveny k akci.

Stres podle Kukačky (2009) vyjadřuje tlak, především psychického charakteru. Náš život vyžaduje neustálou adaptaci, musíme řešit problémy – někdy jeden velký, jindy několik menších.

Foster (1996) dodává, že stres je většinou subjektivní záležitost. To, co jednoho stresuje, může být pro druhého příjemné. Některé stresory jsou však univerzální, jako například nemoc. Ale i ta vyvolá u různých jedinců různé reakce, závislé na odolnosti každého jednotlivce.

Saxton et al. (2014) uvádí, že mnoho žen trpí po stanovení diagnózy rakoviny prsu emocionální úzkostí nebo depresí. Ty mohou přetrvávat i po delší dobu, a to bez ohledu na výsledek léčby. Studie ukazují, že čtvrtina pacientek s rakovinou prsu trpí emocionální úzkostí po dobu až 12 měsíců po ukončení léčby a téměř polovina žen má během tohoto období deprese. Psychologický stres a deprese jsou spojeny s poruchou regulace na ose hypotalamus-hypofýza-nadledviny (HPA osa). Mohou negativně ovlivnit fungování imunitního systému a mít dopad na následné přežití. Součástí výzkumu byla intervence do životního stylu ve formě tří odborně vedených cvičebních lekcí týdně, individuálního dietního poradenství a semináře o výživě konaného každý týden. U žen se sledovaly příznaky deprese, psychické napětí,

přítomnost kortizolu ve slinách a krevní testy. Výsledky ukázaly, že záměrná změna životního stylu zúčastněných žen vedla ke snížení příznaků deprese a k normalizaci regulace HPA osy. Takové změny by mohly přinést významné důsledky pro dlouhodobé přežití žen po léčbě rakoviny prsu. Intervence přinesla i další pozitiva, jako snížení hladiny cholesterolu, snížení krevního tlaku, zlepšení kardiopulmonálního oběhu.

Foster (1996) rozlišuje tři stádia reakce člověka na stres:

- poplachová fáze – začíná setkáním s ohrožením, kdy se instinktivně připravujeme na boj nebo útěk, zrychlí se nám tep, zvýší tlak, zpotíme se, zvýší se počet červených krvinek a hladina krevních tuků;
- fáze rezistence – buď se situaci přizpůsobíme, nebo jí začneme čelit, jsme připraveni na akci, ale snažíme se přijmout rozumné rozhodnutí, snažíme se odstranit nebo zmírnit stresor, právě v této fázi vzniká nejvíce chorob způsobených stresem;
- fáze vyčerpání – dostaví se vyčerpání, projevující se například únavou, netečností, depresí, bolestí hlavy, křečí svalů.

Podle Kleschta (2008) vnímáme stres ve čtyřech navzájem propojených rovinách (myšlení, emoce, chování, tělesné příznaky). Stres v myšlení se projevuje jako dělání si starostí, stres v emocích jako pocit nepohody, projevující se napětím, úzkostí, bezradností, náladovostí, stres v chování se může projevit například vyhýbáním se povinností, váhavým rozhodováním, odkládáním povinností, ale i zrychlením pracovního tempa a životního rytmu. Stres se může projevit bušením srdce, návaly horka, bolestí hlavy, závratí, průjmem nebo zácpou, potížemi s dýcháním, poruchami spánku, změnou v chuti k jídlu, únavou.

Je omyl považovat stres pouze za škodlivý. Vždyť bez působení stresu by v organismu nemohlo dojít k mnoha aktivitám. Každý jedinec potřebuje podle Rheinwaldové (1991) stres ke svému vypořádání s okolím. Určitá míra stresu je tedy užitečná a přispívá k optimálnímu fungování organismu, nadměrná míra mu naopak škodí. Organismus se připravuje na boj nebo útěk mnohokrát za den. Tyto reakce by byly zdravé, pokud by byly využity. V našem světě je ovšem využíváme málokdy. I když máme někdy sto chutí někomu ublížit nebo něco rozbít, dobré vychování nám to nedovolí. A pokud nám strach velí vzít nohy na ramena, společenské

konvence nám v tom zabrání. A to je právě špatně. Fyziologické reakce nejsou využity, hormony se začnou akumulovat a to potom vede k různým onemocněním.

Jedním z důležitých způsobů odstranění stresu je změna přístupu k různým situacím. Pocit strachu a úzkost musí vystřídat chuť bojovat, riskovat a vše vyzkoušet. K tomu je potřeba sebejistota a sebedůvěra, vědomí, že všechno se dá zvládnout, když se chce, ale také že všechno potřebuje svůj čas.

„Je nutné si uvědomit, že za stresové reakce jsme plně odpovědni. Životu naplněnému stresory se nelze vyhnout, ale záleží na našem postoji, jestli se změní v distres. V každé situaci se můžeme smát nebo zuřit, plakat či klidně přemýšlet“ (Rheinwaldová, 1991, 64). Stresory, kterým se nemůžeme vyhnout, a to jsou většinou fyziologické účinky nezdravého prostředí či životosprávy, můžeme napravit cvičením. Tělo se totiž stresu rychle přizpůsobuje a tímto vyvolané fyziologické změny pomohou organismu najít ztracenou rovnováhu.

Lidské tělo je schopno samo vyprodukovat mnoho známých drog, legálních, ilegálních, těch na předpis. Tělu vlastní lékárna nabízí víc možností než farmaceutický průmysl. Zda se zlobíme nebo jsme šťastní, zda jsme v klidu nebo hyperaktivní, to všechno je biochemicky vysvětlitelné. „Existují totiž miniaturní poslové, maličké signální molekuly, které spěchají v našem mozku a v celém těle sem a tam a „transportují“ naše pocity a myšlenky od jedné nervové buňky k druhé a od jednoho orgánu k druhému“ (Zehentbauer, 2012, 9). Všechny naše pocity a myšlenky, naše vnímání a jednání je přenášeno, zpracováváno, ukládáno a aktivováno právě těmito signálními molekulami. Bez signálních molekul, bez drog lidského těla, by myšlení a cítění nebylo možné. Pokud naše tělo něco trápí, je snadné vzít si několik pilulek proti bolesti nebo depresi. Ale jednodušší a přirozenější je využít pro tělo vlastní lékárnu a nasadit například proti bolesti tělu vlastní endorfiny, na deprese vlastní adrenalin a serotonin, na podporu obranného systému melatonin a somatotropní hormony.

2. 4 Prevence civilizačních chorob

Do oblasti péče o zdraví zahrnují Kopecký et al. (2012) prevenci, podporu a ochranu zdraví. Podpora zdraví je v podstatě posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivců, skupin i společnosti jako celku. Smyslem je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví a rozvíjet zdravý životní styl. Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence je zaměřena proti nemocem a je vedena snahou nemocem předcházet. Podpora zdraví není vedena proti něčemu, ale je koncipována pro něco – pro zdraví. Prevence je primární, sekundární a terciální. Primární prevence se realizuje v době, kdy ještě nemoc nevznikla a směřuje k zamezení vzniku nemoci. Dělí se na nespecifickou – obecnou (zaměřenou na celkový zdravotní stav, zahrnuje i výchovu ke zdraví) a specifickou - profylaxi (zaměřenou proti vzniku konkrétní nemoci, například očkování). Sekundární prevence spočívá ve včasné diagnostice, účinné léčbě a zabránění dalšího rozvoje nemoci. Řadí se sem preventivní prohlídky, jejichž cílem je objevit nemoc v počátečním stádiu a předejít komplikacím či chronicitě. Terciální prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, minimalizaci jejich pracovních a sociálních důsledků. Zahrnuje léčbu, rehabilitaci, rekonvalescenci a omezení výskytu recidiv. Jejím cílem je obnovení fyzických, psychických a sociálních funkcí člověka a zlepšení nebo alespoň udržení stávající kvality života.

2. 4. 1 Prevence nádorových onemocnění

Hrubá, Foretová a Vorlíčková (2001) dělí prevenci nádorových onemocnění:

- primární prevence – je zaměřená na zdravé lidi, jejím cílem je předcházet zdravotním problémům, zlepšovat zdravotní stav, což vede ke zvyšování kvality života;
- sekundární prevence – je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění, má zabránit rozvoji nemoci a odhalit diagnózu ve vyléčitelném stadiu;
- terciální prevence – je zaměřena na pacienty, u nichž nemoc propukla a snaží se o výchovu nejen pacientů, ale i rodinných příslušníků k tomu, jak využít možnosti zdravého žití a vyhnout se zbytečným komplikacím a problémům.

Podle Petruželky a Konopáska (2003):

- primární prevence - snaží se o omezení vzniku nádorových chorob. Jejím cílem je vytvořit životní podmínky, které by redukovaly četnost jejich výskytu. Objektem je celá společnost a její životní prostředí, odstranění nebo alespoň omezení vlivu rizikových faktorů;
- sekundární prevence - sleduje přednádorové stavy a detekuje nádory v časných stádiích, kdy je největší naděje na vyléčení. Její snahou je snížit úmrtnost na toto onemocnění. Snaží se o zlepšení povědomí veřejnosti o nádorových chorobách, průběhu léčby a úspěších. Jejím úkolem je bezdůvodný strach, ignoraci potíží nebo jejich bagatelizaci nahradit tzv. onkologickou bdělostí.

Prevenici rakoviny prsu, i přes její nesporný přínos, se věnuje málo pozornosti. Odpovědné osoby si neuvědomují, že je k lidskému tělu šetrnější a pro rozpočet zdravotnictví výrazně levnější hledat a podporovat způsoby, jak nemocem předcházet, než vyvíjet léky k léčbě jejich nejpokročilejších forem. Tento přístup nabízí naději a řešení při stále stoupajících výdajích. Celosvětová populace stárne a nových případů onemocnění neustále přibývá. V roce 2012 bylo diagnostikováno po celém světě téměř 1,7 milionu nových případů rakoviny prsu, což představuje čtvrtinu všech nových případů nádorů u žen. Příčin je více. Kromě obecně vžitých, jako kouření, konzumace alkoholu, stresu, nedostatku pohybové aktivity sem můžeme zařadit i klesající porodnost, snižující se věk menarche, zvyšující se postmenopauzální obezitu nebo postmenopauzální hormonální terapii estrogyeny a progesterony. Prevence by se měla stát mnohem větší prioritou. Každý z nás v ní hraje roli, ať už jako klinický lékař, výzkumný pracovník, investor, zástupce obce, pedagog, rodič nebo jednotlivec. Nad novými případy rakoviny jásají pouze farmaceutické společnosti. Drahá diagnostika a léčba je omezena výdaji na zdravotnictví a v některých zemích pro nejchudší obyvatele zcela nepřístupná. Postup A zahrnuje prevenci, postup B léčbu, ale ten by měl být nutný, pouze pokud postup A selže. Prevence je přínosná a funguje. I když vědci ještě neznají odpovědi na všechny otázky, víme, že optimální tělesná hmotnost, pohyb a screening v podobě mammografie jsou velkým přínosem (Colditz & Bohlke, 2014).

Dosavadní vývoj dokládá, že rozvoj klinické medicíny ke zvládnutí zdravotních problému nestačí. Je nezbytné se ptát po příčinách nemocí a využívat všech metod, které mohou přispět ke zdraví. To znamená věnovat se zdravotní

výchově, podpoře zdraví, prevenci, včasné diagnostice, účinné terapii i vhodné rehabilitaci (Dolina & kol., 2009, 11).

2. 5 Mám „něco“ v prsu ... co dál?

Ženy jsou na svá ňadra z pochopitelných důvodů citlivější než na jiné partie svého těla. Zejména hrozbu odstranění celého prsu vnímá žena velmi intenzivně. „Kromě trvalého strachu z nádorové nemoci, nabývající nepředstavitelných rozměrů představy o pozbytí ženské přitažlivosti, objevují se obavy ze ztráty přátel a dokonce těch nejbližších, pocit studu před ostatní částí ‚zdravé populace‘“ (Konopásek & Javůrková, 1998, 24). V lidech přetrvává „...‘mýtus o rakovině‘, nemoci ltlivé, záludné, nečisté, štítlivé, nemoci vyvolávající strach, pocit hanby a studu a nezřídka trestu za provinění“ (Koutecký & Konopásek, 1999, 19).

Vnímání vlastního těla je podle Gonçalves et al. (2014) pro ženu s diagnostikovaným nádorem prsu důležitým aspektem, který je třeba brát v úvahu při léčbě těchto pacientek. Změny ve vzhledu, jako jizvy, ztráta vlasů, vyrážka nebo částečná či úplná amputace prsu ovlivňují vnímání vlastního těla a psychický stav a mohou snížit sebedůvěru, ovlivnit sexualitu nebo až poškodit vlastní identitu jedince. V onkologii musí být na vnímání těla postižené ženy pohlíženo multidimenzionálně. Nejen lékaři, ale i výzkumní pracovníci v této oblasti musí pochopit význam prsu u pacientek, jejich obavy týkající se vzhledu a změn tělesných funkcí, jejich pocity a chování, které mnohdy vnímají více než zdravotní stav na konci léčby.

2. 5. 1 Příznaky a projevy onemocnění prsu

Při jakékoliv změně povrchu, velikosti nebo tvaru prsů, zhrubění nebo vtažení kůže, výtoku z bradavek, neobvyklé bolesti, při nahmatání bulky, při sebemenším podezření, že se „něco děje“ je potřeba překonat strach z vyslovení diagnózy z úst lékaře, strach z kroku do neznáma, který mnohdy způsobuje, že ženy s návštěvou lékaře otálejí. Někdy až příliš dlouho. Je nutné překonat představy o nádorovém onemocnění jako o chorobě nevléčitelné, proti které je jakékoli úsilí marné. Obavy jsou přirozené, ale pokroky v medicíně překonaly dlouho přetrvávající názor,

že se s „tím“ nedá nic dělat. Různých chorob je velké množství, ale snad kolem žádné z nich není tolik tabu. Některé nemoci se sice vyskytují v menší míře, ale jsou prakticky nevyléčitelné (například roztroušená mozkomíšní skleróza, degenerativní onemocnění mozku). Naproti tomu spousta nádorových chorob je možné vyléčit nebo alespoň pacientovi prodloužit život a zlepšit kvalitu života.

Na komplexní onkologickou péči má každý onkologicky nemocný právo. Aby mohla být vůbec provedena a aby byla úspěšná, záleží do značné míry na každém nemocném. Příliš mnoho jich přichází k lékaři a posléze onkologovi velmi pozdě. Pravdě neujde nikdo a znát ji včas je pro pacienta i pro ošetřující tým velkou šancí (Koutecký & Konopásek, 1999, 62).

2. 5. 2 Vše začíná dokonalou diagnostikou

Pokud žena překoná svoje obavy, navštíví svého praktického lékaře nebo gynekologa. Ten ji odešle do specializovaného mamodiagnostického centra. Jejich seznam lze, mimo jiné prameny, nalézt na internetových stránkách www.mamo.cz. Ženu pak čeká několik návštěv zdravotnického zařízení. Při nich absolvuje různá vyšetření, která vyvrátí nebo potvrdí podezření na nádor.

Zhoubný nádor prsu je nemoc vznikající v důsledku nekontrolovaného růstu a množení abnormálních buněk prsní žlázy. I zdravé buňky se vyvíjí a množí, nikoliv však nahodilým způsobem jako zhoubné nádorové buňky. Právě tato schopnost trvale se dělit a rozšiřovat do jiných částí těla představuje maligní = zhoubné chování.

V prsu se často vyskytují útvary jako například cysty, dysplazie, mikrokalifikace, fibrocystické změny, hyperplazie, které nejsou maligní a označujeme je jako benigní = nezahubné (Jurečková & Kocáková, 2000).

V případě, že se potvrdí podezření na zhoubný nádor prsu, musí být co nejdříve zahájena potřebná léčba.

Před zahájením léčby u pacientky s karcinomem prsu se nejprve musí stanovit přesná diagnóza. To zahrnuje určení primárního ložiska a stanovení rozsahu onemocnění, podle kterého se stanovuje prognóza a strategie léčby.

Pro klasifikaci rozsahu se používá mezinárodní klasifikace TNM. Je založena na hodnocení tří složek:

T – rozsah primárního nádoru

N – nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách

M – nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz.

Přiřazením číslice k těmto třem složkám je udán rozsah onemocnění:

T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1.

Pro posouzení rozsahu primárního nádoru se provádí klinické vyšetření + mammografie + ultrazvukové vyšetření, pro posouzení stavu uzlin klinické vyšetření + ultrazvuk a pro zjištění metastatického postižení klinické vyšetření + rentgenový snímek plic + ultrazvukové vyšetření jater + scintigrafie skeletu (Coufal & Fait, 2011).

Na základě posouzení TNM se stanoví výsledné klinické stadium 0 až IV. Čím vyšší stadium, tím vyšší pravděpodobnost metastazování, tím je horší prognóza. Zhoubný nádor je totiž nebezpečný tím, že má schopnost šířit se do lymfatických uzlin nebo jiných, vzdálených orgánů, má schopnost metastazovat.

Lymfatické uzliny jsou řetězce žláz rozložených v celém těle, jsou navzájem propojené lymfatickými cévkami. Podílejí se na obranyschopnosti organismu a odvádějí z těla zplodiny a škodlivé látky (www.mammahelp.cz/down/informacnipruvodce-mou.rtf).

2. 6 Možnosti léčby

Rámcově lze říci, že pro stanovení léčby je rozhodující rozsah nádoru, jeho biologická povaha (typ nádoru, stupeň malignity, šíření nádoru do lymfatických uzlin a krevního řečiště), věk pacientky a její vztah k menopauze, přítomnost či chybění hormonálních receptorů. Vodítkem pro léčbu jsou léčebná doporučení České onkologické společnosti, která zohledňují poslední pokroky medicíny a každoročně se inovují (Abrahámová, 2011).

Používají se metody lokálně-regionální (chirurgie a radioterapie) a metody systémové (chemoterapie, hormonální a biologická léčba).

Většina žen se podrobí nějakému typu operace. Chirurgické řešení, tedy operace, může být na prsu dvojí: parciální mastektomie (odnětí části prsu, prs zůstává zachován)

nebo totální mastektomie (odnětí celého prsu). Současně se provádí vynětí a vyšetření uzlin z podpaží. Rozsah operace závisí na velikosti a umístění nádoru, velikosti a tvaru prsu, riziku recidivy v budoucnosti a přání pacientky (Coufal & Fait, 2011).

Radioterapie je léčba pomocí paprsků záření o vysoké energii. Cílem je usmrtit nádorové buňky, které případně nebyly odstraněny při operaci. Indikuje se v těchto případech:

- po záchovných operacích prsu (v případě, že je odstraněna jen část prsu, riziko návratu onemocnění se zvyšuje);
- u pokročilých nádorů;
- při postižení podpažních lymfatických uzlin.

„V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podávání léků s cytotoxickým účinkem...“ (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003, 56).

Protinádorová chemoterapie používá cytotoxické (pro buňku jedovaté) nebo cytostatické (růst a dělení buněk zastavující) látky. Vzhledem k tomu, že působí především na buňky, které rostou a dělí se, zasahují i zdravé buňky, a proto mají řadu nežádoucích účinků.

Pokud při vstupních vyšetřeních nejsou detekované vzdálené metastázy, hovoří se o tzv. lokalizovaném onemocnění. V tomto případě se zahájí kurativní léčba s cílem vyléčit. Jsou-li zjištěny metastázy, onemocnění se označuje jako pokročilé, diseminované a probíhá léčba paliativní s cílem pozastavit či zpomalit růst a šíření nádoru a prodloužit přežití. V takovém případě bývá ordinována systémová terapie (léčba celého organismu), která postihuje nejen primární nádor, ale i metastázy. Nejvýznamnější účinek má chemoterapie na mikrometastázy, které jsou vyšetřovacími metodami špatně odhalitelné a časem by se z nich mohli vyvinout metastázy velké (Coufal & Fait, 2011).

Hormonální léčba patří mezi nejstarší prostředky používané proti karcinomu prsu. Její účinnost je ovšem podmíněna přítomností hormonálních receptorů v nádorové tkáni, která svědčí o tom, že nádor je závislý na hormonálních podnětech. Pokud tyto receptory nejsou při histologickém rozboru v buňkách nádoru prokázány, hormonální léčba se neaplikuje, nemá smysl. Hormonální léčba je v podstatě určitým typem biologické léčby. Stejně jako ona je zacílena jen na nádorové buňky, a proto má méně nežádoucích účinků než chemoterapie a je taky lépe snášena (<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/hormonalni-lecba/>).

Biologická léčba pomáhá buňkám vlastního imunitního systému rozpoznat a ničit nádorové buňky. Zatímco chemoterapie působí na obecné buněčné struktury, například na DNA, která je vlastní všem buňkám, biologické preparáty jsou nasměrovány na molekuly a pochody specifické pro buňky nádoru. Díky tomu nezpůsobují žádné život ohrožující komplikace a mají jen minimální vedlejší účinky (<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/biologicka-lecba/>).

2. 6. 1 Hodnocení výsledku léčby

- bezpříznakové přežití – udává procento přeživších pacientů po určité době (3, 5, 10 let) od ukončení léčby bez známek onemocnění;
- celkové přežití – udává procento žijících pacientů po určité době (3, 5, 10 let) od zahájení léčby ať s příznaky nemoci nebo bez nich;
- remise – znamená vymizení příznaků nemoci při klinickém a laboratorním vyšetření;
- relaps a progresse – nově se objevivší příznaky nemoci u člověka v remisi (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, & kol., 2006).

2. 6. 2 Následná péče

Komplexní léčba, zahrnující operaci, radioterapii a systémovou léčbu sama o sobě nestačí, musí ji doplňovat další kroky. Vše dohromady shrnujeme pod pojem komplexní péče. Je to soubor plynule na sebe navazujících opatření, který začíná snahou zavčas rozpoznat, léčit přednádorové stavy, počáteční stadia nádorových onemocnění, vytváří podmínky rychlé a správné diagnostiky, podmínky pro zvládnutí nemoci a léčebných komplikací a také zahrnuje celoživotní kontroly u onkologa. Součástí komplexní péče je i péče rehabilitační (Koutecký & Konopásek, 1999).

Cílem následné péče je:

- včasné odhalení recidivy (znovuobjevení) nemoci;
- odhalení a léčba pozdních následků protinádorové léčby;
- odhalení případných duplicitních nádorů (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003).

2. 7 Nejobávanější komplikace - lymfedém

Po operacích prsu, kdy musí být odstraněny podpažní uzliny, dochází k omezení odtoku lymfy z horní končetiny na operované straně. To může vést k otoku ramene, horní končetiny nebo přilehlé části trupu. Lymfedém je nejobávanější komplikací po chirurgickém výkonu, snižuje kvalitu života a některé pacientky může invalidizovat (Coufal & Fait, 2011).

Globální zátěž rakoviny prsu se stále zvyšuje zejména z důvodu stárnutí a růstu světové populace. Vzhledem k tomu, jak uvádí Mei (2014), že míra přežití víc než 5 let po stanovení diagnózy karcinomu prsu je nyní 90%, je třeba věnovat značnou pozornost kvalitě života. Ženy léčené pro nádor prsu se potýkají s doživotním rizikem vzniku lymfedému. Není stanovena doba po léčbě primárního nádoru, kdy riziko vzniku lymfedému už nehrozí. V současné době neexistuje žádný lék na tuto chronickou komplikaci a vyskytuje se v až 40% této populace.

2. 7. 1 Stadia lymfedému

Lymfedém rozdělujeme podle závažnosti projevů do stadií:

- 0. stadium: odtok lymfy je narušen, ale otok není vyjádřen;
- I. stadium: otok se objevuje jen po větší fyzické námaze;
- II. stadium: otok je trvalý;
- III. stadium: výrazné změny, které deformují postižené partie, mohou vznikat kožní komplikace, nejtěžší stadium je „elefantiáza“ (monstrózní zbytnění) (Coufal & Fait, 2011).

2. 7. 2 Léčba lymfedému

Doba rozvoje lymfedému může být různá, může se projevit za několik týdnů po operaci, ale někdy až za několik let. Základním klinickým příznakem je zvětšení objemu na končetině, významné jsou subjektivní příznaky, jako pocit „malé kůže“ v oblasti paže, bolest a omezení hybnosti. Příznaky se přechodně zhoršují nebo zlepšují, převážně v závislosti na fyzickém zatížení postižené končetiny.

Vlastní léčba zahrnuje péči o kůži, manuální lymfodrenáž – speciální masáž odborníkem, přístrojovou lymfodrenáž, speciální cvičení, bandáž obinadly, případně nošení elastického návleku.

Zdravotníci hrají nemalou úlohu v prevenci nebo péči o lymfedém a měli by se zaměřit na zvýšení znalostí a dovedností pacientů v této oblasti.

2. 7. 3 Doporučená opatření

Pacientky musí být seznámeny se všeobecnými doporučeními, jejichž dodržováním předejdou vzniku lymfedému nebo zmírní komplikace lymfedému již rozvinutého:

- do končetiny na operované straně neaplikovat injekce a neodebírat krev;
- neměřit zde krevní tlak;
- vyvarovat se sebemenším poraněním;
- vyvarovat se účinkům chladu, aby nedošlo k podchlazení, popř. omrznutí;
- nenosit hodinky, náramky a prstýnky;
- nepřetěžovat končetinu a pracovat v krátkých intervalech s častými přestávkami;
- nenosit těžká břemena;
- nosit volné oblečení, které neškrtí;
- vyvarovat se sauny, opalování, přímého působení slunečních paprsků;
- ve spánku držet paži ve zvýšené poloze a neležet na postižené straně (informační leták Lymfedém – co byste o něm měli vědět). Více informací lze získat na <http://www.lymfedem.cz/>.

Mezi doporučovaná opatření pro snížení nepříjemných pocitů v souvislosti s lymfedémem Mei (2014) zahrnuje také prevence infekce na postižené končetině, optimální regulaci tělesné hmotnosti, cvičení a zdravý životní styl.

2. 7. 4 Jak je to se cvičením?

Každé onemocnění je podvědomě spojeno s tělesným útlumem. Pokud je ovšem klid delší, než je po operaci nutné, má nepříznivý vliv na pohybovou soustavu.

Paži na operované straně je nutno šetřit. Šetřit však nesmí znamenat zcela vyloučit její aktivní pohyb.

Aktivní cvičení by mělo být zahájeno ihned po operaci při pobytu v nemocnici pod dohledem rehabilitačního pracovníka, ve cvičení je potřeba pokračovat i po propuštění domů. „... *optimalizace pohybového režimu znamená záměrné zařazování takových pohybových činností (intervence), které jej účelně změní tak, aby jeho dopad na člověka byl pozitivní*“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 100). Snažíme se tedy o pozitivní změny aktuálního stavu konkrétního jedince.

Úroveň života je podle Hodaně (1997) podmíněna pohybem. Díky němu dochází k rozvoji a posilování jednotlivých funkcí, k rozvoji organismu jako celku, k posouzení reakcí na vnější okolí, je tedy nejzákladnější podmínkou jeho života vůbec. Pohyb zahrnuje všechny procesy probíhající v přírodě i ve společnosti. Pohyb je jakákoliv změna vůbec, jakékoliv vzájemné působení objektů vůči sobě, ale i uvnitř nich. Je to teda změna vnějších i vnitřních vztahů. Pohyb je chápán jako absolutní, jeho opak, klid, je relativní.

Změny jedné oblasti životního stylu sebou přináší změny i v jeho ostatních oblastech. Schopnost těchto změn ukazuje na schopnost člověka přizpůsobit se a případně změnit své chování při změnách vnějšího prostředí. Je nutná změna pohybového režimu a provedení záměrné intervence prostřednictvím vybraných tělesných cvičení. Ta jsou cíleně připravená a sestavená, mají určitý postup a náplň (Hodaň & Dohnal, 2008).

2. 7. 5 Doporučené druhy pohybu

Existuje stále více důkazů o tom, že ke zlepšení kvality života po léčbě zhoubného nádoru a zmírnění fyzických i psychických problémů přispívá velkým dílem pohybová aktivita. I přes známé výhody cvičení se podle Luoma et al. (2014) a Laharta et al. (2014) úroveň fyzické aktivity u mnoha žen významně sníží po diagnostikování rakoviny prsu a také zůstává nízká i po ukončení léčby. Jednou z možností, jak řešit tuto situaci, je větší motivace žen k obnovení fyzické činnosti. Tím se zabývala studie, v jejímž rámci se celkem 500 pacientek účastnilo výzkumného cvičebního programu. Po dobu jednoho roku cvičily 1x týdně společně ve skupině a 3x týdně samostatně doma. Odborným vedením rehabilitace ženy překonaly překážky pro zahájení tělesné

aktivity po léčbě, ocenily účast a vzájemnou podporu stejně postižených účastnic, společné sdílení zkušeností, psychickou podporu, lépe překonaly změnu vzhledu svého těla, zvýšily si sebevědomí, pocit sexuální přitažlivosti a zlepšily svoji fyzickou kondici. Pomáhalo jim i vědomí, že změna jejich fyzického vzhledu byl společný problém celé skupiny, že nemusely skrývat svoji nemoc nebo vysvětlovat, proč jejich fyzický výkon byl slabší. Také pocit, že zkušený rehabilitační pracovník je učil cvičit způsobem, který je pro ně vhodný a účinný.

Je žádoucí provádět cvičení, které se neomezuje pouze na horní končetiny, procvičovat by se mělo celé tělo. V oblasti tělesného pohybu je zakázáno například posilování a hraní tenisu, naopak příznivě působí pěší turistika s holemi, jóga, tai-či, plavání, aqua aerobic, jízda na běžkách. Všechny tyto aktivity je doporučeno provádět s kompresivní bandáží (Coufal & Fait, 2011).

Nepřirozenější formu pohybové aktivity pro člověka představuje chůze, je jednoduchá, vždyť chodit umí každý od útlého věku. Chodit můžeme kdekoli a kdykoli. Chůze je vhodná i pro ženy vyššího věku, pro rozvoj jejich tělesné zdatnosti, při rekondici či rehabilitaci. Vhodnou formou využití chůze je pěší turistika, která má pozitivní dopad na tělesnou zdatnost, změnu prostředí, kontakt s přírodou, navozuje psychické odreagování a regeneraci, rozvíjí orientační schopnosti i kulturně společenskou úroveň znalostí (Novotná, Čechovská, & Bunc, 2006).

Chůze je pohybová aktivita a způsob transportu, je dostupná pro každého, je bezpečná a může být součástí každodenního domácího i pracovního programu. Každý si může regulovat intenzitu, délku a frekvenci. Je to dynamická aerobní aktivita vykonávaná velkými kosterními svaly. Má hodně pozitivních a minimum vedlejších negativních účinků (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2011).

Několik studií podle Backmana et al. (2014) prokázalo, že fyzická aktivita ve formě chůze provozovaná během chemoterapie vedla ke snížení únavy a měla pozitivní vliv na kvalitu života související se zdravím. Chůzi se lze věnovat i v případě výskytu slabých nežádoucích účinků chemoterapie.

Kukačka (2009) chůzi označuje za přirozený druh pohybu nepoškozující klouby a vazy. Intenzivní chůzi lze dosáhnout vysokého energetického výdeje při dostatečném zatížení kardiovaskulární a pulmonální soustavy. Chůze je vhodná pro jedince, kteří nikdy nesportovali, mají nadváhu nebo začínají s pohybem ve vyšším věku. Podle doporučení lékařů je zdraví prospěšné ujit deset tisíc kroků denně. Chůze zlepšuje

fyzickou kondici, pozitivně působí na oběhový systém, snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, optimalizuje krevní tlak, zpevňuje svaly, zvyšuje odolnost kloubů, zlepšuje koordinaci, zvyšuje hustotu kostní tkáně, čímž snižuje riziko osteoporózy a zlomenin.

Stárnutí má vliv na všechny tělesné orgány, funkce a tím i kvalitu života. Jedním z vhodných faktorů, jak dopad procesu stárnutí zpomalit je podle Dehi et al. (2014) právě chůze. Výzkumy se zaměřují na vztah mezi fyzickou aktivitou a fyzickými funkcemi u starších osob a přínosu pohybu na celkový zdravotní stav, vitalitu, sociální funkce, emocionální a duševní spokojenost. Jejich výsledky ukázaly, že změny v tělesné aktivitě vedly ke změnám v kvalitě života těchto osob. Se zvýšením fyzické aktivity vzrostla kvalita života, zlepšilo se fyzické zdraví, nezávislost v každodenních činnostech a celkový zdravotní stav. Z tohoto důvodu doporučují, aby byla chůze zařazena do programu v každodenním životě seniorů.

Běh má příznivý vliv na hlavní rizikové faktory ohrožující srdce a cévní systém. Posiluje srdeční stěnu, rozšiřuje srdeční dutiny, snižuje klidovou tepovou frekvenci, srdce je výkonnější a při běžném režimu pracuje úsporněji. Kloubům, jak Kukačka (2009) uvádí, běh více prospívá, než škodí, jak se obecně soudí. Posiluje svaly, šlachy, vazy, takže jsou lépe stabilizované a snáze odolávají námaze.

Jízda na kole posiluje dolní končetiny, vytrvalost, koordinaci pohybu, příznivě působí na psychiku. Cyklistika je vhodná i pro osoby se zdravotními potížemi, setří totiž velké klouby jako kolena a kyčle, jezdit na kole mohou i lidé obézní. Po chůzi je to pro člověka nejpřirozenější pohyb. Nevýhodou je jednostranné zatížení svalů dolních končetin a svalů v oblasti krční páteře. Toto je vhodné kompenzovat jiným sportem (Kukačka, 2009).

Vhodné pohybové aktivity jsou také plavání a aqua aerobik. Voda vyžaduje specifický způsob pohybu a mění podmínky obvyklých pohybových činností. Zatěžuje celý organismus rovnoměrně, bez otřesů a nárazů. Je vhodnou pohybovou aktivitou zejména pro ženy, pro které je samostatný pohyb na suchu nevhodný, buď z důvodu obezity či omezení pohyblivosti dolních končetin. Plavání a pohybové aktivity ve vodě jsou jedinečnými aktivitami pro rozvoj tělesné zdatnosti, dýchání, udržení fyziologické kloubní pohyblivosti kloubů (Novotná, Čechovská, & Bunc, 2006).

Plavání, jak doplňuje Kukačka (2009), nezatěžuje jednostranně pohybový aparát, nehrozí riziko úrazu, zátěž kloubů je minimální, takže je vhodné pro udržení dobrého

zdravotního stavu až do vysokého věku. Plavání má pozitivní vliv na imunitní systém, protože vede k otužování, zlepšuje prokrvení celého těla a zvyšuje vytrvalost.

Tanec, stejně jako předchozí pohybové aktivity, příznivě působí na naše zdraví. Nepřetěžuje svaly a klouby, protože využívá mírné a přirozené pohyby. Klade důraz na správné držení těla, harmonizuje svaly, posiluje sebevědomí, působí pozitivně na psychiku (Kukačka, 2009).

Lyžařská turistika a běh na lyžích jsou aktivity, které zapojí do činnosti všechny hlavní klouby a velké svalové skupiny. Kromě posílení pohybového aparátu vyvolává, pohybem v chladném prostředí, podněty pro otužování organismu (Novotná, Čechovská, & Bunc, 2006).

2. 7. 6 Únava

Každá činnost vede k určitému stupni a určitému druhu únavy. Forma a typ únavy jsou z velké části dány druhem činnosti. „Jde o stav snížené výkonnosti na základě předcházející aktivity. Únava je subjektivní pocit, který nutí unaveného sportovce přerušit výkon nebo alespoň snížit jeho intenzitu“ (Jirka, 1990, 24).

Únavu dělíme na duševní a tělesnou, nebo také na chronickou a akutní, a tu dále na místní a celkovou. „Duševní únava je charakterizována především neschopností soustředit se na daný problém, sníženou vnímavostí pro nové prvky, ale také sníženou diferenciací jednotlivých vjemů, zpomalení vedení podnětů, roztěkaností, špatným odhadem vzdáleností, často i zúžením zorného pole“ (Jirka, 1990, 26). Velká tělesná únava snižuje duševní výkonnost a naopak velká duševní únava snižuje tělesnou výkonnost. Tělesná únava má charakteristické dělení na místní a celkovou. Místní únava malých svalových skupin se vyskytuje poměrně zřídka, ale má vždy dopad na celý organismus a tím na celkový výkon. Celková únava je při tělesných aktivitách častější a výrazně negativně ovlivňuje jak činnost veškerého svalstva, tak i činnost endokrinních systémů a především nervové soustavy. Při místní únavě pociťujeme svalovou bolest, projevuje se snížená síla i schopnost rychlého zapojení potřebné síly. Při celkové únavě se kromě toho projevuje i snížená schopnost koordinace, snížení kvality pohybových návyků a dynamických stereotypů, snížení kvality dostředivých vzruchů informujících centrální nervovou soustavu

o momentálním stavu pohybového ústrojí a také snížení kvality odstředivých povelů, které zabezpečují kvalitu a rozsah prováděných pohybů.

Chronickou únavu pokládáme už za patologický stav. Mohou ji způsobovat některá bezvýznamná onemocnění, jako rýma, chřipka, zánět horních cest dýchacích, ale i chyby ve výživě a v životosprávě, jako nadměrná konzumace alkoholu, kouření, špatný denní režim.

Odpočinek považuje Foster (1996) za nesmírně důležitou část životního rytmu. Abychom byli zdraví, musíme odpočívat, protože odpočinkem doplňujeme síly a obnovujeme energii.

Müllerová (2008) doplňuje, že lidské tělo je sice dokonalý stroj, ale potřebuje odpočinek, údržbu, relaxaci, jinak by se mohlo porouchat. Spánek není pouhé lenošení organismu, jde o jednu ze základních lidských potřeb. Před vynálezem elektřiny se délka spánku přizpůsobovala množství denního světla, dnes se ale spánek kvůli umělému osvětlení neustále zkracuje. Spíme čím dál méně a to se odráží na pracovním výkonu, na zdravotním stavu i na imunitě organismu. Spánek je přirozený způsob odpočinku, relaxace a regenerace organismu a může předcházet zdravotním potížím, jako jsou bolesti hlavy a zad, jejichž původcem je současný životní styl.

Také Kukačka (2009) označuje spánek jako základní fyziologickou potřebu. Je důležitý pro dobré zdraví a pocit pohody. Jeho význam spočívá v regeneraci centrálního nervového systému. Je obdobím motorického klidu. Ustává pohyb, redukují se mimovolní pohyby kosterního svalstva s výjimkou dýchacích pohybů. Je důležitý pro zdravý růst organismu, regeneraci a hojení tkání, podporuje imunitu, dobrou náladu a výkonnost. Nedostatek spánku se projevuje zhoršením myšlení, snížením pozornosti, pocitem únavy následující den, může vést ke zhoršené kvalitě života a vzniku duševních poruch.

2. 8 Rehabilitace a regenerace

Je nutné si ujasnit vzájemné vztahy regenerace a rehabilitace. Oba pojmy se často zaměňují. „Smyslem rehabilitace je urychlení a doplnění léčby nemocných, zkrácení doby rekonvalescence po onemocnění nebo úrazu a urychlení návratu do pracovního procesu s plnými silami. Rehabilitace se tedy týká především nemocného a rekonvalescenta“ (Jirka, 1990, 11). Oproti tomu „regenerace se týká zdravého člověka a jejím smyslem je urychlení zotavovacích procesů a plánovitá likvidace akutní i chronické únavy, která vznikla na podkladě jakékoliv intenzivní zátěže. Je logické, že mezi rehabilitací a regenerací není zcela ostrá hranice“ (Jirka, 1990, 11). Rehabilitace může zasáhnout do regenerace sil například snahou po dokonalém obnovení všech funkcí uzdraveného organismu. Naopak regenerace může zasáhnout do rehabilitace například snahou o odstranění bolestivých syndromů, zejména pohybového aparátu.

Regenerace je trvalý proces, který je vlastní každému organismu. Je trvalou a neoddělitelnou součástí života každého jednotlivce. Jakákoliv činnost vede vždy k větší či menší únavě a každá únava si vyžaduje určitou dobu a určité metody k postupnému zotavení.

Jirka (1990) regeneraci dělí na pasivní a aktivní. Pasivní regenerace zahrnuje činnosti organismu během zátěže i po zátěži, kdy se vychýlená rovnováha všech fyziologických funkcí vrací na úroveň výchozích hodnot. Jedná se tedy o přirozenou vlastnost probíhající podle daných zákonitostí bez našeho vnějšího zásahu. Oproti tomu aktivní regenerace zahrnuje všechny vnější zásahy, metody a procedury, které používáme cíleně k urychlení celého složitého procesu pasivní regenerace.

Regenerace je fyzikální proces probíhající v našem těle v uzavřeném kruhu až do vypotřebování veškerých stavebních látek nebo do smrti. Jde tedy v podstatě o nahrazování odumřelých nebo opotřebovaných tkání novými a také plnou obnovu funkcí některého z orgánů, který je pozbyl zvýšenou námahou nebo v důsledku postižení nemocí (Klescht, 2008).

„Regenerace je biologický a společenský proces, který má za úkol vyrovnat a obnovit reverzibilní pokles funkčních schopností organismu a jednotlivých orgánů“ (Kučera & Dylevský, 1999, 257). Základem regeneračních postupů je pohybová aktivita zahrnující regenerační cvičení kompenzující únavu, regenerační cvičení ve vodě, relaxační cvičení, jiná sportovní činnost nebo zájmová činnost. Patří sem

také hydroterapie (obklady, sprchy, stříky, koupele, lázně), mechanoterapie (masáže), termoterapie (sauna).

Relaxace je dílčí proces regenerace. „Je to co do výsledného efektu identický proces, avšak **týkající se pouze našeho mozku**, resp. mozkových buněk – neuronů“ (Klescht, 2008, 129).

Podle Kukačky (2009) znamená relaxace uvolnění, vědomé odstranění tělesného a psychického napětí. Je předpokladem pro udržení dobrého zdravotního stavu, protože oslabená psychika může být zdrojem nemocí. Relaxace fyzická znamená záměrné povolení a uvolnění celodenního napětí a spočívá ve vědomém uvolnění všech svalů. Řadíme sem i smích, funguje i smích záměrně navozený. Psychická relaxace zahrnuje absenci myšlení, patří sem meditace, dechová cvičení. Podle aktivity je relaxace aktivní (je dynamická, spojená s pohybem, důležité je maximální soustředění a pohlčení pohybovou aktivitou) a pasivní (navození příjemné nálady a vytvoření příjemných zážitků, například návštěva kina, divadla, poslech hudby).

Relaxace znamená schopnost nechat občas toho, co právě děláte a dělat něco úplně jiného. Musí to být něco, co vám působí radost, co máte rádi a co nemusíte dělat. Něco, za co vás nikdo neplatí a nikdo to po vás nechce. S nikým v tom nechcete soutěžit a nemusíte v tom vynikat. Děláte to jen a jen pro svou radost (Rheinwaldová, 1991, 66).

2. 8. 1 Rehabilitace u onkologických pacientek

Kromě lymfedému může dojít po operaci k postižení měkkých tkání a omezení hybnosti v ramenním kloubu. Proto je nedílnou součástí komplexní léčby pacientek s karcinomem prsu rehabilitační péče. Rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve po stanovení diagnózy a měla by pokračovat ve všech fázích léčby až do stabilizace stavu.

„Rehabilitace je soubor všech opatření směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postiženým zdravím. Resocializací se rozumí návrat do aktivního společenského života a do zaměstnání“ (Coufal & Fait, 2011, 389).

Jejím dlouhodobým cílem je maximální zlepšení kvality života, soběstačnosti, nezávislosti a návrat do normálního života a do zaměstnání s minimálním pracovním omezením. K tomu je nutná spolupráce mnoha odborníků: onkologa, chirurga,

radioterapeuta, neurologa, ortopeda, psychologa a dalších (Trávníčková-Kittlerová, Hradil, & Vacek, 2004).

„Pro léčené nemocné v průběhu onkologického onemocnění, pro jejich sebedůvěru je z pohledu rehabilitace nejdůležitější udržení mobility a schopnosti sebeobsluhy v co největší a nejdelší míře“ (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003, 233).

2. 8. 2 Cíle rehabilitace

Podle cílů rozlišují Trávníčková-Kittlerová, Hradil a Vacek (2004) u pacientek s karcinomem prsu rehabilitaci na:

- léčebnou – usilující o dosažení funkčního nebolestivého ramenního kloubu, správného dýchání, prevenci a terapii lymfedému;
- psychosociální – pomáhající pacientkám vyrovnat se ztrátou prsu, úzkostí, strachem;
- kosmetickou – podporující obnovení původního vzhledu volbou vhodné prsní náhrady nebo plastickou operací;
- posudkovou – zabývající se začleněním zpět do zaměstnání a poučení o prevenci komplikací v rámci pracovního procesu.

K rehabilitaci patří i přijetí tělesných změn v souvislosti s operací a vnímání vlastního těla. Ženy, které přišly o prs a nechtějí nebo nemohou podstoupit plastickou rekonstrukční operaci prsu, nosí epitézu (prsní náhradu). Tím se mohou zbavit pocitu méněcennosti, ostychu, mohou se pohybovat ve společnosti, sportovat a plnohodnotně žít, aniž by si jejich handicapu někdo všiml.

„Hlavním ohniskem rehabilitačních zájmů a intervencí u onkologických pacientů je pomoc při monitoraci bolesti, terapie lymfedému, maximální obnovení a uchování funkcí v oblasti hybného systému, edukace a psychická podpora v plánování a prioritách životních aktivit k zajištění optimální kvality života“ (Trávníčková-Kittlerová, Hradil, & Vacek, 2004, 78-79).

2. 8. 3 Fyzikální rehabilitace

Podle Abrahámové dělíme rehabilitaci na fyzikální, psychologickou a sociální.

Fyzikální rehabilitaci cvičením zahajujeme hned první pooperační den. Jak již bylo výše zmíněno, předcházíme tím syndromu zmrzlého ramene, otoku horní končetiny a její omezené hybnosti (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rehabilitace-pacientek-po-operaci-karcinomu-prsu/>). Více informací v kapitole 2. 7. 4. Jak je to se cvičením?

2. 8. 4 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace začíná při podezření na zhoubné onemocnění, protože jak již bylo řečeno, je to vážný zásah do běžného života. Pacientka se musí sžít s nemocí, zvládnout léčbu a strach z ní, přidává se strach z bolesti, obavy ze ztráty soběstačnosti, nejistota ohledně budoucnosti a obavy o své blízké, strach o život. S tím úzce souvisí existenční nejistota a obavy o sociální zabezpečení sebe samotné i rodiny. Je velmi důležité hledat odpovědi na všechny otázky, komunikovat se zdravotnickým personálem, rodinou, přáteli, neuzavírat se do sebe a své samoty, snažit se zapojovat do rodinného života stejně jako před nemocí, pokud je to možné nevzdávat se svého zaměstnání, neopouštět svoje zaběhnuté a oblíbené aktivity, ale v rámci možností v nich pokračovat. Řadě nemocných pomáhá komunikace s pacienty se stejnou diagnózou. Cenná rada, kterou by se pacientky měly řídit, je naučit se nepřepínat svoje síly a dostatečně odpočívat a spát.

Pokud nelze náročnou situaci samostatně nebo s pomocí přátel a rodiny zvládnout, není na místě se stydět a lze navštívit psychologa. Vždyť dobrá psychická pohoda je nezbytná pro léčbu a její zvládnání. Psychologická rehabilitace by měla pokračovat i po ukončení léčby, jejím cílem je zbavit pacienta psychického poškození způsobeného nemocí a léčbou, popřípadě jejími následky. Vyléčený pacient by měl svůj budoucí život prožít v plném rozsahu (Koutecký & Konopásek, 1999).

„Péče o psychický stav nemocného je zatím u nás přes svou mimořádnou důležitost značně opomíjena. Lékaři často soustředí své úsilí výhradně na medicínské

problémy, kdežto psychologickým problémům nemocného se záměrně vyhýbají nebo jim nevěnují dostatek času“ (Klener, 1999, 104-5).

2. 8. 5 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace spočívá v opětovném zařazení pacienta zpět do společnosti. Léčba nádoru prsu je dlouhodobá, což může být spojeno s určitými sociálními problémy. Žena musí dočasně opustit zaměstnání, má omezené finanční prostředky, někdy potřebuje péči druhé osoby, opakovaný transport do zdravotnického zařízení, při neschopnosti starat se o malé děti pomoc jiných osob. Největší oporou by měla být v takové situaci rodina, je možné využít služeb sociálních pracovníků.

Sociální rehabilitací začleňujeme pacienta zpět do společnosti, ve které bude žít jako rovnocenný, bez litování, bez obav, s vůlí postavit se zpět na místo, na kterém byl před nemocí (Koutecký & Konopásek, 1999).

Pokud to zdravotní stav dovolí, je žádoucí po ukončení léčby co nejrychlejší návrat zpět do pracovního procesu. Zhoubný nádor je však chronické onemocnění s možností recidiv, pacientky jsou proto zvány k pravidelným kontrolám a vyšetřením. Ty zajišťuje obvykle onkologické pracoviště, kde byla pacientka léčena a v jeho rámci se provádí klinické vyšetření, kontrolní mammografie a popřípadě další metody. Je nutné pravidelně provádět samovyšetření prsů a navštěvovat gynekologa.

„Zdraví není totožné s vyléčením. Existence nádorové nemoci nevylučuje možnost žít hodnotný život. Onkologické kontroly musí být trvalé“ (Koutecký & Konopásek, 1999, 67).

2. 9 Vyrovnání se s novým stavem

Od stanovení diagnózy do zahájení léčby je poměrně krátká doba a pacientkám nepostačuje k tomu, aby se stihly vyrovnat s řadou sociálních a seberealizačních omezení, a to především tehdy, objeví-li se nemoc při subjektivním pocitu plného zdraví. Pacientka se musí naučit žít s riziky agresivní léčby, bolestí, hrozbou recidivy onemocnění a zacházet s nimi tak, aby kvalita jejího života byla co největší. Podstatná je psychosociální podpora nejbližšího okolí pacientky umožňující jí zvládat strach,

zoufalství či úzkost. Na mnoha případech ze svého okolí jsem mohla sledovat, že sociální a emocionální podpora blízkých lidí a hlavně to, jak jí cítí sama žena, citelně ovlivňuje průběh nemoci a léčby.

„Silný, vyrovnaný, správnou životosprávu dlouhodobě dodržující, o život usilující člověk, který se řídí radami lékaře a dodržuje léčbu, má mnohem větší šanci zvítězit i nad rakovinou“ (Dienstbier & Stáhalová, 2009, 32).

Ke každé akci potřebujeme motivaci. Hlavní motiv musí přijít zevnitř, z úcty k životu a k sobě samému. „Motivace je silou, která nám umožní realizovat naše přání, sny, ideály a život vůbec“ (Rheinwaldová, 1991, 22). „Nic se nedá dokázat bez toho, že se tomu plně oddáme, že tomu zasvětime svůj čas a myšlenky“ (Rheinwaldová, 1991, 36).

Pacientovi nesmí chybět odhodlání vzít na sebe svůj díl odpovědnosti za průběh rekonvalescence, za nový způsob života a životní styl, který může omezit riziko návratu nádorového onemocnění a pomůže překonat potíže tělesného nebo psychického rázu. Chce to vymezit si čas pro odpočinek, dodržovat ho a dokázat ho naplnit programem, který potěší a dokáže odpoutat od starostí všedního dne (Dienstbier & Stáhalová, 2009).

2. 9. 1 Volný čas

Úvah na téma volného času můžeme najít v literatuře nepřeborné množství. Vývoj vnímání volného času se prolíná samotným vývojem lidstva. Za dob Platóna se oddělovala sféra volného času jako zahálky od sféry práce. Aristoteles spojoval volný čas s rozjímáním a Staří Řekové ho považovali za míru lidského štěstí a využívali ho na čtení veršů, setkávání s přáteli a rozumování. Aristotelovo pojetí volného času jako „*souhrnu činností, které člověk koná pro vlastní potěšení a vlastní blaho*“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 51) se blíží pojetí volného času současného člověka. Ve středověku byl volný čas věnován rozjímání, modlitbám, ale i hrám, zábavám a tancům. Renesanční myslitelé propagovali využívání volného času pro zdokonalování člověka a varovali před leností a zahálkou. Utopičtí myslitelé prosazovali svobodné nakládání s volným časem. Karel Marx vyjádřil vztah mezi prací a volným časem tak, že člověk musí pracovat, aby měl volný čas, a ve volném čase musí odpočívat, aby mohl zase pracovat.

H. Opachowský (in Němčanský, 1999) popisuje vývoj volného času po druhé světové válce:

- od války do konce 50. let sloužil volný čas na zotavení a regeneraci pracovní síly;
- v 60. letech se volný čas rovná spotřebě (soustředil se na spotřebu);
- v 80. letech začíná kulturní využívání volného času zaměřené na zážitky, vzniká jiná alternativa spotřeby, lidé mají dostatek času pro tvorbu nehmotných životních statků a roste zájem o využívání volného času v rámci společenského života, sociální angažovanost, kreativní a tvořivou činnost.

V posledních desetiletích sledujeme nárůst množství volného času a s vědeckotechnickým rozvojem se dá předpokládat jeho další nárůst. Volný čas je podle Hodaně (1997) důležitou součástí individuálního i společenského života. Poskytuje dostatek prostoru pro nejrůznější činnosti, jejich výběr závisí na společenských podmínkách, individuální úrovni, vlivu prostředí. Konkrétní náplň individuálního volného času může být společensky prospěšná, ale i naopak velice protisociální. Škála činností realizovaná ve volném čase je rozsáhlá svým množstvím i svojí hodnotou.

Volný čas je tedy významnou objektivní realitou a jeho naplňování individuálním a společenským zájmem, stává se součástí politiky státu. Z hlediska společnosti Hodaň (1997) úkoly týkající se volného času formuluje následovně:

- vytvořit podmínky pro život člověka, aby co největší část doby mimopracovního času měla charakter času volného;
- vytvořit podmínky pro realizaci volného času tak, aby zajišťoval co nejvyšší míru uspokojení potřeb a zájmů jednotlivců;
- ve vytvořených podmínkách a nabízených činnostech sladovat individuální i společenské zájmy a potřeby.

Za hlavní rysy volného času Hodaň (1997) považuje:

- svobodu volby činnosti, která je výsledkem svobodné vůle a rozhodnutí jednotlivce a odpovídá jeho zájmům, vůli i potřebám;
- nezainteresovanost na ekonomickém efektu, kdy jakákoliv činnost přinášející zisk již nespadá do sféry volného času;
- možnost libovolného přerušování činnosti v souladu s momentálními zájmy, potřebami, ale i podmínkami.

Dumazedier (in Hodaň & Dohnal, 2008) rozlišuje tři základní funkce volné času:

- odpočinek, zotavení, reprodukce pracovní síly;
- rozptýlení, zábava, únik od práce;
- rozvoj osobnosti, citových a rozumových poznatků, schopností, zapojení do společenského dění.

Podle Hodaně (1997) má volný čas následující tři základní funkce:

- funkce rozvíjející – zaměření realizovaných činností na všestranný vývoj osobnosti, zdokonalování člověka, rozvoj tvůrčích sil;
- funkce regenerační – obnova pracovní síly, aktivní odpočinek, prevence a kompenzace negativních vlivů pracovního i mimopracovního života;
- funkce prožitková – navozování kladných prožitků, odreagování.

Zelenka a Pásková (2012) popisují volný čas jako dobu, ve které jedinec nevykonává činnosti pod tlakem pracovních závazků nebo z nutnosti zachování svého biofyzilogického nebo rodinného systému. Je to veškerý zbývající čas z dvaceti čtyř hodin dne po odečtení průměrné pracovní doby, průměrné doby na cestování do a z práce, průměrné doby věnované spánku, doby provádění domácích prací a uspokojování potřeb jedince.

Hodaň a Dohnal (2008) shrnují, že volný čas je doba, která nám zbývá po splnění všech povinností. Je zaměřen na odpočinek, regeneraci a poskytuje prostor pro rozvoj a zdokonalování člověka. Vše, co se týká volného času, týká se i životního stylu jedince.

2. 9. 2 Životní způsob a životní styl

Pojmy životní způsob a životní styl bývají často zaměňovány, ale je třeba vnímat rozdíl mezi nimi. „Životní způsob je termín určitým způsobem nadřazený v tom smyslu, že se *týká skupiny, třídy, populace*. Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou *úroveň či dokonce ‚normu‘, která je pro danou skupinu typická*“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 84). Životní způsob tedy zahrnuje strukturu a dynamiku životních činností příslušníků skupiny, vyjadřuje tedy kvalitu jejich života. Je souhrnem jednotlivých životních stylů příslušníků skupiny.

Za rozhodující jednotku kvality celé společnosti považují Hodaň a Dohnal (2008) kvalitu individuí, které společnost tvoří a vzájemné vztahy, které mezi sebou

dovedou vytvořit. Z hlediska vlivu na jednotlivce je tedy významnější životní styl. Tento pojem je od životního způsobu odvozen, týká se jednotlivce, je tedy individualizován.

„Životní styl představuje soubor dobrovolných činností člověka, reakcí na vnější podněty, chování v různých životních situacích, způsobu řešení problémů, ale také uspokojování osobních potřeb, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností“ (Kopecký & spol., 2012, 12). Životní styl charakterizuje souhra dobrovolného chování (výběr) a životní situace (možnost).

Hodaň (1997) dodává, že životní styl jako objektivně existující společenský jev je podmíněn řadou činitelů, mezi které můžeme řadit historický charakter dané společnosti, změny výrobního procesu, postavení člověka, sociální skupiny a třídy v dané společnosti a životní úroveň. Z této podmíněnosti vyplývá, že chápání a definování životního stylu je filozoficky podmíněno a pokud hovoříme o životním stylu, musíme mít na mysli životní styl v konkrétní době a v konkrétní společnosti. Pro pochopení těchto vztahů je nutné si uvědomit, že životní styl není neměnná existující skutečnost, ale že má svoji dynamiku, která mění jeho kvalitu v rámci historicky definované společnosti. Každé etapě společenského vývoje odpovídá určitý charakter životního stylu. Ten je závislý na způsobu tvorby a reprodukci života, podílu na řízení společenských procesů, úrovni překonání protikladů mezi prací a volným časem (oblast nutnosti vzhledem k oblasti svobody), úrovni sblížení společenských a individuálních hodnot, druhů vykonávané činnosti a způsobu jejího vykonávání, zpětné působení životního stylu na kvalitu jedince i celé společnosti. Na jedné straně hovoříme o konkrétním životním stylu jednotlivce, na druhé straně uvažujeme životní styl jako normu, úroveň dané společnosti. Ta se stává cílem, k němuž směřuje tvorba konkrétního životního stylu. Tato vazba je nutná, protože jedině tak může dojít k začlenění normy do konkrétního životního stylu jednotlivce. Životní styl tedy můžeme charakterizovat jako historicky určenou formu života, ve které společnost reprodukuje svoji existenci, hledání a utváření vyšších životních forem a hodnot, odrážejících objektivní rysy společenských vztahů a jsou projevem všech principů v činnostech lidí. Součástí životního stylu jako normy je projevem systému hodnot dané společnosti, skupiny i jednotlivce. Jestli je tedy cílem společnosti rozvoj osobnosti a zabezpečení životní pohody, potom je tento cíl základem tvorby životního stylu. A sám životní styl je konkrétním způsobem rozvoje osobnosti člověka.

„Co tedy s životním stylem? Jak máme žít? Odpovědět samozřejmě není možné, co jedinec, to životní styl“ (Koutecký & Konopásek, 2009, 129). Na zdravý životní styl, jak uvádí Marková (2012), je třeba se dívat z holistického pohledu, zaměření se pouze na některé prvky nestačí. V životním stylu se projevuje celá osobnost člověka, jeho postoje, potřeby, vztahy, zájmy, jeho fyzická, emocionální, sociální a duchovní úroveň. Vyjadřuje snahu člověka o vytyčení a dosažení osobních a společenských cílů, vývoj sebe sama a začlenění do skupiny, do níž je zapojen. „*Životní styl je tedy vyjádřením konkrétní odchylky individua od skupinové ‚normy‘*“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 90).

Do obsahové stránky životního stylu Hodaň a Dohnal (2008) zahrnují:

- soustavu konkrétních činností ve všech oblastech života;
- tvorbu a uspokojování životních potřeb;
- soustavu životních a sociálních vztahů jedince;
- systém životních hodnot a idejí podmiňující jednotlivé činnosti.

Každý člověk žije svým vlastním životním stylem, který má individuální charakter, je proměnlivý, postupně, neuvědoměle a dlouhodobě se vytváří a je výsledkem realizovaných sociálních vztahů a prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Z toho vyplývá zcela nežádoucí a nepříznivá závislost jedince, ve které není jejich tvůrcem, ale pouze předmětem. Je to v jeho neprospěch. Člověk musí svůj život uvědoměle řídit, aby eliminoval negativní vlivy špatného prostředí a kompenzoval ty, kterým se nelze vyhnout. Za svoji vlastní úroveň je zodpovědný člověk sám a tuto zodpovědnost nemůže přenášet na nikoho jiného.

„Životní styl tedy pokrývá celý náš život a rozhoduje o jeho kvalitě i o kvalitě nás samých“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 96). Nabízí se otázka – lze životní styl změnit, jaké jsou k tomu důvody, jak ho lze změnit? Změnit životní styl lze, v souvislosti s objektivními problémy a subjektivními příčinami. Ty mohou souviset právě se závažnou změnou zdravotního stavu, dočasnou změnou společenského postavení a zařazení, vynucenou změnou v trávení volného času. „Ve vztahu ke zdraví je tedy životní styl charakterizován výběrem jídla, pití, kouřením, množstvím a využitím volného času apod.“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 90).

Pokud chceme ovlivnit životní styl jedince, musíme se podle Kopeckého et al. (2012) zaměřit na změnu základních složek, a to znalostí, postojů, dovedností a životní praxe, které jsou nutné k tomu, aby se jedinec naučil a zvládal činnosti potřebné

k dodržování zdravého životního stylu. Proto je nutné zařadit výchovu ke zdraví do výchovy dětí od raného dětství a pokračovat v ní ve všech fázích lidského života. Výchova ke zdraví je vzdělávací obor, jehož cílem je rozšiřovat vědomosti a pozitivně ovlivňovat chování lidí, utvářet správné zdravotní návyky a postoje zaměřené na ochranu a podporu zdraví a na zdravý způsob života. Výchova ke zdraví je nedílnou součástí péče o zdraví, na kterou má nárok každý občan a je garantována státem. Hlavním úkolem je motivovat obyvatelstvo k aktivní účasti na upevňování, ochraně a podpoře zdraví každého jednotlivce a tím i zdraví celé společnosti. Výchova ke zdraví plní tři základní cíle: kognitivní (směřují do oblasti získávání vědomostí, dovedností a schopností), afektivní (zahrnuje názory, postoje, hodnoty jedince ovlivňující životní styl) a psychomotorický (zahrnující učením získané dovednosti, například provádění kompenzačních cvičení).

Už pouhé zaměření se a přemýšlení o svém životním stylu a jeho podmínkách posílí naši vůli na drobné životní změny. Jejich realizace pak může vést k uspokojivému pocitu. Tento pocit spolu s citlivým vnímáním svého aktivního zdraví je předpokladem pro aktivní sebeutváření a používání všeho, co nám bylo dáno k dispozici na naší životní cestě. Nejčastější motivací ke změně životního stylu bývají zdravotní potíže, snaha odstranit špatné návyky a může to být i negativní hodnocení našeho okolí. Jedinci tedy skončilo období bezstarostnosti, kdy si neuvědomoval žádné problémy. Nyní je poznal a chce je řešit. Uvažuje možnosti, plánuje, ale často ještě není na změnu připraven. Ta vyžaduje silnou motivaci a pevné rozhodnutí ke změně. Měla by vycházet z rozboru stávajícího životního stylu a někdy je vhodná konzultace s odborníkem, kterým může být lékař, psycholog, výživový poradce, osobní trenér (Kukačka, 2009).

2. 10 Kvalita života

Se zdravým životním stylem koreluje vysoká kvalita života, která vyjadřuje spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života, možnosti dosažení štěstí a naplnění ve svém životě. Jakékoli onemocnění výrazně snižuje kvalitu života, zvláště při rozvinutých chronických příznacích. Zdravotní omezení vyplývající z nevhodného životního stylu znevýhodňuje osoby nejen v rovině tělesné, psychické i sociální.

Z psychologického pohledu není ani tak důležité jakým onemocněním člověk trpí, ale jak své onemocnění prožívá, neboť prožívaná kvalita života je spíše subjektivní pocit (Marková, 2012, 35).

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „...stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“ (Světová zdravotnická organizace (WHO) 1948) (<http://skvelydomov.blogspot.cz/2009/03/zdravi-nemoc-definice-zdravi-who.html>).

K definici „dodejme, že pro zachování zdraví člověka je potřeba jeho aktivní účasti na těchto stavech. Zdravý člověk má tzv. produktivní charakter, který dává možnost pomalému rozvíjení všech schopností a predispozicí. A důležité jsou i lidské potřeby a jejich efektivní uspokojení“ (Fialová, 2007, 15).

Z definice zdraví dle WHO je podle Kopeckého et al. (2012) zřejmé, že stav pohody jedince je podmíněn třemi, vzájemně se ovlivňujícími složkami, a to: tělesnou a psychosociální integritou, nenarušeností životních funkcí a společenských rolí a adaptabilitou, zajišťující fyziologickou a sociologickou homeostázu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) na základě své definice člení kvalitu života do čtyř oblastí, které vystihují kvalitu lidského života bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum nebo postižení.

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat a další;
- psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, pozitivní a negativní pocity, sebehodnocení, učení, paměť, víra, vyznání a další;
- sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita a další;
- prostředí – svoboda, finanční zdroje, dostupnost zdravotní péče, domácí prostředí a další (Vaňurová & Mühlpachr, 2005).

Kvalita života není ničím všeobecně platným pro všechny, je individuální. K jejímu pojetí se přistupuje tak, jak ji subjektivně hodnotí ten, kdo je dotazován. „Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experenciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žítí“ (Křivohlavý, 2002, 164).

Definovat kvalitu života podle Klenera (1999) není snadné. Tento pojem zahrnuje pocit fyzického zdraví, psychickou kondici, společenské uplatnění, nenarušené rodinné vztahy. Fyzickou kondici ovlivňují různé symptomy, mimo jiné i nežádoucí

účinky protinádorové léčby, funkční zdatnost zahrnuje stav tělesné aktivity, schopnost komunikace s rodinou, spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání. Celková kvalita života potom zahrnuje všechny výše zmíněné faktory, dále i celkový pocit spokojenosti, vyrovnání se se změněnou skutečností a s důsledky v oblasti psychosociální, sociální, kognitivní a spirituální. Doplnkovým faktorem je spokojenost s léčbou, v rámci kterého nemocný posuzuje prostředí, ve kterém se léčí, zručnost, komunikativnost a citlivost ošetřujícího personálu. Z toho vyplývá, že „kvalita života je do značné míry určena povahou onemocnění, jeho průběhem i zavedenou léčbou“ (Klener, 1999, 98)

V anglické literatuře se vztah hodnocení kvality života vzhledem ke zdraví označuje termínem Health-Related Quality of Life (HRQL). Mezi parametry, které v této oblasti můžeme posuzovat, řadí Niu et al. (2014) bolest, únavu, strach z recidivy a obavy z dopadu nemoci na rodinu a okolí. Ty jsou společné pro všechny druhy nádorů, ale zařazujeme sem i takové, které jsou specifické pro pacientky s nádory prsu, jako jsou návaly horka, změněné pocity ženskosti, pocity snížené atraktivity, problémy v oblasti sexu, potíže s ramenem nebo lymfédémem na postižené straně nebo nežádoucí účinky léčby (nevolnost, zvracení, alopecie, amputace, předčasná menopauza).

Marková (2012) uvádí následující úrovně, oblasti a podmínky kvality života: úroveň osobní pohody (well-being), úroveň schopností postarat se o sebe (sebeobsluha), úroveň mobility, schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života. Do subjektivního hodnocení kvality života řadí sebehodnocení, osobní úspěch, tělesnou zdatnost, vnímaný smysl života či naděje, dlouhodobé životní cíle.

Vaňurová a Mühlpachr (2005) se přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.

Nejde o to, jak dlouho onkologicky nemocný pacient přežívá, ale jak dobře žije v mezích své nemoci. Kvalitou života rozumíme schopnost užívat život a mít uspokojivé vztahy (Büchler & Kořán, 2009).

„V onkologické péči by nemělo jít pouze o prodlužování života jedince za každou cenu. Život by měl být též kvalitní a to především z hlediska pacienta“ (Petruželka, Konopásek, & kol., 2003, 83).

2. 10. 1 Zdraví a nemoc

Zdraví je pozitivní, multidimenzionální pojem představující pro jedince i celou společnost jednu z nejvýznamnějších hodnot, která byla ve všech dobách lidské historie a kulturách uznávána. „Pro člověka je zdraví jedním z hlavních cílů života, protože si uvědomuje, že je prostředek k realizaci jeho životních cílů a umožňuje mu prožít smysluplný život“ (Kopecký & kol., 2012, 9). Je to dynamický proces, který je výsledkem neustálého vzájemného působení lidského organismu a vnějšího prostředí. Zdraví můžeme chápat jako výsledek složitého působení mnoha faktorů, které obecně nazýváme determinanty zdraví. Stav zdraví je vždy výsledkem interakce člověka s faktory prostředí, v němž člověk žije. Jsou to faktory přírodní, ale i civilizační, charakterizované postupem civilizace obecně, rozvojem vědy, techniky a jeho důsledků, infrastruktury, průmyslu, ekonomiky a s nimi souvisejícího životního stylu, a konečně i prostředím společenským, v němž člověk žije. Zdraví tedy můžeme také chápat jako schopnost organismu se adaptovat na působení vnějších faktorů. Významnou roli v této interakci sehraává životní styl, často řazený mezi klíčové determinanty zdraví. Hlavní dimenze životního stylu, mající vliv na zdravotní stav jsou: výživa, fyzická aktivita, práce, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, vztahy k okolí, způsob a kvalita zvládnutí stresu a absence či rozvoj závislostí. Pokud dojde k porušení dynamické rovnováhy organismu (homeostázy) mezi vnitřními a vnějšími faktory, které ovlivňují zdraví, dojde k poruše zdraví a vzniká stav, který je označen jako nemoc.

Pojem zdraví má charakter komplexního jevu. Posuzujeme ho z různých úhlů pohledu a zabývají se jím různé vědní disciplíny. Zdraví tedy můžeme chápat v následujících modelech:

- celistvý (holistický) model chápe zdraví jako soubor jednotlivých propojených a závislých částí (zdraví tělesné, duševní, citové, osobní, společenské a duchovní);
- biomedicínský model uznává pouze biologické faktory pro vznik nemocí, tělo a psychiku považuje za dvě oddělené skutečnosti;
- ekonomický model se snaží dosáhnout kvalitativně vyšší zdravotní úrovně obyvatelstva s minimálními náklady na zdravotní péči;
- ekologicko-sociální model se zaměřuje na celou osobnost jedince v rámci společnosti a poukazuje na vliv přírodního a sociálního prostředí na zdraví;

- psychologický model aplikuje psychologické poznatky do oblasti zdraví, nemoci a zdravotní péče;
- model zdravé populace vychází z předpokladu, že zdraví jedince je ovlivňováno sociálními, kulturními a ekonomickými okolnostmi (Kopecký & kol., 2012).

Stejní autoři dělí determinanty zdraví na vnitřní, což jsou dědičné faktory získané od rodičů a genetické faktory ovlivněné působení prostředí v průběhu ontogenetického vývoje a vnější, zahrnující životní styl, kvalitu života a pracovního prostředí, úroveň a kvalitu zdravotnických služeb. Zdraví jedince je téměř ze 70% ovlivněno životním stylem a životním a pracovním prostředím (nezdravotnické složky), a proto je nutné vést každého jedince k uvědomění si vlastní zodpovědnosti za svoje zdraví.

Podpora zdraví zahrnuje veškeré snahy o zvýšení celkové úrovně zdraví, a to posilováním tělesné, duševní a sociální pohody a zvyšováním odolnosti jedince vůči nemocem. Podporu zdraví můžeme rozdělit na podporu zdraví v rodině, ve škole, u referenčních skupin (vrstevníci, komunita, kluby apod.) a na pracovišti (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2011).

Blahušová (1995) uvádí, že výživa, cvičení a duševní terapie může ovlivnit průběh onemocnění účinněji než užívání léků nebo léčebných procedur. Léčebná péče začíná s onemocněním, snaží se udržet nemocného při životě a zbavit ho nepříjemných příznaků nemoci. Prevence onemocnění začíná péčí o zdraví a její snahou je uchránit co nejvíc lidí před onemocněním. Péče o zdraví tedy začíná u lidí, kteří jsou zdraví a zlepšují svůj životní styl až k dosažení pohody a rovnováhy. Zdraví a pohodu významně ovlivňuje individuální životní styl. V posledních letech je neustále zdůrazňováno, že člověk má zodpovědnost za své zdraví, že se od něho očekává sebedůvěra a snaha o sebezdokonalování. Životní styl není jen určitý neměnný stav, ale jsou to neustálé změny jeho důležitých složek k lepšímu. Vždy se najde něco, čím můžeme svůj životní styl ještě zlepšit. Je to vlastně stálé vzdalování se od stavu, který nazýváme nemoc.

Kopecký et al. (2012) charakterizují nemoc jako poruchu zdraví, lze ji také pojímat jako protiklad zdraví. Podle své závažnosti více či méně omezuje možnosti organismu vyrovnat se s nároky vnějšího i vnitřního prostředí. Jedná se tedy o poruchu celistvosti organismu, jehož výsledkem je porušená struktura nebo funkce organismu jako celku nebo některé jeho části.

2. 10. 2 Zdraví a výživa

Mezi zdravím a výživou je podle Kukačky (2009) velmi těsný vztah. Vědecké práce ukazují, že více než 40% civilizačních chorob je způsobeno dlouhodobě nevhodnou stravou. Výživa je přitom jedním z faktorů působících na naše zdraví, který můžeme ovlivnit. Záleží pouze na nás, do jaké míry si to uvědomíme a využijeme. Náš způsob stravování podle Klimešové a Stelzera (2013) ovlivňuje kultura a tradice země, ve které jsme se narodili a kde žijeme, naše rodina a zvyklosti z dětství, dostupnost potravin a dostatek financí na jejich opatření, jídlo nám také často slouží jako únik před emocemi a často také jíme ze společenských důvodů v době, kdy hlad nepocítujeme, například na návštěvách a oslavách. Každý si musí najít svůj individuální způsob výživy, v závislosti na pohlaví, věku, genetických dispozicích, fyzické aktivitě a aktuálním zdravotním stavu.

Müllerová (2008) dodává, že zdravý životní styl se neobejde bez racionálního příjmu potravin, tedy vyrovnaného příjmu a výdeje energie. To musíme přizpůsobit věku, pohlaví, hmotnosti a především pohybové aktivitě. Nesmíme zapomínat ani na správný pitný režim. Tělo člověka je tvořeno z velké části z vody, která je součástí buněk i mezibuněčných prostor. Usnadňuje trávení, pomáhá vstřebávání živin, látkové přeměně a regulaci tělesné teploty. Za den člověk vyloučí přibližně dva a půl litru vody (močí, dýcháním, potem, stolicí). Je tedy nutné dostatečné množství tekutin zase přijmout, část jakou součást konzumovaných potravin, zbytek tekutin musíme vypít. Doporučované množství je zhruba litr a půl tekutin přijímaných průběžně po celý den.

Zdravá výživa podle Lorgerila a Salena (2014) hraje vedle genetické dispozice, vlivu pohlavních hormonů a fyzické aktivity důležitou roli při vzniku karcinomu prsu. Genetické sklony nelze změnit, zatímco sedavému způsobu života a nezdravé stravě se lze vyhnout. Příjem potravin s vysokým podílem vlákniny a potravin s nízkým glykemickým indexem snižuje inzulínovou rezistenci a riziko vzniku diabetu a může také snížit riziko vzniku nádoru prsu. Středomořská strava je efektivní možností pro kombinování těchto doporučení. Národní a mezinárodní asociace pro zhoubné nádory pravidelně vytváří pokyny pro prevenci vzniku rakoviny. Například American Cancer Society každý pět let zveřejňuje doporučení v oblasti výživy a tělesné aktivity, které odrážejí aktuální vědecké důkazy. Patří mezi ně prevence kouření a obezity,

zvýšení úrovně fyzické aktivity a změna stravovacích návyků. A právě zmiňovaná středomořská strava je ideální možností. Nepomáhá pouze v prevenci nadváhy, ale předchází i vzniku diabetu a kardiovaskulárních onemocnění.

Podle Kleschta (2008) je výživa stravovací režim, kdy tělu dodáváme všechny potřebné látky (živiny) ve vyváženém množství a poměru. Správná výživa je součástí prevence civilizačních onemocnění. Jako pět hlavních pilířů zdravého života označuje: výživu, fyzickou zdatnost, obranu proti stresu, regeneraci a relaxaci a ochranu proti škodlivým návykům.

Lidské tělo Blahušová (1995) chápe jako drahý stroj, který potřebuje pohonné látky k uvolnění energie nutné pro činnost, k udržení života a k obnově opotřebovaných součástí. Všechno, co je k těmto pochodům třeba, s výjimkou kyslíku, získává tělo z potravy. Pohonné látky získáváme ze šesti základních složek potravy: cukrů (sacharidů), bílkovin, tuků, vitaminů, minerálů a vody. Jmenované složky potravy plní tři hlavní funkce:

- dodávají energii;
- staví a udržují tělesné tkáně;
- regulují tělesné funkce.

Proč se zabývat správnou výživou? Za prvé, všechny buňky a tkáně v těle jsou tvořeny v závislosti na naší stravě. Za druhé, jídlo je zdrojem energie pro tělesné funkce. Za třetí, potrava je hlavní složka životního prostředí, se kterou přicházíme do styku. Za čtvrté, jídlo bylo stvořeno k tomu, aby nám přinášelo potěšení (Foster, 1996).

„Přežití všech organismů záleží na schopnosti efektivně si zajistit, využít a konzervovat energii. **Základním smyslem konzumace potravy je získání dostatečného množství energie a stavebních látek pro udržení života**“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 27). Ještě nikdy v lidské historii se lidé nezajímali tolik o svoje zdraví a možnosti jeho udržení nebo zlepšení, jako je tomu v dnešní době. Odborné knihy, vědecké články, masivní mediální kampaň v časopisech, novinách i televizi na nás denně chrlí nové informace, co dělat či nedělat, abychom zůstali zdraví. Na trhu se objevují stále nové dietní potraviny, cvičební stroje i „zázračné“ produkty, které by nám měly pomoci. Avšak, ve vyspělých zemích nebyl nikdy tak vysoký výskyt obezity a dalších civilizačních chorob, které jsou těsně spjaté s nadbytečným příjmem potravy a nízkou pohybovou aktivitou.

2. 10. 3 Osobní pohoda

„Člověk obecně tíhne k slasti, chápané převážně jako pohodlí a vyhýbá se strastem, chápaným jako diskomfortní protipól“ (Fialová, 2007, 41). Sport hodně lidí považuje za převážně strastiplný, namáhavý, zatěžující, únavný, a tak vzniká otázka, jak se sport slučuje s osobní pohodou, která je velmi frekventovaným pojmem v souvislosti se zdravím a kvalitou života. Navíc sporty bývají plné vášně a extatických situací a to má k pohodě také daleko. Osobní pohoda se týká kognitivního a emocionálního hodnocení aktuálního života člověka. Tato bilance má své konsekvence tělesné a vztahuje se k osobnostním charakteristikám člověka. Z hlediska psychologického jde o stav na hranici mezi emocí a osobností. Emoce se považují za aktuální složku osobní pohody, osobnost za složku habituální. Osobní pohoda je biopsychosociální aktualizace pocíťované kvality života, jejímž hlavním výrazem je životní spokojenost. Z hlediska sportu můžeme za komponenty osobní pohody považovat sebeúctu (jako důsledek sportovních aktivit), sebeuplatnění (s návazností na výkonnost člověka a vědomí vlastních pohybových schopností), sebezdokonalování (provázející kondiční aktivity), soulad s vlastní osobou (a jeho vůle k tělesným aktivitám), seberealizaci. Osobní pohoda je podmíněna snažením, usilováním o dosažení cíle a výraznou determinantou je moment dovršení, dosažení cíle. Pro osobní pohodu je důležitý tělesný stav, především subjektivní prožívání vlastního těla a spokojenost s ním. Do osobní pohody se člověk může dostat aktivním odpočinkem nebo pohybovou rekreací.

Ve druhé polovině minulého století si lidé začali více uvědomovat význam svojí tělesné kondice, o kterou je připravuje technický pokrok, a začali to dohánět rozvojem fitness cvičení. Bylo namáhavé, zaměřené na výkon, velkou zátěž i počet opakování. Postupně se prosazovaly tendence o zpříjemnění cvičení a převládly tzv. wellness programy (Fialová, 2007).

„Cílem hnutí wellness je především pomoci lidem, kteří hledají v moderním světě cestu ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu. Základním předpokladem je, aby se cítili dobře, aby co nejvíce zabránili procesu stárnutí aktivním přístupem k životu“ (Kukačka, 2009, 10). Pohybové wellness aktivity jsou rekreační a nesoutěživé, jejich cílem je dobrý pocit a prospěch pro zdraví. Nenutí jedince

k maximálním výkonům, zátěž má relativně nízkou intenzitu a většinou trvájí do 60 minut.

„Wellness je komplexní životní styl představující preventivní snahu o udržení vysoké úrovně fyzického i duševního zdraví, a tím i životní pohody“ (Klescht, 2008, 11). Důležité je zdůraznit slovo preventivní, protože náklady na prevenci jsou nižší než náklady na nemoci. Podstatou wellness je snížení vlivu všech negativních složek životního stylu. Musíme si však uvědomit, že zdraví a pohodu máme ve svých rukou a sami sobě za to i odpovídáme.

Zvláštní způsob chápání osobní pohody podle Fialové (2007) nacházíme ve sportech prožitkových, jejichž snahou je být uvolněný a svobodný. Zmiňuje také oblibu aktivit v přírodě, pro které má psychologické vysvětlení. Totiž, že člověk má za sebou přírodní vývojovou etapu a příroda je v něm silně zakotvena. Stromy, slunce, vodu, hory, vzduch a vítr vnímá jako známé prvky z evolučního vývoje a přitahují ho tím víc, čím je omezován civilizací.

2. 11 Prožitky spojené s onkologickým onemocněním

Náročná onkologická léčba představuje pro nemocného mnohá omezení v každodenním režimu a životním stylu. Mnoho pacientů není schopno po určitou dobu – během léčby i rekonvalescence – pracovat a vykonávat aktivity, které byly běžnou součástí jejich života. Musí se naučit vnímat signály těla, respektovat meze vymezené nemocí, důležité je neztrácet sebeúctu, neodmítat sebe sama, dívat se a zacházet se svým tělem jemně a citlivě. Téměř vždy se postupně dostaví zlepšení celkového stavu a úleva, tělo se vrací do normálního režimu.

Pro toto období je podstatné znát všechny základní informace o svém onemocnění a v souladu s nimi změnit některé návyky a upravit životní styl. Jeho samozřejmou součástí by se mělo stát odvedení mysli od negativních myšlenek (vzpomínek na léčbu, obavy z návratu nemoci) a zařazení odpočinku a relaxace. Existuje mnoho možností, jak toho dosáhnout. Soustředit se na návrat do pracovního procesu, věnovat se domácím pracím, partnerovi, dětem, vnoučatům, cestovat,

vrátit se k tělesné aktivitě oblíbené před onemocněním nebo si najít v rámci fyzických možností novou, scházet se s přáteli, najít si nové známé.

Existují organizace, sdružující lidi se stejnou onkologickou diagnózou, stejnou zkušeností, kteří se společně scházejí, mluví o svých prožitcích a pocitech, předávají si rady, vzájemně se podporují. Je jen na pacientce, zda využije této možnosti a vyhledá některou z organizací.

Diagnóza rakoviny prsu je život ohrožující stav, který obvykle způsobuje negativní fyzické a psychické reakce. Po stanovení diagnózy mnoho žen hledá informace a podporu. Některé výzkumy, jak uvádí Pongthavornkamol et al. (2014), ukazují, že jim může prospět účast ve skupinách podobně postižených žen, kde se mohou dozvědět zkušenosti o jejich onemocnění a způsoby, jak se s ním a s léčbou a jejími následky vyrovnat. Proces diagnózy a léčby je stresující a složitý, ale může být také pokynem pro změnu přístupu k vlastní osobě, zdraví i životnímu stylu. Důležitým faktem je uvědomění si, že toto onemocnění je chronické a změna dosavadního způsobu života může přinést pohodu a větší kvalitu života.

2. 11. 1 Občanská sdružení pro pacientky s karcinomem prsu

V současnosti funguje řada občanských sdružení orientovaných na ženy s diagnózou karcinomu prsu. V těchto organizacích pracují pacientky společně s lékaři a odborníky zaměřenými na onkologickou problematiku. Jejich snahou je šířit poznání a preventivní opatření týkající se nádorových onemocnění, poskytovat psychickou a sociální podporu, přispět ke zlepšení kvality života nádorově nemocných. Poskytují tištěné materiály, pořádají přednášky a společné akce včetně ambulantních kurzů nebo rekondičních pobytů, které mohou pomoci zvládnout tuto náročnou situaci a znovu se začlenit do společnosti a běžného života.

Aliance žen s rakovinou prsu o. p. s. byla založena v roce 2002 devatenácti organizacemi sdružujícími onkologické pacientky jako zastřešující celostátní obecně prospěšná společnost. Klade si následující cíle:

- vytvořit informační a edukační centrum pro onkologicky nemocné i veřejnost;
- poskytovat metodickou pomoc organizacím onkologicky nemocných;
- koordinovat projekty ve prospěch prevence a léčby nádorového onemocnění prsu;

- sjednotit snahy patientských organizací i jednotlivců o prosazování práv a rovných podmínek k léčení a rekonvalescenci žen s nádorovým onemocněním prsu (www.breastcancer.cz).

V současnosti Aliance zastřešuje více než 40 organizací z celé České republiky. Jejich sídla jsou v hlavním městě, krajských městech, ale také městech malých, s malým počtem obyvatel. Jejich činnost a cíle jsou stejné, možnosti však rozdílné. Rozdíly mezi jednotlivými organizacemi jsou v počtu členů, počtu účastníků jednotlivých akcí, propagaci, finančních možnostech - tyto organizace jsou financovány z členských poplatků a příspěvků sponzorů.

Pro názornou ukázkou v rozdílných možnostech velkého a malého města jsem se rozhodla oslovit dvě organizace a porovnat je. Vybrala jsem si Mamma help se sídlem v jihomoravské metropoli a Onko-klub Diana Prostějov.

Provoz obou organizací zastřešuje Aliance žen s rakovinou prsu. Poradenskou činnost provádí členky - pacientky, které úspěšně prošly léčbou a je bezplatná. Ale hned na začátku mého porovnávání byly zřejmé nerovnosti mezi oběma organizacemi.

Brněnský Mamma help je součástí celostátní nevládní neziskové organizace, největší patientské organizace v České republice. Mamma help má pobočky v 7 městech České republiky (Praha, Brno, Olomouc, Hradec Králové, Přerov, Zlín a Plzeň). Všechny služby poskytuje zdarma. Na jeho činnost přispívá množství sponzorů.

Brněnská pobočka Mamma helpu byla založena v roce 2004. Sdružení sídlí na ulici Nerudova 321/7 v Brně. Telefonní kontakt je 549 216 595 nebo 739 732 885. Otevřeno pro zájemce je od pondělí do čtvrtku od 10 do 15 hodin.

Hlavní koordinátorkou je paní Stanislava Absolínová. Poradenské služby spolu s ní poskytuje pět členek – patientek. Odbornou garanci poskytuje paní primářka MUDr. Lenka Foretová z Oddělení epidemiologie a genetiky nádorů Masarykova onkologického ústavu Brno. Členskou základnu tvoří 35 stálých členek. Členky platí roční příspěvky ve výši 200,- Kč.

Na internetových stránkách <http://www.mammahelp.cz/> jsou odkazy na jednotlivé pobočky s kontaktními údaji, sekce pro pacientky, rodinné příslušníky i veřejnost, odkazy na odborné články, zkrátka lze zde najít všechny podstatné

informace týkající se diagnózy rakoviny prsu. Na internetovém odkazu <http://www.mamahelp.cz/diskuze.php> je pro zájemce vytvořené diskusní fórum. Po zaregistrování, je možné i pod přezdívkou, zde lze diskutovat o všech problémech souvisejících se problematikou nádoru prsu.

Organizace vydává za bohatého přispění sponzorů každý měsíc bulletin v tištěné i elektronické podobě. Lze v něm najít informace o dění v jednotlivých pobočkách, připravované akce i ohlédnutí za akcemi konanými, zajímavé příběhy a osudy pacientek, praktické informace, například o nových přístrojích a pomůckách, kontaktní údaje.

Brněnská pobočka téměř každý týden připravuje pro zájemce nejen z řad členů rozmanité akce. Jsou zde zastoupeny odborné přednášky z oblasti zdravotnictví, informativní přednášky, například cestopisné nebo předvádějící výrobky, výtvarné dílny, cvičení nebo „babinec“ – posezení, povídání, výměna zkušeností. Pro zájemce jsou také organizované krátké výlety nebo i několikadenní rekondiční pobyty na různých místech republiky.

Onko-klub Diana Prostějov je součástí Svazu postižených civilizačními chorobami v České republice, o. s. Je to samostatné nezávislé občanské sdružení v plnou právní subjektivitou, sdružující osoby postižené civilizačními chorobami, především osoby dlouhodobě a trvale nemocné a seniory.

Onko-klub Diana Prostějov byl založen v roce 1993. Vedoucí klubu je paní Ivana Pařízková. V současnosti se jeho aktivit účastní 39 stálých členek. Platí roční příspěvky ve výši 200,- Kč.

Klub nemá prostory vymezené pro kancelář, kontaktní adresa je Dolní 26, Prostějov, což je adresa trvalého bydliště vedoucí klubu. Pravidelné schůzky se konají dvakrát měsíčně v prostorách Klubu důchodců na Svatoplukově ulici 15 v Prostějově. Tuto místnost využívají členky klubu Diana bezplatně.

Program činnosti se přizpůsobuje přáním a zájmům žen. K pořádaným akcím patří, kromě pravidelných schůzek, jedna přednáška za měsíc, jednodenní výlety do okolní přírody nebo blízkých lázní, dva rekondiční pobyty za rok. Každoročně se také ženy aktivně účastní prodeje květin u příležitosti Českého dne proti rakovině. Z výtěžku této akce dostávají malý finanční příspěvek na plánované aktivity, zbylou část nákladů si hradí členky ze svých vlastních zdrojů. Část finančních

prostředků klub Diana získává i od sponzorů, kterými jsou ve většině případů obecní úřady okolních obcí, ve kterých bydlí členky klubu.

Při bližším seznámení s Mamma helpem Brno a Onko-klubem Diana Prostějov jsem vnímala přátelskou atmosféru, nadšení žen do činnosti organizací, velké osobní nasazení, vstřícný přístup, ochota pomáhat ostatním a něco pro ně udělat, snaha poradit a pomoci novým nemocným ženám, ale také zjevnou nerovnováhu a rozdíly mezi oběma organizacemi, a to v příležitostech, způsobu prezentace i finanční situaci.

Brněnský klub se prezentuje profesionálně zpracovanými a pravidelně aktualizovanými internetovými stránkami, prostějovský klub disponuje pouze informačními letáky. Je to dáno nejen ochotou sponzorů investovat peníze do těchto organizací, ale také zázemím, možnostmi a věkovým průměrem členek. Mamma help v rámci své celostátní působnosti vydává bulletin, prostějovské ženy zase pravidelně přispívají do periodik se zdravotnickou tematikou.

Nerovnováha je zřejmá i ve využívaných prostorách. Administrativa prostějovského klubu se provádí v bytě vedoucí organizace, zbytek akcí v prostorách propůjčených bezplatně. Brněnská organizace má vlastní prostory téměř v centru města.

Členská základna obou organizací se nijak neliší. Stejně je tomu i v případě pořádaných akcí.

Na území města Brna kromě Mamma helpu působí už 24 let Klub Diana, sdružení onkologicky nemocných a přátel se sídlem na Údolní ulici. Onko-klub Diana Prostějov je oproti tomu jedinou organizací svého typu na Prostějovsku. Má proto velký potenciál stát se silným uskupením poskytující přínosné a kvalitní služby.

Otázkou ale zůstává budoucí činnost a využívání takto zaměřených organizací. Věkový průměr stálých členek se zvyšuje. Celkově sice přibývá mladších nově diagnostikovaných pacientek, ty se ale ve větším počtu do činnosti klubů nezapojují. Po prodělané léčbě se snaží co nejdříve vrátit do normálního života, znovuobnovit běžné fungování rodiny, usilují tedy i o návrat do práce. Svůj volný čas jistě chtějí věnovat rodině a na účast na nabízených akcích jim nezbývá mnoho příležitostí.

3 Cíle diplomové práce

Hlavní cíl:

Cílem práce je zhodnocení změn úrovně životní spokojenosti a jejich složek a úrovně pohybové aktivity v průběhu 18 měsíců u žen po terapii karcinomu prsu.

Dílčí cíle:

- shromáždit informace o problematice na základě odborné literatury, dostupných zdrojů informací a vlastních poznatků;
- přiblížit problematiku nádorového onemocnění a aspektů s ním souvisejících;
- shromáždit informace o činnosti organizací pro ženy s nádorovým onemocněním prsu (vyhledat dostupné písemné informace a doplnit je poznatky z osobního kontaktu a rozhovoru);
- přiblížit činnost a nabídky dvou vybraných organizací pro ženy s nádorovým onemocněním prsu;
- připravit podklady k dotazníkovému šetření;
- realizovat dotazníkové šetření u cílové skupiny respondentek;
- provést vyhodnocení dotazníkového šetření;
- porovnat výsledky 1. a 2. dotazníkového šetření a formulovat závěry.

Výzkumné otázky:

Jaká je úroveň kvality života – životní spokojenosti a jejich jednotlivých položek a úroveň pohybové aktivity u specifické skupiny žen – pacientek po terapii karcinomu prsu?

K jakým změnám u žen po terapii karcinomu prsu dochází u sledovaných proměnných v průběhu 18 měsíců?

4 Metodika výzkumu

4.1 Metodika a techniky výzkumu

Jandourek (2009) uvádí, že metody sociálního výzkumu můžeme chápat jako teoreticko-metodologická vymezení empirického zkoumání sociální zkušenosti. Lze také říct, že výzkumná metoda je „obecným metodologickým nástrojem k získání a zpracování dat, vymezujícím širší a komplexnější úhel pohledu na šetřenou problematiku“ (Pelikán, 1998, 95).

Podle Čihovského (2006) představuje metoda zvolený pracovní postup, díky němuž směřujeme k dosažení stanovených cílů. Použila jsem následující metody:

- metoda historická - spočívající ve sběru a analýze informací z literárních zdrojů;
- metoda introspektivní - opírá se o osobní znalosti, zkušenosti výzkumníka na základě účasti v prostředí či nějakém společenském procesu;
- metoda sběru dat - zpracování primárních informací z řízeného rozhovoru a zpracování sekundárních dat získaných z dotazníku, vypracování tabulek a grafů;
- metoda zpracování a vyhodnocení - zodpovězené otázky jsou procentuálně vyhodnoceny a přeneseny do grafů.

Pod pojmem technika ve výzkumu rozumíme operační nástroj, „který cíleně realizuje strategický záměr vymezený zvolenou metodou. Můžeme ji tedy považovat za dílčí, přesně limitované, konkretizované použití odpovídající metody“ (Pelikán, 1998, 96). Slouží ke shromažďování, analýze a vyhodnocení dat výzkumu.

V rámci kvantitativního přístupu se nejčastěji setkáváme se strukturovaným dotazníkem. Může mít podobu formuláře, kde jsou v určitém pořadí otázky, na které má dotazovaný odpovědět. Obsahuje otázky volné (bez nabízené varianty odpovědi, poskytují volný prostor k odpovědi), uzavřené (kde se odpovídá formou výběru z nabízených variant) a polouzavřené (obsahují soubor nabízených odpovědí a ještě jednu možnost odpovědět vlastní variantou). Výhodou použití dotazníkové techniky je možnost oslovit větší počet respondentů, a tím získat velké množství dat. Nevýhodou je validita. Dotazovaný odpovídá podle svých subjektivních dojmů a dále, především u otázek intimního charakteru, nemusí odpovídat pravdivě nebo se může odpovědi zcela vyhnout.

4. 2 Dotazník pro výzkumné šetření

Pro výzkumné šetření jsem připravila dotazník, skládající se ze 3 částí. V první části se v 5 otázkách dotazuji žen na onkologickou diagnózu a zdravotní stav, druhou část tvoří standardizovaný Dotazník životní spokojenosti (autoři: J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler) a třetí částí je standardizovaný dotazník GPAQ – Global Physical Activity Questionnaire. V příloze (Příloha č. 1) je uvedena pouze první a třetí část dotazníku, Dotazník životní spokojenosti zde znázorněn není.

Dotazník životní spokojenosti (DŽS) slouží k relativně spolehlivému zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti člověka a diferencování jeho spokojenosti do deseti oblastí. Dotazník vznikl v Německu. Zde byl i standardizován, a to na vzorku 2870 osob. Nyní je k dispozici české vydání této metody (v překladu a úpravě K. Rodné a T. Rodného vydalo Testcentrum Praha).

DŽS je určen pro dospělé a děti od 14 let a lze ho využít v mnoha oblastech - např. v průběhu léčby chronicky nemocných, v sociologicky orientovaných výzkumech, v průběhu psychoterapie k hodnocení její účinnosti apod.

Dotazník životní spokojenosti obsahuje 10 škál postihujících různé složky životní spokojenosti. Každé škále odpovídá 7 položek, na které dotazovaná osoba odpovídá na sedmibodové stupnici (od "velmi nespokojen(a)" až po "velmi spokojena)"). Na základě skóre dosažených v těchto škálách vypočteme index tzv. celkové životní spokojenosti, kterou je míněno individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti.

Přehled deseti zkoumaných škál:

1. Zdraví - osoby s vysokou hodnotou v této škále jsou spokojeny se svým celkovým zdravotním stavem, se svou duševní i tělesnou kondicí, se svou fyzickou výkonností a odolností proti nemocem. To zahrnuje i příp. bolesti a nemoci. (Příklad položky: "Se svou fyzickou kondicí jsem ...").
2. Práce a povolání - osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny se svou pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy a s možnostmi vzestupu. Pozitivně hodnotí jistotu své profesionální budoucnosti a jsou spokojeny s mírou požadavků a zátěže v zaměstnání. (Příklad položky: "Se svou pozicí v zaměstnání jsem ...")
3. Finanční situace - osoby s vysokou škálovou hodnotou považují svůj příjem, výši svého majetku a svůj životní standard za uspokojující. To platí také pro zajištění

existence, možnost výdělků v budoucnosti a zajištění ve stáří. Tomu odpovídá spokojenost s finančními možnostmi rodiny. (Příklad položky: "Se svým majetkem jsem ...")

4. Volný čas - osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny jak s délkou, tak s kvalitou svého volného času a své dovolené. Dobu, kterou mají k dispozici pro koníčky a pro blízké osoby, hodnotí pozitivně, stejně jako celkovou pestrost ve volném čase. (Příklad položky: "S kvalitou odpočinku ve volném čase během týdne a o víkendech jsem ...")

5. Manželství a partnerství - osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou v podstatných aspektech svého manželství, resp. svého partnerského života spokojeny s požadavky, se společnými aktivitami, s partnerovou otevřeností, pochopením a ochotou pomáhat, s něžností a bezpečím. (Příklad položky: "S pochopením, které má pro mne můj partner/moje partnerka, jsem...")

6. Vztah k vlastním dětem - osoby s vysokou škálovou hodnotou hodnotí vztahy k vlastním dětem celkově pozitivně. Jsou spokojeny se svým vlivem na děti, se společnými aktivitami a s tím, jak si jich děti cení. Příklad položky: "Pomyslím-li na to, jak vycházím se svými dětmi, jsem ..."

7. Vlastní osoba - osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny s mnoha aspekty své osoby: se svým vzhledem, svými schopnostmi, charakterem, svou vitalitou a sebevědomím. K tomu patří také hodnocení způsobu života, který až doposud vedly, a vycházení s ostatními lidmi. Příklad položky: "Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem ..."

8. Sexualita - osoby s vysokou škálovou hodnotou pozitivně hodnotí svou fyzickou atraktivitu a jsou spokojeny se svou sexuální výkonností, svými sexuálními kontakty a sexuálními reakcemi. To zahrnuje možnost otevřeně hovořit o oblasti sexuality a obecně sexuální harmonii s partnerem. Příklad položky: "Pomyslím-li na soulad s partnerem v oblasti sexuality, jsem..."

9. Přátelé, známí, příbuzní - osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny se svými sociálními vztahy, tzn. s kruhem svých přátel a známých, se svými příbuznými a se svými kontakty se sousedy. Pozitivně hodnoceny jsou sociální aktivity a společenská angažovanost a obecně četnost styků s ostatními. Příklad položky: "S kontaktem se svými příbuznými jsem ..."

10. Bydlení - osoby s vysokou hodnotou jsou spokojeny se svými bytovými podmínkami, tzn. s velikostí, stavem a polohou bytu, s dostupností dopravních prostředků, s náklady, stejně jako obecně se standardem bydlení. Příklad položky: "S výdaji za bydlení (nájemné, příp. splátky) jsem ..."

V hodnocení celkové životní spokojenosti jsou osoby s vysokou škálovou hodnotou v mnoha oblastech života nadprůměrně spokojeny. Mají-li v jednotlivých oblastech či určitých aspektech důvod k nespokojenosti, je to kompenzováno spokojeností v jiných oblastech (<http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=dzs>).

4. 3 Organizace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření k diplomové práci navazuje na výzkum mojí práce bakalářské. Pro vyplnění dotazníků k výzkumu do bakalářské práce jsem oslovila celkem 50 žen po operaci a léčbě zhoubného nádoru prsu. Dotazovala jsem se ve dvou občanských sdruženích, a to Mamma helpu Brno a Onko-klubu Diana Prostějov a dále jsem oslovila několik žen z mého blízkého okolí. Cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo posouzení úrovně životní spokojenosti, jejich složek a úrovně pohybové aktivity u těchto žen s časovým odstupem 18 měsíců. Z důvodu spolehlivého srovnání výsledků obou šetření jsem pro výzkum k diplomové práci požádala o vyplnění dotazníků shodnou skupinu žen.

Dotazníkové šetření probíhalo během měsíců května a června 2014.

Oslovené ženy jsem navštívila u nich doma nebo vyplňovaly dotazník v prostorách působení jejich klubu, a to z důvodu pro ně dobře známého prostředí a zachování soukromí při odpovídání na otázky.

Respondentkám byla nabídnuta pomoc s vyplněním dotazníku. Část žen této možnosti využila, některé ženy vyplňovaly dotazník samostatně.

5 Výsledky výzkumu

Pro vyhodnocení výzkumu jsem si dotazník rozdělila na tři části. První část obsahuje informace vztahující se k diagnóze karcinomu prsu a současnému zdravotnímu stavu, druhá část hodnotí úroveň životní spokojenost dotazovaných žen a třetí část dotazníku se týká pohybové aktivity.

5.1 Hodnocení zdravotního stavu

Pro získání základních informací o onkologické diagnóze a momentálním zdravotním stavu jsem dotazovaným ženám na začátku dotazníku položila 5 otázek:

V jakém věku Vám byl diagnostikován karcinom prsu?

Jak dlouho jste po operaci a po ukončení léčby?

Jaký typ operace Vám byl proveden?

Je v současné době Vaše onemocnění ve stádiu celkové remise (přechodného vymizení příznaků nemoci)?

Došlo u Vás k rozvoji lymfedému (otoku horní končetiny)?

Tabulka 1. Informace o diagnóze a současném zdravotním stavu (1. část)

| počet respondentů | věkový průměr | nádor objeven v (průměr v letech) | po léčbě (průměr v letech) | radikální mastektomie | parciální mastektomie |
|-------------------|---------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 50 | 59,4 | 46,6 | 11,8 | 24 | 26 |

Tabulka 2. Informace o diagnóze a současném zdravotním stavu (2. část)

| počet respondentů | remise ano | remise ne | lymfedém ano | lymfedém ne |
|-------------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| 50 | 40 | 10 | 26 | 24 |

Celkový počet dotazovaných žen je 50.

Nejmladší žena má 38 roků a nejstarší 80 let. Věkový průměr všech žen je 59,4 let. Nejnižší věk, ve kterém se u respondentek objevil nádor prsu je 31, nejvyšší 65 let. Průměrný věk objevení zhoubného nádoru je 46,6 roků.

Průměrná doba od ukončení léčby je 11,8 roků. Nejkratší uvedený časový údaj je 2 roky, nejdelší 26 let.

Radikální mastektomii muselo podstoupit 24 žen, parciální operace byla dostačující u 26 respondentek.

Lymfedém se rozvinul u 26 dotazovaných, bez lymfedému je 24 žen.

V celkové remisi je v současné době 40 z celkového počtu 50 žen, se zdravotními potížemi souvisejícími se základní onkologickou diagnózou se v současnosti potýká 10 dotazovaných žen.

5. 2 Hodnocení životní spokojenosti

Pro hodnocení životní spokojenosti žen po operaci a léčbě zhoubného nádoru prsu jsem do svého výzkumu použila standardizovaný Dotazník životní spokojenosti (autoři: J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler).

Dotazník životní spokojenosti obsahuje 10 škál, které hodnotí různé oblasti lidského života – zdraví, práci a povolání, finanční situaci, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osobu, sexualitu, přátele, známé a příbuzné, bydlení. Každá škála obsahuje 7 položek, na které dotazovaná osoba odpovídá výběrem na sedmibodové stupnici.

Dotazované osoby odpovídají na všech 10 oblastí (tyto jsou také pro celkový přehled znázorněny ve všech následujících tabulkách), do výsledného hodnocení životní spokojenosti a vypočítaných hodnot se však nezahrnují škály: vztah k vlastním dětem, práce a povolání, manželství a partnerství.

Tabulka 3. Dotazník životní spokojenosti – všechny respondentky

| n = 50 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 27,9 | 6,38 | 14 | 42 |
| práce a povolání | 33,7 | 4,28 | 54 | 46 |
| finanční situace | 27,3 | 7,50 | 11 | 47 |
| volný čas | 34,3 | 5,28 | 14 | 46 |
| manželství a partnerství | 34,7 | 7,23 | 8 | 49 |
| vztah k vlastním dětem | 38,8 | 4,89 | 27 | 48 |
| vlastní osoba | 34,2 | 4,20 | 19 | 46 |
| sexualita | 32,5 | 5,72 | 14 | 48 |
| přátelé, známí, příbuzní | 35,4 | 4,63 | 14 | 46 |
| bydlení | 34,9 | 4,72 | 21 | 46 |
| DŽS | 214,2 | 34,37 | 102 | 300 |

Vysvětlivky: n = četnost soboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

V tabulce je znázorněno hodnocení jednotlivých škál od všech 50 dotazovaných žen. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 214,2, minimální hodnota 102 a maximální 300.

5. 2. 1 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu ke vzdělání

Pro hodnocení životní spokojenosti podle vzdělání jsem dotazované ženy rozdělila do tří skupin: respondentky se základním vzděláním a vyučené bez maturity; vyučené s maturitou a se středoškolským vzděláním a vysokoškolsky vzdělané ženy.

Tabulka 4. Dotazník životní spokojenosti – respondentky se základním vzděláním a vyučené bez maturity

| n = 9 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 26,9 | 5,03 | 14 | 33 |
| práce a povolání | 31,6 | 4,49 | 24 | 46 |
| finanční situace | 21,8 | 4,91 | 13 | 39 |
| volný čas | 34,1 | 5,65 | 21 | 46 |
| manželství a partnerství | 30,3 | 8,19 | 8 | 42 |
| vztah k vlastním dětem | 37,7 | 4,15 | 30 | 44 |
| vlastní osoba | 32,2 | 4,91 | 26 | 42 |
| sexualita | 27,0 | 6,00 | 14 | 35 |
| přátelé, známí, příbuzní | 33,4 | 6,94 | 15 | 44 |
| bydlení | 30,0 | 4,00 | 21 | 41 |
| DŽS | 193,4 | 26,15 | 150 | 271 |

Výsvětlivky: n = četnost soboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

V tabulce jsou hodnoty celkem 9 žen se základním vzděláním a vyučených bez maturity. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 193,4, minimální hodnota 150 a maximální 271.

Tabulka 5. Dotazník životní spokojenosti – respondentky se středoškolským vzděláním a vyučené s maturitou

| n = 32 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 26,6 | 6,52 | 14 | 42 |
| práce a povolání | 33,1 | 3,21 | 26 | 42 |
| finanční situace | 26,9 | 6,64 | 11 | 47 |
| volný čas | 33,3 | 5,36 | 14 | 42 |
| manželství a partnerství | 35,6 | 6,53 | 18 | 49 |
| vztah k vlastním dětem | 38,8 | 4,91 | 27 | 48 |
| vlastní osoba | 33,8 | 3,69 | 19 | 43 |
| sexualita | 32,9 | 4,72 | 20 | 42 |
| přátelé, známí, příbuzní | 35,6 | 4,51 | 14 | 46 |
| bydlení | 34,9 | 4,24 | 21 | 44 |
| DŽS | 209,7 | 32,73 | 102 | 296 |

Vysvětlivky: n = četnost sboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky je zahrnuto 32 žen vyučených s maturitou nebo se středoškolským vzděláním. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 209,7, minimální hodnota 102 a maximální 296.

Tabulka 6. Dotazník životní spokojenosti – respondentky s vysokoškolským vzděláním

| n = 9 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 33,7 | 5,19 | 25 | 42 |
| práce a povolání | 38,1 | 5,43 | 24 | 45 |
| finanční situace | 34,4 | 7,19 | 20 | 46 |
| volný čas | 37,7 | 3,33 | 30 | 45 |
| manželství a partnerství | 36,9 | 7,13 | 18 | 47 |
| vztah k vlastním dětem | 40,1 | 3,92 | 35 | 48 |
| vlastní osoba | 37,8 | 3,63 | 31 | 46 |
| sexualita | 34,9 | 7,63 | 20 | 48 |
| přátelé, známí, příbuzní | 36,6 | 2,62 | 32 | 45 |
| bydlení | 39,8 | 3,03 | 35 | 46 |
| DŽS | 250,9 | 25,01 | 204 | 300 |

Vysvětlivky: n = četnost soboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

V tabulce je hodnoceno 9 žen s vysokoškolským vzděláním. Jejich průměrná hodnota životní spokojenosti je 250,9, minimální hodnota 204 a maximální 300.

5. 2. 2 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu k manželství a partnerství

Pro hodnocení životní spokojenosti podle manželství a partnerství jsou dotazované ženy rozděleny do dvou skupin: ženy žijící s partnerem a ženy žijící samy.

Tabulka 7. Dotazník životní spokojenosti – respondentky žijící s partnerem

| n = 35 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 30,5 | 5,59 | 14 | 42 |
| práce a povolání | 34,4 | 5,04 | 24 | 46 |
| finanční situace | 29,2 | 8,50 | 13 | 47 |
| volný čas | 35,6 | 4,94 | 21 | 46 |
| manželství a partnerství | 34,7 | 7,23 | 8 | 49 |
| vztah k vlastním dětem | 38,0 | 4,10 | 27 | 48 |
| vlastní osoba | 35,1 | 4,25 | 23 | 46 |
| sexualita | 32,5 | 5,72 | 14 | 48 |
| přátelé, známí, příbuzní | 35,2 | 4,28 | 15 | 44 |
| bydlení | 34,8 | 4,75 | 23 | 44 |
| DŽS | 229,1 | 31,80 | 160 | 300 |

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

V tabulce jsou hodnoty celkem 35 žen, které žijí ve společné domácnosti s partnerem. Jejich průměrná hodnota životní spokojenosti je 229,1, minimální hodnota 160 a maximální 300.

Tabulka 8. Dotazník životní spokojenosti – respondentky žijící bez partnera

| n = 15 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 22,0 | 3,73 | 14 | 33 |
| práce a povolání | 32,3 | 2,55 | 26 | 36 |
| finanční situace | 23,0 | 4,27 | 11 | 31 |
| volný čas | 31,1 | 5,19 | 14 | 41 |
| manželství a partnerství | 0 | 0 | 0 | 0 |
| vztah k vlastním dětem | 40,3 | 5 | 30 | 48 |
| vlastní osoba | 32,1 | 3,57 | 19 | 38 |
| sexualita | 0 | 0 | 0 | 0 |
| přátelé, známí, příbuzní | 35,9 | 5,57 | 14 | 46 |
| bydlení | 35,1 | 4,60 | 21 | 46 |
| DŽS | 179,2 | 18,37 | 102 | 204 |

Vysvětlivky: n = četnost sboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Z celkového počtu dotazovaných žen je v této tabulce hodnoceno 15 žen, které žijí bez partnera. Jejich průměrná hodnota životní spokojenosti je 179,2, minimální hodnota 102 a maximální 204.

5. 2. 3 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu k zaměstnání

Pro hodnocení životní spokojenosti podle zaměstnání jsem dotazované ženy rozdělila do dvou skupin, a to na ženy zaměstnané a ženy bez zaměstnání.

Tabulka 9. Dotazník životní spokojenosti – zaměstnané respondentky

| n = 24 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 32,1 | 4,90 | 23 | 42 |
| práce a povolání | 35,0 | 4,87 | 24 | 46 |
| finanční situace | 31,3 | 6,57 | 19 | 46 |
| volný čas | 36,5 | 4,76 | 25 | 46 |
| manželství a partnerství | 34,3 | 7,38 | 8 | 47 |
| vztah k vlastním dětem | 36,9 | 3,33 | 27 | 44 |
| vlastní osoba | 35,5 | 4,99 | 23 | 46 |
| sexualita | 33,0 | 6,74 | 14 | 48 |
| přátelé, známí, příbuzní | 34,4 | 3,90 | 15 | 44 |
| bydlení | 35,4 | 4,51 | 21 | 44 |
| DŽS | 231,3 | 32,15 | 150 | 300 |

Vysvětlivky: n = četnost sboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky je zahrnuto celkem 24 zaměstnaných žen. Jejich průměrná hodnota životní spokojenosti je 231,3, minimální hodnota 150 a maximální 300.

Tabulka 10. Dotazník životní spokojenosti – respondentky bez zaměstnání

| n = 26 | M | SD | MIN | MAX |
|--------------------------|-------|-------|-----|-----|
| zdraví | 24,2 | 5,71 | 14 | 41 |
| práce a povolání | 33,0 | 3,50 | 26 | 42 |
| finanční situace | 24,1 | 5,84 | 11 | 47 |
| volný čas | 32,0 | 5,32 | 14 | 42 |
| manželství a partnerství | 35,9 | 6,80 | 18 | 49 |
| vztah k vlastním dětem | 40,3 | 5,03 | 28 | 48 |
| vlastní osoba | 33,2 | 2,83 | 19 | 39 |
| sexualita | 32,3 | 3,80 | 23 | 42 |
| přátelé, známí, příbuzní | 36,5 | 5,22 | 14 | 46 |
| bydlení | 35,0 | 4,57 | 21 | 46 |
| DŽS | 199,2 | 28,26 | 102 | 296 |

Výsvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

V tabulce je hodnoceno celkem 26 žen bez zaměstnání. Jejich průměrná hodnota životní spokojenosti je 199,2, minimální hodnota 102 a maximální 296.

5. 2. 4 Hodnocení životní spokojenosti – srovnání výsledků 1. a 2. výzkumu

Tabulka 11. Dotazník životní spokojenosti – všechny respondentky z 1. a 2. výzkumu

| | 1. výzkum | | 2. výzkum | | Δ | d |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|------|
| | M | SD | M | SD | | |
| n = 50 | | | | | | |
| zdraví | 28,4 | 6,73 | 27,9 | 6,38 | 0,5 | 0,08 |
| práce a povolání | 33,8 | 4,46 | 33,7 | 4,28 | 0,1 | 0,02 |
| finanční situace | 27,5 | 7,80 | 27,3 | 7,50 | 0,2 | 0,03 |
| volný čas | 33,9 | 5,71 | 34,3 | 5,28 | -0,4 | 0,07 |
| manželství a partnerství | 34,1 | 8,44 | 34,7 | 7,23 | -0,6 | 0,08 |
| vztah k vlastním dětem | 39,4 | 4,26 | 38,8 | 4,89 | 0,6 | 0,13 |
| vlastní osoba | 34,6 | 4,16 | 34,2 | 4,20 | 0,4 | 0,10 |
| sexualita | 31,4 | 6,70 | 32,5 | 5,72 | -1,1 | 0,18 |
| přátelé, známí, příbuzní | 36,1 | 4,75 | 35,4 | 4,63 | 0,7 | 0,15 |
| bydlení | 35,0 | 4,64 | 34,9 | 4,72 | 0,1 | 0,02 |
| DŽS | 213,2 | 32,57 | 214,2 | 34,37 | | |

Vysvětlivky: DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti); n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = odchylka; Δ = difference; d = effect of size (Cohenovo d)

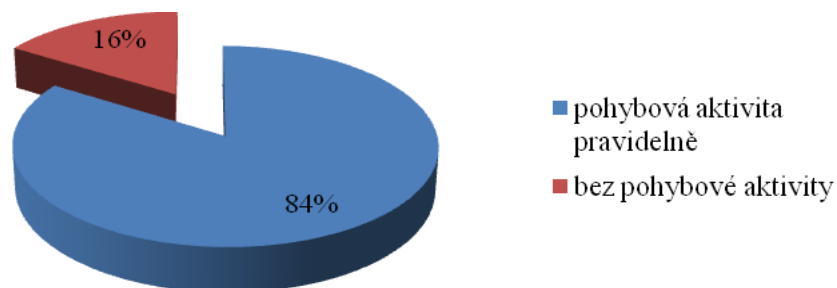
Pro posouzení věcné významnosti výsledků průměrů a směrodatných odchylek jsem použila effect of size (Cohenovo d), kde hodnota d 0,2 = malá změna, d 0,5 = střední změna a d 0,8 = velká změna (Cortina & Nouri, 2000; Thomas, Nelson, & Silverman, 2011).

V tabulce je znázorněno hodnocení jednotlivých škál od všech 50 dotazovaných žen z 1. a 2. výzkumu. Průměrná hodnota životní spokojenosti z 1. výzkumu je 213,2 a z 2. výzkumu 214,2. Žádná z hodnot effect of size (Cohenovo d) nepřesáhla hodnotu 0,2, nebyla tedy překročena úroveň malé změny mezi oběma výzkumy.

5. 3 Hodnocení pohybové aktivity

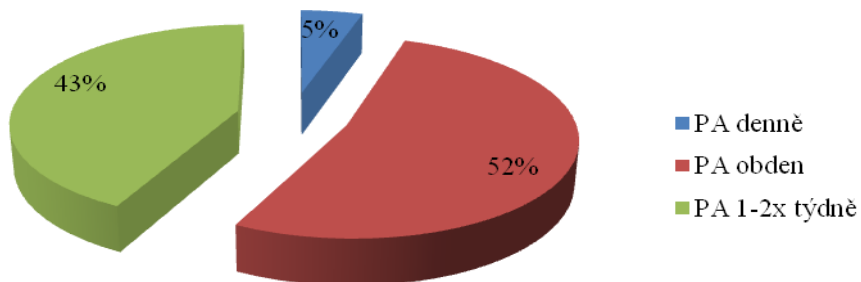
Pro hodnocení pohybové aktivity žen jsem ve svém výzkumu použila standardizovaný dotazník GPAQ – Global Physical Activity Questionnaire.

Ze zodpovězených otázek mě pro vyhodnocení zajímalo, jaká část respondentek je bez pravidelného pohybu a jaká část se věnuje pravidelně pohybové aktivitě. U těchto žen, jak často a jak dlouho průměrně provozují fyzickou aktivitu.



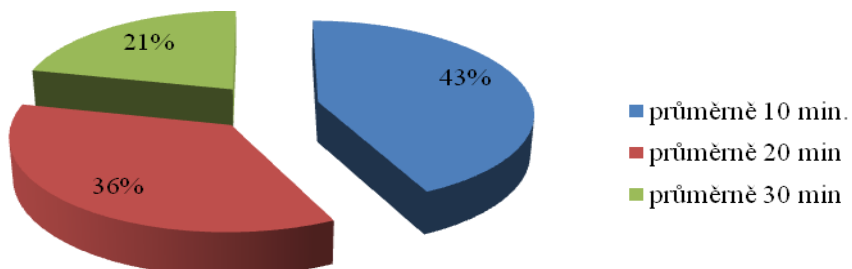
Obrázek 1. Pravidelná pohybová aktivita

Z celkového počtu 50 dotazovaných žen se 42, což je 84% věnuje pravidelně pohybové aktivitě, bez pravidelného pohybu je 8 žen, což odpovídá 16%.



Obrázek 2. Frekvence pohybové aktivity

Z celkového počtu 42 žen se pohybové aktivitě denně věnují 2, tedy 5%, obden 21 žen, tedy 52% a 1 - 2 krát týdně 17 respondentek, což je 43% z celkové počtu.

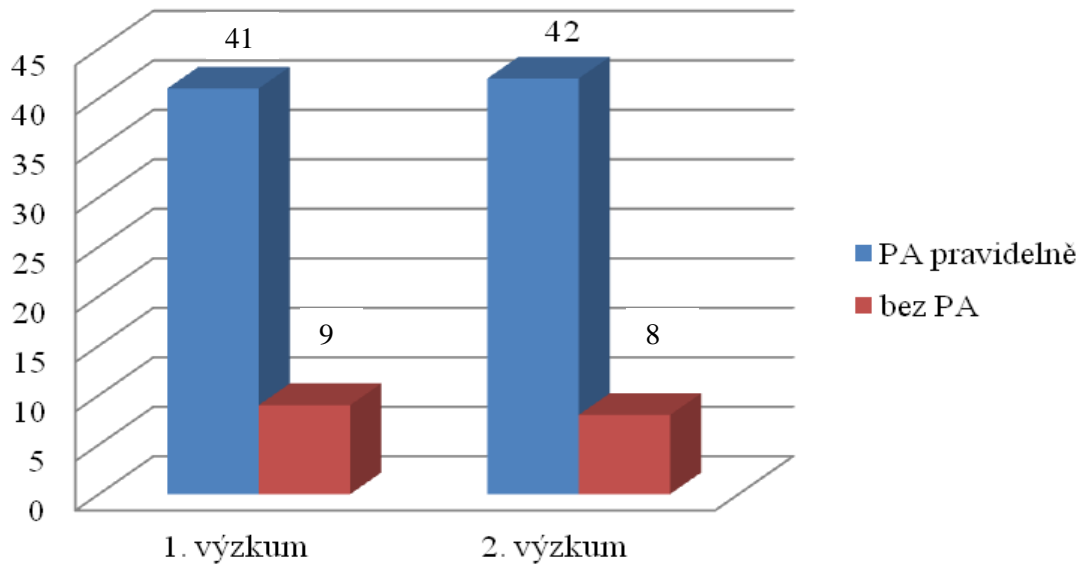


Obrázek 3. Délka trvání pohybové aktivity

Průměrně 10 minut denně se pohybové aktivitě věnuje 18 žen, tedy 43% respondentek, průměrně 20 minut trvající aktivitu provozuje 15 žen, tedy 36% a průměrně 30 minut denně se aktivně hýbe 9 dotazovaných žen, což odpovídá 21%.

5. 3. 1 Hodnocení pohybové aktivity – srovnání 1. a 2. výzkumu

Pro srovnání obou výzkumů jsem do grafu zanesla počty respondentek, které se věnují pravidelně pohybové aktivitě a těch, které jsou bez pravidelného pohybu.



Obrázek 4. Pravidelná pohybová aktivita – srovnání obou výzkumů

Z celkového počtu 50 dotazovaných žen se v 1. výzkumu věnuje pravidelně pohybové aktivitě 41 dotazovaných a bez pravidelného pohybu je 9 žen, ve 2. výzkumu se věnuje pravidelně pohybové aktivitě 42 žen a bez pravidelného pohybu je 8 dotazovaných respondentek.

6 Diskuse

Výzkumná část diplomové práce navazuje na výzkum z mojí práce bakalářské, kde jsem s dotazníkovým šetřením oslovila 50 žen, u kterých byl diagnostikován karcinomu prsu, pacientky prodělaly operaci a absolvovaly následnou léčbu. V rámci výzkumného šetření k diplomové práci jsem oslovila shodnou skupinu žen s žádostí o vyplnění stejných dotazníků. U respondentek jsem zkoumala úroveň životní spokojenosti, jejich jednotlivých složek a úroveň pohybové aktivity po uplynutí 18 měsíců od prvního dotazování.

První část dotazníku a příslušné otázky se týkaly věku, doby od ukončení léčby, typu operace, rozvinutí lymfedému a současného zdravotního stavu. Věkové rozmezí oslovených žen je poměrně velké (nejmladší má 38 a nejstarší 80 let). Průměrná hodnota je 59,4 let a je v souladu s tvrzením Abrahámové (2009), že riziko vzniku nádoru prsu s věkem narůstá a u žen nad 50 let je obecně zvýšené riziko tohoto onemocnění.

Průměrná doba od ukončení léčby byla v prvním šetření 10,1 roků (nejdelší časový údaj byl 24 let). Ve druhém šetření se průměrná doba od ukončení léčby prodloužila na 11,8 roků. Nejkratší uvedený časový údaj je 2 roky a nejdelší 26 let. Soubor respondentek tedy může podpořit všeobecně vžitý názor, že se neustále zlepšují diagnostické metody schopné odhalit malá ložiska v počátečních stádiích, neustále se vyvíjí účinnější protinádorová léčba, zlepšuje se ošetrovatelská péče a roste její kvalita, prodlužuje se doba přežití u onkologicky nemocných osob. Zvyšuje se také informovanost laické veřejnosti i pacientů samotných, přibývá dostupných informací v odborné literatuře i na internetu, zájemci mají možnost zasílat svoje dotazy odborníkům nebo se zapojit do diskusí na témata, která je zajímají. V mnoha pramenech, například na webových stránkách sdružení Mamma help, se můžeme dočíst, že není nutné po prodělané operaci a případné ztrátě prsu rezignovat a uzavřít se se svým trápením před okolním světem. Důležitý je aktivní přístup, vůle a chuť bojovat s nemocí a žít. Ženy, kterým se podaří nabýt zpět své sebevědomí, radovat se ze života a nestresovat se kvůli svému handicapu, získávají obvykle také větší šanci na celkové uzdravení.

Ve shodě s výše uvedeným je i další výstup obou dotazníkových šetření, a to, že v remisi bylo v prvním výzkumu 42 z celkového počtu 50 žen a ve druhém

výzkumu je ve fázi remise 40 z 50 dotazovaných žen. V době mezi oběma šetřeními tedy u 2 respondentek došlo k recidivě primárního onemocnění. Znovuobjevení se příznaků nemoci se považuje za nejvíce stresující událost v průběhu celého onemocnění. Na rozdíl od prvotního zjištění diagnózy rakoviny prsu pacientka ví, co jí čeká, většinou situaci prožívá intenzivněji s ohledem na zjištění a pocit, že onemocnění zvítězilo nad léčbou. Recidiva také může pro pacientku a její rodinu představovat konfrontaci s možností, že se rakovina prsu stane nekontrolovatelnou a vyústí v nevyhnutelnou smrt.

Nádorová onemocnění jsou onemocnění nevypočitatelná. V onkologii, více než v ostatních lékařských oborech, dopadne někdy všechno jinak, než si představujeme. Ve hře jsou totiž tři proměnné: nemocný - jedinečný člověk, individuálně se chovající nádor a individuálně reagující léčba – vůči nádoru, ale i vůči jeho nositeli. Vzájemné interakce jsou často záhadné. Vyskytují se i zázračná překvapení, podporující úsilí lékařů a zvyšující naději a víru pacientů (Koutecký & Konopásek, 1999, 138).

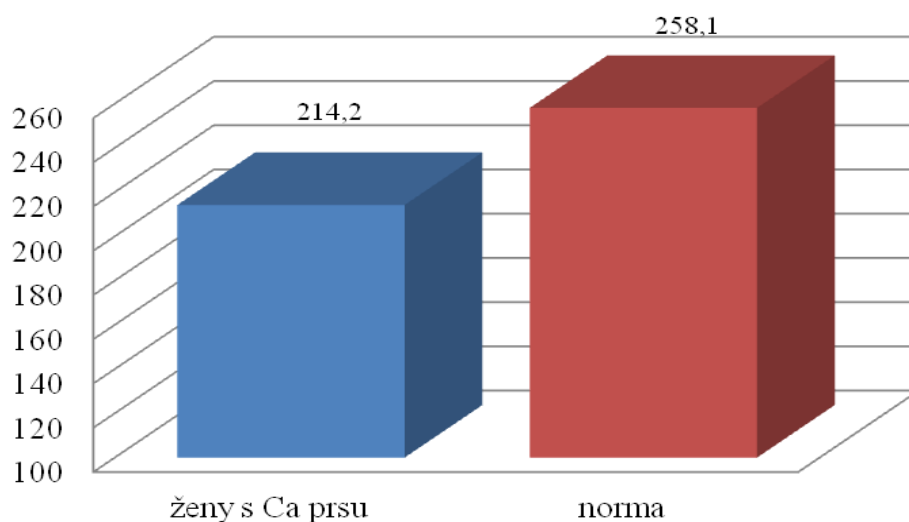
I přes pokroky v moderní medicíně se musí některé pacientky podrobit radikální mastektomii, ve zkoumaném souboru je to shodně v obou výzkumech 24 žen, parciální operace byla dostačující u 26 respondentek. Úplné odstranění prsu klade zvýšené nároky na psychické vyrovnání se s tímto stavem, vyžaduje delší pooperační péči, důkladnější rehabilitaci a v neposlední řadě přináší ženám i větší komplikace. V odborných zdrojích se jako nejčastější komplikace uvádí lymfedém. Zatěžuje pacientky fyzicky i psychicky, omezuje je i v běžném životě. Podle výsledků z obou šetření se rozvinul u 26 dotazovaných, oproti tomu bez lymfedému je 24 žen ze zkoumaného souboru. Pozitivní pro ženy je, že u žádné z nich se v době mezi oběma šetřeními neobjevily příznaky otoku horní končetiny. V literatuře se uvádí, že lymfedém se může projevit i za několik let od operace a prodělané léčby.

Jakákoli nemoc, a zejména nemoc onkologická, představuje pro pacienta změnu jeho obvyklého způsobu života. Mění se jeho denní režim, ovlivněné mohou být vztahy v rodině, zdravotnímu stavu je nutné přizpůsobit trávení volného času, mnohdy je nutná změna pracovního zařazení, která může být přechodná, ale i trvalá. To vše způsobuje zdouhavost léčby nádorového onemocnění a následná několikaletá dispenzarizace s možností výskytu recidivy. Přechodně může dojít ke snížení kvality života nemocných osob. Většinou je kvalita života popisována jako subjektivní posouzení vlastní životní

situace. Ovlivňují ji faktory, které jsou přechodné a tím pádem ani kvalita života není stacionární. Zda je dosahováno dobré či špatné kvality života, závisí ve velké míře na pacientovi samotném, na tom, jak zvládá svou nemoc a jak se s ní vyrovnává. Zvýšený psychický stres prokazatelně koreluje s nepříznivým průběhem nemoci. Pacienti, kteří umí vyjádřit intenzivní pocity, dokážou se svěřit někomu blízkému, zvládnout o nemoci mluvit a nezdrahají se požádat o radu či pomoc, umí také efektivněji nakládat se svou nemocí a kvalitou života.

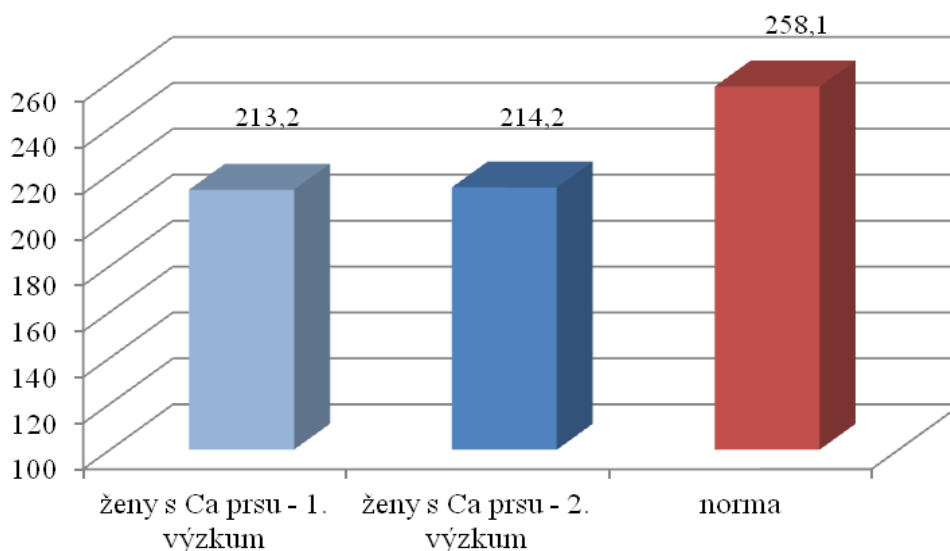
Neměla byste propadnout dlouhodobému smutku, depresi. Odmítněte bezmocně se podrobit nežádoucímu stavu, pasívně přijmout skutečnost, kterou již Vy sama zdánlivě nemůžete ovlivnit. Měla byste vyhlásit boj nemoci, ve Vás i ve Vašem okolí. Ti druzí většinou chtějí pro Vás to nejlepší, ale někdy se jim příliš nedaří. Neměla byste očekávat pouze pochopení od svých bližních, ale najít toleranci i pro ně. Asi byste neměla nic skrývat, nýbrž přijmout nový stav normálně bez zbytečných emocí a pomáhat nám všem bořit falešný mýtus osudovosti karcinomu prsu. VY SE CHOVEJTE JAKO DŘÍVE! (Konopásek & Javůrková, 1998, 25).

Druhou částí výzkumného šetření byl standardizovaný dotazník životní spokojenosti. Jeho výsledky relativně spolehlivě zachycují individuální obraz celkové životní spokojenosti člověka.



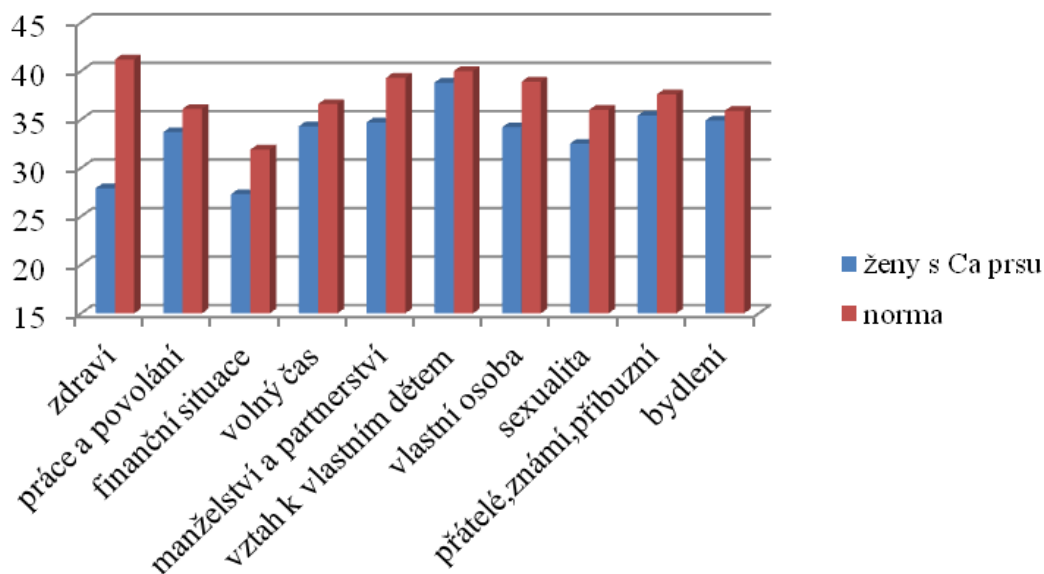
Obrázek 4. Průměrné normativní hodnoty životní spokojenosti a průměrné hodnoty životní spokojenosti u žen s karcinomem prsu

Podle provedených výzkumů normativní hodnoty životní spokojenosti obyvatel České republiky vyjádřeny v hrubém skóre dosahují hodnoty 258,1. Průměrné hodnoty životní spokojenosti u žen s karcinomem prsu, které se zúčastnily mého dotazníkového šetření, dosahují hodnoty 214,2. Výsledné hodnoty jsou tedy výrazně nižší než průměrné normativní hodnoty.



Obrázek 5. Průměrné normativní hodnoty životní spokojenosti a průměrné hodnoty životní spokojenosti u žen s karcinomem prsu z 1. a 2. výzkumného šetření

Normativní hodnoty životní spokojenosti obyvatel České republiky vyjádřeny v hrubém skóre dosahují hodnoty 258,1. Průměrné hodnoty životní spokojenosti u žen s karcinomem prsu, které se zúčastnily 1. dotazníkového šetření, dosahují hodnoty 213,2 a ve 2. šetření dosáhly hodnoty 214,2. Pozitivní na zjištěných výsledcích je téměř zanedbatelný rozdíl obou hodnot, takže lze konstatovat, že subjektivně vnímaná životní spokojenost u onkologicky nemocných žen je v průběhu 18 měsíců stabilní.



Obrázek 6. Srovnání průměrných normativních hodnot a průměrných hodnot u žen s karcinomem prsu ve vztahu k jednotlivým složkám dotazníku životní spokojenosti

Hodnoty onkologicky nemocných žen jsou ve výsledné hodnotě životní spokojenosti ve srovnání s průměrnými hodnotami normativními hluboko pod hodnotou průměrnou. Podle obrázku 6. můžeme usuzovat, že je to ovlivněno především velkým rozdílem srovnávaných hodnot v položce zdraví. I přes úspěšnou léčbu a trvající období remise, je vážná nemoc stále součástí jedince.

Podle Brychty et al. (2012) neexistuje pouze jediný činitel, který by byl sám zodpovědný za úroveň životní spokojenosti. Důležitá je aktuální úroveň objektivního zdravotního stavu, protože zdravotní stav je zřejmě nejdůležitějším faktorem obecné životní spokojenosti. Dosavadní studie prokázaly úzkou souvislost mezi spokojeností a subjektivními tělesnými obtížemi. Ukazatel subjektivního pocitu zdraví nemusí vždy odpovídat reálnému zdravotnímu stavu, ale vypovídá o tom, jak respondent vnímá a hodnotí svůj zdravotní stav. Každý jedinec je individualita. Jeho prožívání nemoci je ovlivněno nejen skutečným zdravotním stavem, ale závisí na mnoha faktorech, například věku, psychické odolnosti, postoji k vlastnímu životu i smrti, vztazích s nejbližšími, podporou, jakou se mu od nich dostává.

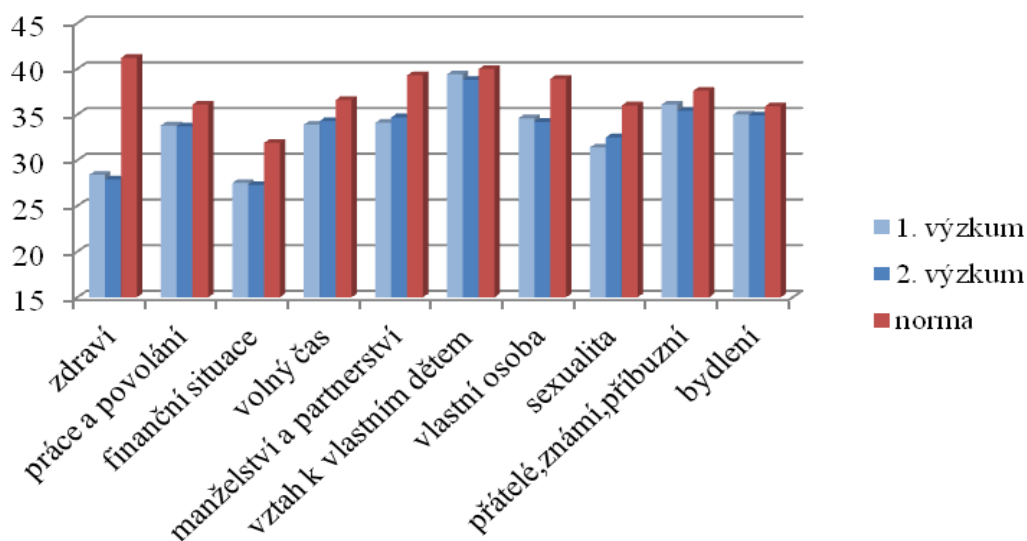
„Zdraví není stav, je to proces, tvorba, boj, který nikdy nekončí“ (Hodaň & Dohnal, 2005, 101).

Naše zdraví můžeme přirovnat k domu. Čím jsou jeho základy pevnější, tím větší je jistota, že se nezřítí. Jistota zdraví přináší pracovní výkonnost, životní pohodu a zdravé sebevědomí. Tak jako jednou postavený dům potřebuje neustálou péči vlastníka, tak i zdraví musí být chráněno a je třeba o něj pečovat (Hrubá, Foretová, & Vorlíčková, 2001, 5).

Další položkou s výraznějším rozdílem mezi průměrným hodnocením a výstupem z dotazníku jsou finance, odstup obou hodnot není zdaleka tak velký jako u položky zdraví. Ztížená, a tím i hůře hodnocená finanční situace onkologicky nemocných žen může být způsobena dlouhodobou pracovní neschopností, peněžními náklady na léčbu a dojíždění do zdravotního zařízení, u některých respondentek i odchodem do invalidního důchodu.

U hodnocení vlastní osoby pravděpodobně hodnotu snížily otázky týkající se vzhledu, sebevědomí, vitality. Pro ženu je náročné vyrovnat se s tělesným postižením způsobeným poškozením či úplným odstraněním prsu, klesá tím její sebevědomí. To se také odráží v nižších hodnotách u položky sexualita. Vždyť nejen postižená žena, ale i její partner se musí vyrovnat s novou situací. Z praxe vím, že je bohužel i dost případů, kdy partner neustojí celou situaci a nemocnou ženu opustí.

Pozitivním výstupem výzkumu jsou srovnatelná čísla mezi průměrným hodnocením a hodnotami z dotazníku u položek vztah k vlastním dětem a přátelům, známým, příbuzným. V literatuře se dokládá, že je velkým přínosem pro psychiku pacientek neuzavírat se do sebe, sdílet svoje pocity s druhými, nepotlačovat negativní emoce, protože jejich přijetí pomáhá lépe se vyrovnat s nemocí. Také přehodnocení přístupu k životu mnohdy napomáhá prohloubení vztahů s příbuznými a známými, trávení volného času v přítomnosti blízkých lidí zase relaxaci a psychickému odpočinku. Jak uvádí Bůchler a Kořán (2009), nádor prsu je sice život ohrožující nemoc, ale její úspěšné překonání může povzbudit pozitivní životní síly. Po prodělané léčbě dokáže většina žen žít zcela normálním životem. Jejich vztahy a psychická pohoda jsou nádorovým onemocněním dlouhodobě ovlivněny jen málo.



Obrázek 7. Srovnání průměrných normativních hodnot a průměrných hodnot u žen s karcinomem prsu z 1. a 2. výzkumu ve vztahu k jednotlivým složkám dotazníku životní spokojenosti

Při porovnání hodnot na obrázku 7. můžeme konstatovat, že výsledné hodnoty z 1. a 2. výzkumu se liší jen nepatrně. Ze srovnání vyplývá, že ačkoli onkologicky nemocné ženy dosahují výrazně nižších výsledných hodnot, než jsou průměrné normativní hodnoty, v čase nedochází téměř k žádné změně. Životní spokojenost u dotazovaných žen je i přes přítomnost nádorového onemocnění sice dlouhodobě snižena, ale v čase stabilní, a to u jednotlivých položek i v celkovém výsledku.

Třetí část dotazníku se zabývá pohybovou aktivitou. U žen sleduje pravidelnost a frekvenci jejího provozování a délku trvání tělesného pohybu. Kalman a Vašíčková (2013) uvádí, že být aktivní není jen názor či rozhodnutí, ale je to nutnost k žití, tedy pokud chceme žít zdravý a plnohodnotný život.

Obecně prezentovaný pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví podle Dohnala et al. (2009) neplatí pro jakoukoli tělesnou činnost. Dopady tělesné aktivity na organismus a zdraví jsou závislé na typu, intenzitě, frekvenci, objemu a souhrnně na množství pohybové aktivity. Její množství se vyjadřuje za danou časovou jednotku a je to celkový dopad typu, intenzity, objemu a frekvence vykonané pohybové aktivity. Z hlediska typu se v současnosti uplatňují dva přístupy k provozování pohybové aktivity, a to přístup klasický (návštěva zařízení či organizace nabízející možnost realizace individuálního pohybového programu či návštěva skupinového cvičení)

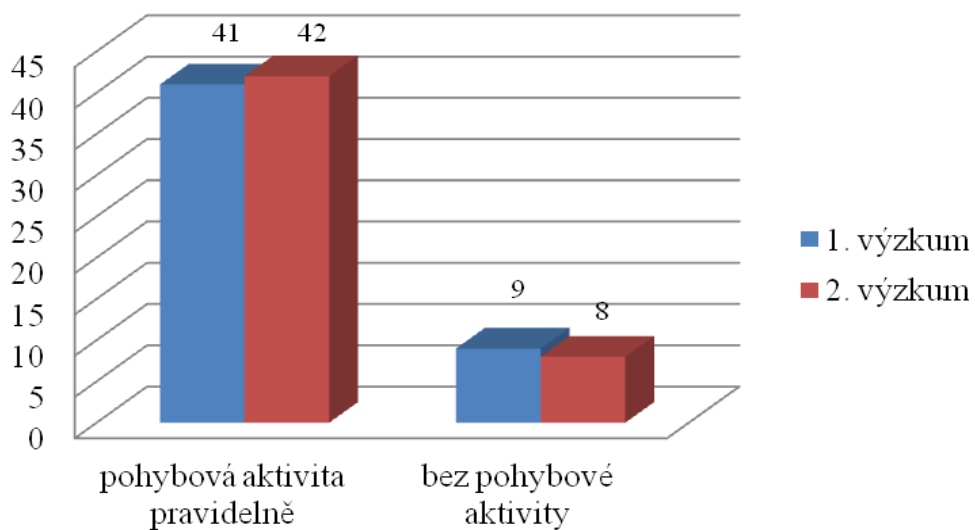
nebo tzv. active living (využití maximálního množství příležitostí k realizaci pohybu během dne, tedy využití chůze místo dopravních prostředků, schodů místo výtahu). Intenzita zatížení je individuální, moc velká přináší riziko zdravotního poškození, malá naopak nízkou efektivitu pohybu. Frekvencí rozumíme počet jednotek pohybové aktivity vykonaných za danou časovou jednotku, nejčastěji za týden. Objem bývá vyjádřen v jednotkách času popisujících kontinuální trvání jednotky tělesné aktivity (nejčastěji v minutách).

Zahraniční studie se shodují na tom, že k hlavním výhodám pohybové aktivity patří redukce rizik vzniku mnoha zdravotních problémů. Většinou platí, že pozitivní efekt roste s rostoucím množstvím, intenzitou, frekvencí i trváním pohybové aktivity. Zdravotní prospěch přináší vytrvalostní a odporová tělesná aktivita.

Ženy s diagnostikovaným nádorem prsu by měly následně po operaci a v průběhu léčby více odpočívat a na přechodnou dobu omezit svoje obvyklé pohybové aktivity. Naopak musí do svého denního programu zařadit doporučená rehabilitační cvičení. Po odeznění potíží spojených s operací a léčbou je ale žádoucí vrátit se ke svým původním pohybovým návykům, samozřejmě s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu. Obecně lze shrnout, že pohybový režim by se měl řídit věkem, zdravotním stavem, tělesnou zdatností, zaměstnáním a zálibami každého jednotlivce.

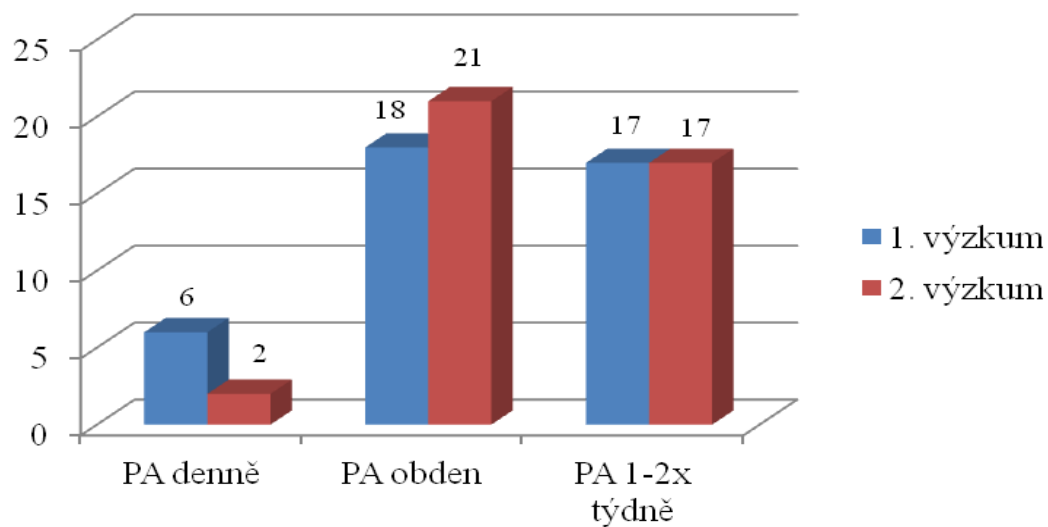
Měkota a Cuberek (2007) konstatují, že pozitiva přináší pohybová aktivita adekvátní věku a zdravotnímu stavu. V případě, že by objem a intenzita pohybové aktivity neodpovídali věku a zdravotnímu stavu jednotlivce, mohlo by dojít k negativním důsledkům, jako jsou celkové vyčerpání, chronická únava, celkové oslabení organismu či ztráta motivace k dalšímu sportování. „Rekreační pohybová aktivita je prostředkem aktivního odpočinku, jejím prostřednictvím plní své úkoly pohybová rekreace. Charakteristické je zaměření na regeneraci, relaxaci a na příjemné a účelné prožití volného času“ (Měkota & Cuberek, 2007, 69). Typická je pro ni nízká intenzita zatížení.

Z výzkumného šetření vyplývá, že si výše zmíněné skutečnosti uvědomuje i většina dotazovaných žen, protože 42 z nich uvedlo, že se pravidelně věnuje pohybové aktivitě. Je to pozitivní skutečnost, obzvláště když si uvědomíme, že průměrný věk respondentek je 59,4 let. Pravidelnou pohybovou aktivitu vykonávají obden nebo 1 – 2x týdně. Pokud se k tomu přidá zdravý životní styl, mohou si udržet dobrou fyzickou kondici a soběstačnosti i ve stáří.



Obrázek 8. Srovnání počtu žen provozujících pravidelnou pohybovou aktivitu a žen bez pohybové aktivity v 1. a 2. výzkumu

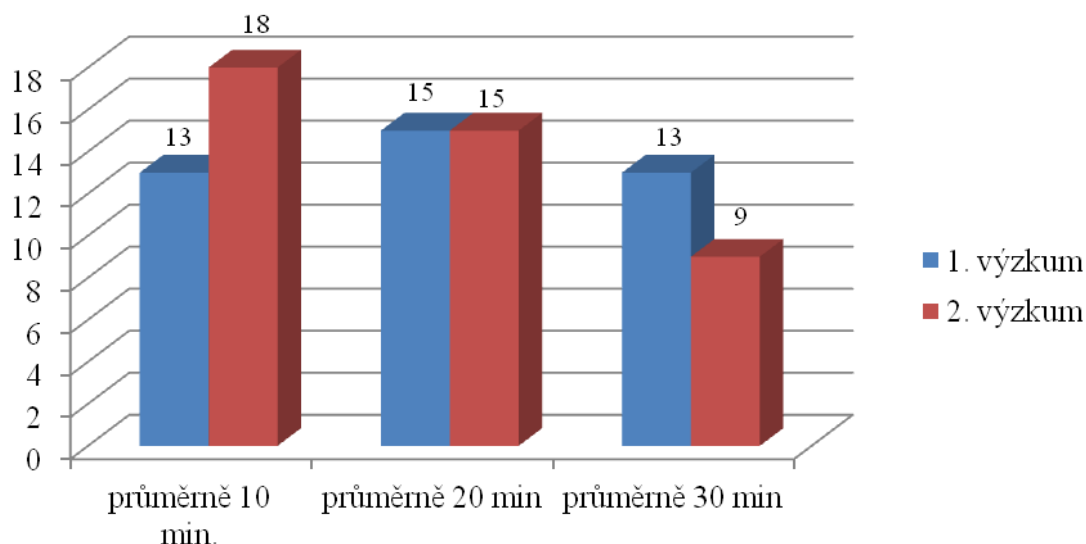
Při porovnání výsledků z 1. a 2. výzkumu je vidět, že nedošlo téměř k žádné změně mezi počtem žen, které pravidelně cvičí a těch, které nemají žádnou tělesnou aktivitu.



Obrázek 9. Srovnání počtu žen provozujících pohybovou aktivitu denně, obden nebo 1-2x týdně v 1. a 2. výzkumu

Při porovnání výsledků obou výzkumů můžeme vidět, že poklesl počet žen věnujících se pohybové aktivitě každý den, nepatrně vzrostl počet těch, které cvičí obden a počet žen, které provozují tělesnou aktivitu 1-2x týdně, zůstal stejný. Změnu výsledků pravděpodobně ovlivnil nárůst věkového průměru všech respondentek. I přesto můžeme konstatovat, že dotazovaná skupina je z hlediska tělesného cvičení aktivní. Podle Kalmana, Hamříka a Pavelky (2009) v posledních letech přibývají strategie a intervence pro pohybovou aktivitu, které jsou zaměřeny na všechny věkové a sociální skupiny. Nicméně existují kategorie, které jsou nedostatkem pohybu ohroženy více a kterým je třeba věnovat zvláštní pozornost. Jsou to děti a mládež, ženy, sociálně znevýhodněné osoby či osoby se speciálními potřebami a právě senioři.

Zařazování sportovních činností u starších lidí se díky měnícím životním podmínkám stává podle Kučery a Dylevského (1999) stále více aktuální. Sport u seniorů hraje významnou úlohu v prevenci onemocnění, oddálení nástupu regresních procesů, ovlivňuje psychiku i denní režim. Je třeba ale dát pozor na přetížení (lokální i celkové) v případě, že sportování je vedeno snahou dokázat si, že nedochází ke stárnutí. U seniorů je třeba respektovat zákonitý pokles pohybové obratnosti. Platí zásady v posloupnosti činností (rozcvičení, cvičení, uklidnění), je nutné zařadit regenerační fázi cvičení, dodržovat pravidelnost a soustavnost pohybových aktivit. Pro starší jedince jsou optimální turistické pochody včetně vysokohorských a lyžařských, pomalý běh s přihlédnutím k chorobám, jízda na kole, veslování, plavání s vyloučením skoků, modifikace odbíjené a golf. Absolutní indikace a kontraindikace sportu neexistuje, je třeba zvolit takovou aktivitu, která pozitivně ovlivňuje výkonnost a zdraví.



Obrázek 10. Srovnání počtu žen provozujících pohybovou aktivitu průměrně 10, 20 nebo 30 minut denně v 1. a 2. výzkumu

Porovnáním výsledků z 1. a 2. výzkumu vidíme, že vzrostl počet žen provozujících pohybovou aktivitu průměrně 10 minut a naopak klesl počet žen věnujících se cvičení v průměru 30 minut denně. Stejných hodnot bylo dosaženo v počtu žen tělesně aktivních po dobu průměrně 20 minut každý den.

Odborníci doporučují provozovat libovolnou pohybovou aktivitu 5x týdně po dobu 30 minut. Z dotazovaných žen dosahuje těchto doporučení 21%, tedy 9 žen.

Určitá míra tělesného pohybu je podle Jirky (1990) nedílnou součástí života a jeho nedodržování přináší řadu negativních vlivů působících na kvalitu života a narušujících zdraví. V celé genezi lidstva zaujímal pohyb vždy jedno z předních míst. Aktivní tělesná aktivita je společenskou nutností. Jednou z cest k pohybové aktivitě je snaha jedince o dosažení vyšších výkonů a touha po seberealizaci. Druhou je snaha po pohybu jako normální součásti života člověka, jako potřeba kompenzace různých stresů fyziologickou cestou, udržení zdraví a potřeba tělesné i duševní zdatnosti.

Už Hippokrates si uvědomoval pozitivní vliv tělesné aktivity na zdraví jedince a prohlásil, že libovolný lék můžeme nahradit správně zvoleným pohybem nebo cvičením, ale žádným lékem nemůžeme nahradit pohyb.

7 Závěr

Cílem diplomové práce je zhodnocení životní spokojenosti a jejich složek u žen po terapii karcinomu prsu a posouzení stavu jejich pohybové aktivity s časovým odstupem 18 měsíců od shodného výzkumného šetření provedeného pro práci bakalářskou.

Výsledky celkového hodnocení životní spokojenosti u pacientek s karcinomem prsu jsou v obou dotazníkových šetřeních téměř shodné a jsou výrazně nižší, než jsou průměrné normativní hodnoty zjištěné u obyvatel České republiky. Můžeme tedy konstatovat, že onkologicky nemocné ženy dosáhly sice hodnot nižších než ostatní posuzované osoby, ale tento výsledek je stabilní v čase, a to v celkovém hodnocení i v posouzení jednotlivých položek dotazníku.

Ze všech deseti posuzovaných položek v rámci dotazníku životní spokojenosti bylo největšího rozdílu mezi průměrnými normativními hodnotami a zkoumanou skupinou žen s nádorem prsu dosaženo v položce zdraví. Subjektivně posuzovaný zdravotní stav je jeden z faktorů, které nejvíce ovlivňují kvalitu života a životní spokojenost jedince.

Významně nižší hodnoty v porovnání s normativními hodnotami dosáhly ženy účastníci se 1. i 2. výzkumu shodně v položkách finance, vlastní osoba, manželství a partnerství a sexualita. Oproti tomu srovnatelných hodnot dosažených v obou dotazníkových šetřeních při porovnání obou posuzovaných skupin dosáhly onkologicky nemocné ženy v položkách bydlení, vztah k vlastním dětem a přátelé, známí, příbuzní.

Všeobecná doporučení, posuzující pohybovou aktivitu z hlediska jejího pozitivního a preventivního působení na lidské tělo, upevnění zdraví a udržení kondice, nabádají k tělesným cvičením provozovaným po dobu 30 minut 5x týdně. Z 50 respondentek se 42 žen věnuje pravidelné fyzické aktivitě, téměř shodné skupiny z celkového počtu se jí věnují obden a 1 – 2x týdně. Největší skupina žen se aktivně hýbe v průměru 10 minut denně, nepatrně menší skupina 20 minut denně a početně nejmenší skupina žen provozuje fyzickou aktivitu průměrně 30 minut denně. Při srovnání obou dotazníkových šetření provedených s časovým odstupem bylo dosaženo velice podobných výsledků. Snížil se počet žen, které se pohybu věnovaly každý den, a zkrátila se průměrná doba tělesných cvičení.

8 Souhrn

Chronická onemocnění provázela člověka odedávna. Jejich rostoucí výskyt umožnily technologické vymoženosti, které s sebou přinášela civilizace a jež radikálně změnily způsob života člověka. Jsou to především změny ve stravování, jako preference a dostupnost technologicky upravované stravy, kouření, konzumace alkoholu, vysoké pracovní vypětí, omezení pohybových aktivit. Příznivý účinek pohybové aktivity pro lidský organismus je známou skutečností. Přesto v posledních letech neroste počet lidí věnujících se pravidelně pohybu a převládá sedavý způsob života. Rizikové je toto chování převážně u seniorů, u nichž lze provozováním tělesných cvičení udržet jejich samostatnost a pohyblivost do vysokého věku. Cvičení je dlouhodobá terapie, která může sice vyvolávat únavu, ale pro lidské tělo je přirozená a může nahradit farmakoterapii a její vedlejší účinky. Tělesná zdatnost je důležitým faktorem ovlivňujícím zdravotní stav jedince a tím i zdraví celé populace. Za nejvíce ohrožující se v současnosti z civilizačních chorob považují srdečně cévní onemocnění a zhoubné nádory.

Zhoubný nádor prsu je nejčastější nádorové onemocnění u žen. Jeho incidence v posledních letech stoupá, a to jak v České republice, tak i celosvětově. Toto onemocnění zasahuje do všech oblastí života ženy, dotýká se také lidí v jejím okolí a stává se proto závažným celospolečenským problémem.

Odhalení prvních příznaků nemoci a doba, kdy žena podstupuje mnoho vyšetření vedoucích k stanovení diagnózy, jsou spojena s prožíváním nejistoty a obav. Potvrzení zhoubného onemocnění je provázeno šokem, pocitem strachu a ohrožení vlastní existence.

Moderní medicína nabízí prevenci, poskytuje kvalitní a včasnou diagnostiku, účinnou léčbu, efektivní rehabilitaci. Podstatné pro zahájení a úspěšné zvládnutí léčby je získat pacientku pro spolupráci a motivovat ji k absolvování léčby. Ta v průběhu dvacátého století zaznamenala výrazný vývoj, je schopna pacientům zajistit dlouhodobý stav bez příznaků nemoci a v případě jejího znovuobjevení nabídnout další účinnou léčbu a tím přispět k prodloužení života s jeho dobrou kvalitou. V onkologii je třeba usilovat o kvalitu života a ne o přežívání za každou cenu.

Léčba, i přes pokroky v medicíně, přináší tělesné poškození, mnohdy odstranění celého prsu a s tím související komplikace, především lymfedém. I přes tělesnou

mutilaci je třeba neztrácet sebeúctu, sebedůvěru, potlačovat pocit hanby a studu a vnímat svoje tělo pozitivně. Nemoc představuje souhrn nejen tělesných příznaků, ale také psychických a sociálních aspektů, které její průběh výrazně ovlivňují.

Množství experimentálních i klinických důkazů dokládá, že emoční složku jako příčinu vzniku a průběhu nemocí nelze opomíjet a že mechanismy, které spojují psychickou složku a funkce těla, také naznačují cesty, jak předcházet a léčit některá onemocnění. Je třeba, aby si lékaři i nemocní uvědomili, že změna životního stylu a adekvátní skladba výživy se pro léčbu těchto chorob jeví stejně důležité, ne-li důležitější než léky. Léky sice léčí, zbavují bolesti a mnohdy zabraňují vzniku dalších komplikací, ale správná výživa a odpovídající režim fyzické aktivity a duševní činnosti mohou uzdravování nemocného překvapivě urychlit, zvýšit kvalitu a prodloužit délku jeho života.

Je náročné vypořádat se se sdělením diagnózy nádoru prsu a zvládnout protinádorovou léčbu, která narušuje fyzický vzhled, psychiku, ovlivňuje tělesnou kondici i mezilidské vztahy. S onkologickou léčbou jsou spojena také omezení v životním stylu a každodenním režimu a přechodné snížení kvality života. V této souvislosti by pacient měl mít dostupné informace o svém onemocnění. Ty lze získat od lékaře a sestry, z informačních brožur a knih, z internetu, od ostatních pacientek.

Je nutné vnímat signály těla naznačující, jak s ním citlivě zacházet a jaké meze nepřekračovat. Důležité je upravit zaběhlý rozvrh každodenních činností, stanovovat si reálné cíle, vykonávat přiměřenou pohybovou aktivitu a hlavně si najít čas na odpočinek a relaxaci. Nemožnost dostát běžným rolím v rodině nebo v zaměstnání může způsobovat ztrátu sebedůvěry, ale je třeba si uvědomit, že není ostuda přijmout pomoc od ostatních.

Nemoc ale nepřináší jen samá negativa. Je potřeba zachovat optimistický přístup k životu a ze záporného vytěžit to dobré. Léčba sebou nese dlouhodobou pracovní neschopnost, následný zdravotní stav mnohdy vyžaduje odchod do invalidního důchodu. Ve srovnání s každodenním pracovním vytížením tyto situace přináší více volného času. Je přínosné věnovat se oblíbeným činnostem, v rozsahu, který umožňuje aktuální zdravotní stav, provozovat pohybovou aktivitu, hledat informace, stýkat se s přáteli nebo využít nabídky některé z organizací poskytujících pomoc a podporu onkologicky nemocným ženám. Na přednáškách, setkáních, výletech

nebo rekondičních pobytech může nová pacientka získat důležité informace, povzbuzení nebo nové přátele.

Ve výzkumné části diplomové práce jsem s žádostí o vyplnění dotazníku oslovila ženy, které prodělaly operaci a léčbu pro zjištěný zhoubný nádor prsu. Nahlédla jsem do jejich subjektivního hodnocení životní spokojenosti a návyků týkajících se pohybové aktivity. Zjištěné hodnoty jsem porovnála s výsledky ze šetření provedeného u stejné skupiny žen před rokem a půl.

Výsledky z obou dotazníkových šetření jsou i přes časový odstup 18 měsíců téměř shodné. Z vyhodnocení dotazníků životní spokojenosti vyplývá, že průměrné hodnoty u zkoumané skupiny žen jsou významně nižší, než jsou hodnoty normativní. Celkový výsledek nejvíce ovlivnila položka zdraví, u které jsem zaznamenala největší rozdíl mezi hodnotou z vlastních výzkumů a normativní hodnotou. I přesto, že většina žen je nyní v remisi, vědomí prožité onkologické léčby tuto položku ovlivňuje i s odstupem několika let. Výraznější rozdíly mezi průměrným hodnocením a výstupem z dotazníku můžeme sledovat u položek finance, vlastní osoba a sexualita. Finanční stránka může být zhoršena dlouhodobou pracovní neschopností popřípadě následným přechodem do invalidního důchodu. Nižší hodnocení vlastní osoby a sexuality spolu souvisí a vychází z psychického vyrovnání se s těžkou situací a tělesným postižením. Pozitivním výstupem výzkumů jsou srovnatelné výsledky mezi průměrnými normativními hodnotami a hodnotami z dotazníku u položek vztah k vlastním dětem a přátelům, známí, příbuzní. Pěstování a prohlubování společenských kontaktů, odpočinek v příjemné společnosti, svěřování vlastních nejistot blízkým lidem a na oplátku jejich podpora, to jsou skutečnosti, které mají příznivý vliv na zvládnutí obtížné životní situace.

Z vyhodnocení dotazníků GPAQ vyplynulo, že dotazované ženy většinou nedosahují svojí pohybovou aktivitou doporučených údajů. Vzhledem k průměrnému věku a přítomnosti následků po operaci a léčbě onkologické nemoci lze ale zkonstatovat, že se věnují pohybu dostatečně.

Při dotazníkových šetřeních k bakalářské i diplomové práci jsem poznala, že ženy, i přesto že mají za sebou agresivní léčbu a mnohé z nich trvalé následky nemoci pro zbytek života, neztratily elán a chuť aktivně a spokojeně žít.

9 Summary

Chronic diseases have pursued human from time immemorial. Their occurrence keeps increasing due to technological amenities brought by the civilization that have thoroughly changed the human lifestyle. They are above all the changes of eating habits, such as the preference and ready availability of technologically processed food, smoking, alcohol consumption, high levels of work stress, limitation of physical activities. Beneficial effects of physical activity on human organism is a well-known fact. In spite of that the number of people who engage in exercise on a regular basis does not increase and sedentary way of life prevails. This behaviour is risky mainly for seniors who can maintain their independence and mobility by engagement in physical activities till a high age. Exercise is a long-term therapy that may on one hand cause fatigue, which is on the other hand natural for a human body and may replace pharmacotherapy and its side effects. Physical fitness is a major factor influencing health condition of an individual and thus the health of the whole population. The most threatening contemporary diseases of affluence include cardiovascular diseases and malignant tumour.

Malign breast tumour is the most common tumorous disease in women. Its incidence has been increasing in the recent years, both in the Czech Republic and world-wide. This disease interferes with all the areas of a woman's life and also concerns people in her environment and therefore becomes a serious issue throughout a society.

The identification of the first disease symptoms and the period during which a woman undergoes a series of examinations leading to the the diagnosis assessment is connected with experiencing uncertainty and concerns. Confirmation of a malign disease is accompanied by a shock, feelings of fear and the threat of woman's own existence.

Modern medicine enables prevention, provides quality and timely diagnostics, effective treatment and rehabilitation. In order to begin the treatment and manage it effectively, it is essential to convince the female patient to cooperate and motivate her to undergo the treatment. The treatment has achieved a significant development over the 20th century and it can ensure a long-term state without the disease symptoms and in case of its rediscovery provide further effective treatment and as a result

to prolong the life without leaving behind its high quality. In the area of oncology it is necessary to try to achieve the quality of life and not a status of survival at all costs.

Treatment, despite the progress in medicine, brings about physical damage and often even removal of the whole breast and related complications, mostly lymphoedema. Despite the physical mutilation it is necessary not to lose self-respect, self-confidence, to suppress the feelings of shame and embarrassment and to perceive your own body in a positive way. The disease represents a sum of not only physical symptoms, but also mental and social aspects that have a great influence on its development.

A number of experimental and clinical evidence supports the fact that the emotional side as the grounds of disease origin and progress cannot be neglected and that mechanisms connecting the mental component and body function also suggest ways to prevent and treat some diseases. It is necessary for both doctors and patients to realize that a change of a lifestyle, appropriate composition of nutrition seem to be as important for the treatment of such diseases as medication, if not even more. Medication does heal, relieve of pain and usually prevent further complications, but correct nutrition and corresponding regime of physical and mental activity may surprisingly enhance the speed of a patient's recovery, increase the quality of their life and prolong it.

It is demanding to face the diagnosis of breast cancer and to cope with the anti-tumour treatment affecting the physical appearance, mind, influencing physical condition as well as interpersonal relationships. The oncological treatment also causes the limitation of lifestyle and daily routine and temporarily the impairment of the quality of life. From this point of view the patient should be able to access information on her disease. Such information can be obtained from a doctor, nurse, from the information brochures and books, from the Internet, from other patients.

It is vital to perceive the body signals indicating how to treat it sensitively and determine the boundaries. It is important to adjust a set daily activities' schedule, to formulate realistic objectives, to do adequate physical exercise and first and foremost to find time to have a rest and relax. The inability to handle standard family and work roles may result in the loss of self-confidence, but it is crucial to realize that it is not a shame to accept the assistance of others.

The disease doesn't bring about the negative points only. One must hold her optimistic approach to life and benefit even from an adverse situation. Treatment brings about long-term incapacity for work, the ensuing health condition requires in many cases retirement for disability pension. In comparison with everyday workload such situations allow for more leisure time. It is beneficial to devote oneself to favourite activities to the extent that is feasible in relation to the current health condition, to do some physical exercise, to search for information, to meet friends and to accept the offer of an organization providing help and support to women with oncological diseases. The female patient may learn important information, find encouragement and get to know new friends at seminars, get-togethers, trips or rehabilitation stays.

In the research part of the Diploma Thesis a request for a questionnaire submission was distributed to women who underwent an operation and treatment due to a diagnosed breast cancer. The subjective evaluation of their satisfaction with life and their physical activity habits were looked into. The findings have been compared to the results of a survey carried out in the same group of women one and a half year ago.

The results of both questionnaire surveys are, despite the time difference of 18 months, almost identical. The evaluation of the life satisfaction questionnaires implies that average values in a researched group of women are considerably lower than normative values. The overall result was mostly influenced by the health item where the biggest difference between the value obtained by research itself and a normative value was recorded. Although most women are currently in remission, the awareness of the experienced oncological treatment has an effect on this item even at several years' distance. Major differences between the average evaluation and the questionnaire outcome can be traced with the items of finance, self and sexuality. Financial issues may be affected by a long-term incapacity for work or an ensuing retirement for disability pension. The lower estimation of self and sexuality correlate and result from the psychological balancing in face of a serious disease and physical handicap. The positive outcome of the surveys can be found in results comparable between the average normative values and questionnaire values of the items concerning relationship to own children and friends, acquaintances and relatives. Fostering and deepening social contacts, relaxation in a pleasant company, sharing own

uncertainties with close ones and their support in return, these are the things that positively influence the ability to handle a difficult life situation.

The assessed GPAQ questionnaires revealed that the female respondents in most cases do not reach the recommended extent of physical activity, but with respect to their average age and the existence of the operation effects and the oncological disease treatment we can conclude that they do enough physical exercise.

During the questionnaire surveys for my Bachelor and Diploma Thesis I learnt that women, in spite of the fact that they have undergone an aggressive treatment and many of which will suffer from permanent effects of the disease for the rest of their lives, have not lost their enthusiasm and the will to live an active and happy life.

10 Referenční seznam:

- Abrahámová, J., & kol. (2009). *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada.
- Adamírová, J., & Javůrek, J. (1989). *Civilizační choroby ohrožují naše zdraví*. Praha: Horizont.
- Adámková, V. (2010). *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: TRITON.
- Backman, M., Wengström, Y., Johansson, B., Sköldengen, I., Börjesson, Tärnbro, S., & Berglund, A. (2014). A randomized pilot study with daily walking during adjuvant chemotherapy for patients with breast and colorectal cancer. *Acta Oncologica*, 53 (4), 510-520.
- Blahušová, E. (1995). *Wellness – zdravé cvičení pro pohodu*. Praha: Olympia.
- Blahutková, M., Řehulka, E., Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- Brychta, T., Sigmund, M., Kvintová, J., Brychtová, S., & Ševčíková, J. (2012). *Subjektivní vnímání kvality života u pacientů s diagnózou diabetes mellitus 2. typu – pilotní studie*. 48. Diabetologické dny, 19. - 21. dubna 2012, Luhačovice.
- Büchler, T., & Kořán, T. (2009). *Karcinom prsu*. Praha: Aliance žen s rakovinou prsu, o.p.s.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (4th ed.). New York: Academic Press.
- Colditz, G. A., & Bohlke, K. (2014). Priorities for the Primary Prevention of Breast Cancer. *Cancer Journal for Clinicians*, 64, 186–194.
- Cortina, J. M., & Nouri, H. (2000). *Effect size for ANOVA design*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Coufal, O., Fait, V., & kol. (2011). *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada.
- Čihovský, J. (2006). *Sociologický výzkum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dehi, M., Aghajari, P., Shahshahani, M., Takfallah, L., & Jahangiri, L. (2014). The Effect of Stationary Walking on the Quality of Life of the Elderly Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 3(2), 103 – 111.
- Dienstbier, Z., & Stáhalová, V. (2009). *Onkologie pro laiky*. Praha: Radix.
- Dohnal, T. & kol. (2009). *Tři dimenze pojmu Rekreatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolina, J., & kol. (2009). *Civilizace a nemoci*. Praha: FUTURA.

- Fialová, L. (2007). *Wellness, zdraví a životní styl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Foster, V. W. (1996). *Kniha o zdravém životním stylu*. Praha: Advent-Orion.
- Fröml, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování odborných prací v kinantropologii*. Olomouc: Fakulta tělesné kultury Univerzita Palackého v Olomouci.
- Gonçalves, C. O., Consolação, M., Cunha, G., Tavares, F., Nogueira, A., Campana, N. B., & Cabello, C. (2014). Validation of the instrument “Body image after breast cancer” in Brazil. *Motriz, Rio Claro, 20*, 8-15.
- Hardman, A. E., & Stensel, D. J. (2009). *Physical activity and health: The evidence explained* (2nd ed.). Routledge: Abingdon.
- Hodaň, B. (1997). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hrubá, M., Foretová, L., & Vorlíčková, H. (2001). *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: GAD STUDIO s.r.o.
- Irwin, M. L. (2014). Weight Loss Interventions and Breast Cancer Survival: The Time Is Now. *Journal of clinical oncology, 32* (21).
- Jandourek, J. (2009). *Úvod do sociologie*. Praha: Portál.
- Jirka, Z. (1990). *Regenerace a sport*. Praha: OLYMPIA.
- Jurečková, A., & Kocáková, I. (2000). *Informační materiál pro pacientky s karcinomem prsu*. Brno: KAP CZ, s.r.o.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut, obecně prospěšná společnost.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2011). *Zelená kniha zdravého životního stylu se zaměřením na podporu pohybové aktivity*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Klener, P. (1999). *Chemoterapie – minimum pro praxi*. Praha: TRITON.
- Klescht, V. (2008). *Pět pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press.
- Klimešová, I., & Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Konopásek, B., & Javůrková, E. (1998). *Karcinom prsu*. Praha: Makropulos.

- Kopecký, M., Strnisková, D., Matejovičová, B., Fedyn, B., & Gembalczk, I. (2012). *Úvod do výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Koutecký, J., & Konopásek, B. (1999). *Nevhodné slovo RAKOVINA*. Praha: Makropulos.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kubíčková, M. (1996). *Vůle ke zdravému životu*. Praha: Onyx.
- Kučera, M., & Dylevský, I. (1999). *Sportovní medicína*. Praha: Grada Publishing.
- Kukačka, V. (2009). *Zdravý životní styl*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M., & Carmichael, A. R. (2014). Physical Activity Levels in Women Attending Breast Screening, Receiving Chemotherapy and Post-Breast Cancer Treatment; A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 5487-5496.
- Lorgeril, M., & Salen, P. (2014). Helping women to good health: breast cancer, omega-3/omega-6 lipids, and related lifestyle factors. *BMC Medicine*, 12, 54.
- Luoma, M. L., Hakamies-Blomqvist, L., Blomqvist, C., Nikander, R., Gustavsson-Lilius, M., & Saarto, T. (2014). Experiences of Breast Cancer Survivors Participating in a Tailored Exercise Intervention –A Qualitative Study. *Anticancer research*, 34, 1193-1200.
- Máček, M., & Radvanský, J. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: NCO NZO.
- Mei, R. Fu. (2014). Breast cancer-related lymphedema: Symptoms, diagnosis, risk reduction, and management. *World Journal of Clinical Oncology*, 5(3), 241-247.
- Meryn, S. (2005). *Jak se dožít stovky*. Ružomberok: EPOS.
- Měkota, K., & Cuberek, R. (2007) *Pohybové dovednosti – činnosti – výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Müllerová, A. (2008). *Wellness jako životní styl*. Brno: ERA.
- Němčanský, N. (1999). *Odvětví cestovního ruchu*. Karviná: Slezská univerzita.
- Niu, H. Y., Niu, Ch. Y., Wang, J. H., Zhang, Y., & He, P. (2014). Health-related Quality of Life in Women with Breast Cancer: a Literature-based Review of Psychometric Properties of Breast Cancer-specific Measures. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (8), 3533-3536.

- Novotná, V., Čechovská, I., & Bunc, V. (2006). *Fit programy pro ženy*. Praha: Grada Publishing.
- Pelikán, J. (1998). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum.
- Petruželka, L., Konopásek, B., & kol. (2003). *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum.
- Pongthavornkamol, K., Wanavarodom, P., Sareeso, P., Mahakkakanjana, N., & Meraviglia, M. (2014). Improving Health-Promoting Behaviors and Quality of Life through Breast Cancer Support Groups for Thai Women. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 18(2), 125-137.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.
- Rheinwaldová, E. (1991). *Cesta k mládí a úspěchu*. Praha: Orbis.
- Sabiston, C. M., Brunet, J., Vallance, J. K., & Meterissian, S. (2014). Prospective examination of objectively-assessed physical activity and sedentary time after breast cancer treatment: Sitting on the crest of the teachable moment. *Cancer epidemiology, biomarkers and preventiv*.
- Saxton, J. M., Scott, E. J., Daley, A. J., Woodrooffe, M. N., Mutrie, N., Crank, H., Powers, H. J., & Coleman, R. E. (2014). Effects of an exercise and hypocaloric healthy rating intervention on indices of psychological health status, hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation and immune function after early-stage breast cancer: a randomised controlled trial. *Breast Cancer Research*, 16, R39.
- Sobin, L. H., Gospodarowicz, M. K., & Wittekind, Ch. (2011). *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, překlad MUDr. J. Novák.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2011). *Research methods in physical activity* (6th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Trávníčková-Kittlerová, O., Hradil, V., & Vacek, J. (2004). *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. Praha: TRITON.
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova universita Brno.
- Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H., & kol. (2006). *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing.
- Zehentbauer, J. (2012). *Drogy lidského těla: bez vedlejších účinků*. Praha: Portál.

Zelenka, J., & Pásková, M. (2012). *Výkladový slovník cestovního ruchu*. Praha: Linde Praha.

Internetové zdroje:

<http://mamamahelp.cz/>

<http://skvelydomov.blogspot.cz/2009/03/zdravi-nemoc-definice-zdravi-who.html>

<http://www.breastcancer.cz/>

<http://www.mamo.cz/>

<http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=dzs>

<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/biologiccka-lecba/>

<http://www.rakovinaprsu.cz/lecba/hormonalni-lecba/>

<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rehabilitace-pacientek-po-operaci-karcinomu-prsu/>

11 Přílohy

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Vážená paní,

jmenuji se Monika Velichová a jsem studentka 1. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Rekreatologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Zpracovávám diplomovou práci na téma „Úroveň životní spokojenosti, jejich složek a pohybové aktivity u žen po terapii karcinomu prsu v průběhu 18 měsíců“. V rámci bakalářské práce, před 18 měsíci, jsem Vás již s tímto dotazníkem oslovila. Nyní si Vás opět dovoluji požádat o jeho vyplnění.

Dotazníky jsou anonymní a veškeré získané informace budou použity pouze za účelem vypracování diplomové práce.

Pokud byste měla problém na některou otázku odpovědět, vynechejte ji.

Za vyplnění dotazníků a za Váš čas velmi děkuji.

Přeji hezký den. Monika Velichová

V jakém věku Vám byl diagnostikován karcinom prsu?

.....

Jak dlouho jste po operaci a po ukončení léčby?

.....

Jaký typ operace Vám byl proveden?

- a) radikální mastektomie (odstranění celého prsu)
- b) parciální mastektomie (odstranění části prsu)

Je v současné době Vaše onemocnění ve stádiu celkové remise (přechodného vymizení příznaků nemoci)?

- a) ano
- b) ne

Došlo u Vás k rozvoji lymfedému (otoku horní končetiny)?

- a) ano
- b) ne

GPAQ – Global Physical Activity Questionnaire

| PŘEDMĚT: pohybová aktivita | | | |
|--|---|---|------------------------|
| <p>Nyní se vás zeptám na čas, který trávíte různými typy pohybové aktivity během typického týdne. Prosím, odpovězte na tyto otázky i v případě, pokud se nepovažujete za pohybově aktivní osobu. Do odpovědi je potřeba zahrnout různé pohybové aspekty, jako je práce, činnosti v domácnosti a na zahradě, činnosti související s přesunem z jednoho místa na druhé (dopravní aspekty), cvičení a sportovní aktivity (dobrovolné nebo volnočasové). Tato úvodní informace nesmí být vynechána.</p> <p style="color: orange;">Respondent se nejprve musí zamyslet nad časem, který tráví prací. Práce zahrnuje pracovní činnosti placené či neplacené, práci v domácnosti, sklizení úrody, rybaření či lov, hledání zaměstnání. (V případě potřeby doplňte další příklady.)</p> <p style="color: orange;">V tomto kontextu se intenzivní pohybovou aktivitou rozumí činnost, která vyžaduje náročné fyzické úsilí a způsobuje výrazný nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu, středně zatěžující pohybovou aktivitou se rozumí činnost, která vyžaduje střední fyzické úsilí a způsobuje malý nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu.</p> | | | |
| Otázka | Odpověď | Kód | |
| Aktivity v práci | | | |
| 1 | <p>Zahrnuje vaše práce intenzivní pohybovou aktivitu, které má za následek výrazný nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu (<i>nošení nebo zvedání těžkých předmětů, kopání nebo stavební práce</i>) po dobu alespoň 10 minut nepřetržitě?</p> <p style="color: orange;">Pohybová aktivita se považuje za intenzivní, pokud během ní dojde k výraznému nárůstu frekvence dýchání nebo srdečního tepu.</p> | <p>ano 1</p> <p>ne 2</p> <p style="color: orange;"><i>v případě záporné odpovědi pokračujte na otázku P 4</i></p> | P1 |
| 2 | <p>V kolika dnech se během typického týdne věnujete intenzivní pohybové aktivitě při práci?</p> <p style="color: orange;">Typickým týdnem se rozumí týden, kdy se dotyčný člověk věnuje intenzivní pohybové aktivitě, nikoli průměr za dané období. Platné odpovědi jsou v rozmezí 1-7.</p> | počet dnů_ | P2 |
| 3 | <p>Kolik času se během typického dne věnujete intenzivní pohybové aktivitě při práci?</p> <p style="color: orange;">Uvažujte o dni, který si můžete snadno vybavit. Započítávejte pouze aktivity, kterým se věnujete nepřetržitě alespoň 10 minut. Ověřte podezřele vysoké odpovědi (přes 4 hodiny).</p> | <p>hodiny : minuty __ : __</p> <p style="text-align: right;">hod min</p> | <p>P3</p> <p>(a-b)</p> |
| 4 | <p>Zahrnuje vaše práce středně zatěžující pohybovou aktivitu, která způsobuje malý nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu, jako je rychlá chůze (<i>nebo nošení lehkých předmětů</i>) po dobu alespoň 10 minut nepřetržitě?</p> <p style="color: orange;">Středně zatěžující pohybovou aktivitou se rozumí činnost, která vyžaduje střední fyzické úsilí a způsobuje malý nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu.</p> | <p>ano 1</p> <p>ne 2</p> <p style="color: orange;"><i>jestliže NE, přejděte na otázku P7</i></p> | P4 |
| 5 | <p>V kolika dnech se během typického týdne věnujete středně zatěžující pohybové aktivitě při práci?</p> <p style="color: orange;">Platné odpovědi jsou v rozmezí 1-7</p> | počet dnů_ | P5 |
| 6 | <p>Kolik času se během typického dne věnujete středně zatěžující pohybové aktivitě při práci?</p> <p style="color: orange;">Uvažujte o dni, který si můžete snadno vybavit. Započítávejte pouze aktivity, kterým se věnujete nepřetržitě alespoň 10 minut. Ověřte podezřele vysoké odpovědi (přes 4 hodiny).</p> | <p>hodiny : minuty __ : __</p> <p style="text-align: right;">hod min</p> | <p>P6</p> <p>(a-b)</p> |
| Doprava a přesuny | | | |
| <p>Následující otázky se netýkají pohybové aktivity v práci, o které již byla řeč. Nyní se vás zeptám na způsob, kterým běžně cestujete. Například do práce, za nákupy, do města, do kostela. (V případě potřeby doplňte další příklady.)</p> <p style="color: orange;">Úvodní informace k následujícím otázkám týkajícím se dopravy a cestování je velmi důležitá. Navádí respondenta na to, aby zamyslel nad způsobem, jakým se dopravuje z místa na místo. Tato úvodní informace nesmí být vynechána.</p> | | | |
| 7 | <p>Chodíte pěšky nebo jezdíte na kole alespoň 10 minut nepřetržitě při přesunu z místa na místo?</p> <p style="color: orange;">Zakroužkujte příslušnou odpověď</p> | <p>ano 1</p> <p>ne 2</p> <p style="color: orange;"><i>jestliže NE, přejděte na otázku P 10</i></p> | P7 |
| 8 | <p>V kolika dnech během typického týdne chodíte pěšky nebo jezdíte na kole alespoň 10 minut nepřetržitě při přesunu z místa na místo?</p> | počet dnů_ | P8 |

| | | | |
|---|--|--|------------------|
| | Platné odpovědi jsou v rozmezí 1-7 | | |
| 9 | Kolik času během typického dne trávíte chůzí nebo jízdou na kole při přesunu z místa na místo? <i>Uvažujte o dni, který si můžete snadno vybavit. Uvedte celkovou dobu, kterou trávíte chůzí nebo jízdou na kole po dobu 10 minut nebo déle. Ověřte podezřele vysoké odpovědi (přes 4 hodiny).</i> | hodiny : minuty ___ : ___ hod min | P9 (a-b) |
| Rekreační aktivity | | | |
| Následující otázky se netýkají aktivit v práci, dopravy a přesunu, o kterých již byla řeč. Nyní se vás zeptám na sport, cvičení a rekreační aktivity (volnočasové). (Doplňte vhodné příklady.) <i>Úvodní informace k následujícím otázkám navádí respondenta, aby se zamyslel nad rekreačními aktivitami. Lze je rovněž nazývat dobrovolné nebo volnočasové. Zahrnují sport a cvičení, ale nejsou omezeny pouze na závody a soutěže. Uvedené aktivity by měly být prováděny pravidelně, nikoli pouze příležitostně. Je důležité zahrnout pouze rekreační aktivity a nezahrnovat aktivity, o kterých již byla řeč. Tato úvodní informace nesmí být vynechána.</i> | | | |
| 10 | Věnujete se nějakým intenzivním sportům, cvičením nebo rekreačním (volnočasovým) aktivitám, které způsobují výrazný nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu (běhání nebo fotbal) po dobu alespoň 10 minut nepřetržitě? <i>Aktivity se považují za intenzivní, jestliže způsobují výrazný nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu.</i> | ano 1 ne 2 <i>jestliže NE, přejděte na otázku P 13</i> | P10 |
| 11 | V kolika dnech se během typického týdne věnujete intenzivním sportům, cvičením nebo rekreačním (volnočasovým) aktivitám? <i>Platné odpovědi jsou v rozmezí 1-7.</i> | počet dnů_ | P11 |
| 12 | Kolik času se během typického dne věnujete intenzivním sportům, cvičením nebo rekreačním aktivitám? <i>Uvažujte o dni, který si můžete snadno vybavit. Uvedte celkovou dobu, kterou trávíte intenzivními rekreačními aktivitami po dobu 10 minut nebo déle. Ověřte podezřele vysoké odpovědi (přes 4 hodiny).</i> | hodiny : minuty ___ : ___ hod min | P12 (a-b) |
| 13 | Věnujete se nějakým středně zatěžujícím sportům, cvičením nebo rekreačním (volnočasovým) aktivitám, které způsobují malý nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu, jako je rychlá chůze (<i>jízda na kole, plavání, volejbal</i>) po dobu alespoň 10 minut nepřetržitě? <i>Aktivity se považují za střední, jestliže způsobují malý nárůst frekvence dýchání nebo srdečního tepu.</i> | ano 1 ne 2 <i>jestliže NE, přejděte na otázku P 16</i> | P13 |
| 14 | V kolika dnech se během typického týdne věnujete středně zatěžujícím sportům, cvičením nebo rekreačním (volnočasovým) aktivitám? <i>Platné odpovědi jsou v rozmezí 1-7</i> | počet dnů_ | P14 |
| 15 | Kolik času se během typického dne věnujete středně zatěžujícím sportům, cvičením nebo rekreačním (volnočasovým) aktivitám? <i>Uvažujte o dni, který si můžete snadno vybavit. Uvedte celkovou dobu, kterou trávíte středně zatěžujícími rekreačními aktivitami po dobu 10 minut nebo déle. Ověřte podezřele vysoké odpovědi (přes 4 hodiny).</i> | hodiny : minuty ___ : ___ hod min | P15 (a-b) |
| Sedavý způsob života | | | |
| Následující otázka se týká sezení nebo polehávání při práci, doma, dopravě nebo přesunech z místa na místo, nebo času stráveného s přáteli včetně sezení u stolu, posezení s přáteli, cestování v automobilu, autobusu, vlaku, čtení, hraní karet nebo sledování televize. Do odpovědi nezahrnujte dobu spánku. | | | |
| 16 | Kolik času během typického dne trávíte sezením nebo poleháváním? <i>Uvedte celkový čas strávený sezením v práci, čtením, sledováním televize, používáním počítače, ručními pracemi (pletení), odpočinkem apod. Do odpovědi nezahrnujte dobu spánku.</i> | hodiny : minuty ___ : ___ hod min | P16 (a-b) |